

- điểm khớp cắn bộ răng bộ răng vĩnh viễn", căn khớp học, 43-54 Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh
3. **Alhammadi M.S., Halboub, E.** (2018), "Global distribution of malocclusion traits: A systematic review", Dental Press J Orthod. 23(6), 1-10.
 3. **Nguyễn Văn Cường** (2018), Thực trạng khớp cắn của trẻ em người Tày 12 tuổi ở Lạng Sơn năm 2017, Luận văn thạc sỹ Y khoa, Đại học Y Hà Nội
 4. **Lưu Ngọc Hoạt** (2014), "Quần thể và mẫu nghiên cứu", Nghiên cứu khoa học trong Y học, 100-129, NXB Y học, Hà Nội.
 5. **Đông Thị Mai Hương** (2012), Nghiên cứu tình trạng khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên đại học Y Hải Phòng, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Bùi Trung Nghĩa¹, Trịnh Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản đối với ung thư dạ dày nhưng các yếu tố ảnh hưởng chưa được đánh giá đầy đủ. **Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả, có theo dõi dọc, không đối chứng trên các trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/01/2014 tới 31/12/2018. **Kết quả:** 302 trường hợp được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày với tỷ lệ giai đoạn TNM 0, I, II, III tương ứng là 1,4%, 34,8%, 27,4%, 36,4%. Các yếu tố tiên lượng xấu có ý nghĩa đối với thời gian sống thêm sau mổ gồm: tuổi cao, gầy sút cân, hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu, CEA cao, kích thước u > 3cm, độ biệt hóa kém, tổn thương xâm nhập mạch thần kinh, mức độ xâm lấn tới thanh mạc (pT3-4), di căn hạch. Không có sự khác biệt về giới, phương pháp mổ nội soi hay mở, mức độ nạo vét hạch D2 hay D2 mở rộng. **Kết luận:** Nguy cơ tử vong sau mổ 5 năm có thể được ước tính dựa vào các yếu tố nguy cơ nhưng cần có nghiên cứu tiến cứu, ngẫu nhiên với cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật triệt căn, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

EVALUATION OF SOME PROGNOSTIC FACTORS FOR SURVIVAL TIME AFTER CURATIVE GASTRECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMAS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Surgery remains the principal treatment of gastric adenocarcinomas, however, prognostic factors have

been not widely studied. **Objectives:** To analyze some prognostic factors after curative gastrectomy in the treatment of gastric adenocarcinomas at Viet Duc University Hospital. **Subject and methods:** Descriptive retrospective study with longitudinal follow-up, no control on gastric adenocarcinoma cases undergoing radical surgery at Viet Duc University Hospital since January 1, 2014, until December 31, 2018. **Results:** 302 cases underwent radical surgery for gastric adenocarcinoma with the rate of TNM stage 0, I, II, III respectively 1.4%, 34.8%, 27.4% , 36.4%. The significant poor prognostic factors for the survival time after surgery include older age, weight loss, stenosis, gastrointestinal bleeding, anemia, elevated CEA, tumor size > 3cm, poor differentiation, neurovascular invasion, extension to the serosa (pT3-4) and lymph node metastasis. No difference in gender, laparoscopic or open surgery, D2 or D2+ lymphadenectomy. **Conclusion:** The 5-year survival rate could be estimated based on prognostic factors, but prospective, randomized studies are needed.

Keywords: Gastric cancer, curative surgery, prognostic factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020¹, ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính và nguyên nhân tử vong do ung thư phổ biến nhất trên thế giới và tại Việt Nam. Điều trị ung thư dạ dày là sự phối hợp đa mô thức, trong đó, phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn kèm theo nạo vét hạch tiêu chuẩn đóng vai trò chính và quyết định tới kết quả điều trị, đặc biệt là kết quả xa. Kết quả điều trị này chịu tác động phức tạp từ nhiều yếu tố ảnh hưởng khác nhau. Bên cạnh giai đoạn bệnh đã được công nhận rộng rãi về giá trị tiên lượng, các yếu tố khác như tuổi, giới, đặc điểm mô bệnh học, tình trạng di căn hạch... cũng đã được nhiều tác giả mô tả và phân tích về giá trị tiên lượng độc lập đối với thời gian sống thêm nhằm mục đích phân loại và nhận diện nhóm nguy cơ cao để có thái độ theo dõi và điều trị phù hợp. Để đánh giá tác động tổng thể của các

