

ảnh bao thuốc lá” của Seth M Noar, cảnh báo bằng hình ảnh hiệu quả hơn cảnh báo chỉ bằng văn bản đối với 12 trong số 17 kết quả về hiệu quả (tất cả $p < 0,05$). Nghiên cứu này chỉ ra rằng, với cảnh báo chỉ bằng văn bản, cảnh báo bằng hình ảnh sẽ thu hút và giữ sự chú ý tốt hơn; thu được phản ứng nhận thức và cảm xúc mạnh mẽ hơn; gợi ra nhiều thái độ tiêu cực hơn và thái độ hút thuốc tiêu cực hơn và tăng hiệu quả hơn ý định không bắt đầu hút thuốc và bỏ hút thuốc. [8]

Về kết quả cảm nhận tác động của CBSK tới bản thân đối tượng nghiên cứu được đối tượng lựa chọn “không muốn nhìn” cao nhất ở mẫu A. Có thể thấy hình ảnh thể hiện mối đe dọa cao thực sự tác động lớn đến những đối tượng này và được chứng minh rõ hơn ở kết quả về vai trò của CBSK tới quyết tâm và động lực bỏ thuốc của bản thân những người hiện đang hút thuốc lá. Mẫu bao thuốc lá A cũng là mẫu được 52 đối tượng trong nhóm hiện hút thuốc lựa chọn và cho rằng nó giúp họ làm tăng quyết tâm bỏ thuốc.

Do bối cảnh dịch COVID-19 diễn biến phức tạp nên việc thu thập số liệu định lượng phải tiến hành thu thập trực tuyến trên nền tảng Google Form, dẫn tới việc không lựa chọn được ngẫu nhiên đối tượng tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, phần lớn đối tượng nghiên cứu tập trung ở Hà Nội nên không đại diện được các vùng miền, độ tuổi v.v... Trong số đó, một số người ít có khả năng truy cập internet (điển hình là đối tượng người lớn tuổi), do vậy tính đa dạng về đối tượng nghiên cứu cũng chưa được như kì vọng. Ngoài ra, cũng do dịch diễn biến phức tạp, việc phỏng vấn định tính được tiến hành trực tuyến thông qua các hình thức khác nhau: Zoom, Zalo, Messenger, điện thoại nên điều tra viên chưa thể tận dụng việc khai thác được hết các thông tin

và cũng khó tiếp cận được với các chuyên gia trong lĩnh vực y tế.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Như vậy có thể thấy CBSK có ảnh hưởng đến cảm nhận cũng như vai trò hướng tới quyết tâm và động lực bỏ thuốc của các đối tượng. Chính vì vậy, để các đối tượng có thể nâng cao nhận thức về rủi ro của thuốc lá cũng như tăng thêm động lực bỏ thuốc, các nhãn hàng cần nâng cao những thiết kế đồ họa sống động, chân thực trên bao bì thuốc lá hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schneider S.** Does the effect go up in smoke? A randomized controlled trial of pictorial warnings on cigarette packaging. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):77-83.
2. **Miller CL.** The impact of Australia’s new graphic cigarette packet warnings on smokers’ beliefs and attitudes. *Australasian Marketing Journal*. 2011;19(3):181-8.
3. **Thrasher JF.** Estimating the impact of pictorial health warnings and “plain” cigarette packaging: Evidence from experimental auctions among adult smokers in the United States. *Health Policy*. 2011;102(1):41-8.
4. **World Health Organization.** Show the truth. Picture warnings save lives.; 2009.
5. **TFK. Showing the truth, saving lives** 2021 [Available from: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/warning-labels>.
6. **Luật phòng chống tác hại thuốc lá**, (2012).
7. **Ngoc Bích N, Thu Ngan T, Bao Giang K, Thi Hai P, Thi Thu Huyen D, Ngoc Khue L, et al.** Salience and Impact of Health Warning Label on Cigarette Packs in Vietnam: Findings From the Global Adult Tobacco Survey 2015. *Behav Med*. 2019;45(1):30-9.
8. **NOAR, Seth M., et al.** Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies. *Tobacco control*, 2016, 25.3: 341-354.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Trọng Đức¹, Kim Văn Vụ^{2,3}, Nguyễn Văn Trọng²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Đức

