

cải thiện thời gian sống thêm cho BN. Nên cần nhắc lựa chọn phác đồ này để điều trị đối với những bệnh nhân UTV tái phát di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, **68(6)**, 394–424.
2. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng và cs. (2017). Kết quả bước đầu nghiên cứu đánh giá hiệu quả phác đồ AC-T trên bệnh nhân ung thư vú ở bệnh viện K giai đoạn 2015-2016. Tạp chí Y học thực hành, **489**, tr 10-17.
3. Jame F.Bishop., Joanna Dewar., Guy C. Toner and et al (1999). Initial Paclitaxel improves outcome compared with CMFP combination chemotherapy as front line therapy in untreated metastatic Breast cancer. J Clin Oncol, **17(8)**, 2355 – 2364.
4. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al (2014). Cancer statistics. CA cancer J.Clin. 2014, **64**: 9-29.
5. Tạ Văn Tở (2004). Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. Luận án Tiến sỹ Y học. 34-6
6. Bishop J.F., Dewar J., Toner G.C. và cộng sự. (1999). Initial paclitaxel improves outcome compared with CMFP combination chemotherapy as front-line therapy in untreated metastatic breast cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, **17(8)**, 2355–2364.
7. Sledge G.W., Neuberger D., Bernardo P. và cộng sự. (2003). Phase III trial of doxorubicin, paclitaxel, and the combination of doxorubicin and paclitaxel as front-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an intergroup trial (E1193). J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, **21(4)**, 588–592.
8. Phạm Thị Diệu, Lê Thanh Đức (2022). Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel trong ung thư vú tái phát di căn. **517(1)**, 308-312

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II-IIIIC ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Đỗ Anh Tú¹, Phonesavanh Thammavong²

CHARACTERISTICS OF GASTRIC CARCINOMA STAGE II-IIIIC UNDERGOING RADICAL SURGERY

Stomach cancer remains a disease with a poor prognosis. Clinical symptoms are often poor and vague. Diagnosis is mainly based on endoscopy and biopsy for histopathological examination. **Purpose:** To comment on some clinical and pathological characteristics of gastric cancer stage II - IIIIC treated with radical surgery at K Hospital from January 2013 to December 2015. **Methods:** 109 gastric cancer patients after radical surgery were retrospectively reviewed the clinical and pathological characteristics. **Results:** Epigastric pain is the most common symptom, accounting for 88.1%. Tumors are mainly located in the lesser curvature (62.4%). The most common adenocarcinoma was 75.2%. The majority of patients are stage II, accounting for 56.9% (IIA: 26.6 and IIB: 30.3%). **Conclusion:** The status of lymph node metastasis tends to increase with the degree of invasion of the tumor tissue into the stomach wall (pT stage).

Keywords: Gastric cancer, clinical symptom, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư (UT) phổ biến nhất ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan nghiên cứu UT toàn cầu IARC (Globocan 2012), bệnh thường gặp thứ 6 trên thế giới, tính theo giới bệnh đứng hàng thứ 4 ở nam và thứ 6 ở nữ. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc và chết do UTDD

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày vẫn là bệnh có tiên lượng xấu. Các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và mơ hồ. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi và sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học. **Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của bệnh ung thư dạ dày giai đoạn II – IIIIC được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2013 – 12/2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 109 bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn được hồi cứu các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh. **Kết quả nghiên cứu:** Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 88,1%. U ở chủ yếu nằm ở bờ cong nhỏ chiếm (62,4%). Typ tuyến hay gặp nhất là 75,2%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II gặp nhiều nhất, chiếm 56,9% (IIA: 26,6 và IIB: 30,3%). **Kết luận:** Tình trạng di căn hạch có xu hướng tăng theo mức độ xâm nhập vào thành dạ dày của tổ chức u (giai đoạn pT).

Từ khóa: Ung thư dạ dày, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh.