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trung Nghĩa

Email: btnghia84@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

yếu tố, năm 2001, Trịnh Hồng Sơn² đã sử dụng mô hình phân tích hồi quy đa biến để xây dựng phương trình tính xác suất sống sót sau mổ dựa trên các yếu tố: giai đoạn bệnh, nạo vét hạch, cắt toàn bộ hay cắt đoạn dạ dày và tuổi ở nhóm phẫu thuật triệt để tuy nhiên chỉ ở mức 2 năm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/01/2014 tới ngày 31/12/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu

- Chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến của dạ dày
- Phẫu thuật đạt tiêu chuẩn triệt căn: Cắt đoạn hoặc cắt toàn bộ dạ dày; Có bằng chứng về diện cắt trên, dưới không còn tế bào ung thư; Trong trường hợp có xâm lấn tạng lân cận thì phẫu thuật được coi là triệt căn nếu có bằng chứng giải phẫu bệnh về việc lấy hết tổn thương; Nạo vét hạch hệ thống mức D2 hoặc D2 mở rộng; Có đầy đủ hồ sơ bệnh án; Duy trì liên lạc và kiểm tra định kỳ cho đến khi kết thúc nghiên cứu hoặc khi người bệnh tử vong.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử cắt dạ dày, tiền sử mắc hoặc mắc mới bệnh lý ác tính khác ngoài UTDD trong quá trình theo dõi.
- Tử vong do nguyên nhân khác ngoài bệnh lý UTDD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày được xác định bằng thời gian sống thêm sau mổ và xác suất sống thêm sau mổ 5 năm. Tổn thương tái phát được khảo sát tại: miệng nối, hạch, gan, phúc mạc, phổi...

- Yếu tố ảnh hưởng: Tuổi, Giới tính, Triệu chứng lâm sàng ở thời điểm chẩn đoán, Mức độ thiếu máu trước mổ, xét nghiệm CEA và CA 19-9, Phương pháp mổ, Mức độ nạo vét hạch, Kích thước u, Mức độ biệt hóa, Tính chất xâm lấn mạch, Mức độ xâm lấn thành (T), di căn hạch (N), Giai đoạn bệnh theo TNM.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý trên

phần mềm SPSS 20.0 và thể hiện kết quả dưới dạng tỷ lệ đối với biến định tính và tần suất, trung bình, độ lệch chuẩn... đối với biến định lượng, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 với khoảng tin cậy 95%. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier và kiểm định Log-rank để so sánh mối tương quan. Đối với phân tích đa biến để đánh giá tác động của các yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ, chúng tôi sử dụng phương pháp hồi quy của Cox với các bước Stepwise, Forward, Backward để lựa chọn ra các yếu tố ảnh hưởng ($p < 0.05$) đưa vào phương trình hồi quy dưới dạng:

$$h(t) = h_0(t) * \exp(B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_nX_n)$$

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nhóm nghiên cứu gồm 302 trường hợp được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày với các đặc điểm chính như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chính của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		59,5 ± 11,45	[27 – 88]
Giới	Nam	222	73,5
	Nữ	80	26,5
Phương pháp mổ	Mở	243	80,5
	Nội soi	59	19,5
Nạo vét hạch	D2	136	45,0
	D2+	166	55,0
Giai đoạn TNM	0	4	1,4
	I	105	34,8
	II	83	27,4
	III	110	36,4

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả xa sau phẫu thuật

3.2.1. Tuổi: Đối chiếu trên cùng giai đoạn bệnh, nguy cơ tử vong tăng 38% ($p=0,006$), nguy cơ tái phát tăng 24% ($p=0,049$) khi tăng thêm 10 tuổi. Giá trị tiên lượng của tuổi vẫn còn tranh cãi khi có tác giả cho rằng tiên lượng phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh và sự chậm trễ trong chẩn đoán ở người trẻ là nguyên nhân dẫn đến tiên lượng xấu.