Email: nguyentrongducls@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật triệt căn cắt toàn bộ dạ dày của bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày tại Khoa Ngoại Tổng hợp Quán Sứ - Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 66 bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật mổ mở cắt toàn bộ dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp Quán Sứ - Bệnh viện K từ 01/2018 - 01/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $60,98 \pm 9,87$ (39 - 70 tuổi); tỷ lệ nam/nữ = 2,88/1; 91% BN vào vì đau thượng vị; triệu chứng lâm sàng hay gặp: đau thượng vị (95,5%), chán ăn

(57,6%), sút cân (27,3%), nôn buồn nôn (25,8%); 48,5% BN có tiền sử viêm loét dạ dày; thời gian diễn biến chủ yếu dưới 3 tháng (51,5%). Vị trí u thường gặp là thân vị (50%); thể mô bệnh học: UTBM tuyến 72,7%, UTBM kém kết dính (12,1%), UTBM tế bào nhân (10,6%), UTBM tuyến chế nhày (3%); đa số có xâm nhập mạch bạch huyết (59%) và xâm nhập quanh thần kinh (59%). Độ xâm lấn u đa phần T4a (50%), T3: 30,3%, T4b: 7,6%, T1b: 4,5%; 59,1% BN có di căn hạch, số hạch vét được trung bình: $14,88 \pm 8,24$. 6% BN được cắt toàn bộ dạ dày mở rộng; 100% BN lập lại lưu thông tiêu hóa theo Roux-en-Y; thời gian trung tiện: $4,02 \pm 0,75$ ngày; thời gian lưu dẫn lưu: $8,35 \pm 0,94$ ngày; thời gian nằm viện sau mổ: $11,14 \pm 1,51$ ngày; biến chứng sau phẫu thuật là 15,2%, trong đó viêm phổi 4,6%, không có BN nào mổ lại và không có tử vong sau mổ; thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: 46,9 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn UTBM dạ dày bằng cắt TBDD là an toàn, có thể tiến hành tùy nhiên căn phải đánh giá kỹ giai đoạn bệnh, chỉ số toàn trạng và tình trạng bệnh lý nền đi kèm. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.

SUMMARY

EVALUATION OF TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CARCINOMA IN K HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics and surgical outcomes of total gastrectomy for gastric adenocarcinoma patients at Quan Su General Surgery Department - K Hospital. **Patients and methods:** A total 66 gastric cancer patients treated with open total gastrectomy at Quan Su General Surgery Department - K Hospital retrospectively reviewed during the period from 01/2018 - 01/2022. **Results:** Of 66 patients, the mean age: 60.98 ± 9.87 (39 - 70 years old); male/female ratio = 2.88/1; 91% of patients admitted for epigastric pain; common clinical symptoms: epigastric pain (95.5%), loss of appetite (57.6%), weight loss (27.3%), nausea/vomiting (25.8%); 48.5% of patients had a history of gastric ulcer; the main course of disease was less than 3 months (51.5%). The most common tumor location was the body (50%); histopathology: glandular adenocarcinoma 72.7%, poorly cohesive adenocarcinoma (12.1%), ring cell adenocarcinoma (10.6%), mucinous glandular adenocarcinoma (3%); most had lymphatic invasion (59%) and perineural invasion (59%). The degree of tumor invasion was mostly T4a (50%), T3: 30.3%, T4b: 7.6%, T1b: 4.5%; 59.1% of patients had lymph node metastases, average number of lymph nodes removed: 14.88 ± 8.24 . 6% of patients underwent extended total gastrectomy; 100% of patients restored gastrointestinal circulation according to Roux-en-Y; median time: 4.02 ± 0.75 days; median time to drain removal: 8.35 ± 0.94 days; postoperative hospital stay: 11.14 ± 1.51 days; postoperative complications were 15.2%, including pneumonia in 4.6%, no patient underwent reoperation and there was no postoperative mortality; overall median survival time: 46.9 months. **Conclusion:** Radical surgery for gastric

