

# KẾT QUẢ MỔ MỞ ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ SỬ DỤNG DÂY CHẴNG TRÒN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Chiến Quyết<sup>1</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>, Vũ Đức Long<sup>1</sup>,  
Hoàng Anh<sup>1</sup>, Trần Quế Sơn<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** mổ mở khâu lỗ thủng được áp dụng ở những bệnh nhân không thể phẫu thuật nội soi, dây chằng tròn được sử dụng như là một cấu trúc thay thế mạc nối lớn để tăng cường, làm chắc đường khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả mổ mở điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có sử dụng dây chằng tròn tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng:** 64 bệnh nhân được mổ từ tháng 01/2018 – 6/2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 67,53±14,67 (38-97) tuổi. Đường kính lỗ thủng (mm): 5 – 10 mm, > 10 mm lần lượt là 78,1% và 21,9%; Vị trí lỗ thủng tại hành tá tràng, môn vị, tiền môn vị lần lượt là 79,7%, 15,6%, 4,7%; bờ ổ loét mềm mại và xơ chai lần lượt là 68,8% và 31,3%. Thời gian nằm viện: 9,42±6,02 (1-26) ngày, thời gian lưu thông ruột sau mổ: 4,05±1,19. Biến chứng sau mổ: rò tiêu hóa, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, suy gan cấp, suy đa tạng lần lượt là 0%, 20,3%, 6,3%, 4,7%, 12,5%. Tỷ lệ tử vong 7,8%. Khám lại sau 1 tháng (n=38): Visick 1,2,3 là 2,6%, 44,7%, 52,6%; sau 6 tháng (n=23): Visick 1,2,3 là 76,7%, 23,3%, 0%; nội soi dạ dày: 86,7% lành, 13,3% còn loét. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho tỷ lệ tử vong liên quan đến các biến chứng: viêm phổi (p=0,041), suy gan cấp (p=0,007), suy đa tạng (p=0,001). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho tỷ lệ tử vong liên quan đến biến chứng: suy đa tạng (p=0,012). **Kết luận:** kỹ thuật sử dụng dây chằng tròn trong mổ mở là khả thi trong điều trị thủng dạ dày tá tràng. Suy đa tạng là yếu tố độc lập liên quan đến tử vong sau mổ.

**Từ khóa:** mổ mở khâu lỗ thủng, thủng ổ loét dạ dày tá tràng, dây chằng tròn.

## SUMMARY

### OUTCOMES OF OPEN SURGICAL TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCER PERFORATION USING THE FALCIFORM LIGAMENT AT BACHMAI HOSPITAL

**Introduction:** Open surgery is often indicated in patients that are ineligible for undergoing endoscopic procedures; in order to strengthen the sutures thus avoiding leakage, the falciform ligament is often utilised beside greater omentum. **Objects:** Evaluation of surgical treatment results and relevant factors of

open surgery using the falciform ligament in Bachmai Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive, retrospective research on 64 patients underwent open surgery of gastroduodenal perforation closure with falciform ligament from January 2018 to June 2023. **Results:** The average age of our research patients was: 67.53±14.67 (38-97) years old. Perforation diameters (mm): 5 – ≤10: 78.1%; > 10: 21.9%; site: duodenum, pyloric, pre-pyloric was 79,7%, 15,6%, 4,7%; characteritic: soft, hard was 68,8%, 31,3%. The average hospital stay length was 9.42±6.02 (1-26) days, postoperative ileus was 4.05±1.19 days. Postoperative complications: gastrointestinal leakage, pneumonitis, surgical wound infection, acute liver failure, multiple organ failure and mortality rate was 0%, 20,3%, 6,3%, 4,7%, 12,5 and 7,8 %; After one month of follow-up (n=38): Visick 1,2,3: 2,6%, 44,7%, 52,6 %; after 6 months (n=23): Visick 1,2,3: 76,7%, 23,3%, 0%; gastric endoscopy shown that 86,7% of injuries was healed and 13,3% still persisted with ulcer. Simple logistic regression analysis results for mortality rate associated with complications: pneumonitis(p=0,041), acute liver failure (p=0,007), multiple organ failure (p=0,001); multivariate logistic regression analysis results for mortality rate associated with complication: multiple organ failure (p=0,012). **Conclusion:** The usage of the falciform ligament in gastroduodenal perforation closure is a feasible technique. Multiple organ failure is an independent factor associated with postoperative mortality.