3.2.2. Giới tính: Không có sự khác biệt ý nghĩa về thời gian sống thêm giữa hai giới. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn². Trong khi đó, nghiên cứu của Song³ thấy nữ có tiên lượng tốt hơn nam như của. Nghiên cứu của Kim⁴ lại cho thấy nữ, trẻ tuổi có tỷ lệ tế bào nhân cao hơn và tiên lượng kém hơn nam.

3.2.3. Triệu chứng lâm sàng: 10 trường hợp (3,3%), không có triệu chứng. Trong đó, chỉ có 4/10 trường hợp ở giai đoạn I. Ở nhóm còn lại, các yếu tố tiên lượng độc lập là sút cân, hẹp môn vị và xuất huyết tiêu hóa theo thứ tự thường gặp tương ứng. Giá trị tiên lượng độc lập của triệu chứng cảnh báo không phải là vấn đề mới, tuy nhiên, để so sánh và mô tả vai trò tiên lượng của từng triệu chứng là không dễ do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn, định nghĩa triệu chứng và đa số nghiên cứu là hồi cứu.

3.2.4. Mức độ thiếu máu: Thiếu máu trước mổ phản ánh gián tiếp tính chất xâm lấn, chày máu và suy dinh dưỡng do khối u lớn và ở giai đoạn tiến triển, từ đó, tiên lượng về thời gian sống thêm. Với cùng giai đoạn bệnh, khi mức độ thiếu máu tăng lên 1 mức thì nguy cơ tử vong tăng tương ứng 35,6% còn nguy cơ tái phát tăng tương ứng 38,4%. Trong một đa phân tích⁵ với 13 154 trường hợp, thiếu máu được công nhận là yếu tố tiên lượng xấu.

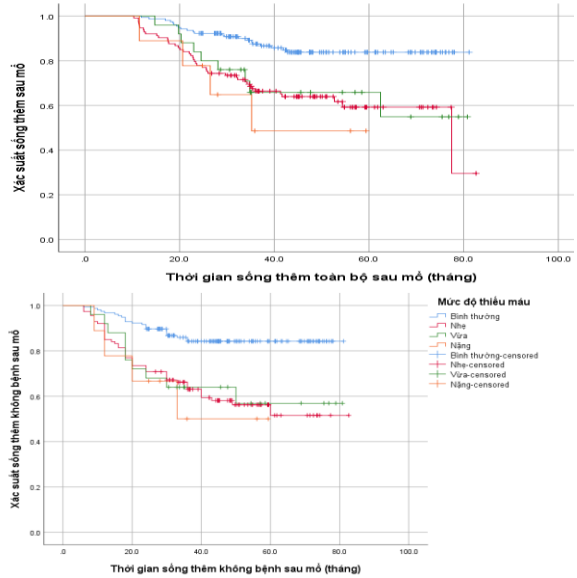
3.2.5. Chỉ điểm u

Bảng 2: Xét nghiệm chỉ điểm u trước mổ và thời gian sống thêm

Chỉ điểm u	n	%	OS [CI95%] (tháng)	p	DFS [CI95%] (tháng)	p	
CEA (ng/l) n = 245	≤5	209	85,3	68,5 [65,0-72,0]	<0,001	66,3 [62,6-70,1]	0,001
	>5	36	14,7	49,5 [40,0-59,1]		47,9 [37,7-58,1]	
Cùng giai đoạn			HR= 1,970		0,022	HR=1,648	0,083
CA19-9 (U/mL) n = 241	≤37	207	85,9	66,2 [62,5-69,9]	0,388	64,8 [60,8-68,7]	0,118
	>37	34	14,1	59,1 [49,9-68,4]		54,2 [44,4-63,9]	
Cùng giai đoạn			HR=0,760		0,441	HR=0,977	0,941

Nồng độ CEA tăng (>5 ng/l) có giá trị tiên lượng đối với thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh sau mổ còn với CA19-9 thì không. Với cùng giai đoạn bệnh, nhóm có nồng độ CEA tăng (>5 ng/l) có nguy cơ tử vong sau 5 năm cao hơn 97% (p=0,022). Nghiên cứu đa phân tích của Deng⁶ trên 14 651 trường hợp UTDD cũng chỉ ra CEA cao là yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống.

3.2.6. Phương pháp mổ. Về kết quả xa, chúng tôi ghi nhận nhóm mổ nội soi có thời gian



Biểu đồ 1 và 2: Kết quả sống thêm toàn bộ và không bệnh với mức độ thiếu máu trước mổ

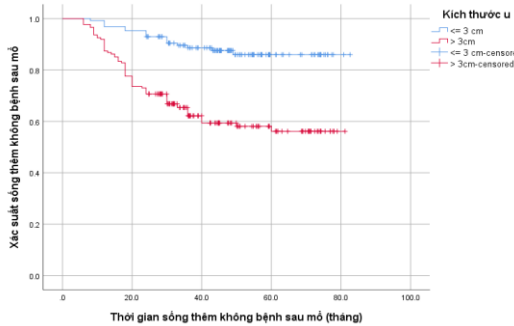
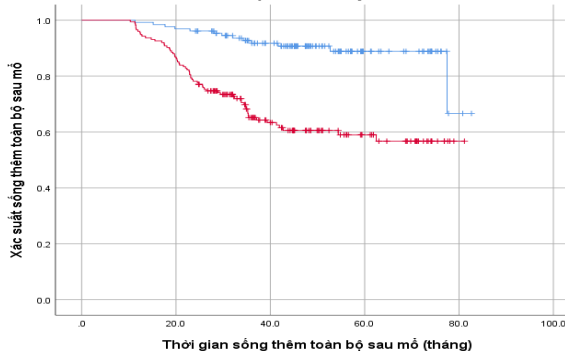
sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh dài hơn so với mổ mở (p=0,005 và 0,0002, tương ứng). Tuy nhiên, khác biệt này không còn ý nghĩa thống kê khi tiến hành phân tích trên cùng giai đoạn bệnh theo mô hình hồi quy của Cox. Tương tự, Zeng⁷ tiến hành đa phân tích trên 17 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên thấy mổ cắt dạ dày nội soi do ung thư không thua kém mổ mở về hiệu quả điều trị bệnh và có độ an toàn cao.

3.2.7. Mức độ nạo vét hạch

Bảng 3: Mức độ nạo vét hạch và kết quả phẫu thuật (n=302)

Nạo vét hạch	D2	D2+	P
Số bệnh nhân (%)	136 (45,0%)	166 (55,0%)	<0,001
Số hạch nạo vét	14,3 ± 7,94	20,5 ± 10,45	
Số hạch di căn	2,2 ± 3,95	2,9 ± 4,67	0,208
OS [CI95%] (tháng)	65,9 [61,4 – 70,4]	63,4 [59,5 – 67,4]	0,836
Cùng giai đoạn	HR = 0,755		0,234
DFS [CI95%] (tháng)	65,0 [60,2 – 69,8]	60,1 [55,8–64,5]	0,699
Cùng giai đoạn	HR = 0,928		0,739

Nhóm nạo vét hạch D2+ chiếm chủ yếu (55,0%). Số hạch nạo vét được của nhóm D2+ cao hơn so với D2, cho phép chẩn đoán giai đoạn chính xác hơn và hạn chế bỏ sót di căn nhảy cóc như Trịnh Hồng Sơn² đã mô tả. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ giữa hai nhóm nạo vét hạch D2 và D2+. Liang⁸ nghiên cứu 394 trường hợp cắt đoạn dạ dày do ung thư đã ra thanh mạc và thấy nhóm nạo vét hạch D2+ có xác suất sống thêm sau mổ 5 năm cao hơn nhóm D2 tiêu chuẩn (55,3% so với 43,9%, p=0,042).



Biểu đồ 3 và 4: Kết quả sống thêm toàn bộ và không bệnh sau mổ với kích thước u

3.2.8. Kích thước u. Nhóm kích thước u > 3 cm có mức độ biệt hóa kém hơn (p = 0,045), tỷ lệ xâm nhập mạch thần kinh (p < 0,001) cao hơn,

Bảng 4: Mức độ xâm lấn thành (pT) và kết quả điều trị

Mức độ xâm lấn thành (pT)	pTis-1-2 n = 122 (40,4%)	pT3-4 n = 180 (59,6%)	p
OS [CI95%] (tháng)	80,1 [77,9 – 82,2]	54,0 [49,9 – 58,0]	<0,001
	HR = 15,934		<0,001
DFS [CI95%] (tháng)	80,1 [78,0 – 82,3]	50,5 [46,2 – 54,9]	<0,001
	HR = 14,082		<0,001