adenocarcinoma by total gastrectomy is safe and can be performed for patients, however, it is necessary to carefully evaluate the stage of the disease, general condition index and accompanying underlying diseases.

Keywords: gastric cancer, total gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh ác tính phổ biến, tại Việt Nam ung thư dạ dày đứng hàng thứ ba ở nam và thứ tư ở nữ với gần 18.000 ca mắc mỗi năm. Điều trị UTDD căn bản là phẫu thuật (PT), các phương pháp điều trị khác như hóa trị, xạ trị, điều trị đích đóng vai trò bổ trợ hoặc vai trò trong giai đoạn tái phát, di căn xa. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) là phẫu thuật chủ yếu trong điều trị triệt căn UTDD cho các trường hợp ung thư ở tâm phình vị, 1/3 trên dạ dày hay UTDD thể thâm nhiễm. Đây là phẫu thuật phức tạp, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn phẫu thuật cắt dạ dày bán phần. Theo các báo cáo trước đây trên thế giới, tỷ lệ tử vong do phẫu thuật dao động trong khoảng 3-37% và liên quan đến một số yếu tố: tuổi, thể trạng, mức độ tổn thương... Tại Bệnh viện K với sự tiến bộ trong phẫu thuật và gây mê, kết quả phẫu thuật và các biến chứng ngày càng cải thiện. Nhưng gần đây chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật triệt căn cắt toàn bộ dạ dày của bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày tại Khoa Ngoại Tổng hợp Quán Sứ - Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 66 BN UTDD được điều trị phẫu thuật mở mổ cắt TBDD tại khoa Ngoại Tổng hợp Quán Sứ - Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán là ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày nguyên phát.
 - Được phẫu thuật triệt căn cắt TBDD và nạo vét hạch.
 - Có hồ sơ ghi chép và theo dõi đầy đủ.
- Tiêu chuẩn loại trừ
- BN đã phẫu thuật cắt dạ dày do loét, thủng hoặc ung thư trước đây.
 - BN mắc UTDD tái phát.
 - BN có thêm tổn thương ung thư tại vị trí khác.
 - BN có bệnh lý tim mạch, hô hấp, nội tiết không kiểm soát được.
 - BN từ chối, bỏ dở điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi: chia thành các nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng.

- Nội soi, siêu âm, chụp CT/ MRI, chất chỉ điểm u, mô bệnh học u

- Sau khi có chẩn đoán, BN được phẫu thuật cắt TBDD kèm nạo vét hạch. Bệnh phẩm dạ dày và hạch được gửi giải phẫu bệnh đánh giá mô bệnh học.

- Kết quả phẫu thuật: Số hạch vét được, thời gian phẫu thuật, trung tiện, rút dẫn lưu và thời gian hậu phẫu, các tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật, thời gian sống thêm toàn bộ. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật, biến chứng và sống thêm.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	2	3,0
	41 – 50 tuổi	10	15,2
	51 – 60 tuổi	14	21,2
	61 – 70 tuổi	32	48,5
	> 70 tuổi	8	12,1
Giới tính	Nam	49	74,2
	Nữ	17	25,8
Lý do vào viện	Đau bụng thượng vị	60	91
	Nôn sau ăn	4	6,0
	Nôn máu, đi ngoài phân đen	2	3
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng thượng vị	63	95,5
	Nôn, buồn nôn	17	25,8
	Chán ăn	38	57,6
	Ợ chua, đầy hơi	3	4,5
	Sút cân	18	27,3
	Đi ngoài phân đen	5	7,6
	Da xanh, niêm mạc nhợt	6	9,1
	Sờ thấy khối u	4	6,1
Tiền sử viêm loét dạ dày	Có	32	48,5
	Không	34	51,5
Thời gian diễn biến	<3 tháng	34	51,5
	3 – 6 tháng	24	36,4
	> 6 tháng	8	12,1

