

với 166 shot (77,6%) và 48 shot ở vùng chằm. Do đó các đối tượng va chạm cũng chiếm tỉ lệ cao hơn ở các thanh phía sau của khung định vị (biểu đồ 1) với 88 shot cảnh báo va chạm với thanh sau trái (PL), 78 shot cảnh báo với thanh sau phải (PR); và 22 shot cảnh báo với thanh trước trái (AL), 26 shot cảnh báo với thanh trước phải (AR).

Kết quả của nghiên cứu sẽ cải thiện đáng kể sự tự tin trong quá trình đặt khung định vị cho bệnh nhân. Bởi trước đó bệnh nhân đã được lập kế hoạch xạ phẫu với những shot của kế hoạch có tọa độ nằm trong vùng có khả năng cao xảy ra va chạm với các đối tượng tương ứng theo kết quả nghiên cứu, khung sẽ được điều chỉnh thích hợp cả vị trí so với đầu của bệnh nhân cũng như điều chỉnh chiều cao của thanh để ngăn ngừa các cảnh báo va chạm, với thanh càng ngắn sẽ càng giảm thiểu các nguy cơ cảnh báo nhưng cũng phải tùy thuộc vào vị trí của khối u, khi những tổn thương ở vị trí thấp (tiểu não, hành não...) thì thanh phải được kéo cao để tránh xạ phẫu có thể bao phủ các vị trí này.

Đôi khi trong một vài trường hợp bệnh nhân đã được đặt khung ở vị trí tối ưu nhất vẫn không thể loại bỏ hết được các shot có cảnh báo sẽ có giải pháp cải thiện đó là quay góc điều trị (gamma angle), tức là bệnh nhân phải nằm ngửa hoặc gập cổ sẽ gây ra khó khăn cho người bệnh trong quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Các shot có cảnh báo va chạm thường xuất hiện ở những kế hoạch của bệnh nhân với vị trí tổn thương ở trước trán hoặc sau chằm. Nghiên cứu xây dựng lên các vùng tọa độ của shot mà có nguy cơ cảnh báo va chạm cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leksell Gamma knife Society** (2012), Patients Treated with the Leksell Gamma Knife 1968, 2011, Elekta, Sweden.
2. **Zeverino M, Jaccard M, Patin D, Ryckx N, Marguet M, Tuleasca C, et al.**: Commissioning of the Leksell Gamma Knife((R)) Icon. Med Phys 44: 355-363, 2017
3. **Tripathi M, Kulshrestha A, Oinum A, Kumar N, Batish A, Deora H, Agrawaal A**: Tears: A bizarre cause of collision in gamma knife radiosurgery. Stereotact Funct Neurosurg.
4. **Nakazawa H, Tsugawa T, Mori Y, Hagiwara M, Komori M, Hashizume C, et al.** Effective usage of a clearance check to avoid a collision in Gamma Knife Perfexion radiosurgery with the Leksell skull frame. J Radiat Res (Tokyo). 2014 Nov;55(6):1192-8.
5. **Elekta Instrument AB** (2003), Leksell Stereotactic System: Instruction for Use, Sweden: Instruction for Use, Sweden.
6. **L. Dade Lunsford**, Collision Detection and Prevention Using the Leksell Gamma Knife, School of Medicine, The University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA, Published: January 17, 2019.
7. **Lawrence S. Chin, William F. Regine** (2011), Principles and Practice of Stereotactic Radiosurgery, Springer, Germany.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN IV - TÁI PHÁT VÀ/HOẶC DI CẢN

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Thu Trang²

TÓM TẮT

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính có tiên lượng xấu. Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là nuốt nghẹn, đau ngực, gầy sút cân. Khi có các dấu hiệu này bệnh thường ở giai đoạn muộn. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV (tái phát và/hoặc di căn) tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 48 bệnh nhân ung thư thực quản gồm 33 bệnh nhân mới được chẩn đoán đoạn IV và 15

bệnh nhân đã điều trị bằng phẫu thuật hoặc phác đồ hóa xạ trị trước đó vào viện khi bệnh đã tiến triển được mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả nghiên cứu:** Triệu chứng xâm lấn u trên lâm sàng như ho dai dẳng 25,0%; khàn tiếng 6,2%. Di căn hạch trên lâm sàng ở hạch thượng đòn 41,7% và hạch dưới hàm 12,5%. Đặc điểm trên CLVT: về mức độ xâm lấn: tỷ lệ khối u phá vỡ vỏ là 64,6%; 70,8% xâm lấn mỡ quanh thực quản, di căn hạch gặp với tỉ lệ cao 81,3%. **Kết luận:** Hầu như bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn muộn có triệu chứng nuốt nghẹn và biểu hiện dấu hiệu ung thư xâm lấn như khàn tiếng hay ho dai dẳng. **Từ khóa:** Ung thư thực quản giai đoạn muộn, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF STAGE IV ESOPHAGEAL CARCINOMA - RECURRENCE

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

AND/OR METASTASIS

Esophageal cancer is a malignant disease with a poor prognosis. Common clinical manifestations are choking, chest pain, and weight loss. When these signs appear, the disease is often in the late stages.

Objective: Describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with stage IV esophageal cancer (recurrence and/or metastasis) at K hospital.

Subjects and research methods: 48 cancer patients Esophageal cancer included 33 patients newly diagnosed with stage IV and 15 patients treated with previous surgery or chemotherapy and radiotherapy regimens who were admitted to the hospital when the disease had progressed, their clinical and paraclinical characteristics was recorded.

Results: Clinical symptoms of tumor invasion such as persistent cough were 25.0%; hoarseness 6.2%. Clinical lymph node metastasis is in 41.7% of supraclavicular lymph nodes and 12.5% of submandibular lymph nodes. Characteristics on CT: regarding the level of invasion: the rate of tumor breaking the capsule is 64.6%; 70.8% invaded periesophageal fat, lymph node metastasis occurred at a high rate of 81.3%.

Conclusion: Almost patients with advanced-stage esophageal cancer have symptoms of choking and signs of invasive cancer such as hoarseness or persistent cough. **Keywords:** Advanced esophageal cancer, clinical symptom, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là bệnh lý ác tính có tiên lượng xấu. Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là nuốt nghẹn, đau ngực, gầy sút cân. Khi có các dấu hiệu này bệnh thường ở giai đoạn muộn. Trong các phương pháp chẩn đoán, nội soi kết hợp với sinh thiết được coi là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán xác định bệnh. Chụp cắt lớp vi tính và siêu âm- nội soi được sử dụng chủ yếu trong chẩn đoán giai đoạn bệnh. Mặc dù có những tiến bộ rất lớn trong quá trình phát hiện sớm, chẩn đoán bệnh, cũng như tiến bộ trong điều trị thì tiên lượng ung thư thực quản giai đoạn muộn chưa cải thiện nhiều. Theo một số nghiên cứu tại Bệnh viện K thì bệnh ở giai đoạn muộn chiếm tới 60,6% [1].

Điều trị UTTQ chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Phẫu thuật, xạ trị, hoá trị là 3 phương pháp chủ yếu. Đối với người bệnh UTTQ giai đoạn di căn xa mục tiêu điều trị là cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm.

Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh UTTQ giai đoạn IV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV (tái phát và/hoặc di căn) tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 48 bệnh nhân được chẩn đoán UTTQ được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 5- 2016 đến 12- 2021, gồm 33 bệnh nhân mới được chẩn đoán đoạn IV và 15 bệnh nhân đã điều trị bằng phẫu thuật hoặc phác đồ hóa xạ trị trước đó vào viện khi bệnh đã tiến triển.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTQ giai đoạn IV phân loại theo AJCC phiên bản 8/2017[2] mới được chẩn đoán hoặc đã được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị nhưng bệnh tiến triển sau thời gian ổn định.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTTQ kết hợp với ung thư hạ họng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp với hồi cứu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện 48 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn.

2.3. Quy trình nghiên cứu**Thu thập thông tin trước điều trị**

- ❖ Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu
 - Tuổi, giới
 - Tiền sử: hút thuốc là, uống rượu, các yếu tố nguy cơ khác của UTTQ (béo phì, trào ngược, các bệnh khác của thực quản...)
- ❖ Triệu chứng lâm sàng:
 - Nuốt nghẹn: mức độ nghẹn (từ mức độ I→ V)
 - Đau khi nuốt: vị trí đau (đau sau xương ức, đau bụng...) hướng lan (lưng, cằm, sau tai, vùng trước tim...)
 - Sặc
 - Các triệu chứng của ung thư xâm lấn:
 - + Xuất huyết tiêu hóa
 - + Ho dai dẳng do rò thực - phế quản.
 - + Khàn tiếng
 - + Hội chứng Horner
 - + Chèn ép tĩnh mạch chủ trên
 - + Chảy máu dử đội do UTTQ xâm lấn vào động mạch chủ.
 - + Các dấu hiệu di căn: tràn dịch màng phổi ác tính, gan to, hạch cổ, đau xương...
 - + Viêm phổi: ho khạc đờm, đau ngực.
- ❖ Triệu chứng toàn thân:
 - Gầy sút.
 - Da xạm, khô.
 - Thiếu máu.
 - Mệt mỏi.
- ❖ Triệu chứng cận lâm sàng:
 - Nội soi thực quản:

- + Vị trí cách cung răng trên
- + Dạng tổn thương: loét, sùi, thâm nhiễm.
- + Kích thước tổn thương: $\leq 1/2$ chu vi, $\leq 3/4$ chu vi, $>3/4$ chu vi
- + Có đưa ống soi qua được không.
- + Tình trạng chảy máu: dễ chảy máu hay ko
- Kết quả mô bệnh học:
- + Ung thư biểu mô vảy
- + Ung thư biểu mô tuyến
- Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: đánh giá tình trạng xâm lấn
- + Khí quản, phế quản
- + Cơ hoành
- + Màng tim
- + Màng phổi
- + Mạch máu lớn.
- Cắt lớp vi tính ổ bụng: đánh giá di căn xa ở gan, lách, dưới động mạch thân tạng...
- Nội soi tai mũi họng: loại trừ ung thư hạ họng đi kèm.
- PET-CT: đánh giá di căn xa: gan, phổi, hạch, xương, các tạng khác.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm về lý do vào viện

Lý do	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Nuốt nghẹn	42	87,5
Gầy sút cân	20	41,7
Khàn tiếng	1	2,1
Khám sức khỏe	3	6,3

Nhận xét:

- ✓ Hầu như đối tượng nghiên cứu đến khám với triệu chứng nuốt nghẹn với tỷ lệ 87,5%
- ✓ Có 41,7% người bệnh đến khám với lý do gầy sút cân
- ✓ Có 6,3% đến khám với lý do khám sức khỏe định kỳ

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.2. Mức độ nuốt nghẹn

Phân độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	3	6,2
Độ I	15	31,3
Độ II	16	33,3
Độ III	9	18,8
Độ IV	5	10,4
Tổng	48	100

Nhận xét: Triệu chứng nuốt nghẹn hay gặp nhất với tỷ lệ 93,8%; trong đó chiếm tỷ lệ cao là độ I (31,3%) và độ II (33,3%).

Bảng 3.3. Triệu chứng khác

Triệu chứng khác	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Đau khi nuốt	39	81,3
Sặc	35	72,9

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng khác được ghi nhận cũng chiếm tỷ lệ khá cao như đau khi nuốt với tỷ lệ 81,3% và sặc với tỷ lệ 72,9%

3.1.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.4. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Gầy sút	35	72,9
Thiếu máu	3	6,3
Da xạm, khô	9	18,8
Ho dai dẳng	12	25,0
Khàn tiếng	3	6,2

Nhận xét:

- ✓ Triệu chứng gầy sút cân có tỷ lệ cao nhất với 72,9%
- ✓ Một số triệu chứng thể hiện ung thư xâm lấn như khàn tiếng 6,2%; ho dai dẳng 25,0%.
- ✓ Triệu chứng thiếu máu chiếm 6,3% và da xạm, khô chiếm 18,8%.

Bảng 3.5. Dấu hiệu di căn hạch trên lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Di căn hạch		
Có	29	60,0
Không	19	40,0
Vị trí hạch		
Hạch dưới hàm	6	12,5
Hạch cảnh	3	6,2
Hạch thượng đòn	20	41,7

Nhận xét: Đa phần đối tượng nghiên cứu có di căn hạch trên lâm sàng 60,0%. Trong đó vị trí các hạch lần lượt là hạch thượng đòn 41,7%, hạch dưới hàm 12,5% và hạch cảnh 6,2%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm u trên nội soi

Bảng 3.6. Đặc điểm khối u, hình thái, kích thước, tổn thương

Đặc điểm	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Vị trí U		
Thực quản 1/3 trên	12	25,0
Thực quản 1/3 giữa	25	52,1
Thực quản 1/3 dưới	11	22,9
Xâm lấn u so với chu vi		
$U \leq 1/2$ chu vi	13	27,1
$U \leq 3/4$ chu vi	11	22,9
$U >3/4$ chu vi	24	50,0
Hình thái tổn thương		
Sùi	15	31,2
Loét	5	10,4

Sùi + loét	25	52,1
Thâm nhiễm	3	6,3

Nhận xét: UTTQ 1/3 giữa hay gặp nhất với tỷ lệ 52,1%

✓ Khối u nằm trong khoảng từ trên 1/2 chu vi đến dưới 3/4 chu vi chiếm tỷ lệ 50,0%

✓ Thể sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,1%.

3.2.2. Đặc điểm u trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.7. Đặc điểm chụp CLVT thực quản

Đặc điểm	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Vị trí U		
Thực quản 1/3 trên	12	25,0
Thực quản 1/3 giữa	26	54,2
Thực quản 1/3 dưới	10	20,8
Xâm lấn tổ chức khác		
Phá vỡ vỏ	31	64,6
Xâm lấn trung thất	2	4,2
Xâm lấn mỡ quanh TQ	34	70,8
Xâm lấn khí quản	5	10,4
Màng tim	2	4,2
Di căn hạch trên chụp CLVT		
Có di căn	39	81,3
Không di căn	9	18,7

Nhận xét:

✓ Trên phim chụp CLVT: UTTQ thường gặp nhiều ở đoạn 1/3 giữa với 26 BN 54,2%.

✓ Về xâm lấn tổ chức khác: tỷ lệ khối u phá vỡ vỏ là 64,6%, 70,8% xâm lấn mỡ quanh thực quản, 10,4% xâm lấn khí quản

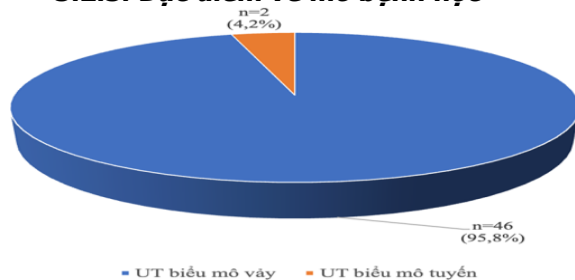
✓ Hầu như đối tượng nghiên cứu đều có di căn hạch trên phim chụp CLVT với tỷ lệ 81,3%.

Bảng 3.8. Đặc điểm di căn các tạng trong ổ bụng trên CLVT

Đặc điểm	Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Di căn gan	9	18,8
Di căn phổi	5	10,4
Hạch dưới động mạch thân tạng	1	2,1
Di căn tạng khác	1	2,1

Nhận xét: Trên phim chụp CLVT: có 9 BN di căn gan 18,8%; 5 BN di căn phổi 10,4%; và 1 BN di căn hạch dưới động mạch thân tạng 2,1%.

3.2.3. Đặc điểm về mô bệnh học



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm mô bệnh học (n=48)

Nhận xét: Ung thư biểu mô vảy 95,8%, chỉ có 4,2% người bệnh ung thư biểu mô tuyến.

Bảng 3.9. Mức độ biệt hóa ung thư biểu mô vảy

Độ biệt hóa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 2	41	89,1
Độ 3	5	10,9
Tổng	46	100

Nhận xét: Hầu hết người bệnh có độ mô học 2 chiếm tỷ lệ 89,1%; 10,9% độ mô học 3.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lý do vào viện: Lý do vào viện gay gắt là nuốt nghẹn chiếm tỷ lệ 87,5%; tiếp đến là gầy sút cân 41,7%; 2,1% người bệnh khàn tiếng và 6,3% với lý do đi khám sức khỏe. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Hải Duyên (2018) thực hiện trên đối tượng UTTQ có di căn với tỷ lệ nuốt nghẹn chiếm đa phần 76,4%. Hay trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tùng (2021) báo cáo hầu như người bệnh vào viện với lý do nuốt nghẹn 91,7%. Các triệu chứng lâm sàng này xuất hiện khi tình trạng khối u đã ở giai đoạn khá muộn, việc sàng lọc sớm cần được thực hiện giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm để gia tăng hiệu quả của quá trình điều trị.

4.2. Triệu chứng cơ năng

❖ **Nuốt nghẹn.** Nuốt nghẹn là triệu chứng hay gặp nhất trong UTTQ, nuốt nghẹn thường tăng dần tiến triển từ từ sau 2 – 3 tháng mắc bệnh. Mới đầu chỉ là cảm giác khó chịu khi nuốt, nuốt vướng sau đó nuốt nghẹn các thức ăn rắn. Nghiên cứu của chúng tôi 93,8% người bệnh có triệu chứng nuốt nghẹn, trong đó 31,3% người bệnh nuốt nghẹn độ I; 33,3% độ II; 18,8% độ III và 10,4% độ IV. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hải Duyên (2018) trên người bệnh UTTQ đã có tình trạng di căn, cho thấy hầu hết đối tượng nghiên cứu đều xuất hiện triệu chứng nuốt nghẹn 91,2%, trong đó nuốt nghẹn độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 47,0%; độ II chiếm 13,7% và độ 3 chiếm 29,5%. Hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Quyên [3] (2019) trên người bệnh UTTQ giai đoạn III-IVa cho thấy có 93,9% người bệnh có nuốt nghẹn, và độ I chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,5% và độ 2 chiếm 21,2%; độ III chiếm 6,1% và độ IV chiếm 15,2%. Tỷ lệ nuốt nghẹn theo báo cáo của Theodore và cộng sự (2000) là 96,0%. Ở người bệnh giai đoạn muộn hơn, mức độ xâm lấn của khối u cũng tăng lên làm tăng tỷ lệ người bệnh nuốt nghẹn độ III và độ IV

❖ **Đau khi nuốt.** Đa phần người bệnh xuất

hiện triệu chứng đau khi nuốt với tỷ lệ 81,3%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Thạch (2020) với tỷ lệ người bệnh nuốt đau là 20,7%; hay nghiên cứu của Đinh Thị Hải Duyên (2018) với tỷ lệ người bệnh có nuốt đau là 39,2%. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới kết quả này cũng cao hơn so với báo cáo của tác giả Schrum và cộng sự là 20,0%. Sự khác biệt có thể là do đặc điểm của đối tượng điều trị, khi các nghiên cứu trên thực hiện ở giai đoạn III và IVa trong khi nghiên cứu của chúng tôi trên người bệnh UTTQ giai đoạn IV mới phát hiện và điều trị bệnh tiến triển, đối tượng này các triệu chứng thường không đáp ứng và vẫn còn xuất hiện.

❖ **Sặc.** Triệu chứng sặc khi ăn ghi nhận ở 72,9%. Đây đều là triệu chứng xâm lấn của khối u ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

4.3. Triệu chứng thực thể

❖ **Gầy sút cân.** Triệu chứng gầy sút cân gặp ở 72,9% bệnh nhân. Nguyên nhân do khối u làm bệnh nhân ăn uống nghẹn, đau dẫn đến bệnh nhân ngại ăn, ăn uống kém, do đó dẫn đến bệnh nhân bị thiếu dinh dưỡng. Đa phần bệnh nhân mất 4 - 6% trọng lượng cơ thể trong vòng 2 - 3 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân gầy sút cân trong các nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Tố Quyên [3] là 60,6%; Nguyễn Đức Lợi [4] là 35,6 %; Đinh Thị Hải Duyên là 58,8%.

❖ **Khàn tiếng.** Đây là một trong những triệu chứng xâm lấn của khối u. Nguyên nhân gây ra triệu chứng này có thể do u nguyên phát xâm lấn ra ngoài thành thực quản chèn ép vào dây thần kinh quặt ngược thanh quản hoặc do u di căn hạch chèn ép dây thần kinh dẫn đến liệt dây thanh gây khàn tiếng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân bị khàn tiếng, chiếm khoảng 6,2%. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lợi [4] là 3,1%; Nguyễn Thị Tố Quyên là 3,0% [3].

❖ **Di căn hạch trên lâm sàng.** Mức độ xâm lấn của khối u và di căn hạch bạch huyết là hai con đường lan tràn sớm nhất trong UTTQ, trước cả di căn tạng ở xa. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm chẩn đoán có 60,0% bệnh nhân di căn hạch trên lâm sàng, trong đó tỷ lệ di căn hạch thượng đòn, hạch dưới hàm, hạch cảnh lần lượt là 41,7%, 12,5% và 6,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi [4] là 17,4%; của Hàn Thị Thanh Bình là 39,7%; của Nguyễn Thị Tố Quyên là 15,2% [1, 3]. Điều này có thể giải thích do đối tượng

nghiên cứu của chúng tôi đa ở giai đoạn IV hầu hết đối tượng đã có tình trạng di căn hạch.

4.4. Đặc điểm u trên nội soi. Nội soi thực quản kết hợp sinh thiết đã được áp dụng một cách hệ thống và rộng rãi nhằm chẩn đoán xác định UTTQ nhất là giai đoạn sớm. Nếu phối hợp nội soi sinh thiết và chẩn đoán mô bệnh học có thể chẩn đoán đúng 100% trường hợp [5].

Nội soi đồng thời cũng cho biết vị trí và hình ảnh đại thể của khối u là sùi, loét, hay thâm nhiễm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u ở 1/3 giữa có tỷ lệ cao nhất 52,1%; vị trí 1/3 trên là 25,0% và 1/3 dưới là 22,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Hải Duyên (2018) với tỷ lệ u ở 1/3 giữa có tỷ lệ cao nhất 45,0%, nghiên cứu của Vũ Văn Khiên và Yuji Murakami cũng cho thấy phần lớn u ở vị trí 1/3 giữa [6].

Về mức độ xâm lấn chu vi, kết quả cho thấy đa phần người bệnh có mức độ xâm lấn >3/4 chu vi thực quản 50,0%; có 22,9% mức độ xâm lấn ≤3/4 thực quản và 27,1% mức độ xâm lấn ≤1/2 thực quản. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây thực hiện trên người bệnh UTTQ giai đoạn muộn như nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Quyên (2019) trên người bệnh UTTQ giai đoạn II-IVa cho thấy đa phần người bệnh có mức độ xâm lấn >3/4 thực quản 54,5% [3]; hay báo cáo của Nguyễn Đức Lợi (2015) trên đối tượng UTTQ giai đoạn III, IV cho thấy mức độ xâm lấn ≥3/4 chu vi chiếm đa phần với tỷ lệ 58,3% [4].

Về hình thái tổn thương kết quả nội soi cho thấy đa phần người bệnh có hình thái tổn thương hỗn hợp thể sùi+ loét 52,1%, có 31,2% người bệnh có thể sùi và 10,4% thể loét đơn độc. Các nghiên cứu của tác giả khác cũng cho kết quả tương đồng, theo Nguyễn Đức Lợi hình thái tổn thương chiếm tỷ lệ cao qua nội soi là sùi+loét 42,4%; tiếp đến là thể sùi đơn độc 39,4% và loét 8,3% [4]; hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Quyên người bệnh có thể sùi+loét chiếm tỷ lệ 54,5% và thể sùi chiếm tỷ lệ 30,3% [3].

4.5. Đặc điểm u trên chụp cắt lớp vi tính. Chỉ định CLVT đối với UTTQ trước điều trị nhằm mục đích là xác định một tổng quan của UTTQ và đánh giá tổn thương ngoài niêm mạc (thành và ngoài thành thực quản), cũng như phát hiện các di căn hạch vùng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên hình ảnh CLVT vị trí u hay gặp nhất là đoạn thực quản 1/3 giữa chiếm 54,2%, tiếp đến 1/3 trên và 1/3 dưới lần lượt là 25,0% và 20,8%. Theo tác giả Campbell F., Bogomolletz W. V. cũng thường gặp

ở đoạn 1/3 giữa [7]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi vị trí u hay gặp nhất là đoạn thực quản 1/3 giữa chiếm 53,8%; tiếp đến 1/3 trên và 1/3 dưới lần lượt là 28,8% và 17,4% [4]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Đánh giá về mức độ xâm lấn ngoài thành thực quản, trong nghiên cứu của chúng tôi có 70,8% bệnh nhân có khối u đã xâm lấn ra lớp mỡ quanh thực quản nhưng chưa xâm lấn các cấu trúc lân cận. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi [4] cũng gặp 51,5% u phá vỡ vỏ và 32,8% u xâm lấn mỡ xung quanh, nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Quyên [3] với tỷ lệ xâm lấn mỡ xung quanh là 60,6% và phá vỡ vỏ là 33,3%. Sự khác biệt có thể là do giai đoạn bệnh, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào người bệnh UTTQ giai đoạn IV còn nghiên cứu trên người bệnh giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao.

UTTQ thường có di căn hạch sớm và đa dạng, phát hiện hạch di căn gặp nhiều khó khăn do dấu hiệu không đặc hiệu. Các dấu hiệu gợi ý di căn hạch là các hạch ở kề tổn thương, cạnh thực quản, ngã ba khí phế quản, dọc khí quản, tỷ trọng hầu như không thay đổi khi tiêm thuốc cản quang, ngược lại hạch vôi hóa không phải dấu hiệu gợi ý. Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Lệnh [8] có 61,6% UTTQ có di căn hạch và nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi [4] tỷ lệ di căn hạch chỉ là 13,6%. Tuy vậy, độ nhạy của CT scanner trong đánh giá di căn hạch trong UTTQ là không cao dẫn đến sự khác biệt tương đối giữa các nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có 16/48 trường hợp có di căn xa, trong đó có 9/16 (56,3%) trường hợp di căn gan và 5/16 (31,3%) di căn phổi. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Hải Duyên trên người bệnh UTTQ di căn chúng tôi nhận thấy sự tương đồng khi tỷ lệ di căn gan và phổi trong nghiên cứu của tác giả lần lượt là 51,0% và 23,5%.

Đặc điểm về mô bệnh học. Kết quả cho thấy 95,8% người bệnh ung thư biểu mô vảy. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi [4] nhưng cao hơn nghiên cứu của Hàn Thị Thanh Bình [1], ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm 90% trường hợp và Phạm Đức Huân tỷ lệ ung thư biểu mô vảy là 63,1%. Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ giữa ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô tuyến của thực quản thay đổi tùy thuộc vào từng vùng cũng như

đoạn thực quản có u. Ung thư biểu mô tuyến hay gặp ở đoạn 1/3 dưới của thực quản, tỷ lệ mắc cao hơn ở các nước Bắc Mỹ và các nước phát triển ở châu Âu. Ngược lại, ung thư biểu mô vảy có thể gặp ở tất cả các đoạn của thực quản, gặp nhiều nhất ở đoạn 1/3 giữa và 1/3 trên thực quản, là typ hay gặp ở các vùng châu Á, châu Phi và Nam Mỹ, theo nghiên cứu của Van Hagen và cộng sự trên 366 bệnh nhân UTTQ ở Hà Lan tỷ lệ AC là 75%, tỷ lệ SCC là 23% và 2% không xác định. Theo nghiên cứu của Ajani trên 50 bệnh nhân UTTQ tại Mỹ, tỷ lệ AC là 64% và tỷ lệ SCC là 36%.

Độ biệt hóa độ 2 gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 89,1%, sau đó là độ 3 với 10,9%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi độ 2 gặp 88,6% và độ 3 gặp 11,4% [4].

V. KẾT LUẬN

❖ Đặc điểm lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng chủ yếu là nuốt nghẹn 93,8%; nuốt nghẹn độ I và độ II chiếm đa phần với tỷ lệ 31,3% và 33,3%. Triệu chứng khác có tỷ lệ cao như đau khi nuốt 81,3% và sặc 72,9%.

- Triệu chứng xâm lấn u trên lâm sàng như ho dai dẳng 25,0%; khàn tiếng 6,2%

- Di căn hạch trên lâm sàng 60,0%; hạch thượng đòn 41,7% và hạch dưới hàm 12,5%.

❖ Đặc điểm cận lâm sàng:

- Đặc điểm nội soi: u thực quản 1/3 giữa 52,1%, xâm lấn u nằm trong khoảng 1/2 chu vi đến $\leq 3/4$ chu vi chiếm tỷ lệ 50,0%. Hình thái tổn thương sùi loét chiếm tỷ lệ cao 52,1%.

- Đặc điểm trên CLVT: về mức độ xâm lấn: tỷ lệ khối u phá vỡ vỏ là 64,6%; 70,8% xâm lấn mỡ quanh thực quản, di căn hạch gặp với tỷ lệ cao 81,3%.

- Đặc điểm mô bệnh học: UT biểu mô vảy chiếm 95,8%; trong đó độ 2 chiếm 89,1% và độ 3 chiếm 10,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thanh Bình.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện K giai đoạn 1998-2004: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội; 2004.
2. **AJCC.** Esophageal cancer. version 82017.
3. **Nguyễn Thị Tố Quyên.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ PC hàng tuần ung thư thực quản giai đoạn II-IVA tại bệnh viện ung bướu Thanh Hóa: Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
4. **Nguyễn Đức Lợi.** Đánh giá hiệu quả phác đồ hóa xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng

ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K: Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2015

5. **Morgan E, Soerjomataram I, Runggay H, et al.** The Global Landscape of Esophageal Squamous Cell Carcinoma and Esophageal Adenocarcinoma Incidence and Mortality in 2020 and Projections to 2040: New Estimates From GLOBOCAN 2020. *Gastroenterology*. 2022;163 (3): 649-658.e642.
6. **Vũ Văn Khiên.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư thực quản.

Tạp chí Y học Việt Nam. 2007;2:1-6

7. **Campbell F, Bogomolets WV, Williams GT.** Tumors of the esophagus and stomach. *Diagnostic histopathology of tumors*. Vol 12000;pp. 313 - 328.
8. **Bùi Văn Lệnh.** Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư thực quản [Luận án Tiến sĩ Y học], Trường đại học Y Hà Nội; 2007
9. **Legmann D Plea, EMC.** Imagerie du cancer de l'oesophage. In: 33, ed. *Radiol- Appareil Diges*. EMC2000;pp. 10 - 16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XOẪN TINH HOÀN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2020 – 2023

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Đậu Xuân Yên²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn năm 2020-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 33 bệnh nhân điều trị phẫu thuật xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 20,00 ± 11,98 (từ 1-69 tuổi). Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi đến khám trung bình là 15,85 ± 28,32 giờ. Có 33 bệnh nhân chiếm 100% có triệu chứng đau tinh hoàn, 24/33 bệnh nhân xoắn tinh hoàn trái. Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm Doppler tinh hoàn, có 10/33 bệnh nhân mất tín hiệu mạch. Có 10 bệnh nhân tinh hoàn hoại tử phải cắt bỏ tinh hoàn, 23 trường hợp tháo xoắn, cố định tinh hoàn. Hậu phẫu có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Thời gian mổ trung bình là 44,39±13,56 phút. **Kết luận:** Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu nam khoa chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân trẻ tuổi, việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ tăng tỉ lệ bảo tồn tinh hoàn cũng như các chức năng sinh sản cho người bệnh.

Từ khóa: Xoắn tinh hoàn, cắt tinh hoàn, cố định tinh hoàn, siêu âm doppler

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF TREATMENT OF TESTICULAR TORSION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2020 – 2023

Objective: Evaluate the results of surgical treatment of testicular torsion at Hanoi Medical University Hospital in the period 2020-2023. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study,

convenience sampling on 33 patients undergoing surgical treatment of testicular torsion at Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to October 2023. **Results:** The average age was 20.00 ± 11.98 years (range 1-69 years). The average time from symptom onset to examination was 15.85 ± 28.32 hours. There were 33 patients accounting for 100% having symptoms of testicular pain, 24/33 patients had left testicular torsion. All patients had testicular Doppler ultrasound, 10/33 patients lost pulse signals. There were 10 patients with necrotic testicles who had to have their testicles removed, and 23 cases of testicular detorsion and fixation. Postoperatively, there were 2 cases of surgical wound infection. The average surgery time is 44.39±13.56 minutes. **Conclusion:** Testicular torsion is a male medical emergency that mainly occurs in young patients. Early diagnosis and timely treatment will increase the rate of testicular preservation as well as reproductive functions for patients. **Keywords:** Testicular torsion, orchiectomy, testicular fixation, doppler ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn tinh hoàn (Testicular torsion) (TT) là hiện tượng tinh hoàn xoay quanh trục dọc của nó và xoắn thừng tinh, dẫn đến giảm đáng kể lưu lượng máu và tưới máu mô tinh hoàn¹. Trong quá trình TT, mô tinh hoàn bị ảnh hưởng bởi thiếu máu cục bộ, thiếu nhiệt độ và thiếu oxy². Ước tính hàng năm ở Hoa Kỳ có 13%–54% các trường hợp TT cấp tính ở trẻ em xảy ra, với tỷ lệ xuất hiện là 1 trên 4000 ở nam giới trên 25 tuổi³. Chẩn đoán kịp thời và chính xác TT là rất quan trọng vì nó có thể giúp nhận biết đúng thời điểm tốt nhất để phẫu thuật can thiệp và ngăn ngừa tổn thương do thiếu máu cục bộ không thể phục hồi đối với mô tinh hoàn cũng như mất tế bào mầm⁴. Can thiệp phẫu thuật là lựa chọn điều trị duy nhất trong các trường hợp khả thi liên quan đến việc xoay ngược tinh hoàn xoắn phù hợp với khả năng cố định vào thành bì nhằm ngăn ngừa

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024