Nhóm tổn thương xâm lấn tới thanh mạc (pT3-4) chiếm đa số với 180/302 trường hợp (59,6%) với thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh ngắn hơn (p < 0,001) và nguy cơ tử vong cao gấp 15,9 lần, nguy cơ tái phát gấp 14,1 lần so với nhóm còn lại (pTis-1-2). Yaprak¹⁰ nhận

tỷ lệ giai đoạn muộn cao hơn và thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại. Nguyên nhân được lý giải là do kích thước khối u càng to thì khả năng cắt bỏ thành khối càng thấp và yêu cầu về trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên càng cao. Bên cạnh đó, kích thước u có thể phản ánh mức độ xâm lấn thành và di căn hạch.

3.2.9. Độ biệt hóa. Nhóm biệt hóa kém có tỷ lệ giai đoạn muộn hơn về mức độ xâm lấn thành (pT) và di căn hạch (pN) so với nhóm còn lại và thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ ngắn hơn so với nhóm biệt hóa cao và vừa. Nghiên cứu của Feng⁹ trên 3 090 trường hợp UTDD được phẫu thuật triệt căn thấy biệt hóa kém có mối liên quan có ý nghĩa với các đặc điểm: tuổi trẻ (dưới 60 tuổi), giới (nam), vị trí u (1/3 giữa), kích thước u (>5cm), mức độ xâm lấn thành (T4), di căn hạch (N3) (p < 0,001), đồng thời, thời gian sống thêm toàn bộ giảm dần theo mức độ biệt hóa, tuy nhiên, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với nhóm giai đoạn III (theo TNM).

3.2.10. Xâm lấn mạch máu, bạch huyết, thần kinh. Có 182/302 (60,3%) trường hợp có xâm lấn mạch – thần kinh. Nhóm này có mức độ biệt hóa kém hơn (p < 0,001), kích thước u lớn hơn (p < 0,001), giai đoạn muộn hơn về mức độ xâm lấn thành (pT) (p < 0,001) và tình trạng di căn hạch (pN) (p < 0,001) nhưng không có sự khác biệt về tuổi (p = 0,907) và giới (p = 0,425) giữa hai nhóm, đồng thời, có thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ ngắn hơn (p < 0,001) nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa ở nhóm có di căn hạch nên khuyến cáo cần nhắc đặc điểm này trong điều trị hỗ trợ, đặc biệt ở nhóm không di căn hạch hoặc không lấy đủ số hạch cần thiết.

3.2.11. Mức độ xâm lấn thành (pT)

định mức độ xâm lấn thành là yếu tố tiên lượng với xác suất sống thêm sau mổ 5 năm ở giai đoạn pT1, pT2, pT3 và pT4 tương ứng là 84,3%, 64,8%, 48,9% và 29,2%.

3.2.12. Tình trạng di căn hạch

Bảng 5: Tình trạng di căn hạch và thời gian sống thêm (n=302)

Di căn hạch	Không	Có	p
Số bệnh nhân (%)	154 (51,0 %)	148 (49,0%)	
OS [CI95%] (tháng)	79,4 [77,2 – 81,6]	51,6 [47,0 – 56,2]	<0,001
	HR = 11,930		<0,001
DFS [CI95%] (tháng)	79,3 [77,1 – 81,6]	47,1 [42,2 – 52,1]	<0,001
	HR = 13,389		<0,001

Nhóm bệnh nhân di căn hạch có tiên lượng sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ kém hơn với nguy cơ tử vong cao gấp 11,9 lần và nguy cơ tái phát cao gấp 13,4 lần so với nhóm không di căn hạch. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của nhiều tác giả khác, tuy nhiên, có tác giả cho rằng, với giai đoạn tiến triển, di căn hạch chỉ ảnh hưởng tới tiên lượng nếu không nạo vét hạch đạt tiêu chuẩn.