Nhận xét: Tuổi trung bình: 60,98 ± 9,87, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 81 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61 – 70 tuổi, chiếm 48,5%. Nam hay gặp hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 2,88/1. Lý do khiến BN phải vào viện thường gặp là đau bụng thượng vị chiếm 91%. Đây cũng là

triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (chiếm 95,5%). 48,5% số BN có tiền sử viêm loét dạ dày. Đa số BN đến viện trong vòng 3 tháng đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (chiếm 51,5%).

3.2. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 2. Đặc điểm khối u

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Tâm vị	14	21,2
	Thân vị	33	50,0
	Phình vị	1	1,5
	Hang vị	7	10,6
	Bờ cong lớn	2	3,0
	Bờ cong nhỏ	7	10,6
	Tiền môn vị - Môn vị	2	3,0
Giải phẫu bệnh	Carcinom tuyến kém biệt hóa	32	48,5
	Carcinom tuyến biệt hóa vừa	13	19,7
	Carcinom tuyến biệt hóa cao	3	4,5
	Carcinom kém kết dính	8	12,1
	Carcinom tuyến chế nhầy	2	3,0
	Carcinom tế bào nhân	7	10,6
	U lympho	1	1,5
Xâm nhập mạch	Có	23	59
	Không	16	41
Xâm nhập quanh thần kinh	Có	23	59
	Không	16	41

Nhận xét: Vị trí tổn thương thân vị thường gặp nhất với 50%, sau đó là tâm vị với 21,2%. UTBM tuyến chiếm đa số với 72,7%, sau đó là UTBM kém kết dính với 12,1% và UTBM tế bào nhân với 10,6%. 59% số trường hợp có khối u xâm nhập mạch và quanh thần kinh.

Bảng 3. Giai đoạn mô bệnh học

Giai đoạn		Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ xâm lấn của u (T)	T1b	3	4,5
	T2	5	7,6
	T3	20	30,3
	T4a	33	50,0
	T4b	5	7,6
Di căn hạch (N)	N0	27	40,9
	N1	14	21,2
	N2	13	19,7
	N3	12	18,2

Nhận xét: Có 57,6% BN có khối u xâm lấn quá thanh mạc (pT4), trong đó 5 BN có khối u xâm lấn các cơ quan lân cận (chiếm 7,6%). 3 BN có khối u ở giai đoạn sớm T1b (chiếm 4,5%). Đa số các BN đều ở giai đoạn di căn hạch (chiếm 59,1%). Số hạch vét được trung bình là 14,88 ± 8,24 hạch.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Cắt TBDD đơn thuần	62	94
Cắt TBDD mở rộng	4	6
Cắt lách	1	1,5
Cắt lách và tụy	1	1,5
Cắt đại tràng ngang	1	1,5
Cắt đại tràng trái + đuôi tụy	1	1,5
Phương pháp làm miệng nối		
Roux-en-Y	66	100
Omega	0	0

Nhận xét: Trong 66 BN nghiên cứu, 4 BN cắt TBDD kèm tạng phối hợp. Tất cả BN được tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y.