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGY

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

đứng vị trí thứ 3 ở nam, sau UT phế quản, gan, đứng vị trí thứ 5 ở nữ sau UT vú, phế quản, gan, cổ tử cung và tử vong đứng thứ 4 sau UT phế quản, gan và vú. Bệnh gồm hai loại theo sự phát sinh của tế bào: UT biểu mô (UTBM) và không phải UT biểu mô. UTBM là loại ác tính phổ biến nhất, chiếm 90% trong số các loại UTDD và được nghiên cứu nhiều nhất [1]. Triệu chứng lâm sàng của UTDD nghèo nàn, không đặc hiệu do đó dễ nhầm lẫn với các thay đổi cơ năng lành tính. Khi các triệu chứng rõ ràng thì thường bệnh đã ở giai đoạn muộn [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thay đổi của các triệu chứng bệnh UTDD. Sút cân là triệu chứng rõ ràng, phổ biến hơn (từ 20% đến 60%). Trong điều kiện Việt Nam hiện nay, hầu hết các bệnh nhân UTDD được chẩn đoán và điều trị không phải ở giai đoạn sớm. Vì vậy, đề tài thực hiện nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của bệnh ung thư dạ dày giai đoạn II – IIIIC được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2013 – 12/2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 109 trường hợp bệnh nhân UTDD giai đoạn II-IIIIC được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 1/2013 - 12/2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTDD giai đoạn II-IIIIC đã được phẫu thuật triệt căn.

- Chẩn đoán mô bệnh học xác định là ung thư biểu mô tuyến.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được điều trị hóa chất trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân được mổ DD ở cơ sở khác chuyển về.

- Bệnh nhân UTDD tái phát hoặc đã được mổ cắt DD trước đó vì tổn thương dạ dày lành tính.

- Những trường hợp bệnh di căn xa.

- Hồ sơ không đầy đủ, thất lạc thông tin.

- Tất cả các trường hợp không đạt các tiêu chuẩn trên.

Phương pháp nghiên cứu

Loại hình nghiên cứu: Nghiên cứu, mô tả hồi cứu.

Thống kê và xử lý số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

- So sánh giá trị trung bình của các biến định lượng giữa hai nhóm bằng test T.

- So sánh, kiểm định sự khác biệt của các

biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 .

- Các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $P \leq 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 109 bệnh nhân UTDD giai đoạn II-IIIIC được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 1/2013 - 12/2015. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,65 \pm 9,02$ tuổi (thấp nhất là 32, cao nhất là 77). Lứa tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là 50-69 tuổi (70,6%). Nhóm tuổi ít gặp nhất là < 40 tuổi (1,8%). Bệnh mắc cả ở 2 giới, tỷ lệ mắc nam/nữ = 2.

Phần lớn bệnh nhân đến viện vì đau bụng thượng vị (88,1%), ợ hơi ợ chua (29,4%), buồn nôn nôn, nôn chiếm (20,2%), xuất huyết tiêu hóa chiếm (12,4%) và chỉ có 1,8% bệnh nhân phát hiện tình cờ. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 78%, thời gian từ 3-6 tháng chiếm tỷ lệ 7% và trên 6 tháng là 15%. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân UTDD tại thời điểm vào viện là đau vùng thượng vị (88,1%), gầy sút cân (60,6%), ợ hơi, ợ chua (29,4%), buồn nôn hay nôn (20,2%), đại tiện phân đen (12,8%), chán ăn, mệt mỏi (7,3%), nôn máu (4,6%), và gặp ít nhất là đầy bụng khó tiêu 0,9%

Đa số bệnh nhân có u vùng bờ cong nhỏ (62,4%), tiếp đến là u vùng hang vị-môn vị (30,3%) và thân vị chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,9%). Đặc điểm đại thể thường gặp nhất là thể loét (64,2%), thể loét sùi (31,2%), thể thâm nhiễm và loét - thâm nhiễm ít gặp hơn, tỷ lệ tương ứng là 1,8% và 2,8%. Thể mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM biệt hóa thấp và biệt hóa vừa (38,5% và 30,3%). UTBM tế bào nhân chiếm 18,3% và UTBM tuyến chế nhầy chiếm 9,17%.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo mức độ xâm lấn u

Giai đoạn u	Số BN	Tỷ lệ (%)
T2	13	11,9
T3	30	27,5
T4a	62	56,9
T4b	4	3,7
Tổng	109	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 88,1% có u xâm lấn sát thanh mạc và thanh mạc (T3, T4). Khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) chiếm 11,9%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Số BN	Tỷ lệ (%)
N0	42	38,5
N1	35	32,1

N2	17	15,6
N3	15	13,8
Tổng	109	100,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có di căn hạch chiếm đa số (61,5%). Trong đó di căn từ 1-2 hạch là 32,1%; di căn từ 3-6 hạch là 15,6%; di căn từ 7 hạch trở lên là 13,8%.

Bảng 3.3. Phân bố theo mức xâm lấn u và tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	Khối u								Tổng	
	T2		T3		T4a		T4b			
	BN	%	BN	%	BN	%	BN	%	BN	%
Không di căn hạch	9	69,3	17	60,7	24	42	1	25	54	100
Di căn hạch	4	30,7	11	39,3	36	58	3	75	55	100
Tổng	13	100	28	100	60	100	4	100	109	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 54/105 = 51,4% bệnh nhân có u T2, T3, T4 có di căn hạch. Trong đó có 30,7% u T2, u T3 chiếm 39,3%, u T4a chiếm 58% và u T4b chiếm 75%. Kiểm định $\chi^2 = 4,06$; $p = 0,255$.

Đa số bệnh nhân nghiên cứu hay gặp giai đoạn IIB là 30,3%. Trong đó giai đoạn IIA là 26,6%; giai đoạn IIIA là 16,5%, giai đoạn IIIB là 14,7%, giai đoạn là IIIC 11,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Các nghiên cứu về dịch tễ và sinh bệnh học UTDD cho thấy Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc cao. Nguyên nhân do các yếu tố về chế độ ăn uống cũng như nhiễm vi khuẩn HP. Chính vì thế mà tuổi càng cao thì thời gian tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ càng nhiều, tỷ lệ mắc càng tăng. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới trên toàn thế giới cũng như Việt Nam đều có chung đặc điểm mắc cao hơn ở nam. Tùy thuộc từng nghiên cứu có sự chênh lệch về giới khác nhau. Điều này có thể do nam giới có nhiều khả năng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh UTDD. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 109 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II-IIIIC, trong đó có 73 bệnh nhân nam (chiếm 67%), 36 bệnh nhân nữ (chiếm 33%). Tỷ lệ nam/nữ = 2,0. Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,7 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 32 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 77 tuổi. Nhóm tuổi 50-69 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 giới (72,6% ở nam và 66,6% ở nữ). Số bệnh nhân dưới 50 tuổi và trên 70 tuổi là ít ở cả 2 giới. Về giới, nhìn chung thì tỷ lệ nam giới mắc bệnh thường cao hơn nữ giới với tỷ lệ nam giới/nữ giới là 2,0. Tuổi trung bình và tỉ lệ mắc nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu trong nước [5], [6], và quốc tế [7].

Lý do vào viện. Chiếm đa số nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải đi khám là do đau thượng vị (88,1%). Qua khai thác triệu chứng bệnh, chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân có

triệu chứng đau thượng vị, có hoặc không có liên quan đến bữa ăn, bệnh nhân đã được điều trị với các thuốc kháng acid, ức chế bơm proton không khỏi. Đây cũng là dấu hiệu giúp thầy thuốc phát hiện và tiến hành nội soi dạ dày để chẩn đoán bệnh.

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện. Việc chẩn đoán UTDD ngày nay không còn là vấn đề khó khăn, nhưng điều quan trọng là BN có đến với thầy thuốc hay không và thầy thuốc có nghĩ đến bệnh này hay không khi mà các triệu chứng rất mơ hồ, mờ nhạt và không đặc hiệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN phát hiện bệnh dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 78%. Tác giả Vũ Quang Toàn (2016) cũng cho kết quả tương tự, nhóm bệnh nhân khám phát hiện bệnh dưới 6 tháng chiếm 65,8% [6].

Biểu hiện lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng trong bệnh UTDD thường đa dạng và mơ hồ. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu do hầu hết các trường hợp khám phát hiện bệnh đã ở giai đoạn muộn do đó các triệu chứng lâm sàng lúc này khá điển hình, rầm rộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng, chiếm đến 88,1%, kế tiếp là triệu chứng ợ hơi, ợ chua 29,4%. 20,2% bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn hay nôn. 12,8% bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa, đi ngoài phân đen. Triệu chứng ít gặp nhất là đầy bụng, khó tiêu chiếm 0,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác (96,0% và 97,8%) [5] [6]. Đây cũng là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám bệnh, 91,1% bệnh nhân đi khám bệnh vì đau thượng vị.

Các triệu chứng dạ dày khác như ợ hơi, ợ chua (29,4%), buồn nôn, nôn (20,2%), xuất huyết tiêu hóa trong đó nôn máu chiếm 4,6% và đại tiện phân đen chiếm 12,8%. Biểu hiện xuất huyết tiêu hóa khi khối u bị loét lớn, hoại tử hoặc khối u thể loét xâm nhập mạch máu gây xuất huyết tiêu hóa. Kết quả nghiên cứu của Vũ Quang Toàn cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị xuất

huyết tiêu hoá là 15,1% [5], trong khi đó tỷ lệ của Trịnh Hồng Sơn là 11,1% [4]. Nhìn chung các triệu chứng dạ dày mơ hồ, không đặc hiệu nhưng khi kết hợp các triệu chứng trên ở cùng một bệnh nhân thì có giá trị định hướng chẩn đoán bệnh cao hơn. Triệu chứng gầy sút cân là triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng, đặc biệt khi kết hợp với triệu chứng đau. Những bệnh nhân có gầy sút cân khi chẩn đoán thường có thời gian sống ngắn hơn ở nhóm không có giảm cân. Nghiên cứu của chúng tôi, 60,6% bệnh nhân có triệu chứng sụt cân.

Vị trí, kích thước, hình thái đại thể tổn thương nguyên phát. Theo các nghiên cứu về dịch tễ thì vị trí tổn thương có sự khác biệt giữa các khu vực trên thế giới. Các nước Âu - Mỹ thường gặp tổn thương vùng tâm vị và vị trí tiếp nối thực quản - dạ dày trong khi các nước vùng Châu Á gặp chủ yếu tổn thương vùng hang - môn vị. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu trong và ngoài nước ở Châu Á thì vị trí ung thư dạ dày hay gặp nhất là ở vùng hang môn vị. Theo chúng tôi, số bệnh nhân có ung thư ở bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (62,4%), tiếp đến là vùng hang môn vị (30,3%) vùng tâm vị, thân vị ít gặp nhất (2,8% và 0,9%). Kết quả này cũng khá tương đồng với nhiều nghiên cứu trong [4] [6] và các nghiên cứu tại các nước châu Á [3].

Thể mô bệnh học và độ biệt hoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2% trong đó độ biệt hoá vừa và thấp chiếm ưu thế lần lượt là 38,3% và 30,3%, tiếp đó là ung thư biểu mô tế bào nhẵn và ung thư biểu mô chế nhầy với tỷ lệ lần lượt là 18,3% và 6,5%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Vương, tất cả các bệnh nhân đều có mô bệnh học thuộc loại UTBM tuyến. Trong đó loại kém biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%), sau đó đến loại biệt hóa vừa 37,8% [6]. Trong khi đó, tác giả Trịnh Hồng Sơn nghiên cứu thấy loại biệt hóa cao chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%) còn loại kém biệt hóa chiếm tỷ lệ thấp (20,7%) [4].

Phân loại giai đoạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 84,4% có u xâm lấn sát thanh mạc và thanh mạc (T3, T4a). Khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) chiếm 11,9% và khối u xâm lấn tổ chức lân cận chiếm T4b chiếm 3,7%. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Thị Vương (2013) và Trịnh Thị Hoa bệnh nhân có u xâm lấn đến sát thanh mạc (T3) hoặc thanh mạc nhưng chưa xâm lấn tổ chức xung quanh (T4a) chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 71,1% và 89,6% [6]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các các nghiên cứu

khác phản ánh thực trạng là hầu hết các bệnh nhân chẩn đoán khi u đã xâm lấn sâu. Về tình trạng di căn hạch, chúng tôi thấy số bệnh nhân có di căn hạch chiếm tỷ lệ cao hơn (61,5%) so với nhóm không di căn hạch (38,5%). Trong đó, di căn từ 1-2 hạch là 32,1%, di căn từ 3-6 hạch là 15,6%, di căn từ 7 hạch trở lên là 13,8%.

Do tính chất của các tế bào ung thư là xâm lấn tại chỗ và lan tràn di căn theo đường máu, đường bạch huyết. Dạ dày là tạng có nhiều mạch máu nuôi dưỡng và hệ bạch huyết phong phú thì khả năng di căn hạch là rất cao. Mức độ di căn hạch tỷ lệ với mức độ xâm lấn và kích thước của khối u. Tiếp tục nghiên cứu sâu hơn khi kết hợp giữa giai đoạn T và N, chúng tôi thấy rằng 51,4% bệnh nhân có u T2, T3, T4 có di căn hạch và 30,7% bệnh nhân u T2 có di căn hạch. Hơn nữa, trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch có 39,3% u T3, u T4a chiếm 58% và u T4b chiếm 75%. Như vậy, tỉ lệ di căn hạch tăng lên tỷ lệ thuận theo mức độ xâm lấn của khối u, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Tác giả Nguyễn Thị Vương cũng cho kết quả tương tự, trong số bệnh nhân có di căn hạch có 81,8% u ở giai đoạn T3,T4 chỉ có 18,2% u ở giai đoạn T1, T2. Giai đoạn T3,4 có 53,7% có di căn hạch [6]. Theo nghiên cứu của Vũ Quang Toàn (2016), nhóm T4a có 55/89 bệnh nhân di căn hạch (61,8%), chủ yếu là N1. Nhóm T4b có 54/63 bệnh nhân di căn hạch (85,7%), phân bố khá đều từ N1-N3. Như vậy là những bệnh nhân có u xâm lấn tạng lân cận thì mức độ di căn hạch nhiều hơn. Sự khác biệt là rõ ràng và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu về vét hạch trong phẫu thuật ung thư dạ dày. Với ung thư dạ dày giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch có thể tiến hành sinh thiết hạch cửa để hạn chế những tai biến của vét hạch triệt căn. Với giai đoạn u xâm lấn vào các lớp thành dạ dày thì phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch D2 cho kết quả sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ cao hơn với vét hạch D1. Như vậy, khả năng di căn hạch tăng theo mức độ xâm lấn của u vào thành dạ dày.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là $58,65 \pm 9,02$ tuổi, tuổi thấp nhất là 32, cao nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ mắc nam/nữ = 2.

- Lý do vào viện chủ yếu là đau thượng vị, chiếm 88,1% và là triệu chứng cơ năng chính của UTDD.

- Vị trí u: U ở bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất 62,4%.

- Giai phẫu bệnh: UTBM tuyến hay gặp nhất chiếm 75,2% với 38,5% biệt hóa vừa.

- Giai đoạn bệnh: Có 84,4% có u xâm lấn sát thanh mạc và thanh mạc (T3, T4a). Nhóm bệnh nhân có di căn hạch chiếm đa số (61,5%). Giai đoạn II gặp nhiều nhất, chiếm 56,9% (IIA: 26,6 và IIB: 30,3%). Tình trạng di căn hạch có xu hướng tăng theo mức độ xâm nhập vào thành dạ dày của tổ chức u (giai đoạn pT).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan** (2012), Gastric Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2012.
2. **Nguyễn Văn Hiếu** (2010), Ung thư dạ dày, Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, 2010, 256-268.
3. **Bang YJ, Van Custem E, Feyereislova A et al** (2010), Phase III Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone

for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial, *Lancet*, 2010; 376: 687–97.

4. **Trịnh Hồng Sơn** (2001), Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án tiến sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Vũ Quang Toàn** (2016). Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4, N0-3, M0) bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
6. **Nguyễn Thị Vương** (2013). Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày. Luận án Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
7. **Y. J. Bang và các cộng sự.** (2012), "Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial", *Lancet*. 379 (9813), tr. 315-21.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI MỘT BÊN TOÀN BỘ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Văn Minh¹, Đặng Triệu Hùng², Trịnh Hồng Mỹ³,
Đỗ Văn Cẩn⁴, Nguyễn Mai Phương⁴, Phạm Tuệ Minh⁵, Phan Huy Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân khe hở môi một bên toàn bộ tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân mắc khe hở môi một bên toàn bộ được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung Ương, thời gian từ 10/2022 đến 02/2023. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $2,1 \pm 1,0$ tháng. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 27/13, khe hở môi bên trái nhiều hơn bên phải. Tỷ lệ nhóm mức độ nặng là 80%, trung bình là 20%. Tỷ lệ khe hở môi kèm khe hở cung hàm là 95%, kèm khe hở vòm miệng là 77,5%, có cầu da Simonart chiếm 22,5%. Tỷ lệ nhóm chênh lệch chiều cao nhân trung $\geq 4\text{mm}$ là 80%, chênh lệch $< 4\text{mm}$ là 20%. Tỷ lệ biến dạng cánh mũi nhiều 82,5%, biến dạng ít là 17,5%. Độ lệch trụ mũi trung bình: $34,75 \pm 8,39$ độ.

Từ khóa: khe hở môi, khe hở môi một bên toàn bộ, Motier

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF COMPLETE UNILATERAL CLEFT LIP PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical features of complete unilateral cleft lip patients at Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** 40 patients with complete unilateral cleft lip were underwent lip repair surgery in Vietnam National Children's Hospital, from 10/2022 to 02/2023. **Results and conclusion:** Age was $2,1 \pm 1,0$ months. Sex ratio: male/female was 27/13, cleft lips in the left side was more than the right side. The percentage of severe cleft deformity was 80%, moderate cleft deformity was 20%. 95% unilateral cleft lip combine with alveolar cleft, 77,5% combine with cleft palate, 22,5% unilateral cleft lip had Simonart's band. The percentage of group patients has the deviation of philtrum's height $\geq 4\text{mm}$ was 80% and $< 4\text{mm}$ was 20%. The rate of severe nasal ala deformity was 82,5%, mild nasal ala deformity was 17,5%. The deviation of columella was $34,75 \pm 8,39$.

Keywords: cleft lip, complete unilateral cleft lip, unilateral cleft lip totally, Motier

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi (KHM) và khe hở vòm miệng (KHVM) là một trong những loại dị tật bẩm sinh phổ biến vùng hàm mặt, có thể xảy ra đơn lẻ hoặc phối hợp với nhau và/hoặc cùng các dị tật bẩm sinh khác. Tỷ lệ chung của khe hở môi và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện đào tạo răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁵Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Minh

Email: hoangminh.rhm.113@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023