3.3. Môi tương quan giữa các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Thông qua phân tích đơn biến và so sánh đánh giá mối tương quan của các biến độc lập, chúng tôi rút ra được một số yếu tố có ý nghĩa tiên lượng đối với mô hình đánh giá nguy cơ tử vong sau 5 năm (t=5) với quy ước như sau:

Giới:	0_nam	1_nữ
Tuổi:	0_ <60	1_ ≥60
BMI:	0_ <18,5	1_ ≥18,5
Bệnh nền:	0_ko	1_có
Lâm sàng:	0_ko	1_có
Biến chứng:	0_ko	1_có
CEA:	0_ ≤5	1_ >5
Kích thước:	0_ ≤3	1_ >3
CLVT u:	0_ko	1_có
CLVT hạch:	0_ko	1_có
Mổ:	0_nội soi	1_mở
Giai đoạn T:	0_Tis-1-2	1_T3-4
Giai đoạn N:	0_0	1_có di căn

Chúng tôi xây dựng mô hình 1 gồm tất cả các biến liên quan và mô hình 2 với các biến tương quan có ý nghĩa khi phân tích đơn biến, sau đó, rút dần từng biến để đánh giá tác động của từng biến lên mô hình chung, từ đó, rút ra được mô hình có ý nghĩa nhất (p nhỏ nhất) gồm CEA, N và T dưới dạng:

$$H(t) = 0,001916 * \exp(1,72 * CEA + 1,9 * N + 1,7 * T)$$

Ví dụ: Đối với trường hợp người bệnh ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt căn và có kết quả xét nghiệm nồng độ CEA trước mổ 15 ng/ml; kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác định giai đoạn pT3N1M0, thì nguy cơ tử vong sau 5 năm được tính theo công thức trên như sau:

$$H(5 \text{ năm}) = 0,001916 * \exp(1,72 * 1 + 1,9 * 1 + 1,7 * 1) = 39,2\%$$

Như vậy, nguy cơ tử vong sau 5 năm là 39,2%, tương đương với xác suất sống sót sau 5 năm là 60,8%.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi cao, triệu chứng sút cân, hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu, CEA cao (>5 ng/l), mức độ xâm lấn tới thanh mạc (pT3-4), di căn hạch, là các yếu tố tiên lượng xấu đối với người bệnh ung thư dạ dày đã được phẫu thuật triệt căn. Nguy cơ tử vong sau mổ 5 năm có thể được ước tính dựa vào các yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, giá trị dự đoán này cần được thẩm định bằng các nghiên cứu ngẫu nhiên, tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2001.
- Song M., Kang D., Yang J. J., et al.** Age and sex interactions in gastric cancer incidence and mortality trends in Korea. *Gastric Cancer.* Jul 2015;18(3):580-9. doi:10.1007/s10120-014-0411-x
- Kim H. W., Kim J. H., Lim B. J., et al.** Sex disparity in gastric cancer: female sex is a poor prognostic factor for advanced gastric cancer. *Ann Surg Oncol.* Dec 2016;23(13):4344-4351. doi:10.1245/s10434-016-5448-0
- Huang X. Z., Yang Y. C., Chen Y., et al.** Preoperative anemia or low hemoglobin predicts: poor prognosis in gastric cancer patients: A meta-analysis. *Dis Markers.* 2019;2019:7606128. doi:10.1155/2019/7606128
- Deng K., Yang L., Hu B., Wu H., Zhu H., Tang C.** The prognostic significance of pretreatment serum CEA levels in gastric cancer: a meta-analysis including 14651 patients. *PLoS One.* 2015;10(4):e0124151. doi:10.1371/journal.pone.0124151
- Zeng F., Chen L., Liao M., et al.** Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer. *World J Surg Oncol.* Jan 27 2020;18(1):20. doi:10.1186/s12957-020-1795-1
- Liang Y., Cui J., Cai Y., et al.** "D2 plus" lymphadenectomy is associated with improved survival in distal gastric cancer with clinical serosa invasion: a propensity score analysis. *Sci Rep.* Dec

16 2019;9(1):19186. doi:10.1038/s41598-019-55535-7

9. **Feng F., Liu J., Wang F., et al.** Prognostic value of differentiation status in gastric cancer. *BMC Cancer*. Sep 3 2018;18(1):865. doi:10.1186/s12885-018-4780-0