Bảng 5. Kết quả sớm sau phẫu thuật

	X±SD (Min-Max)
Thời gian trung tiện (ngày)	4,02 ± 0,75 (3-6)
Thời gian lưu dẫn lưu (ngày)	8,35 ± 0,94 (5-10)
Thời gian nằm viện (ngày)	11,14 ± 1,51 (9-17)
Biến chứng sau phẫu thuật	10 (15,2%)
Viêm phổi	3 (4,6%)
Nhiễm trùng vết mổ	4 (6,1%)
Dò mòm tá tràng	1 (1,5%)
Áp xe ổ bụng	1 (1,5%)
Tụ dịch ổ bụng	1 (1,5%)
OS trung bình (tháng)	46,9 ± 3,5

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là 11,14 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 15,2% trong đó nhiễm trùng vết mổ là thường gặp nhất (6,1%). Không có trường hợp mổ lại và tử vong sau mổ. Thời gian sống thêm trung bình 46,9 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học. Trong số 66 BN nghiên cứu, tuổi trung bình là 60,98 ± 9,87, cao nhất 84 tuổi, nhóm tuổi 61 – 70 tuổi chiếm đa số. Tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1. Đau bụng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 95,5% các BN, và cũng là nguyên nhân thường gặp nhất khiến BN phải nhập viện (chiếm 91%). Đi ngoài phân đen biểu hiện ở 7,6% số BN, da xanh niêm mạc nhợt biểu hiện ở 9,1% số BN, và 6,1% số BN sờ thấy khối u qua thành bụng. Đây là các biểu hiện UTDD ở giai đoạn tiến triển, khi khối u xâm lấn gây chảy máu tiêu hóa và phát triển lớn quan sát thấy từ bên ngoài. Theo Trịnh Hồng Sơn (2001) tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa là 11,1% và là yếu tố tiên lượng xấu độc lập làm giảm thời gian sống thêm của người bệnh.¹

48,5% BN có tiền sử viêm loét dạ dày, đây là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn tới ung thư. Kết quả này tương tự tác giả Nguyễn Phúc Kiên (2015) với 47,4% số BN có tiền sử viêm loét dạ dày.² Phần lớn BN đến viện trong vòng 3

tháng đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng (chiếm 51,5%), chỉ có 12,1% BN phát hiện bệnh quá 6 tháng. Kết quả này thấp hơn một số tác giả trước đây như Trịnh Hồng Sơn (trung bình 6 tháng), Nguyễn Đức Huân (trung bình 12 tháng).^{1,3} Điều này phản ánh ý thức khám bệnh của người dân khi có triệu chứng bệnh đã cải thiện trong thời gian gần đây.

- **Đặc điểm khối u.** Vị trí khối u được đánh giá theo phần chính của khối u. Trong đó, tổn thương ở thân vị thường gặp nhất (chiếm 50%), sau đó là tâm vị với 21,2%. Chỉ 3% BN có khối u ở tiền môn vị - môn vị, đó là các trường hợp khối u lớn lan rộng từ tiền môn vị lên thân vị và có chỉ định cắt TBDD. Kết quả này tương tự các tác giả khác như Nguyễn Văn Long (2011): u tâm vị chiếm 31,8%, thân vị chiếm 61,1% và thâm nhiễm lan tỏa chiếm 7,1%; Nguyễn Trọng Hào (2013): u vị trí 1/3 trên chiếm 24,3%, 1/3 giữa chiếm 39,3%, 1/3 dưới chiếm 1,9% và lan tỏa chiếm 34,6%.^{4,5}

UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (72,7%), trong đó UTBM tuyến kém biệt hóa chiếm 48,5%, UTBM tuyến biệt hóa vừa 19,7% và UTBM tuyến biệt hóa cao chiếm 4,5%. Các thể mô bệnh học độ ác tính cao khác cũng chiếm tỷ lệ khá cao UTBM tế bào nhẵn (10,6%), UTBM tuyến nhầy (3,0%). Kết quả này tương tự Nguyễn Đức Huân với UTBM tuyến thường gặp nhất (76%), UTBM tế bào nhẵn chiếm 18%.³ Có thể thấy tỷ lệ u ác tính cao ở các nghiên cứu, phù hợp với bệnh phát hiện muộn và có chỉ định cắt TBDD.