**Keywords:** open surgery for perforation closure, gastroduodenal perforation, the falciform ligament.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét là biến chứng nặng nề của bệnh loét dạ dày tá tràng (DD-TT), là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) được áp dụng rộng rãi trong điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng cho kết quả tốt với những ổ loét đến sớm, lỗ thủng nhỏ, ổ loét bờ mềm mại dễ khâu. Tuy nhiên đối với những BN có chống chỉ định (tuyệt đối hoặc tương đối) của PTNS như viêm phúc mạc nặng, lỗ thủng lớn, có nhiều bệnh nền thì mổ mở vẫn được áp dụng. Việc sử dụng mạc nối lớn để che phủ lỗ thủng DD-TT được Roscoe R. Graham đưa ra năm 1937 hạn chế biến chứng xì rò, bục trên BN lỗ thủng lớn, nhiều bệnh nền [1]. Tuy nhiên mạc nối lớn không thể sử dụng trong trường hợp viêm phúc mạc nặng hoặc bị cắt bỏ trước đó. Mặt khác khi ruột non, đại tràng bị giãn ra do viêm phúc mạc và chướng bụng gây căng

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quế Sơn

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

mạc nổi lớn, dẫn đến nguy cơ thủng và rò rỉ cao. Kỹ thuật sử dụng dây chằng tròn để điều trị thủng ổ loét DD-TT đã được Fry báo cáo vào năm 1978 [2]. Tại bệnh viện Bạch Mai nhiều bệnh nhân thủng ổ loét DD-TT phải mổ mở do có nhiều bệnh nền khác nhau. Để tăng cường đường khâu lỗ thủng với những thủng lớn, xơ chai khó liền, bên cạnh sử dụng mạc nối lớn thì dây chằng tròn cũng được sử dụng để khâu phủ giúp làm kín đường khâu lỗ thủng, hạn chế biến chứng rò, bục. Nhằm tổng kết kết quả ứng dụng dây chằng tròn trong điều trị biến chứng thủng ổ loét DD-TT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả mổ mở khâu thủng ổ loét DD-TT có sử dụng dây chằng tròn tại Bệnh viện Bạch Mai.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là 64 bệnh nhân được mổ mở khâu lỗ thủng DD-TT có sử dụng dây chằng tròn tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2023.

**• Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- BN được chẩn đoán sau mổ là thủng ổ loét DD-TT

- Được điều trị bằng phương pháp mổ mở khâu lỗ thủng có sử dụng dây chằng tròn.

**• Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian: Từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2023

**2.2.2. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, hồi cứu.

**2.2.3. Cách chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, được sự chấp thuận của bệnh viện. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Đặc điểm chung: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,53±14,67, dao động từ 38 - 97. Tỷ lệ nam/nữ = 1,46.

**Bảng 1. Tiền sử bệnh nội khoa (n = 64)**

Bệnh nội khoa	(n)	%
Đái tháo đường	11	17,2
Tăng huyết áp	22	34,4
COPD	7	11,0
Bệnh tim mạch	11	17,2

Suy thận mạn	9	14,2
Đột quy cũ	6	9,4
Xơ gan	4	6,3
<b>ASA</b>	<b>(n)</b>	<b>%</b>
< III	43	67,2
≥ III	21	32,8

**Nhận xét:** tiền sử bệnh nội khoa hay gặp là: tăng huyết áp 34,4%, bệnh tim mạch 17,2%, đái tháo đường 17,2%, trong đó có: 65,1 % có 1 bệnh nền, 34,9 % có ≥2 bệnh nền. Đánh giá ASA trước mổ ASA ≥III khá nhiều 21 ca (32,8%)

**Bảng 2. Thương tổn trong mổ (n = 64)**

Đường kính lỗ thủng (mm)	(n)	%
>5-10	50	78,1
>10	14	21,9
<b>Vị trí</b>	<b>(n)</b>	
Hành tá tràng	51	79,7
Môn vị	10	15,6
Tiền môn vị	3	4,7
<b>Bờ lỗ thủng</b>	<b>(n)</b>	
Mềm mại	44	68,7
Xơ chai	20	31,3
<b>Viêm phúc mạc</b>	<b>(n)</b>	
Toàn thể	29	45,3
Khu trú	35	54,7

**Nhận xét:** Đường kính lỗ thủng đều trên 5mm, trung bình 10,01mm, có 14 BN có lỗ thủng >10mm. Đa số thủng ổ loét hành tá tràng 79,7 %, bờ mềm mại 68,7%, xơ chai 31,3% và có tình trạng viêm phúc mạc toàn thể 29 BN chiếm 45,3%.

- Kết quả điều trị: Thời gian nằm viện trung bình 9,42±6,02 (1-26) ngày, thời gian lưu thông ruột sau mổ: 4,05±1,19 ngày.

**Bảng 3. Biến chứng sau mổ và tử vong (n = 64)**

Biến chứng	(n)	%
Rò tiêu hóa	0	0
Tắc ruột	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	4	6,3
Viêm phổi	13	20,3
Suy gan cấp	3	4,7
Suy đa tạng	8	12,5
Tử vong sau mổ	5	7,8

**Nhận xét:** không gặp trường hợp nào bị rò tiêu hóa và tắc ruột, biến chứng gặp nhiều nhất là viêm phổi (20,3%), đặc biệt có 5 BN tử vong sau mổ (7,8%).

- Phân tích hồi quy logistic đơn biến, đa biến cho tỷ lệ tử vong với các yếu tố ảnh hưởng: tuổi, ASA, tình trạng viêm phúc mạc, tiền sử bệnh nội khoa và các biến chứng ta được kết quả sau.

**Bảng 4. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong (n = 64)**

<b>Hồi quy đơn biến cho tỷ lệ tử vong</b>							
<b>Yếu tố ảnh hưởng</b>		<b>(n=64)</b>	<b>Không tử vong (n=59)</b>	<b>Tử vong (n=5)</b>	<b>p</b>		
Tuổi	≤67	33	31	2	0,593		
	>67	31	28	3			
ASA	≤II	43	43	0	0,997		
	≥III	21	16	5			
Tăng huyết áp	Có	20	18	2	0,662		
	Không	44	41	3			
Xơ gan	Có	4	4	0	0,999		
	Không	60	55	5			
Bệnh thận mạn	Có	9	7	2	0,109		
	Không	55	52	3			
Bệnh tim mạch	Có	12	10	2	0,225		
	Không	52	49	3			
Viêm phúc mạc	Toàn thể	35	31	4	0,263		
	Khu trú	29	28	1			
BC viêm phổi	Có	13	10	3	<b>0,041</b>		
	Không	51	49	2			
BC suy gan cấp	Có	3	1	2	<b>0,007</b>		
	Không	61	58	3			
BC suy đa tạng	Có	8	4	4	<b>0,001</b>		
	Không	56	55	1			
<b>Hồi quy đa biến cho tỷ lệ tử vong</b>							
<b>Biến số</b>	<b>B</b>	<b>S.E</b>	<b>Wald</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>95% C.I</b>	
						<b>Lower</b>	<b>Upper</b>
BC suy đa tạng	3,437	1,373	6,264	<b>0,012</b>	31,099	2,107	458,940
BC viêm phổi	0,623	1,335	0,218	0,640	1,865	0,136	25,520
BC suy gan cấp	2,633	1,748	2,268	0,132	13,914	0,452	428,063

**Nhận xét:** kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong có liên quan đến các biến chứng viêm phổi (p=0,04), suy gan cấp (p=0,007), suy đa tạng (p=0,001) với độ tin cậy 95%, trong đó biến chứng suy đa tạng là yếu tố ảnh hưởng nhất đến tỷ lệ tử vong (p=0,012) với độ tin cậy 95%.

- Kết quả khám lại sau 1 tháng và 6 tháng:

**Bảng 5. Kết quả khám lại**

<b>Sau 1 tháng</b>		
<b>Visick</b>	<b>(n=38)</b>	<b>%</b>
I	1	2,6
II	17	44,7
III	20	52,6
IV	0	0
<b>Sau 6 tháng</b>		
<b>Visick</b>	<b>(n=23)</b>	<b>%</b>
I	18	76,7
II	5	23,3
III	0	0
IV	0	0
<b>Nội soi dạ dày</b>		
	<b>(n=23)</b>	<b>%</b>
Lành	20	86,7
Còn loét	3	13,3

**Nhận xét:** sau 1 tháng với 38/64 BN khám lại, phân loại theo Visick về đánh giá loét DD –

TT Visick III chiếm đa số (52,6%), sau 6 tháng với 23/64 BN khám lại Visick I chiếm đa số (76,7%) cho thấy có sự cải thiện rõ rệt. Nội soi dạ dày thấy phần lớn lành ổ loét (86,7%).

#### IV. BÀN LUẬN

Năm 1978 Fry lần đầu tiên sử dụng dây chằng tròn để điều trị thành công thủng ổ loét DD-TT ở bệnh nhân có lỗ thủng lớn, đã cắt bỏ mạc nối lớn trước đó [2]. Kỹ thuật được thực hiện bằng cách dùng dây chằng tròn khâu phủ mặt trước đường khâu lỗ thủng ổ loét DD-TT. Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 64 BN được mổ mở khâu thủng DD-TT có sử dụng dây chằng tròn. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,53±14,67, tuổi thấp nhất là 38, cao nhất là 97, cao hơn so với nghiên cứu của Costalat (1995) nghiên cứu trên 12 BN với tuổi trung bình là 41 [3], Olmez (2019) với 46 BN tuổi trung bình là 53 [4]. Ở nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phẫu thuật cho những bệnh nhân không thể mổ nội soi do có nhiều bệnh nền hoặc lỗ thủng lớn.

Các BN đa phần có tiền sử bệnh nội khoa, phổ biến là các bệnh: tăng huyết áp 34,4%, bệnh tim mạch 17,2%, đái tháo đường 17,2%, bệnh thận mạn 14,2 %, trong đó 34,9% có từ hai bệnh nền trở lên. Điều này ảnh hưởng đến vấn đề gây mê cho bệnh nhân, không thể phẫu thuật nội soi và khó khăn khi hồi sức sau mổ. Đánh giá ASA trước mổ: < III: 67,2 %, ASA ≥ III : 32,8%, đặc biệt có 2 trường hợp ASA IV với tiền sử bệnh nội khoa nặng, bệnh nhân được mổ cấp cứu tuy nhiên tử vong sau mổ vì suy đa tạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ASA ≥ III cao hơn nghiên cứu của Olmez (2019) là 21,9%, ông cho rằng ASA có liên quan đến các biến chứng và tử vong sau mổ [4].

Đường kính lỗ thủng trung bình là 10,01mm, trong đó > 5 - 10: 78,1%; >10: 21,9%. Chúng tôi chỉ sử dụng dây chằng tròn khâu phủ đường khâu lỗ thủng với các lỗ thủng > 5mm có bờ xơ chai hoặc lỗ thủng lớn do nguy cơ xì rò cao hơn với so khâu đơn thuần. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Costalat (1995) (5-15mm) và cao hơn nghiên cứu Olmez (2019) là 5mm (1-20mm) [3,4]. Vị trí lỗ thủng chủ yếu ở hành tá tràng 79,7% tương tự nghiên cứu của Olmez (2019) là 78,7% [4]. Trong nghiên cứu tỷ lệ BN có bờ ổ loét xơ chai khá cao là 31,3%, đây là lý do khiến lỗ thủng khó liền cùng với kích thước lớn của lỗ thủng, cần khâu tăng cường.

Tình trạng viêm phúc mạc toàn thể khá nhiều với 29 BN (45,3%) do trong nghiên cứu này tất cả các đều được mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu 9,42±6,02 ngày (1-26). Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Costalat (1995) là 10 ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Olmez (2019) là 6 ngày, do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn của tác giả trên, nhiều bệnh nhân cao tuổi hơn. Thời gian lưu thông ruột sau mổ: 4,05±1,19 ngày, tương đương với nghiên cứu của Olmez (2019) là 4 ngày [3,4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi sau mổ không có biến chứng rò tiêu hóa và tắc ruột, viêm phổi 13 BN (20,3%), nhiễm trùng vết mổ 4 BN (6,3%), suy gan cấp 3 BN (3,1%), suy đa tạng 8 BN (12,5%), tử vong 5 BN (7,8%). Riêng với biến chứng rò tiêu hóa, kết quả và nhận xét của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả Costalat (1995), Munro (1996), Jae Hun Chung (2023) đều không có biến chứng này [4,5,6]. Các tác giả cho rằng dùng dây chằng tròn che phủ có thể làm đường khâu lỗ thủng chắc chắn hơn, hạn chế biến chứng xì rò. Kết quả của

chúng tôi khác với Olmez có 4/46 BN rò tiêu hóa sau mổ tác giả gặp những BN lỗ thủng khá lớn (20 mm) và xơ chai. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7,8% tử vong, tương đương với nghiên cứu của Olmez (2019) 8,7% tử vong, nhưng lại khác với các tác giả Costalat (1995), Munro (1996), Jae Hun Chung (2023) không có ca nào tử vong. Có thể do số bệnh nhân trong các nghiên cứu trên khá nhỏ: Costalat (1995) 12 BN, Munro (1996) 6 BN, Jae Hun Chung (2023) 14 BN [3,5,6]. Trong nghiên cứu của Olmez tác giả cho rằng tỷ lệ tử vong liên quan đến ASA, tiền sử bệnh nội khoa và biến chứng viêm phổi sau mổ, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nhóm khâu lỗ thủng sử dụng dây chằng tròn và nhóm sử dụng mạc nối lớn. Trong nghiên cứu này khi phân tích hồi quy đơn biến cho tỷ lệ tử vong kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong có liên quan đến các biến chứng: viêm phổi (p=0,041), suy gan cấp (p=0,007), suy đa tạng (p=0,001) với độ tin cậy 95%. Khi phân tích hồi quy đa biến cho tỷ lệ tử vong với các yếu tố trên kết quả cho thấy biến chứng suy đa tạng là yếu tố ảnh hưởng nhất đến tỷ lệ tử vong (p=0,012) với độ tin cậy 95%.

Kết quả khám lại sau 1 tháng với 38 bệnh nhân khám lại, phân loại theo Visick về đánh giá loét DD – TT [7]: Visick 1,2,3,4 lần lượt là: 2,6%, 44,7%, 52,6%, 0%. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí (2017) khám lại sau 2 tháng Visick 1,2,3,4 lần lượt là: 95,1%, 4,9%, 0%, 0%, do các BN của chúng tôi đều mổ mở, do đó hồi phục chậm hơn [8]. Kết quả khám lại sau 6 tháng với 23 bệnh nhân: Visick 1, 2, 3, 4 lần lượt: 76,7%, 23,3 %, 0%, 0% thể hiện có sự cải thiện rõ rệt. Nội soi dạ dày thấy 86,7% lành ổ loét, 13,3% còn tồn tại ổ loét. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí (2017) trên nhóm BN mổ nội soi khám lại sau 12 tháng có nội soi dạ dày thấy 91,1% lành, 8,9% còn loét [8].

## V. KẾT LUẬN

Dây chằng tròn có thể được sử dụng để thay thế mạc nối lớn che phủ mặt trước đường khâu lỗ thủng ổ loét DD-TT trong các trường hợp bệnh nhân lỗ thủng lớn, bờ ổ loét xơ chai, nhiều bệnh nền. Đây là một kỹ thuật khả thi, dễ áp dụng, tránh được nguy cơ rò bục chỗ khâu. Tỷ lệ tử vong liên quan đến các biến chứng nội khoa sau mổ và suy đa tạng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Isti AC, Gray DK, Roscoe R, Graham, An enduring legacy in the 21<sup>st</sup> century. J Trauma

- Acute Care Surg. 2017;82(1):216-220.
2. **Fry DE, Richardson JD, Flint LM**, Closure of an acute perforated peptic ulcer with the falciform ligament, Arch Surg Chic Ill 1960. 1978;113(10):1209-1210.
3. **Costalat G, Alquier Y**. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatis (LTH). Surg Endosc. 1995;9(6):677-679; discussion 680.
4. **Omelz A, Cicek E, Aydin C, Kaplan K, Kayaalp C**. Omentopexy versus falciformopexy for peptic ulcer perforation. Ulus Travma Ve Acil Cerrahi Derg Turk J Trauma Emerg Surg TJTES. 2019;25(6):580-584.
5. **Munro WS, Bajwa F, Menzies D**. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers with a falciform ligament patch. Ann R Coll Surg Engl 1996;78;390-1.
6. **Jae Hung Chung, Cheol Woong Choi, Su Jin Kim, Sun-Hwi Hwang, Si-Hak Lee**. Application of the falciform ligament patch for the prevention of duodenal stump leakage after gastrectomy: technical report on a case series. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2023, Vol.33, No.5.
7. **A. Hedley Visick** (1948). A study of the failures after gastrectomy. Hunterian Lecture delivered at the Royal College of Surgeons of England. 1948; 3:266.
8. **Nguyễn Hữu Trí**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu thủng ổ loét dạ dày tá tràng. 2017. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y được Huế.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ CHOPE TRÊN BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO T NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Vũ Hoàng Quân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Phạm Huy Tần<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CHOPE trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Bệnh nhân ≤ 65 tuổi được chẩn đoán u lympho tế bào T ngoại vi được điều trị phác đồ CHOPE ít nhất 3 chu kỳ tại bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,5 ± 12,7; tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Sở thấy hạch ngoại vi là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (85,7%). Khoảng 1/3 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch (31,4%). Đa số bệnh nhân (54,3%) có thể giải phẫu bệnh là u lympho tế bào T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác và 51,5% bệnh nhân ở giai đoạn III, IV. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 45,7%, sau 6 chu kỳ là 75%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 28,13 ± 3,44 tháng. Độc tính trên hệ tạo huyết là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất. **Kết luận:** Phác đồ CHOPE đem lại hiệu quả cao trong khi an toàn và dung nạp tốt trên bệnh nhân u lympho tế bào T ngoại vi.

**Từ khóa:** U lympho không Hodgkin, Tế bào T ngoại vi, CHOPE

### SUMMARY

#### RESULTS OF CHOPE REGIMEN IN PERIPHERAL T-CELL LYMPHOMA AT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Vũ Hoàng Quân

Email: tranvuhoangquan2204@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

### VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment results of CHOPE regimen in peripheral T-cell lymphoma. **Patients and Methods:** Descriptive, case-cluster-study. Patients aged ≤ 65 years old with newly diagnosed peripheral T-cell lymphoma at Vietnam National Cancer Hospital from May 2019 to June 2023 were enrolled to receive CHOPE every three weeks for at least three cycles. **Results:** The study was carried out on 35 patients. Median age was 39,5 ± 12,7; male:female ratio was 2,5:1. Palpable lymphadenopathy was the common presenting symptom (85,7%). A third of all patients had extralymph node disease (31,4%). The majority of patients (54,3%) had PTCL, NOS and 51,5% patients were in stage III or IV. Complete response rate after 3 cycles was 45,7%, after 6 cycles was 75%. The mean progression-free disease was 28,13 ± 3,44 months. The most common adverse effects were hematologic toxicities. **Conclusion:** CHOPE regimen was safe and high effective in peripheral T-cell lymphoma

**Keywords:** Non-Hodgkin lymphoma, Periopheral T-cell, CHOPE

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULPKH) là nhóm bệnh ác tính của tổ chức lympho. Năm 2020, theo thống kê của GLOBOCAN, u lympho không Hodgkin đứng thứ 11 ở cả 2 giới về cả số ca mới mắc và số ca tử vong trên toàn cầu.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, u lympho không Hodgkin đứng thứ 13 về cả số ca mới mắc và số ca tử vong, ước tính mỗi năm có 3725 ca mới mắc và 2214 ca tử vong.<sup>1</sup> ULPKH được chia thành 2 nhóm chính: u lympho dòng tế bào B và dòng tế bào T, dựa trên nguồn gốc phát sinh của các tế bào u, trong đó tế bào B chiếm phần lớn, khoảng 80% và tiền lượng tốt