10. **Yaprak G., Tataroglu D., Dogan B., Pekyurek M.** Prognostic factors for survival in patients with gastric cancer: Single-centre experience. *North Clin Istanbul*. 2020;7(2):146-152. doi:10.14744/nci.2019.73549

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Vũ Thị Chín¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 4/2022-3/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trong thời gian từ 4/2022-03/2023 trên 346 bệnh nhi sơ sinh được chẩn đoán là suy hô hấp tại khoa Hồi sức sơ sinh – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Trong tổng số 346 bệnh nhi suy hô hấp cho thấy tuổi thai trung bình 32,9±3,6 tuần tuổi, cân nặng trung bình 1900 ± 780 grams, bệnh nhi nam gấp 1,4 lần so với bệnh nhi nữ. Các nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh được ghi nhận lần lượt là bệnh màng trong chiếm 33,8%; chậm tiêu dịch phổi (2,6%), viêm phổi (1,4%), 0,9% do ngạt. Các yếu tố lâm sàng là nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: như trẻ phải bóp bóng đặt NKQ khi nhập viện; SpO₂ lúc nhập viện <90%; nhiệt độ <36 độ C. 82,6% trẻ suy hô hấp có nguyên nhân tại phổi được điều trị thành công. **Kết luận:** Nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh chủ yếu là do trẻ bị bệnh màng trong, kết quả điều trị thành công chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Suy hô hấp sơ sinh, ngạt, trẻ sinh non

SUMMARY

CAUSES AND RESULTS OF TREATING RESPIRATORY FAILURE IN INFANTS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: To determine the causes and treatment outcomes of respiratory distress syndrome in neonates treated at the Pediatric Hospital of Nghe An from April 2022 to March 2023. **Methods:** A descriptive study was conducted among 346 neonates diagnosed with respiratory distress syndrome at the Neonatal Intensive Care Unit of the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from April 2022 to March 2023. **Results:** The study of 346 infants with respiratory failure showed that the average gestational

age was 32.9±3.6 weeks and the average weight was 1.9±0.78 kg. Male infants were 1.4 times more common than female infants. The causes of postnatal respiratory failure were recorded as follows: respiratory distress syndrome 33.8%, slow lung fluid clearance (2.6%), pneumonia (1.4%), and choking (0.9%). Clinical factors that could affect treatment outcomes were identified, including the need for bag-mask ventilation upon admission, an SpO₂ level of less than 90% upon admission, and a body temperature below 36 degrees Celsius. 82.6% with pulmonary causes were successfully treated. **Conclusion:** The main cause of postnatal respiratory failure was respiratory distress syndrome, The successful treatment rate were very high.

Keywords: Neonatal respiratory distress syndrome, choking, preterm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là một hội chứng rất thường gặp ở thời kỳ sơ sinh, đặc biệt là những ngày đầu sau đẻ, là đáp ứng không đặc trưng của những tình trạng bệnh nặng. Trẻ sơ sinh càng non tháng, nguy cơ bị suy hô hấp càng cao. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh có thể tiến triển tới ngừng thở và sau đó là ngừng tim và tử vong nếu không được điều trị [1]. Theo Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, khoảng 10% trẻ sơ sinh cần được hỗ trợ thở khi mới sinh, có tới 1% cần hồi sức tích cực. Các báo cáo khác chỉ ra rằng có khoảng 7% bị suy hô hấp sau sinh. Suy hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm và là lý do khiến trẻ sơ sinh phải nhập viện. Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh bao gồm: bệnh màng trong, hội chứng hít phân su, viêm phổi, chậm tiêu dịch phổi, ngạt, tim bẩm sinh, bệnh chuyển hóa [1]. Điều trị suy hô hấp sơ sinh nhằm ổn định tình trạng bệnh lý của trẻ bao gồm: hỗ trợ hô hấp, điều chỉnh rối loạn toan kiềm và rối loạn điện giải, phòng và điều trị nhiễm khuẩn, đảm bảo dinh dưỡng, đảm bảo thân nhiệt không để rối loạn, đặc biệt hạ nhiệt độ, điều trị nguyên nhân [1].

Theo Nguyễn Thành Nam và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ suy hô hấp bệnh nhân

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023