Đa số khối u xâm nhập mạch bạch huyết (59%) và xâm nhập quanh thần kinh (59%), đây là hai yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến tăng tỷ lệ tái phát và giảm thời gian sống thêm, chỉ điểm điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật.⁶

Về giai đoạn khối u, mức độ xâm lấn qua thanh mạc (T4a) là thường gặp nhất với 50%, sau đó là u T3 với 30,3%, 7,6% u T2 và 4,5% u T1. Có 5 trường hợp u T4b (7,6%) chủ yếu là xâm lấn phúc mạc tụy (3 trường hợp), 1 trường hợp xâm lấn đại tràng ngang, 1 trường hợp xâm lấn đại tràng góc lách và đuôi tụy. Về giai đoạn hạch, tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu là 59,1%, trong đó di căn hạch N1 là 21,2%, N2 là 19,7%, N3 là 18,2%. Tỷ lệ u xâm lấn cao, tỷ lệ di căn hạch cao chứng tỏ BN đến viện ở giai đoạn muộn, sau phẫu thuật cần điều trị hỗ trợ để tăng hiệu quả điều trị. Kết quả này tương tự tác giả Gennari L và cs (1986), khối u xâm lấn T3 thường gặp nhất với 63,5%, T4 chiếm 24,5%.⁷

4.2. Kết quả phẫu thuật

- *Cách thức phẫu thuật.* Đa số BN được phẫu thuật cắt TBDD đơn thuần (chiếm 94%), 4 BN được phẫu thuật cắt TBDD mở rộng (chiếm 6%), trong đó cắt lách 1 trường hợp, cắt đuôi tụy và lách 1 trường hợp, cắt đoạn đại tràng ngang 1 trường hợp và cắt đại tràng trái kèm đuôi tụy 1 trường hợp. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Văn Long với 25,9% cắt TBDD mở rộng, và thấp hơn tác giả Nguyễn Trọng Hào với 16,8% BN cắt TBDD mở rộng.^{4,5} Sự khác nhau do nhóm đối tượng khác nhau giữa các nghiên cứu.

- *Kết quả vét hạch.* Số lượng hạch vét được trung bình là $14,88 \pm 8,24$ hạch. Nhiều nhất 48 hạch và ít nhất 2 hạch. Số hạch thực tế ở bệnh phẩm có thể nhiều hơn vì những hạch nhỏ có thể lẫn lộn với mô mỡ mà trong quá trình phẫu tích bỏ đi.

- *Phương pháp làm miệng nối.* 100% BN được phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp nối thực quản – hồng tràng kiểu Roux-en-Y. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Nguyễn Văn Long, 100% BN nối kiểu Roux-en-Y, song có khác so với một số tác giả khác, theo Nguyễn Trọng Hào, 62,5% BN được nối kiểu Roux-en-Y và 27,1% BN nối kiểu Omega; nghiên cứu của Andreollo (2011) cho thấy 86,7% BN nối kiểu Roux-en-Y.^{4,5,8} Một trong những tiêu chí xem xét lựa chọn miệng nối an toàn là tỷ lệ xì rò miệng nối càng ít và dễ thực hiện, không mất nhiều thời gian mổ. Chúng tôi ghi nhận 66 BN được nối theo kiểu Roux-en-Y và không có trường hợp nào biến chứng xì rò miệng nối.

- *Thời gian trung tiện, dẫn lưu và nằm viện.* Thời gian trung tiện trung bình là 4 ngày, tất cả BN trung tiện trong 3 đến 6 ngày. Thời gian lưu dẫn lưu trung bình 8,35 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất 10 ngày. Thời gian trung bình nằm viện là 11,14 ngày, ngắn nhất 9 ngày và dài nhất 17 ngày.

