

mức bình thường cao. Tuy nhiên, khi chúng tôi tiến hành đánh giá chỉ số TSAT có một tỷ lệ khá lớn BN cần được bổ sung sắt.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân cao tuổi bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, 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 transferin trung bình ở các giai đoạn CKD với  $p < 0.05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trung Vinh, Phan Thế Cường, Nguyễn Anh Trí (2012). Nhiên cứu biến đổi tình trạng sắt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị erythropoietin. Tạp chí y học thực hành, 9, 24-29.
2. Nguyễn Phương Thảo (2014), Đánh giá tình trạng dự trữ sắt qua xét nghiệm sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị An Thủy, Đỗ Gia Tuấn, Đặng Thị Việt Hà (2018), Đánh giá tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế qua nồng độ sắt và Ferritin huyết thanh, Tạp chí Nội khoa Việt Nam – số 16.
4. Phan Thế Cường, Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Anh Trí (2012). Khảo sát tình trạng sắt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước điều trị lọc máu chu kỳ. Tạp chí y – dược học quân sự, 8, 61-68.
5. Vương Tuyết Mai, Nguyễn Hoài Nam, Đàm Quang Trung (2015), Khảo sát tình trạng sắt, ferritin huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Tạp chí Nội khoa Việt Nam - Tài liệu Hội nghị khoa học Nội khoa toàn quốc lần IX, p. 370-375.
6. Inker, L.A., et al. (2014), KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. Am J Kidney Dis, 63(5): p. 713-35.
7. Klinger, A.S., et al. (2013), KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. American Journal of Kidney Diseases. 62(5): p. 849-859.
8. Steven Fishbane, et al. (2009), Iron indices in chronic kidney disease in the National Health and Nutritional Examination Survey 1988–2004, Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4(1), 57-61.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) THÂN ĐUÔI TỤY - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu ca lâm sàng GIST xuất phát từ tụy (ngoài đường tiêu hóa) hiếm gặp với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật và điểm lại Y văn. Bệnh nhân (BN) nữ, 60 T, đau bụng mơ hồ dưới sườn trái (DST), gầy sút. Khám bụng không thấy U. Chụp CLVT: Khối ở rốn lách-thân đuôi tụy 55-50 mm, tỷ trọng hỗn hợp gồm phần đặc và phần dịch, bờ đều, không thấy thâm nhiễm xung quanh. Siêu âm bụng (SA): Khối 48-46 cm, thành sau tăng âm, bên trong có vách và thành phần dịch. Nội soi dạ dày (NSDD): không U. Tổn thương trong mổ: u kích thước 6-8 cm không dính với dạ dày, xuất phát từ bờ trên-trước thân đuôi tụy, u đặc. Phẫu thuật: cắt U và lách, thân-đuôi tụy (anterograde). Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): U vỏ mỏng, ranh giới rõ KT 6-5-4,5cm. Kết luận: U tế bào hình thoi, hướng tới GIST. Hóa mô miễn dịch (HMMD) dương tính với CD 117, DOG 1; CD 34, KI 67; < 5 nhân chia /50 vi trường. Hậu phẫu bình thường,

không có biến chứng. Ra viện sau 8 ngày. Tiếp tục điều trị Imatinib. **Kết luận:** GIST xuất phát từ thân đuôi tụy là GIST ngoài đường tiêu hóa rất hiếm gặp. Ca lâm sàng trên đây cùng với 23 ca lâm sàng đã được báo cáo trên thế giới góp phần củng cố và khẳng định nguồn gốc xuất phát từ tụy của GIST và thường có nguy cơ ác tính cao

## SUMMARY

### GASTRO INTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE PANCREAS: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

**Study aim:** Evaluation of clinical and paraclinical feature of gastrointestinal stromal tumor originating from Pancreas (Extra GIST), the surgical result and review of the literature. Medical Record: Female aged 60 years olds, admission in K hospital with vague abdominal pain in left quadrant area, weight loss. The tumor was not palpable on physical examination. CT.Scan revealed a tumor 55-50 cm in diameter located in body-tail of pancreas. Gastroscopy not showed any tumor. Intra operation lesion: Tumor measured 6-8 cm originating from body and tail of pancreas. The posterior gastric wall was intact. Surgical Procedure: Left body-tail pancreatec-splenectomy with tumor. Immunohistomestry: positive with CD 117, DOG1 CD 34, KI 67, < 5 mitotic count /50 HPF. Postoperation was simple. The patient

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

discharged 8 days post operation and was given Imatinib. **Conclusion:** Extra GIST originating from pancreas is extremely rare (< 5% of total GIST, <1% of solid tumor of pancreas). Our case consolidate the possibility that this rare tumor could involve the pancreas as primary site (23 case reproted) and GIST originating from pancreas are usually of high risk of malignancy.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U mô đệm đường tiêu hóa (gastrointestinal Stromal Tumor: GIST) là 1 thể u trung mô hay gặp nhất trong các khối u trung mô đường tiêu hóa xuất phát từ tế bào (TB) kẽ Cajal. Tuy nhiên có một số ít U GIST xuất phát từ ngoài đường tiêu hóa như mạc nối lớn, mạc treo ruột, sau phúc mạc, Y văn gọi là GIST ngoài đường tiêu hóa (EXTRAGIST). GIST xuất phát từ tụy rất hiếm gặp. Hình ảnh điện quang của GIST tụy khá giống với U thần kinh-nội tiết. Gần đây siêu âm nội soi (SANS) và sinh thiết dưới hướng dẫn của SANS (D' SANS) được ứng dụng để đánh giá tế bào học tổn thương u đặc tụy. Do GIST ngoài đường tiêu hóa xuất phát từ tụy rất hiếm gặp với tỷ lệ < 5% tổng số GIST và <1% tổng số u đặc của tụy (Y văn trên thế giới đã báo cáo 23 ca GIST xuất phát từ tụy) chúng tôi báo cáo đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và kết quả phẫu thuật ca lâm sàng hiếm gặp EGIST xuất phát thân đuôi tụy.

**II. BỆNH ÁN NC**

- + BN nữ, SN 1963, ĐC: Thạch Bình, Thạch Thành, Thanh Hóa.
- Vào Viện: 14/12/2023. Mổ: 21/12/23. Ra: 29/12/2023
- Tiền sử (TS): Đái tháo đường.
- Triệu chứng lâm sàng (LS): Đau bụng dưới sườn trái (DST) mơ hồ, không rõ, chán ăn, sút cân.
- + Toàn thân: không sốt, Mạch, HA bình thường.
- + Khám bụng: Không sờ thấy U...
- + Chụp CLVT: Khối ở rốn lách-Thân đuôi tụy 55-50 mm, tỷ trọng hỗn hợp gồm phần đặc và phần dịch, bờ đều, không thấy thâm nhiễm xung quanh.



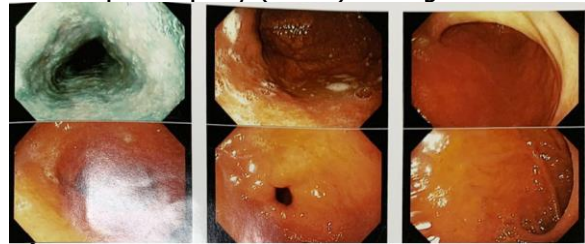
**Ảnh 1: Chụp CLVT khối U GIST thân-đuôi tụy và rốn lách**

*(Không dính vào thành sau dạ dày)*



**Ảnh 2: CLVT khối U GIST thân đuôi tụy**

- + Siêu âm bụng (SA): Khối 48-46 cm, thành sau tăng âm, bên trong có vách và thành phần dịch.
- + Nội soi dạ dày (NSDD): không U.



**Ảnh 3: NSDD trước mổ không thấy U trong lòng dạ dày**

- 8.14 G/L; Tiểu cầu (TC) 290 G/L.
- + Sinh hóa: Ure máu 6,6 mmol/L; Creatinin: 60,91 mmol/L; Đường 6,6 mmol, Bilirubin 5,9 mmol/L.
- + Đông máu: Prothrobin 117%; IRN: 0,91, APTT 28,7s; Tỷ lệ APTT (bệnh/Chứng) 0,93.
- + Mổ: Mở bụng đường giữa trên rốn, Vào hậu cung mạc nối: u kích thước 6-8 cm không dính với dạ dày, xuất phát từ bờ trên-trước thân đuôi tụy, u đặc, mổ cắt U và lách, thân-đuôi tụy (anterograde).
- + Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): U vỡ mỏng, ranh giới rõ KT 6-5-4,5 cm. Kết luận: U tế bào hình thoi, hướng tới GIST.
- + Hóa mô miễn dịch (HMMD) Dương tích với CD 117, DOG 1; CD 34,K i 67.< 5 nhân chia /50 vi trường
- BN có trung tiện sau 4 ngày, hậu phẫu BT, chuyển điều trị hóa chất sau 8 ngày.

**III. BÀN LUẬN**

U mô đệm tụy nguyên phát rất hiếm gặp. Các báo cáo phần lớn là case report. Theo Amel Trabelsi và CS, trên TG mới có 4 ca lâm sàng được báo cáo. Tác giả thông báo ca LS một BN nữ 52 T, đau bụng mơ hồ thượng vị. CLVT là mass đầu tụy. Kết quả GPB sau mổ là GIST đầu tụy. Các tác giả kết luận GIST nguyên phát đầu tụy là khối U rất hiếm gặp và có nguy cơ ác tính rất cao [1].

- + Admed Elgeldle và CS báo cáo ca LS: BN nam, 30 T, đến khám vì đau bụng. CLVT là khối

U đuôi tụy ranh giới rõ, KT 12-11,6 cm. BN được mổ cắt lách, thân đuôi tụy NS. Kết quả GPB khẳng định GIST ngoài đường tiêu hóa (+) với CD 117 và Dog1 [2].

+ Mehdi Soufi và CS báo cáo ca LS GIST đầu tụy trên tụy divisum ở BN nam, 39 T đến khám vì đau bụng và táo bón. CLVT có khối U 9 cm đầu tụy. BN được mổ cắt khối tá tụy và cắt đoạn đại tràng. Tác giả cho rằng u mô đệm có nguồn gốc từ tụy rất hiếm gặp (< 1% tổng số u tụy), SANS có giá trị chẩn đoán cao. Mổ cắt U với diện cắt an toàn là phương pháp lựa chọn [3].

Báo cáo LS năm 2019 của Seong Jae Yeo: BN nữ, 45 T, đau bụng mơ hồ 1 tuần. CLVT là khối U 6,5 cm, giàu mạch, bờ rõ, mềm khu trú ở đầu tụy và móm móm tụy, không thấy giãn đường mật và ống tụy, khối u nằm sát tá tràng và TMC dưới. Chụp IRM cho thấy U 6,2 cm có nhiều thùy, tăng tín hiệu IRM, tăng tín hiệu ở ngoại vi ở thì động mạch. SANS là khối giảm âm ranh giới rõ, không đồng âm ở móm móm tụy. Sinh thiết qua SANS là U tế bào hình thoi (spindle cell tumor). Mổ cắt khối tá tụy. GPB (+) với CD 117, DOG 1, CD 34, <100 nhân chia /50 vi trường [4].

+ U mô đệm là dạng hay gặp của u trung mô thường xuất phát từ đường tiêu hóa, mạc nối lớn, mạc treo. Tỷ lệ mắc bệnh ở dạ dày là 60-70%, ruột non 20-25%, đại trực tràng 5% và < 5% ở TQ. các khối u GIST xuất phát từ gan, túi mật, tụy, bàng quang gọi là GIST ngoài đường tiêu hóa. GIST xuất phát từ tụy chiếm tỷ lệ < 5% [3]. Trong tổng số các khối u đặc ở tụy, GIST chiếm < 1%. Các nghiên cứu cho thấy GIST ngoài đường tiêu hóa (EGIST) có đặc tính sinh học giống với GIST ruột non hơn là GIST dạ dày [5].

+ Cần chẩn đoán phân biệt GIST với các U cơ trơn, U thần kinh, các polyp, u tăng sinh xơ (fibromatosis). Khả năng chẩn đoán HMMD (+) 95% với CD117. Siêu âm nội soi và sinh thiết qua SANS có giá trị chẩn đoán 38-89% [6]. Giá trị chẩn đoán của SANS và sinh thiết (ST) qua SANS với u đặc của tụy là 75-96%. Giá trị chẩn đoán của SANS -ST đối với u tụy dạng Adenocarcinome (AC) cao hơn các loại u đặc.

+ Các yếu tố tiên lượng của GIST phụ thuộc đặc tính sinh học của khối U. Flecher và CS [7] sử dụng kích thước khối U (KT) và chỉ số nhân chia /50 vi trường để đánh giá mức độ ác tính và nguy cơ di căn của GIST theo đó các khối U này được chia ra thành:

- ++ Nhóm nguy cơ rất thấp (< 2cm, <5/50 HPF);
- ++ Nguy cơ thấp (2-5 cm, < 5/50 HPF);
- ++ Nguy cơ trung gian (< 10 cm, < 5/50 HPF)

++ Nguy cơ di căn cao (> 5 cm, > 5/50 HPF hoặc > 10 cm, toàn bộ nhân chia).

+ Tuy nhiên đặc tính của GIST còn phụ thuộc vào nguồn gốc khối U. Các khối U GIST có xu hướng ác tính hóa cao khi nguồn gốc càng ở phần xa của đường tiêu hóa. Theo đó GIST dạ dày (DD) có tiên lượng tốt hơn GIST ruột non.

+ Trong số 48 BN GIST ngoài đường tiêu hóa (EGIST), gần 50% chết do tái phát hay di căn ≤ 2 năm [5]. E GIST có đặc điểm giống với GIST ở phần xa đường tiêu hóa.

+ Các khối U GIST có nguồn gốc từ tụy rất hiếm gặp. Điềm lại Y văn cho thấy cho tới nay có 23 BN được báo cáo, bao gồm 11 nam, 12 nữ, tuổi TB 55 T (từ 30-74). Các đặc điểm LS chung là: Đau bụng mơ hồ, khó chịu, gầy sút, mệt mỏi. Có 9 BN được phát hiện tình cờ. KT khối U TB 9,0 cm (từ 2,4- 35 cm), xảy ra ở đầu, thân, đuôi tụy với phân bố như sau: đầu tụy 8 BN (33%), đuôi tụy 6 BN (26,1%), thân-đuôi tụy \$ BN (17,4%), thân tụy 2 BN (8,7%), móm móm 2 BN (8,7%), đầu -thân tụy 1 BN (4,3%).

+ NC của Seong Jae Yeo [4]: 69,6% GIST tụy là nhóm nguy cơ cao, sau ≤ 30 tháng điều trị có 8 BN tái phát (34,8%); 6/8 BN (75%) di căn gan.

Trường hợp của chúng tôi GIST tụy KT 6,5-4,5 cm, < 5 nhân chia < 50 vi trường là GIST có nguy cơ trung gian. BN đã được phẫu thuật triệt căn cắt U và cắt lách thân đuôi tụy. Sau PT đã được điều trị Imatinib.

#### IV. KẾT LUẬN

GIST xuất phát từ thân đuôi tụy là GIST ngoài đường tiêu hóa rất hiếm gặp. Ca lâm sàng trên đây cùng với 23 ca lâm sàng đã được báo cáo trên thế giới góp phần củng cố và khẳng định nguồn gốc xuất phát từ tụy của GIST và thường có nguy cơ ác tính cao.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amel Trabelsi et al.** Gastrointestinal stromal tumor of the pancreas: A case report and review of the literature. N Am J Med Sci. 2009 Nov;1(6):324- 326.
2. **Admed Elgeldle et al.** Pancreatic gastrointestinal stromal tumor: A case report. Int J Surg Case Rep.2016;29: 67-70.
3. **Mehdi Soufi et al:** Pancreatic GIST with pancreatic divisum: A new entity. International Journal of Surgery Case Reports 4(2013) 68-71.
4. **Seong Jae Yeo; Chang Min Cho; Hyung Jun Kwon; Seung Hyun Cho; Gab Chul Kim; An Na Seo; Han Ik Bae.** An Extragastrintestinal Stromal Tumor Originating from the Pancreas. Case Rep Gastroenterol (2019) 12 (3): 671-678.
5. **Reith LD, Golgblum JR, Lyles RH, Weiss SW.** Extragastrintestinal stromal tumor: An Analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. Mod Pathol 2000 May;13 (5): 577-85.

6. William DB, Sahai AV, Aabakken L et al. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy: A large single centre experience. Gut 1999 May; 44 (5) 720-6.
7. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. Hum pathol. 2002. May;33(5): 459-65.

## ĐẶC ĐIỂM KỶ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thu Trang<sup>3</sup>, Đỗ Duy Cường<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS không chỉ là vấn đề cá nhân mà còn là một vấn đề xã hội rộng lớn, ảnh hưởng sâu sắc đến cách mà cộng đồng hỗ trợ và tương tác với những người sống chung với HIV/AIDS. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả mức độ kỳ thị trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện trên 286 người nhiễm HIV điều trị ARV tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin được thu thập gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và điều trị, cũng như sử dụng thang đo Berger rút gọn để đo lường kỳ thị và phân biệt đối xử. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,7, với tỷ lệ nam giới là 58%. Phần lớn bệnh nhân đã kết hôn (61,5%) và có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (60%). Thu nhập bình quân hàng tháng là 6,5 triệu đồng. Số lượng CD4 trung bình là 559,7 TB/mm<sup>3</sup> và tải lượng vi rút trung bình là 15,0 bản sao/mL. Thời gian điều trị ARV trung bình là 5,3 năm. Có 15,4% bệnh nhân mắc viêm gan B và 22,7% mắc viêm gan C. Tổng điểm kỳ thị trung bình là 27,8 ± 8,3. Các vấn đề kỳ thị cao nhất liên quan đến lo ngại về tiết lộ tình trạng HIV và thái độ của cộng đồng đối với người nhiễm HIV/AIDS. Trình độ học vấn thấp và không có việc làm ổn định là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ kỳ thị cao hơn đối với người nhiễm HIV. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là rào cản lớn cho bệnh nhân HIV/AIDS, với mức độ kỳ thị cao, đòi hỏi nhu cầu cấp thiết phải giảm bớt kỳ thị và phân biệt đối xử trong xã hội, từ đó tạo điều kiện thuận lợi hơn cho việc chăm sóc và hỗ trợ bệnh nhân.

**Từ khoá:** Kỳ thị và phân biệt đối xử, HIV/AIDS.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF STIGMA AND DISCRIMINATION AMONG HIV/AIDS PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

**Introduction:** Stigma and discrimination related to HIV/AIDS is not only a personal issue but also a broader social problem, profoundly affecting the way communities support and interact with people living with HIV/AIDS. This study was conducted to describe the level of stigma among HIV/AIDS patients at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study with a convenient sample size of 286 HIV patients on ARV treatment at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. Information collected included demographic, clinical and treatment characteristics, as well as using the abbreviated Berger scale to measure stigma and discrimination. **Results:** The average age of patients was 39.7, with 58% male. Most patients were married (61.5%) and had high school education or above (60%). The average monthly income was 6.5 million VND. The average CD4 count was 559.7 cells/mm<sup>3</sup> and the average viral load was 15.0 copies/mL. The average duration of ARV treatment was 5.3 years. There were 15.4% patients with hepatitis B and 22.7% with hepatitis C. The average stigma score was 27.8 ± 8.3. The highest stigma issues were related to concerns about disclosing HIV status and community attitudes towards people living with HIV/AIDS. Lower education and unemployment were two factors statistically associated with higher levels of stigma. **Conclusion:** Our study showed that stigma and discrimination remains a major barrier for HIV/AIDS patients, with a high level of stigma, that highlight the urgent need to reduce stigma and discrimination in society, thereby creating more favorable conditions for caring and supporting patients.

**Keywords:** Stigma and discrimination, HIV/AIDS.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ qua, HIV/AIDS đã trở thành một trong những thách thức y tế công cộng lớn nhất trên toàn cầu, không chỉ gây ra những hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến xã hội, kinh tế và văn hóa của nhiều quốc gia. Xã hội bị ảnh hưởng nặng nề bởi HIV/AIDS không chỉ qua tổn thất về nhân lực mà còn qua sự thay đổi trong cấu trúc gia đình và cộng đồng. Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS cũng góp phần làm suy yếu mạng lưới hỗ trợ xã hội, làm tăng cảm giác cô lập và loại trừ [1].

Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến