

V. KẾT LUẬN

Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40 %, sau đó đến lung lay răng chiếm 25 %. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình $1,9 \pm 0,6$. Độ sâu túi quanh răng trung bình $7,1 \pm 1,2$ mm, mức mất bám dính $7,8 \pm 1,3$ mm, độ sâu khuyết hổng xương $5,7 \pm 1,3$ mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Oral health. 2023.
2. Caton, J.G., et al., A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. Journal of periodontology, 2018. 89: p. S1-S8.
3. Nga, T.Y. Tác động của laser công suất thấp lên nguyên bào sợi nướu người và ứng dụng lâm

sàng: Đại học Y Hà Nội.

4. Thuy, P.A.V., Comparison of platelet rich fibrin and guided tissue regeneration in the treatment of periodontal intrabony defects. VNUHCM Journal of Health Sciences, 2021. 2(2): p. 162-170.
5. Hạnh, N.T., Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng bằng phương pháp bảo tồn có sử dụng gel Metrogyl Denta 2009: Đại học Y Hà Nội.
6. Blumenthal, N.M., et al., Defect-determined regenerative options for treating periodontal intrabony defects in baboons. Journal of periodontology, 2003. 74(1): p. 10-24.
7. Joseph, V.R., A. Raghunath, and N. Sharma, Clinical effectiveness of autologous platelet rich fibrin in the management of infrabony periodontal defects. Singapore Dental Journal, 2012. 33(1): p. 5-12.
8. Nguyễn Mạo, H.T.H., Hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu kết hợp hydroxyapatite - β tricalcium phosphate trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều dọc. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2018: p. 153-160.

BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ ÁC TÍNH Ở TRỰC TRÀNG

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Xuân Hiền¹, Nguyễn Duy Trinh¹,
Lê Văn Khánh¹, Đặng Khánh Huyền¹, Đỗ Thị Trang¹

TÓM TẮT

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST) là u trung mô hiếm gặp của đường tiêu hóa, hầu hết nằm ở dạ dày, ruột non, đại tràng, hiếm gặp ở vị trí trực tràng. GIST trực tràng thường chẩn đoán muộn hơn so với các vị trí khác. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam trung niên có biểu hiện triệu chứng tiết niệu do một khối u trực tràng lớn được nút mạch tiền phẫu, sau đó phẫu thuật cắt bỏ với kết quả mô bệnh học GIST ác tính mức độ cao. **Từ khóa:** U mô đệm đường tiêu hóa, GIST, trực tràng.

SUMMARY

MALIGNANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF RECTUM: A CASE REPORT

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) is a rare mesenchymal tumor of the digestive tract, mostly located in the stomach, small intestine, colon, and rarely in the rectum. Rectal GISTs are often diagnosed later than other sites. We report a case of a middle-aged male patient presenting with urinary symptoms due to a large rectal tumor that was preoperatively embolized and then surgically removed with

histopathological results of high-grade malignant GIST. **Keywords:** Gastrointestinal stromal tumor, GIST, Rectum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) lần đầu tiên được mô tả bởi Mazur và cộng sự năm 1983¹. GIST là các khối u trung mô phổ biến có nguồn gốc từ các tế bào kẽ Cajal, nằm ở lớp dưới niêm mạc và đám rối thần kinh Auerbach của ống tiêu hóa. GIST chiếm 0,1 - 3% các u đường tiêu hóa, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch¹. Trong đó, GIST ác tính chiếm khoảng 10%, với tỷ lệ ác tính khoảng 0.3/100 000. GIST chủ yếu xuất hiện ở tuổi trung niên hoặc tuổi già với 2 vị trí hay gặp nhất là dạ dày (60–70%) và ruột non (20-25%), trong khi hiếm gặp ở trực tràng (2%). Hơn nữa, GIST cũng có thể xuất hiện dưới dạng các khối u nguyên phát bên ngoài đường tiêu hóa như các vị trí trong ổ bụng ở mạc treo, mạc nối, sau phúc mạc hoặc khung chậu^{1, 2}. GIST là một khối u thường lồi ra ngoài, trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) khối ngấm thuốc cản quang không đồng nhất, thường có hoại tử². Cộng hưởng từ (MRI) hữu ích trong việc xác định nguồn gốc khối u và đánh giá sự xâm lấn của các cơ quan lân cận chi tiết hơn so với CLVT². GIST trực tràng thường có các triệu chứng lâm sàng tương tự

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: nguyenganhtuan11121990@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

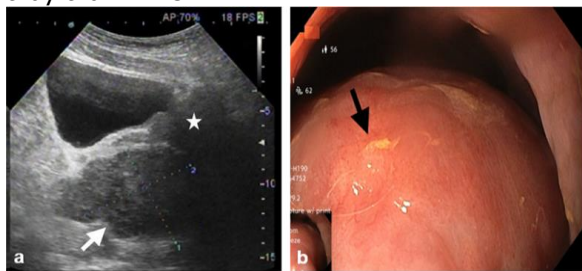
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2021

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

như các khối u trực tràng khác như đi ngoài ra máu, táo bón và đau hậu môn và các triệu chứng tiết niệu có thể xảy ra thường xuyên hơn so với GIST tại các vị trí khác². Chúng tôi báo cáo một trường hợp u GIST hiếm gặp ở trực tràng, được chụp CLVT, MRI, nút mạch tiền phẫu sau đó phẫu thuật và chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

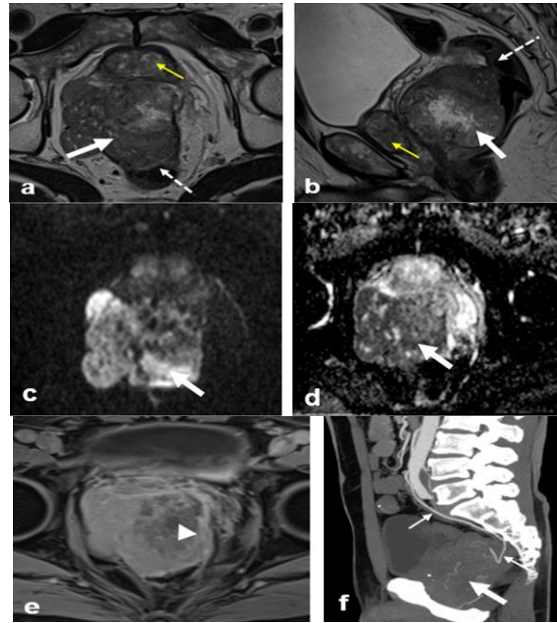
Bệnh nhân (BN) nam, 56 tuổi, khám tại bệnh viện chúng tôi với triệu chứng bệnh lý hệ tiết niệu đau tức vùng hạ vị và đái khó, tia nước tiểu yếu. Khám trực tràng sờ thấy khối u cách rìa hậu môn 3cm, mật độ cứng chắc, không sờ thấy hạch ben. Xét nghiệm công thức máu, chỉ số PSA, CEA đều trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng (hình 1a) thấy vùng tiểu khung có khối giảm âm không đồng nhất, kích thước khoảng 78x75x69mm, bờ thùy múi, ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt ra phía trước. MRI tiểu khung có tiêm thuốc đối quang (Hình 2 a,b,c,d,e) thấy có khối tổ chức phát triển từ thành trước - phải trực tràng, tín hiệu không đồng nhất, bờ thùy múi, ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt, túi tinh hai bên và niệu đạo ra trước. CLVT ổ bụng (Hình 2f) thấy khối u vùng tiểu khung tăng sinh mạch mạnh, được cấp máu từ động mạch (ĐM) mạc treo tràng dưới, không thấy hạch to vùng bụng - tiểu khung. Gan và đáy phổi hai bên không thấy khối bất thường. Nội soi đại trực tràng (hình 1b) thấy mặt trước trực tràng có khối lớn đè đẩy từ ngoài vào gây hẹp không hoàn toàn lòng trực tràng, cực dưới khối sát đường lược, đường kính 6-7cm, bề mặt khối xung huyết nhẹ, không sùi, không loét, không thấy thâm nhiễm.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ bụng và nội soi đại trực tràng

(a) siêu âm ổ bụng: khối giảm âm không đồng nhất vùng tiểu khung (mũi tên trắng), ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt (dấu sao) ra phía trước.

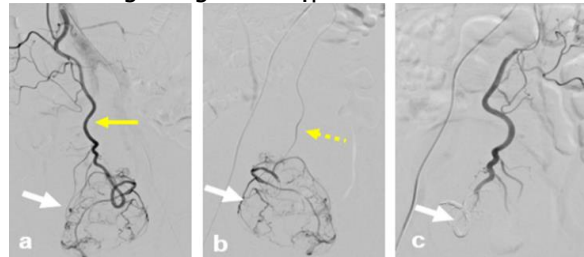
(b) nội soi đại trực tràng khối u đè đẩy từ ngoài vào gây hẹp không hoàn toàn lòng trực tràng, bề mặt khối xung huyết nhẹ.

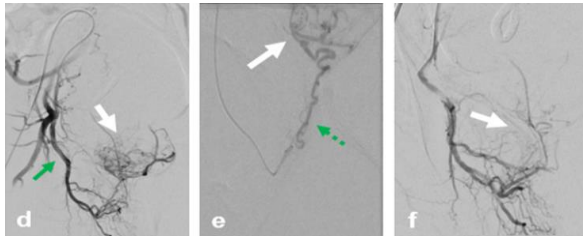


Hình 2. Hình ảnh MRI tiểu khung

(a,b) thấy khối tổ chức trong tiểu khung (mũi tên trắng lớn) phát triển từ thành trước - phải trực tràng thấp và giữa (mũi tên trắng nhỏ), tín hiệu tăng không đồng nhất (mũi tên trắng nhỏ), tín hiệu tăng không đồng nhất trên T2W (c, d) hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, (e) sau tiêm ngấm thuốc không đồng nhất, có hoại tử ở trung tâm (đầu mũi tên). (f) CLVT khối u được cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (mũi tên trắng mỏng).

Do khối u tăng sinh mạch và thấy cuống mạch nuôi u từ động mạch mạc treo tràng dưới quan sát được trên CLVT chúng tôi đã tiến hành chụp và nút mạch tiền phẫu dưới máy chụp mạch số hoá xoá nền (DSA) (hình 3). Chụp chọn lọc các nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới và ĐM chậu trong hai bên bằng sonde cobra 5F wire Terumo radifocus 0.035, thấy u tăng sinh mạch, được cấp máu chủ yếu từ nhánh ĐM trực tràng trên của ĐM mạc treo tràng dưới (90%) và nhánh ĐM trực tràng giữa của ĐM chậu trong phải (10%). Tiếp cận từng nhánh mạch nuôi u bằng Microcatheter Merit Maestro 2.1F, nút tắc hoàn toàn các nhánh mạch nuôi u bằng 2ml hỗn hợp hystoacryl và lipiodol tỷ lệ 1: 3, không có biến chứng trong can thiệp.

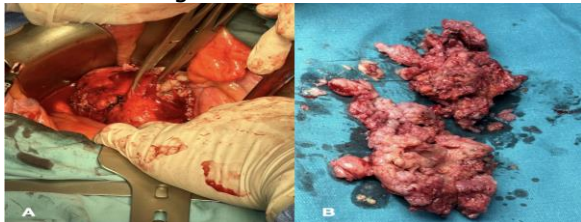




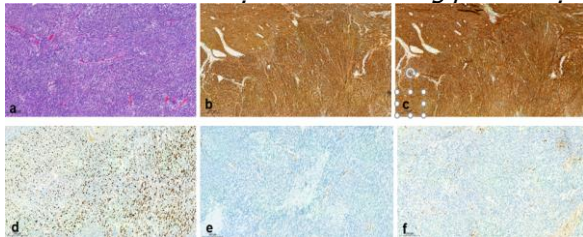
Hình 3. Hình ảnh nút mạch khối u dưới DSA

(a, b) Khối u (mũi tên trắng) được cấp máu từ động mạch trực tràng trên (mũi tên vàng nét đứt) nhánh của động mạch mạc treo tràng dưới (mũi tên vàng), (d, e) khối u mũi tên trắng được cấp máu từ động mạch trực tràng giữa (mũi tên xanh nét đứt) nhánh của phân nhánh trước động mạch chậu trong (mũi tên xanh), (c, f) nút tắc nhánh nuôi u.

BN được phẫu thuật cắt khối u trực tràng (hình 4), đưa đại tràng Sigma ra làm hậu môn nhân tạo. Lượng máu mất trong phẫu thuật khoảng 10ml (số lượng hồng cầu và hemoglobin trước và sau phẫu thuật lần lượt là 5,09T/L và 4,54T/L, 15,3 g/dL và 13,8 g/dL), không cần truyền máu trong và sau phẫu thuật. Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch sau mổ phù hợp với GIST tiềm năng ác tính cao, nhóm tiên lượng 6a, các tế bào u dương tính với CD34, CD117, DOG1, beta catenin (màng), âm tính với SMA, Desmin, S100, GFAP, Chỉ số Ki67 ~ 35%. BN phục hồi tốt sau mổ, ra viện sau 9 ngày, tình trạng ổn định, được chỉ định duy trì thuốc Imatinib 100mg.



Hình 4. Hình ảnh đại thể khối u trong phẫu thuật



Hình 5. Giải phẫu bệnh

(a) Nhuộm HE cho thấy các tế bào u hình thoi, khá đều nhau, sắp xếp thành các bó chạy đan xen nhau theo nhiều hướng. Tế bào u dương tính với CD117 (b), DOG1 (c), chỉ số Ki67 cao (khoảng 35%) (d), âm tính với SMA (e), S100 (f).

Sau phẫu thuật 04 tháng BN được phẫu

thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa. Tái khám sau đó 01 tháng, khám lâm sàng và nội soi trực tràng, cắt lớp vi tính ngực - bụng thấy chỗ nối trực tràng - đại tràng liền tốt, không thấy u tái phát tại chỗ hay di căn xa.

III. BÀN LUẬN

GIST có thể phát sinh ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiêu hóa, nhưng hiếm gặp ở trực tràng (2%), với tỷ lệ mắc GIST trực tràng khoảng 0,45/1000000 người³. GIST thường gặp ở người trưởng thành (50 – 60 tuổi), ưu thế ở nam giới. Triệu chứng lâm sàng của GIST thường không đặc hiệu, phụ thuộc vào vị trí, kích thước u, tiến triển thâm lặn và phát hiện muộn khi u kích thước lớn. Các triệu chứng thường gặp của GIST trực tràng là ỉa máu, đau bụng hạ vị, hoặc triệu chứng tiết niệu⁴. BN của chúng tôi giới nam, 56 tuổi, phát hiện GIST trực tràng lớn lần đầu tiên với triệu chứng đau bụng hạ vị, đái khó do GIST chèn ép đường tiết niệu, phù hợp với y văn.

Các đặc điểm của GIST trực tràng trên chẩn đoán hình ảnh không rõ ràng do chúng hiếm gặp và chỉ được mô tả trong một vài case lâm sàng lẻ tẻ¹. BN của chúng tôi vào viện với lý do đái khó, được chỉ định chụp X quang hệ tiết niệu và siêu âm ổ bụng đầu tiên. Theo tác giả Wronski và cộng sự⁵, GIST có 3 dạng biểu hiện chính trên siêu âm: khối đặc đồng nhất (dạng 1, phổ biến nhất), khối đặc không đồng nhất có hoại tử hoặc xuất huyết trung tâm (dạng 2), khối đặc không đồng nhất với các vùng giảm hoặc trống âm loang lổ không đều do hoại tử (dạng 3). BN của chúng tôi có hình ảnh trên siêu âm (hình 1) tương ứng với dạng 2 của tác giả Wronski và cộng sự.

GIST trực tràng thường biểu hiện dạng khối lớn lệch tâm phát triển ngoài thành trực tràng do hầu hết GIST đều phát sinh trong lớp cơ của thành ruột^{1,6}. GIST phát sinh từ thành trước trực tràng ở bệnh nhân nam có thể gây nhầm lẫn với khối nguồn gốc tuyến tiền liệt. Vì vậy, nên thực hiện MRI với các khối u ở tiểu khung do MRI có khả năng chụp đa mặt phẳng giúp xác định nguồn gốc, thành phần khối u (thành phần đặc, xuất huyết, hoại tử,...), xâm lấn các cấu trúc lân cận, di căn và phác thảo giải phẫu sàn chậu⁶. Hình ảnh MRI bệnh nhân của chúng tôi thấy u liên tục với thành trực tràng thể hiện trên mặt phẳng axial (hình 2b), u đè đẩy và ranh giới rõ với tuyến tiền liệt (hình 2a, b), gợi ý u xuất phát từ trực tràng. Hình ảnh điển hình của GIST trực tràng trên MRI có tiêm thuốc đối quang từ là giảm hoặc đồng tín hiệu với cơ trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc không đồng nhất

sau tiêm tương ứng với vùng hoại tử, xuất huyết trong tổn thương⁶. Những yếu tố dự báo khả năng ác tính cao là bờ không đều, kích thước trên 10 cm, có các vùng hoại tử chảy máu bên trong và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, được đánh giá tốt hơn trên MRI⁷. Hình ảnh MRI bệnh nhân của chúng tôi thấy khối có nhiều vị trí hoại tử chảy máu và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm, phù hợp các đặc điểm gợi ý ác tính, đã được khẳng định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

Bên cạnh đó, hình ảnh điển hình GIST trực tràng trên CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là khối giàu mạch máu, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm, ít gặp vôi hoá. BN của chúng tôi cũng được chụp CT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang trước can thiệp nút mạch tiền phẫu, mục đích để xác định mạch máu nuôi u và tìm dấu hiệu nghi ngờ di căn ở các cơ quan khác. Hình ảnh khối u của BN điển hình, ngấm thuốc không đồng nhất, giàu mạch máu được cấp máu từ nhánh ĐM mạc treo tràng dưới (hình 2f).

Hình ảnh GIST trực tràng cần phân biệt với các u trực tràng khác như ung thư biểu mô, lymphoma hoặc carcinoid. GIST trực tràng có một số đặc điểm có thể giúp phân biệt với các u còn lại như vị trí ưu thế ngoài lòng ruột, ranh giới rõ, trung tâm có thành phần dịch (do hoại tử, chảy máu), không có hạch xung quanh, không gây hẹp nhiều lòng ruột dù kích thước lớn⁶. Trong khi hầu hết các trường hợp ung thư biểu mô tuyến có xu hướng gây hẹp lòng ruột, thành dày không đều, có thể thâm nhiễm hay xâm lấn xung quanh, hạch vùng lân cận; còn lymphoma thường có thành dày đều dài trên nhiều đoạn đại trực tràng, không có thành phần dịch trung tâm và có nhiều hạch lân cận^{6,7}.

Do GIST có nguồn gốc dưới niêm mạc, nên ở giai đoạn chưa xâm lấn niêm mạc, nội soi đại trực tràng chỉ thấy hình ảnh khối chèn ép từ bên ngoài vào, có thể kết hợp đánh giá thêm bằng siêu âm nội soi⁶. Nếu GIST có thể cắt bỏ được thì không nên thực hiện sinh thiết vì nguy cơ vỡ khối u và tăng giai đoạn ác tính do tế bào u tràn vào ổ bụng. Chẩn đoán xác định GIST bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch, trong đó sự xuất hiện của thụ thể tyrosine kinase (CD 117) là bằng chứng hiện diện của các tế bào kẽ của Cajal⁸. CD117 là dấu ấn phân tử đặc hiệu và quan trọng nhất của GIST, với hơn 95% GIST biểu hiện thụ thể CD117 và khoảng 2/3 biểu hiện thụ thể CD34 trên hoá mô miễn dịch. Về mặt mô bệnh học, các tế bào u thường biểu hiện dạng hình thoi, dạng biểu mô hoặc dạng hỗn hợp⁸.

GIST hiếm gặp ác tính, GIST trực tràng ác tính chỉ chiếm khoảng 0.6% tổng số u ác tính ở trực tràng⁶. Tiên lượng mức độ tiến triển của GIST thường được dự đoán thông qua kích thước và mô bệnh học². GIST được coi là nguy cơ tiến triển rất thấp nếu kích thước nhỏ hơn 2 cm và số lượng phân bào thấp hơn 5/50 HPF, ngược lại, nguy cơ tiến triển cao nếu kích thước trên 10 cm hoặc số lượng phân bào cao hơn 10/50 HPF². Những BN mắc GIST trực tràng nguy cơ thấp có thời gian sống trung bình 5–10 năm trong khi nguy cơ cao có thời gian sống trung bình 2–3 năm³. Về vị trí, GIST trực tràng được cho là tiên lượng xấu hơn GIST dạ dày và GIST ruột non.⁶

GIST trực tràng thường được điều trị đầu tay bằng phẫu thuật cắt bỏ u đến diện cắt âm tính. GIST hiếm khi di căn hạch nên nạo vét và sinh thiết hạch gác không có nhiều vai trò trong phẫu thuật. Theo tác giả Hamada và cộng sự, chỉ 10–20% bệnh nhân GIST trực tràng được chữa khỏi bằng phẫu thuật, nguy cơ tái phát có thể lên đến 15 năm với 67% tái phát tại chỗ³. Nguyên nhân tử vong phổ biến nhất sau phẫu thuật là di căn xa, trong đó di căn gan phổ biến nhất, phẫu thuật cắt bỏ di căn gan được chứng minh ít đem lại hiệu quả³. Do có mối liên quan chặt chẽ giữa GIST và đột biến KIT, PDGFRA nên có khả năng điều trị GIST ác tính bằng thuốc điều trị đích như imatinib mesylate (IM). IM là chất ức chế chọn lọc thụ thể xuyên màng protein tyrosine kinase (KIT), tác dụng ức chế tăng sinh các tế bào u mà được kích thích bằng kích hoạt thụ thể này. Hóa trị bổ trợ IM đã chứng minh có hiệu quả trong điều trị GIST trực tràng, cải thiện đáng kể khả năng sống sót của BN. IM được chỉ định là phương pháp điều trị đầu tiên với GIST di căn, không thể cắt bỏ, hoặc liên quan đến gen đột biến KIT³. Năm 2008, tác giả Hamada và cộng sự đã báo cáo 33 trường hợp GIST trực tràng tái phát ở Nhật Bản và kết luận rằng sử dụng IM trước phẫu thuật giúp tăng cơ hội cắt bỏ hoàn toàn u và giảm tái phát sau phẫu thuật³. Thêm nữa, việc theo dõi bệnh sau điều trị bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã được chứng minh là có vai trò quan trọng để chẩn đoán sớm tái phát u và quản lý liệu pháp bổ trợ một cách hợp lý⁶. BN của chúng tôi được tiến hành nút mạch nuôi u tiền phẫu, phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn u và điều trị IM hậu phẫu. Theo tác giả Feitosa nút mạch tiền phẫu có thể làm giảm lượng máu bị mất trong quá trình phẫu thuật và làm tăng khả năng cắt bỏ khối u, qua đó tác giả cho rằng nút mạch trước phẫu thuật ung thư trực tràng có thể là một công cụ hỗ trợ

trong phẫu thuật trực tràng không phải truyền máu⁹. Case lâm sàng của chúng tôi trên hình ảnh CLVT và DSA cho thấy khối u trực tràng tăng sinh mạch mạnh, do vậy, chúng tôi tiến hành nút mạch chọn lọc ĐM nuôi u từ nhánh ĐM trực tràng trên và giữa, với mục đích gây tắc mạch nuôi u, giảm lượng máu mất, giảm nguy cơ tai biến trong phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

GIST trực tràng ác tính là bệnh lý hiếm gặp. Các hình ảnh gợi ý GIST ác tính là bờ không đều, kích thước trên 10 cm, có các vùng hoại tử chảy máu bên trong và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Ngoài điều trị GIST bằng phẫu thuật và IM, nút mạch GIST tiền phẫu có thể hiệu quả giúp giảm lượng máu mất trong phẫu thuật. Việc chẩn đoán trước mổ và theo dõi sau điều trị bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và nội soi tiêu hoá đóng vai trò quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mazur MT, Clark HB (1983). Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. Am J Surg Pathol, 7(6):507-19.
2. Nepal P, Mori S, Kita Y, et al (2018). Management of a case of high-risk gastrointestinal stromal tumor in rectum by

- transanal minimal invasive surgery. World Journal of Surgical Oncology, 16(1):165.
3. Hamada M, Ozaki K, Horimi T, et al (2008). Recurrent rectal GIST resected successfully after preoperative chemotherapy with imatinib mesylate. Int J Clin Oncol, 13(4):355-60.
 4. Kameyama H, Kanda T, Tajima Y, et al (2018). Management of rectal gastrointestinal stromal tumor. Transl Gastroenterol Hepatol, 3:8.
 5. Wronski M, Cebulski W, Slodkowski M, Krasnodebski IW (2009). Gastrointestinal stromal tumors: ultrasonographic spectrum of the disease. J Ultrasound Med, 28(7):941-8.
 6. Jiang ZX, Zhang SJ, Peng WJ, Yu BH (2013). Rectal gastrointestinal stromal tumors: imaging features with clinical and pathological correlation. World J Gastroenterol, 19(20):3108-16.
 7. Milliron B, Mittal PK, Camacho JC, Datir A, Moreno CC (2017). Gastrointestinal Stromal Tumors: Imaging Features Before and After Treatment. Curr Probl Diagn Radiol, 46(1):17-25.
 8. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J (2000). Gastrointestinal stromal tumors and leiomyosarcomas in the colon: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 44 cases. Am J Surg Pathol, 24(10):1339-52.
 9. Feitosa MR, de Freitas LF, Filho AB, et al (2020). Preoperative rectal tumor embolization as an adjunctive tool for bloodless abdominoperineal excision: A case report. World journal of clinical oncology, 11(12):1070-1075.

TÌNH TRẠNG DỰ TRỮ SẮT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Trịnh Thị Thanh Hằng¹, Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Hữu Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dự trữ sắt của bệnh nhân cao tuổi ở các giai đoạn bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng:** 148 bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 06/2023 đến tháng 10/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân cao tuổi bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm 20.9%, bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm 3.4%, không có bệnh nhân thiếu máu nặng. 8 bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối, chiếm 5.4%; 26 bệnh nhân thiếu sắt chức năng, chiếm 17.6%. Có sự khác biệt về độ bão hòa transferrin trung bình ở các giai đoạn CKD với $p < 0.05$.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, dự trữ sắt

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Thanh Hằng

Email: drthanhhang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

SUMMARY

IRON STORAGE STATUS OF ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT ALTERNATIVE TREATMENT AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: Evaluate the iron reserve status of elderly patients with stages of chronic kidney disease without alternative treatment at HUU NGHİ hospital. **Subjects:** 148 elderly patients with chronic kidney disease without alternative treatment at Department of nephro-urology and dialysis of HUU NGHİ Hospital from June 2023 to October 2023. **Method:** Descriptive. **Results:** Through a study of 148 elderly patients with chronic kidney disease without alternative treatment, patients with mild anemia account for 20.9%, patients with moderate anemia account for 3.4%, there are no patients with severe anemia. 8 patients with absolute iron deficiency, accounting for 5.4%; 26 patients with functional iron deficiency, accounting for 17.6%. There is difference about average TSAT in CKD stages with $p < 0.05$.

Keywords: chronic kidney disease, iron storage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