- *Các biến chứng sau mổ.* Tỷ lệ biến chứng chung là 15,2%. Trong đó nhiễm trùng vết mổ thường gặp nhất với 4 trường hợp (chiếm 6,1%), và viêm phổi (chiếm 4,6%). 1 trường hợp dò móm tá tràng được điều trị nội khoa ổn định và ra viện sau 17 ngày, 1 trường hợp áp xe ổ bụng và 1 trường hợp tụ dịch ổ bụng đều được điều trị nội khoa ổn định. Không có trường hợp nào phải mổ lại và không có tử vong trong vòng 30 ngày. Một số tác giả trong nước có tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ cắt TBDD từ 8,7% đến 39,1%.^{4,5}

Viêm phổi là biến chứng thường gặp sau các phẫu thuật nặng, đặc biệt ở đối tượng cao tuổi và nhiều bệnh lý nền. Biến chứng này liên quan tới đặt ống nội khí quản, việc tác động đến cơ

hoàn trong quá trình phẫu thuật, ức chế trung tâm hô hấp và ho, hạn chế vận động và tình trạng đau làm hạn chế ho khạc sau mổ. Tỷ lệ viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,6%, phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây. 4 BN nhiễm trùng vết mổ được xuất viện trong 14 ngày sau mổ, là các trường hợp BN béo phì, thành bụng dày, trong đó có 2 BN cắt TBDD mở rộng (kèm theo cắt đại tràng). 1 BN rò móm tá được điều trị nội khoa và xuất viện sau 17 ngày, không có trường hợp nào rò miệng nối sau PT. Các nghiên cứu trước cho thấy tỷ lệ rò miệng nối sau PT cắt TBDD khoảng 2,1 đến 12%.^{4,5} Đây là biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong khoảng 7% theo báo cáo của Roh.⁹ Một số yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ rò miệng nối gồm giới nam, tình trạng thiếu máu phải truyền trong và sau PT, nồng độ albumin thấp, bệnh lý tim mạch đi kèm.

- *Thời gian sống thêm toàn bộ.* Chúng tôi theo dõi được 52 BN sau mổ, với thời gian theo dõi dài nhất 67 tháng, ngắn nhất là 2 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $46,9 \pm 3,5$ tháng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật triệt căn UTBM dạ dày bằng cắt TBDD là an toàn, có thể tiến hành cho các BN tuy nhiên cần phải đánh giá kỹ giai đoạn bệnh, chỉ số toàn trạng và tình trạng bệnh lý nền đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Phúc Kiên** (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Huân** (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư dạ dày tại bệnh viện K. Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Long** (2011). Đánh giá kết quả kiểu nối Roux-en-Y trong cắt toàn bộ dạ dày do ung thư. Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 15. Phụ bản của Số 4.
5. **Nguyễn Trọng Hào và Trần Thiện Trung** (2013). Các tai biến và biến chứng sau cắt toàn bộ dạ dày. Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 17, Phụ bản của Số 4.
6. **Sano T., Coit D. G., Kim H. H. et al.** (2017). Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. Gastric cancer, 20, 217-225.
7. **Gennari L, Bozzetti F, Bonfanti G, et al.** (1986). Subtotal versus total gastrectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. Br J Surg.

73(7):534-538.

8. **Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto J de S** (2011). Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer: analysis of 300 patients. ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo. 24:126-130.

9. **Roh C., Choi S., Seo W., et al.** (2021). Incidence and treatment outcomes of leakage after gastrectomy for gastric cancer: Experience of 14,075 patients from a large volume centre. European journal of surgical oncology. Feb 25.

MỘT SỐ BẤT THƯỜNG DI TRUYỀN TRONG NHÓM BỆNH NHÂN LƠ XÊ MI KINH DÒNG LYMPHO TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Vũ Quang Hưng¹, Dương Quốc Chính¹,
Nguyễn Hà Thanh¹, Bạch Quốc Khánh¹

Keywords: Chronic lymphocytic Leukemia (CLL), genetic abnormalities.

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị lần đầu bệnh Lơ xê mi kinh dòng lympho – CLL tại Viện Huyết Học - Truyền Máu Trung ương, thời gian từ 9/2016 - 12/2020. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Sử dụng kỹ thuật xét nghiệm lai huỳnh quang tại chỗ (fluorescence in situ hybridization – FISH) với các probe MetaSystem XL ATM/TP53 và MetaSystem XL DLEU/LAMP/12cen. Kết quả xét nghiệm cho thấy có 55,00% bệnh nhân CLL có bất thường di truyền. Tỷ lệ bất thường di truyền del(13q) là cao nhất, chiếm 38.33%. Tỷ lệ bất thường di truyền trisomy12 chiếm 15.00%, tỷ lệ bất thường di truyền del(11q) và del(17p) thấp hơn, cùng chiếm 6.67%.

Từ khóa: Lơ xê mi kinh dòng lympho, bất thường di truyền.

SUMMARY

GENETIC ABNORMALITIES OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA PATIENTS TREATED IN THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

The study was conducted on 60 patients who were first diagnosed and treated for Chronic Lymphocytic Leukemia – CLL at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion, from September 2016 to December 2020. Study Methods: Cross-sectional descriptive. Use fluorescence in situ hybridization (FISH) assay with the MetaSystem XL ATM/TP53 and MetaSystem XL DLEU/LAMP/12cen probes. Laboratory test results show that 55.00% of CLL patients have genetic abnormalities. The rate of genetic abnormalities del(13q) is the highest, accounting for 38.33%. The rate of genetic abnormalities trisomy12 accounted for 15.00%, and the rate of genetic abnormalities del(11q) and del(17p) were lower, both accounting for 6.67%.

¹Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hưng

Email: hungnihbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ xê mi kinh dòng lympho (Chronic Lymphocytic Leukemia - CLL) là một bệnh lý tăng sinh lympho mạn tính, là kết quả của quá trình tăng sinh và tích lũy các lymphocyte đơn dòng trong máu, trong tủy xương và hạch lympho. Ở Mỹ và các nước châu Âu tỷ lệ bệnh khá cao, đặc biệt ở người cao tuổi (khoảng 2,7 người/100.000 dân) chiếm 0,8% trong các bệnh ung thư. Ở các nước châu Á, bệnh CLL trước kia được coi là bệnh hiếm gặp. Việc chẩn đoán bệnh chính xác nhờ có tiêu chuẩn rõ ràng. Bệnh nhân được điều trị bằng các phác đồ hóa trị kết hợp thuốc điều trị nhắm đích đã đạt được lui bệnh hoàn toàn với tỷ lệ cao, mang lại nhiều hy vọng cho người bị bệnh.

Nhằm góp phần quan trọng để chẩn đoán và xếp loại tiên lượng, lựa chọn phác đồ điều trị, việc tiến hành các xét nghiệm di truyền là rất cần thiết cho bệnh CLL, xét nghiệm phát hiện được từ 60% đến 80% tổn thương di truyền. Với kỹ thuật lai huỳnh quang tại chỗ (fluorescence in situ hybridization – FISH) nhiều loại bất thường di truyền đã được phát hiện trên bệnh nhân lơ xê mi kinh dòng lympho đã được nghiên cứu. Tuy nhiên, có bốn loại bất thường chính trong lơ xê mi kinh dòng lympho có tỷ lệ gặp cao và liên quan đến việc tiên lượng bệnh là trisomy 12, del (13q14), del (11q), và del (17p) [3, 4, 5, 6]. Năm 2000, Dohner và cộng sự đã công bố mô hình tiên lượng cho bệnh nhân CLL sử dụng các tiêu chí bất thường này chia thành bốn nhóm tiên lượng chính như sau: tiên lượng tốt, tiên lượng trung bình, tiên lượng xấu và rất xấu. Đến nay các xếp loại này được áp dụng và kiểm chứng bởi một số nhóm nghiên cứu và ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới. [6].

Tại Việt Nam, nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc bệnh thấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu