

- Diabetes and Endocrinology 43: 84-88.
2. **Tường Thị Hồng Hạnh và cs** (2021): "Giá trị của phối hợp hai phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp." Tạp chí y dược lâm sàng 108"
  3. **Anand, Bakiarathana, et al.** "The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: A cytohistological study." Journal of thyroid research 2020 (2020).
  4. **Cibas E. S. et al.** (2017): "The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology", J Am Soc Cytopathol. 6 (6), pp. 217-222.
  5. **Dean, Diana S.; GHARIB, Hossein.** Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid gland. In: Endotext [Internet]. MDText.com, Inc., 2015.
  6. **Gao L. et al.** (2019): "Comparison among TIRADS (ACR TI-RADS and KWAK- TI-RADS) and 2015 ATA Guidelines in the diagnostic efficiency of thyroid nodules", Endocrine. 64 (1), pp. 90-96.
  7. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al** (2020): "Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ DẠ DÀY TẾ BÀO NHÂN

Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>2</sup>, Lưu Đình Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư dạ dày tế bào nhân được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K giai đoạn 2020 - 2022. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 102 bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày thể tế bào nhân được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,22 ± 12,30 tuổi (28 - 91 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,43. Có tiền sử viêm loét dạ dày 27,45%; 10,78% bệnh nhân có người thân trong gia đình ung thư dạ dày. Đau bụng thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất (93,14%); xuất huyết tiêu hóa 9,80%; hẹp môn vị 6,86%. Có 53,92% bệnh nhân thiếu máu trên xét nghiệm. Nhóm máu A chiếm tỷ lệ cao (40,39%). U hay gặp nhất ở hang môn vị và bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt 56,86% và 32,36%. Hình thái đại thể theo Borrmann: type 1 (20,59%), type 2 (57,84%), type 3 (18,63%), type 4 (2,94%). Chỉ có 20,59% BN ở giai đoạn pT1. Tỷ lệ BN có di căn hạch cao (56,86%). Giai đoạn bệnh có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch. Gặp 22,55% trường hợp chẩn đoán trước mổ là UTDD không tế bào nhân. **Kết luận:** Ung thư dạ dày tế bào nhân có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, tế bào nhân, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER PATIENTS WITH RING CELL CARCINOMA

**Aims:** To review some relevant clinically and

paraclinically features for signet – ring cell gastric cancer. **Objectives:** 102 patients with signet – ring cell gastric cancer who were experienced radical gastrectomy at Vietnam National Cancer hospital. **Method:** Retrospective descriptive study. **Results:** The average age of disease: 58,22 ± 12,30 (28-91). Male/female ratio = 1,43. History of gastritis 27,45%; 10,78% of patients have relatives who have gastric cancer. Epigastric abdominal pain (93,14%); gastrointestinal bleeding (9,80%); pyloric stenosis (6,86%). 53,92% of patients with anemia on tests. Blood group A has a high rate (40,39%). Tumors are most common in the pyloric antrum and lesser curvature, accounting for 56,86% and 32,36%, respectively. Morphology according to Borrmann: type 1 (20,59%); type 2 (57,84%); type 3 (18,63%) and type 4 (2,94%). Only 20,59% of patients are in stage pT1. The proportion of patients with lymph node spread is high (56,86%). Disease stage is related to the rate of lymph node spread. 22,55 % of preoperative diagnosis is non - signet ring cell gastric cancer. **Conclusion:** Signet – ring cell carcinoma has the characteristics of clinical and subclinical differences. This will help clinicians to have more appropriate approaches and treatment strategies for this disease. **Keywords:** Gastric cancer, signet – ring cell, Clinical features.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế IARC (Globocan 2020), trên toàn thế giới có hơn 1 triệu ca mắc mới, gây tử vong cho hơn 760 000 ca, chiếm 7,7% những trường hợp tử vong do ung thư. Theo những báo cáo gần đây, tỷ lệ mắc UTDD đang có xu hướng giảm, nhưng UTDD thể tế bào nhân đang gia tăng liên tục ở một số khu vực như Châu Á, Châu Âu và Hoa Kỳ, và chiếm 35–45% các trường hợp ung thư biểu mô tuyến mới<sup>1</sup>. Các nghiên cứu ghi nhận UTDD tế bào nhân hay gặp

<sup>1</sup>Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Đình Cường

Email: luucuong97@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

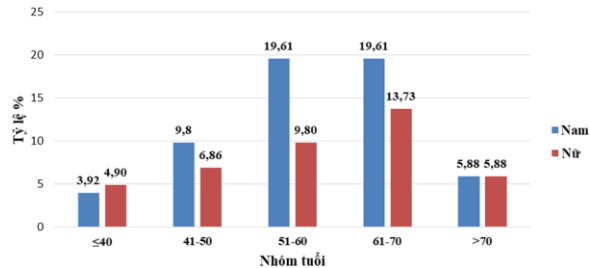
ở người trẻ, xu hướng di căn hạch bạch huyết và di căn phúc mạc<sup>2</sup>. Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về UTDD nói chung, nhưng những nghiên cứu về nhóm bệnh nhân UTDD tế bào nhân còn tương đối hạn chế. Vì lí do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh của các trường hợp ung thư dạ dày tế bào nhân được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K.*

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

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có đủ các tiêu chuẩn sau: (1) Chẩn đoán trước mổ là ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn tại bệnh viện K trong giai đoạn 2020-2022; (2) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ thể tế bào nhân. (3) Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát; (2) Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày kết hợp với một phẫu thuật lớn khác trong ổ bụng; (3) Di căn xa được xác định trước mổ và trong mổ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Biến số nghiên cứu phù hợp cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 1: Phân bố BN theo tuổi, giới**

**Nhận xét:** + Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,22 ± 12,30 tuổi (28-91 tuổi), không có sự khác biệt về tuổi giữa hai giới nam và nữ (p=0,76).

+ Lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61-70 tuổi với 33,33%. Tiếp đến là 51-60 tuổi (29,41%).

+ Tỷ lệ nam/nữ là 1,43/1.

**Bảng 1: Tiền sử bản thân và gia đình**

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử bản thân	Không có bệnh lí dạ dày	74	72,55
	Viêm loét dạ dày	28	27,45
Tiền sử gia đình	Có ung thư dạ dày	11	10,78
	Không ung thư dạ dày	91	89,22
Tổng số		102	100

**Nhận xét:** + Có 27,45% bệnh nhân có bệnh

lý viêm loét dạ dày trước đó.

+ Có 10,78% có tiền sử gia đình mắc ung thư dạ dày.

**Bảng 2: Phân loại BN theo chỉ số khối cơ thể**

Chỉ số BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Số BN	Tỷ lệ %
Thiếu cân (<18,5)	17	16,67
Trung bình (18,5 - 24,9)	81	79,41
Thừa cân (25,0 - 29,9)	4	3,92
BMI trung bình: 21,82 ± 2,94 kg/m <sup>2</sup>		

**Nhận xét:** + Chỉ số BMI trung bình của BN là 21,82 ± 2,94 kg/m<sup>2</sup>.

+ BMI trung bình có 81 BN, chiếm tỷ lệ cao nhất (79,41%).

**Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Đau bụng	95	93,14
An kém	72	70,59
Sút cân	45	44,12
Hội chứng thiếu máu	17	16,67
Xuất huyết tiêu hóa	10	9,80
Hẹp môn vị	7	6,86
Tự sờ thấy u	1	0,98

**Nhận xét:**

+ Đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 93,14%.

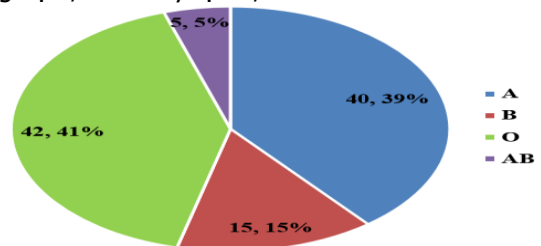
+ Thiếu máu (16,67%), xuất huyết tiêu hóa (9,80%), hẹp môn vị (6,86%); có 1 trường hợp tự sờ thấy khối u (0,98%).

**Bảng 4. Kết quả xét nghiệm công thức máu**

Xét nghiệm	Trung bình	Bình thường		Giảm	
		BN	%	BN	%
Hồng cầu (T/l)	4,07±0,57	90	88,24	12	11,76
Hemoglobin (g/l)	124,28±17,93	47	46,08	55	53,92

**Nhận xét:** + Chỉ số hemoglobin trung bình của nhóm nghiên cứu là: 124,28 ± 17,93 g/l.

+ Có 55 BN có biểu hiện thiếu máu trên xét nghiệm, chiếm tỷ lệ 53,92%.



**Biểu đồ 2: Phân bố theo nhóm máu**

**Nhận xét:** Nhóm máu A và O chiếm ưu thế với lần lượt 40,39% và 42,41%.

**Bảng 5. Vị trí tổn thương qua nội soi**

Vị trí tổn thương	Số BN	Tỷ lệ %
Bờ cong nhỏ	33	32,36
Bờ cong lớn	5	4,90

Tâm vị	1	0,98
Thần vị	5	4,90
Hang môn vị	58	56,86
<b>Tổng</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** + U chủ yếu tại vị trí hang môn vị và bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt 56,86% và 32,36%.

+ U vùng tâm vị chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,98%.

**Bảng 6. Hình thái đại thể (theo Borrmann)**

Hình thái đại thể	Số BN	Tỷ lệ %
Loét	59	57,84
Sùi	21	20,59
Loét thâm nhiễm	19	18,63
Thâm nhiễm	3	2,94
<b>Tổng</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** U thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất (57,84%). Hình thái sùi, loét thâm nhiễm, thâm nhiễm chiếm lần lượt 20,59%, 18,63%, 2,94%.

**Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn TNM**

	Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ %
Mức độ u xâm lấn (T)	pT1	21	20,59
	pT2	17	16,67
	pT3	29	28,43
	pT4	35	34,31
Mức độ di căn hạch (N)	N0	44	43,14
	N1	17	16,67
	N2	21	20,58
	N3	20	19,61
<b>Tổng</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** + Xâm lấn pT4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 35 BN (34,31%), tiếp đến là pT3 (28,43%), xâm lấn pT1 chỉ chiếm 20,59%.

+ Không di căn hạch có 44 BN (43,14%), di căn hạch có 58 BN (56,86%): tỷ lệ N1, N2, N3 lần lượt 16,67%, 20,58%, 19,61%.

**Bảng 8. Giai đoạn bệnh (Theo AJCC 8th)**

Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ %
I	32	31,37
II	25	24,51
III	45	44,11
<b>Tổng</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất (44,11%). Giai đoạn I chiếm tỷ lệ 31,37%.

**Bảng 9. Liên quan giữa giai đoạn bệnh và di căn hạch vùng**

Giai đoạn bệnh	Di căn hạch vùng				Tổng
	N0	N1	N2	N3	
I	30	2	0	0	32
II	14	8	2	1	25
III	0	7	19	19	45
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>102</b>

**Nhận xét:** + Tỷ lệ di căn hạch ở giai đoạn I là 2/32 BN (6,25%), ở giai đoạn II là 11/25 BN

(44%), giai đoạn III là 45/45 BN (100%).

+ Giai đoạn u càng muộn thì càng có xu hướng di căn hạch vùng (p<0,05).

**Bảng 10. Sự phù hợp giải phẫu bệnh trước và sau mổ**

Giải phẫu bệnh trước mổ	Số BN	Tỷ lệ %
UTBM tế bào nhân	79	77,45
UTBM tuyến biệt hóa kém	15	14,71
UTBM tuyến biệt hóa vừa	5	4,90
UTBM tuyến nhầy	1	0,98
Viêm mạn tính	2	1,96
<b>Tổng</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** + Có 79/102 trường hợp có sự tương đồng về mô bệnh học trước và sau phẫu thuật là ung thư dạ dày tế bào nhân.

+ Còn lại 23/102 trường hợp (22,55%) không có sự tương đồng về giải phẫu bệnh trước và sau mổ, trong đó 15/102 trường hợp chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 102 BN nghiên cứu của chúng tôi có: 60 BN nam, 42 BN nữ. Tỷ lệ nam/nữ: 1,43. Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,22 tuổi (28-91 tuổi), không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm BN nam và nữ (p=0,76). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 51-70 tuổi chiếm 62,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước của Vũ Hồng Thăng (2023) là nam nhiều hơn nữ, tuổi trung bình là 54,5 ± 9,7 tuổi, độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 91,5%, tuổi thường gặp từ 50 - 69 chiếm 66,2%<sup>3</sup>. Chon và cộng sự (2017) khi tiến hành một nghiên cứu hồi cứu lớn trên 1646 BN ung thư dạ dày tế bào nhân ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình là 51,8 tuổi, trẻ tuổi hơn rõ rệt thể UTDD biệt hóa và kém biệt hóa (p<0,05). Trong đó, tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ xấp xỉ 1:1<sup>4</sup>. Theo Wang và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 449 trường hợp ung thư dạ dày tế bào nhân thì 57,2% trường hợp dưới 60 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,58<sup>5</sup>.

Triệu chứng lâm sàng của UTDD tế bào nhân cũng như UTDD khác, thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Trong 102 BN của nghiên cứu, triệu chứng đau thượng vị chiếm 93,14%, đây là thường là lý do BN đi khám bệnh. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng là 94,4%<sup>3</sup>.

Tiền sử mắc các bệnh kết hợp, nghiên cứu của chúng tôi có 28 BN có tiền sử viêm loét dạ dày chiếm tỷ lệ 27,45%. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ của Vũ Hồng Thăng là 31,0%<sup>3</sup>. Tỷ lệ tiền sử viêm loét dạ dày cao khiến nhiều BN chủ quan, đến khi phát hiện ung thư dạ dày đã sang giai đoạn tiến triển. Tiền sử có người thân trong gia đình mắc UTDD trong nghiên cứu của chúng

tôi là 10,78%; tỷ lệ này cũng tương tự nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng là 9,9%<sup>3</sup>. Khi so với tỷ lệ người thân mắc UTDD trong nghiên cứu về UTDD nói chung cũng có tỷ lệ tương tự 11%<sup>6</sup>. Như vậy không có sự khác biệt về tiền sử gia đình ở hai nhóm UTDD tế bào nhân hay không tế bào nhân.

Chỉ số BMI trung bình của BN nghiên cứu là:  $21,82 \pm 2,94$  kg/m<sup>2</sup>. BN thiếu cân chiếm tỷ lệ 16,67%; trung bình chiếm tỷ lệ 79,41%; thừa cân chiếm tỷ lệ 3,92%. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2021) nhóm có BMI trung bình, thiếu cân lần lượt là: 67,0% và 14,3%<sup>5</sup>. Cũng theo Wang và cộng sự, BMI cao là tiên lượng tốt sau phẫu thuật của UTDD tế bào nhân<sup>5</sup>. Do đó việc cải thiện dinh dưỡng cho BN trước mổ là việc cực kì quan trọng, ảnh hưởng đến cả tiên lượng gần và xa của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết sắc tố trung bình là 124,28 g/L. Theo WHO 2001, huyết sắc tố ở nam <130g/L, ở nữ <120 g/L là thiếu máu. Đối chiếu với tiêu chuẩn trên, chúng tôi có 55 BN thiếu máu, chiếm 53,92%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu hồi cứu tại Canada, tỷ lệ BN ung thư dạ dày thiếu máu tại thời điểm phát hiện là 59% và tăng lên đến 79% dọc theo quá trình hóa trị sau mổ, 48% BN cần truyền máu trong suốt quá trình điều trị<sup>7</sup>. Trong UTDD nói chung và thể tế bào nhân nói riêng, BN sẽ thiếu máu vì nhiều nguyên nhân như dinh dưỡng kém, mất máu mạn qua đường tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa cấp và sau đó là ảnh hưởng hậu quả hóa trị liệu. Việc có chiến lược quản lý thiếu máu tốt trong UTDD giúp cải thiện tiên lượng của bệnh.

Nhóm máu ABO là một trong những yếu tố di truyền ổn định nhất, được xét nghiệm thường quy trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có nhóm máu O, A, B, AB lần lượt chiếm 42,41%, 40,39%, 15,15%, 5,5%. Đối chiếu với số liệu của viện Huyết Học và Truyền máu Trung ương (2020), ở Việt Nam, tỷ lệ nhóm O khoảng 45%, nhóm B khoảng 30%, nhóm A khoảng 20% và nhóm AB khoảng 5%. Ta có thể thấy xu hướng bất gặp nhóm máu A cao hơn nhóm máu khác ở các BN UTDD tế bào nhân khi so với tỷ lệ nhóm máu A trong cộng đồng.

Vị trí u thường gặp nhất ở vùng hang môn vị 56,86%, tiếp đến là bờ cong nhỏ 32,36%, bờ cong lớn 4,9%, thân vị 4,9%, tâm vị có 1 trường hợp 0,98%. Như vậy có thể thấy xu hướng u vẫn tập trung vị trí 1/3 dưới, giữa của dạ dày, tương tự nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng (2023)<sup>3</sup>, Chon (2017)<sup>4</sup> và Kwon (2014)<sup>8</sup>.

Hình thái đại thể của khối u thường gặp nhất

là thể loét (typ II) với tỷ lệ 57,84%; thể sùi (typ I) chiếm 20,59%. Thể loét thâm nhiễm và thâm nhiễm (typ III, IV) có tỷ lệ tương ứng là 18,63% và 2,94%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng thể loét chiếm đa số 52,1%; thể sùi chiếm 22,6%<sup>3</sup>. Kwon (2014) báo cáo trong UTDD tế bào nhân giai đoạn tiến triển, thể thâm nhiễm chiếm đến 28,1%<sup>8</sup>. Các tác giả cho rằng khối u typ III và typ IV theo Borrmann có mối liên quan với tình trạng di căn hạch bạch huyết, di căn phúc mạc đồng thời là yếu tố tiên lượng xấu cho những BN ung thư dạ dày<sup>2</sup>.

Trong nghiên cứu, có 34,31% khối u xâm lấn ra ngoài thanh mạc (pT4), 28,43% khối u xâm lấn tới thanh mạc (pT3). Xâm lấn niêm mạc (pT1) chỉ chiếm 20,59%. Nghiên cứu của Kwon (2014) cũng ghi nhận kết quả tương tự. Trong nhóm BN ung thư dạ dày tế bào nhân giai đoạn tiến triển, tỷ lệ BN có khối u xếp loại T4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,4%, khối u T2 chỉ chiếm 15,8% và T3 chiếm 22,8%<sup>8</sup>. Taghavi (2012) khi nghiên cứu trên 10246 BN UTDD tại Mỹ: trong đó 2666 trường hợp thể tế bào nhân, 7580 ung thư biểu mô tuyến, báo cáo tỷ lệ u T3 và T4 ở BN ung thư dạ dày tế bào nhân cao hơn ở nhóm không tế bào nhân, với  $p < 0,001$ <sup>9</sup>. Điều này đặt ra giả thuyết là UTDD tế bào nhân có xu hướng phát triển tại chỗ và xâm lấn cơ quan xung quanh nhiều hơn.

Hạch bạch huyết được chứng minh là con đường di căn chính của ung thư dạ dày, có hay không có di căn hạch bạch huyết là một yếu tố quan trọng để tiên lượng bệnh và ảnh hưởng rõ rệt đến thời gian sống sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có 56,86% trường hợp có di căn hạch vùng. Di căn 1-2 hạch (N1) chiếm 16,67%; di căn 3-6 hạch (N2) chiếm 20,58% và di căn từ 7 hạch trở lên (N3) chiếm 19,61%. Theo Kwon (2014), tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày tế bào nhân giai đoạn tiến triển lên đến 73,7%, trong đó tỷ lệ N1, N2 và N3 tương ứng là 12,3%; 8,8% và 52,6%<sup>8</sup>. Theo Taghavi (2012), tỷ lệ di căn hạch ở UTDD tế bào nhân là 59,7%, lớn hơn UTDD không tế bào nhân là 51,8% ( $p < 0,001$ )<sup>9</sup>, tỷ lệ này tương đồng với chúng tôi.

Trong nghiên cứu, giai đoạn sớm (I) tỷ lệ di căn hạch rất thấp (6,25%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2013) tiến hành hồi cứu 186 trường hợp UTDD tế bào nhân giai đoạn sớm chỉ có 4,2% trường hợp có di căn hạch. Chính bởi tỷ lệ di căn hạch thấp nên UTDD tế bào nhân giai đoạn sớm có tiên lượng tốt hơn các thể khác<sup>10</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi sang giai đoạn II, tỷ lệ di căn hạch

tăng lên 11/25 trường hợp (44%), đến giai đoạn III cả 45/45 (100%) trường hợp có di căn hạch. Việc tỷ lệ di căn hạch tăng rất nhanh theo giai đoạn cho thấy tính chất ác tính của bệnh. Điều này rất phù hợp với nghiên cứu của Li UTDD tế bào nhân giai đoạn tiến triển thường xâm lấn sâu hơn, di căn hạch nhiều hơn và hay di căn phúc mạc, kết quả là bệnh là tiên lượng xấu hơn<sup>2</sup>. Điều này đặt ra vấn đề quan trọng khi vét hạch trong phẫu thuật triệt căn UTDD tế bào nhân. Mặc dù vậy, chưa có khuyến cáo cụ thể về mức độ vét hạch đối với thể bệnh này.

Trong nghiên cứu, 79/102 trường hợp có sự tương đồng với chẩn đoán mô bệnh học trước mổ (77,45%), 23/102 trường hợp còn lại (22,55%) được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến với các mức độ biệt hóa khác nhau. Sự không tương đồng này có thể do kích thước bệnh phẩm lấy qua nội soi không đủ lớn, vị trí lấy bệnh phẩm chưa thích hợp, kinh nghiệm của các nhà giải phẫu bệnh, sự không tương đồng giữa các trung tâm. Đó cũng là những khó khăn và hạn chế của việc chẩn đoán mô bệnh học trước mổ.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày tế bào nhân có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pernot S, Voron T, Perkins G, et al.** Signet-ring cell carcinoma of the stomach: Impact on prognosis and specific therapeutic challenge. *World J Gastroenterol.* 2015;21(40): 11428-11438. doi:10.3748/wjg.v21.i40.11428

2. **Li C, Kim S, Lai JF, et al.** Advanced Gastric Carcinoma with Signet Ring Cell Histology. *Oncology.* 2007;72(1-2):64-68. doi:10.1159/000111096
3. **Vũ Hồng Thăng và cs.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư dạ dày tế bào nhân. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5552
4. **Chon HJ, Hyung WJ, Kim C, et al.** Differential Prognostic Implications of Gastric Signet Ring Cell Carcinoma: Stage Adjusted Analysis From a Single High-volume Center in Asia. *Ann Surg.* 2017; 265(5): 946-953. doi: 10.1097/SLA.0000000000001793
5. **Wang JB, Lin MQ, Xie JW, et al.** BMI-adjusted prognosis of signet ring cell carcinoma in patients undergoing radical gastrectomy for gastric adenocarcinoma. *Asian J Surg.* 2021;44(1):116-122. doi:10.1016/j.asjsur.2020.03.023
6. **Nguyễn Trọng Đạt và cs.** Kết quả sớm phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô dạ dày ở bệnh nhân dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023; 523(2). doi: 10.51298/vmj.v523i2.4491
7. **Tang GH, Hart R, Sholzberg M, Brezden-Masley C.** Iron deficiency anemia in gastric cancer: a Canadian retrospective review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018;30(12):1497-1501. doi:10.1097/MEG.0000000000001251
8. **Kwon KJ, Shim KN, Song EM, et al.** Clinicopathological characteristics and prognosis of signet ring cell carcinoma of the stomach. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* 2014; 17(1):43-53. doi:10.1007/s10120-013-0234-1
9. **Taghavi S, Jayarajan SN, Davey A, Willis AI.** Prognostic Significance of Signet Ring Gastric Cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(28):3493-3498. doi:10.1200/JCO.2012.42.6635
10. **Kim JY, Kim YY, Kim SJ, et al.** Predictive Factors for Lymph Node Metastasis in Signet Ring Cell Gastric Cancer and the Feasibility of Endoscopic Submucosal Dissection. *J Gastric Cancer.* 2013; 13(2):93-97. doi: 10.5230/jgc.2013.13.2.93

## CO RÚT GÂN GẤP NGÓN CHÂN CÁI DÀI SAU LẤY VẬT XƯƠNG MÁC TẠO HÌNH XƯƠNG HÀM DƯỚI: TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Tấn Văn<sup>1,2</sup>, Vũ Trung Trục<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

Trong vài thập kỷ gần đây, vật xương mạc đã trở thành loại vật phổ biến nhất được sử dụng để tạo hình các tổn thương có khuyết xương đặc biệt là tạo hình

xương hàm dưới do số lượng và tính chất tương đồng với vùng xương bị khuyết. Song song với việc nghiên cứu và phân tích các ưu điểm của loại vật này thì các biến chứng nơi cho vật và các biện pháp phòng ngừa biến chứng cũng không ngừng được thông báo. Các biến chứng thường gặp bao gồm chậm liền vết mổ, nhiễm trùng, chảy máu, hoại tử da ghép hay các biến chứng muộn như đau dai dẳng, hạn chế vận động khớp cổ bàn chân hoặc hạn chế vận động do tổn thương thần kinh vận động trong quá trình lấy vật. Bài báo này trình bày một trường hợp lâm sàng đặc biệt, biến chứng hiếm gặp chưa thấy thông báo trong y văn tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng và tổng kết y văn. **Kết quả:** Người bệnh

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E trung ương

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024