

thước ổ tụ dịch <30mm, 2 ổ tụ dịch >30mm. Nhóm TM viêm và hoại tử có tỷ lệ tụ dịch nhiều hơn nhóm không viêm và sỏi kẹt cổ cổ ý nghĩa thống kê ($p<0,01$). Nhóm TM có viêm dính tam giác gan mật nhiều cũng có tỷ lệ tụ dịch cao hơn nhóm viêm dính ít và không viêm dính ($p<0,01$). Tỷ lệ tụ dịch theo nhóm PTV khác nhau không có ý nghĩa ($p=0,147$). Với các trường hợp tụ dịch sau phẫu thuật chúng tôi theo dõi sát lâm sàng và kích thước ổ tụ dịch qua các lần siêu âm sau đó ghi nhận kích thước tụ dịch giảm nên cho xuất viện như các trường hợp khác, không cần can thiệp thêm. Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với Vũ Bích Hạnh⁸ gặp 3 trường hợp (5%), Nguyễn Văn Hải⁷ gặp 2 trường hợp (3,0%) tụ dịch dưới gan.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng GNATTY trong PTNSCTM tại BV Bình Dân là hoàn toàn khả thi. Tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%. Các biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ nhỏ và không nghiêm trọng. Chúng tôi nhận thấy GNATTY là kĩ thuật nhận định cần thiết áp dụng, an toàn, hiệu quả trong điều trị bệnh lý sỏi TM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuang KI, Corley D, Postlethwaite DA, Merchant M, Harris HW.** Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? American

- journal of surgery. Apr 2012;203(4):480-7. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.08.018
2. **Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, et al.** Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy. Annals of surgery. Jul 2020; 272(1):3-23. doi:10.1097/sla.0000000000003791
3. **Nassar AHM, Ng HJ, Wysocki AP, Khan KS, Gil IC.** Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surgical endoscopy. Nov 2021;35(11):6039-6047. doi:10.1007/s00464-020-08093-3
4. **Hải Đ.T.** Cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi. Kỷ yếu các đề tài khoa học Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI. 2004:20-21.
5. **Avgerinos C, Kelgiorgi D, Touloumis Z, Baltatzis L, Dervenis C.** One Thousand Laparoscopic Cholecystectomies in a Single Surgical Unit Using the "Critical View of Safety" Technique. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2009/03/01 2009;13(3):498-503. doi:10.1007/s11605-008-0748-8
6. **Koong JK, Ng GH, Ramayah K, Koh PS, Yoong BK.** Early identification of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy using indocyanine green fluorescence cholangiography: A randomised controlled study. Asian journal of surgery. Mar 2021;44(3):537-543. doi:10.1016/j.asjsur.2020.11.002
7. **Hải NV.** Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005;9(2):109-113.
8. **Hạnh VB.** Nghiên cứu một số mẫu lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Học viện Quân y; 2010.

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TẠI BÀNG QUANG: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đỗ Anh Tú¹, Vũ Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến ở bàng quang là một thể mô bệnh học hiếm gặp. Các báo cáo chủ yếu ghi nhận ca bệnh, chùm ca bệnh. Cho đến nay chưa có một hướng dẫn điều trị cụ thể cho các trường hợp này. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến tại bàng quang. Trường hợp đầu tiên là bệnh nhân nữ 45 tuổi, đi khám vì tiểu máu 2 tháng nay. Nội soi bàng quang có hình ảnh u sùi kích thước 2,5cm, giải phẫu bệnh sinh thiết là carcinoma tuyến nhầy. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư ống niệu rốn đã được điều trị phẫu thuật cắt rốn + ống niệu rốn + u

thành trước bàng quang. Đánh giá trong mổ là khối thành trước bàng quang liên tục với ống niệu rốn kích thước 3x4cm và giải phẫu bệnh sau mổ cũng là carcinoma tuyến nhầy. Bệnh nhân được theo dõi, sau mổ hiện tại 6 tháng chưa thấy tổn thương tái phát. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam 33 tuổi, đi khám vì tiểu máu. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết u bàng quang: carcinoma tuyến tụy ruột. Nội soi tiểu hóa chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bàng quang bán phần. Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến tụy ruột, xâm lấn hết thành bàng quang. Sau phẫu thuật 3 tuần, bệnh nhân hồi phục, tiểu tiện bình thường. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến, ung thư bàng quang.

SUMMARY

ADENOCARCINOMA OF BLADDER: 2 CASE REPORT

Bladder adenocarcinoma is a scarce histological variant. Most of reports are single-case and small-

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

series. There are no clearly guideline treatment for this subtype bladder cancer. We present 2 patients with vesical adenocarcinoma. The first patient was a 45-year-old woman with a two- months history of intermittent macroscopic hematuria. Cystoscopy reveal a fungating tumor with 2.5cm diameter, biopsy result is mucinous adenocarcinoma. The patient was diagnosed urachal adenocarcinoma. A partial cystectomy with removal of urachus and umbilicus. During surgery, we found a tumor from urachus extend to bladder with volume of 3cm by 4cm and the pathology after surgery was also mucinous adenocarcinoma. After 6 months of surgery, there is no recurrence lesion. The second was a 33-year-old man. He presented with symptom of hematuria. The biopsy result on cystoscopy was enteric adenocarcinoma. Upper gastrointestinal scopy and colorectal scopy were performed, but there was no evidence of tumor in the exams. A partial cystectomy was scheduled. The pathological report indicated adenocarcinoma with enteric feature and tumor extend beyond tunica muscularis. After surgery 3 weeks, patient had recovered and urinated normally.

Keywords: Adenocarcinoma, bladder cancer.

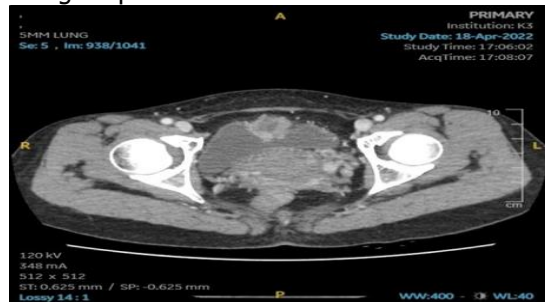
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh lý ác tính thường gặp trong các ung thư đường tiết niệu, chỉ đứng sau ung thư tiền liệt tuyến. Mô học của ung thư bàng quang chủ yếu là tấp ung thư tế bào chuyển tiếp (ung thư biểu mô đường niệu) chiếm khoảng 90%. Ung thư bàng quang loại không phải biểu mô đường niệu chỉ chiếm khoảng 5% trong các loại u bàng quang¹. Trong nhóm ung thư hiếm gặp này, 90% xuất phát từ biểu mô và bao gồm những dưới nhóm là ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô tuyến và ung thư tế bào nhỏ. Ung thư biểu mô tuyến tại bàng quang chỉ chiếm khoảng 0,5-2% các trường hợp ung thư bàng quang². Ung thư biểu mô tuyến tại bàng quang có thể là nguyên phát hoặc thứ phát do xâm lấn trực tiếp hoặc di căn từ các cơ quan khác như đại tràng, tuyến tiền liệt, nội mạc tử cung, cổ tử cung hoặc vú. Mặc dù ống niệu rốn không phải là một cấu trúc nội tại của bàng quang nhưng nó vẫn được mô tả như một khối u bàng quang vì chúng có đặc điểm giải phẫu bệnh và biểu hiện lâm sàng tương tự nhau. Vì vậy ung thư biểu mô tuyến ở bàng quang được chia ra thành ung thư ống niệu rốn chiếm 10-30% và ung thư biểu mô tuyến không phải ống niệu rốn (non- urachal adenocarcinoma) chiếm 70-80%³. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp ung thư ống niệu rốn và 1 trường hợp ung thư tuyến tấp ruột tại bàng quang.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp đầu tiên là một bệnh nhân nữ

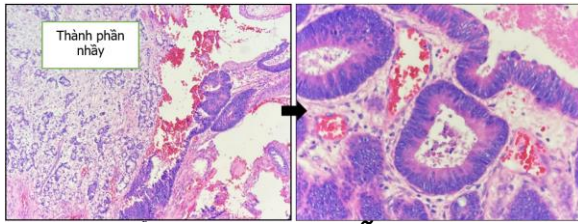
45 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đi khám vì tiểu máu. Bệnh diễn biến 2 tháng nay, bệnh nhân tiểu máu đỏ tươi, tự cầm, hay tái phát, không có máu cục, máu đông, kèm theo tiểu buốt, tiểu rắt. Nội soi bàng quang ghi nhận lòng bàng quang có nước tiểu đục, thành sau có tổn thương u sùi, chân rộng kích thước 2,5cm. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết u bàng quang là carcinoma tuyến nhầy. Khám lâm sàng bụng mềm, không sờ thấy khối bất thường. Bệnh nhân được nội soi dạ dày, đại trực tràng, cổ tử cung, tất cả đều không phát hiện bất thường. Cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có hình ảnh u bàng quang vị trí 11h-1h kích thước 26x28mm, bờ không đều, phát triển ra ngoài thành bàng quang. Bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt u bàng quang bởi phẫu thuật viên có 10 năm kinh nghiệm về phẫu thuật ung thư tiết niệu. Mô tả trong mổ kiểm tra thấy u thành trước bàng quang liên tục với ống niệu rốn, kích thước 3x4cm cứng chắc, chưa phá vỡ thanh mạc, không thấy di căn hạch vùng. Phẫu thuật viên tiến hành cắt u thành trước bàng quang + cắt rốn + kèm ống niệu rốn. Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến nhầy. Trên hình ảnh vi thể quan sát thấy các tế bào u nhân lớn, tăng sắc, chất nhiễm sắc thô. U tạo cấu trúc tuyến méo mó, u chế nhầy số lượng lớn tạo thành bể chất nhầy ngoại bào. Bệnh nhân hiện tại hồi phục hoàn toàn, tiểu tiện bình thường, nước tiểu trong. Đánh giá sau mổ 6 tháng, không thấy tổn thương tái phát.



Hình 1. Hình ảnh CLVT ổ bụng u bàng quang của bệnh nhân số 1



Hình 2. Hình ảnh u ống niệu rốn trong mổ

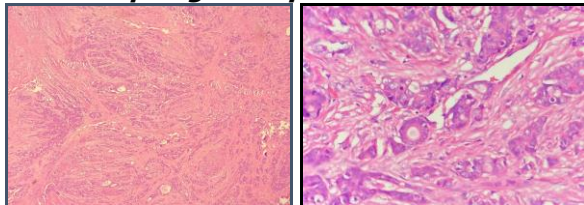


Hình 3. Hình ảnh giải phẫu bệnh trường hợp 1 (mũi tên đen: u tạo cấu trúc tuyến)

Trường hợp thứ 2 là một bệnh nhân nam 33 tuổi, không có tiền sử hút thuốc lá, đi khám vì tiểu máu, bệnh diễn biến 1 tuần nay. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt u bàng quang dưới nội soi tại bệnh viện địa phương, giải phẫu bệnh hội chẩn tại bệnh viện K là carcinoma tuyến tụy ruột. Bệnh nhân được nội soi dạ dày và đại trực tràng toàn bộ, tuy nhiên không ghi nhận tổn thương bất thường tại đường tiêu hóa. CLVT ổ bụng có hình ảnh dày khu trú thành trước trên bàng quang, chỗ dày nhất 12mm, bờ không đều, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, kèm thâm nhiễm nhẹ xung quanh. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bàng quang bán phần + nạo vét hạch chậu 2 bên. Mô tả trong mổ u ống niệu rốn thành trước bàng quang kích thước 4cm và u bàng quang kích thước khoảng 1cm. Phẫu thuật cắt u ống niệu rốn và cắt bàng quang bán phần. Giải phẫu bệnh sau mổ bàng quang bán phần là carcinoma tuyến tụy ruột, xâm lấn hết thành bàng quang. Bệnh phẩm u niệu rốn là mô xơ mỡ lạnh tính.



Hình 4. Hình ảnh CLVT ổ bụng u bàng quang của bệnh nhân số 2



Hình 5. Hình ảnh giải phẫu bệnh trường hợp số 2

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù bàng quang không phải là vị trí di căn thường gặp của các bệnh ung thư, ung thư

biểu mô tuyến thứ phát tại bàng quang thường gặp hơn ung thư nguyên phát. Tế bào ung thư có thể tới bàng quang bằng cách xâm lấn trực tiếp hoặc di căn qua đường máu/bạch huyết. Trong việc chẩn đoán bệnh, siêu âm ổ bụng và nội soi bàng quang thường là những chỉ định đầu tiên khi bệnh nhân có triệu chứng bất thường về tiết niệu như tiểu máu hoặc rối loạn tiểu tiện. Chụp CLVT và cộng hưởng từ cung cấp những thông tin quan trọng về hình ảnh học để xác định mức độ lan rộng của khối u, cũng như để loại trừ di căn và đánh giá khả năng phẫu thuật. Các bệnh nhân cũng sẽ được nội soi tiêu hóa, soi cổ tử cung, khám vú (với bệnh nhân nữ), kiểm tra tuyến tiền liệt với bệnh nhân nam để loại trừ ung thư thứ phát từ các bộ phận này.

Trong ba tháng đầu của thai kỳ, ống niệu rốn là một kênh giữa bàng quang và dây rốn của thai nhi cho phép nước tiểu thoát ra khỏi bào thai. Đến tam cá nguyệt thứ ba, ống niệu rốn đóng lại và trở thành dây chằng rốn giữa. Nếu cấu trúc này vẫn mở, có thể tạo ra tồn tại ống niệu rốn. Các khối u lành tính của ống niệu rốn có thể gặp là u tuyến, u xơ tuyến, u xơ cơ và u mô thừ. Chúng hiếm gặp, tuy nhiên quan trọng ở chỗ chúng giả các u ác tính ở bàng quang. Khối u ác tính của ống niệu rốn cũng hiếm, chiếm dưới 0,5% tất cả ung thư bàng quang⁴. Yếu tố nguy cơ của ung thư ống niệu rốn chưa được biết rõ. Hai trường hợp trong báo cáo này, một bệnh nhân là ung thư ống niệu rốn và bệnh nhân còn lại là ung thư biểu mô tuyến của bàng quang có kèm theo u xơ niệu rốn lành tính. Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư ống niệu rốn đã thay đổi qua các thời kỳ. Ban đầu là do Wheeler và Hill (1954) đưa ra với các yếu tố: 1) U ở đỉnh bàng quang, 2) Không có viêm bàng quang tuyến hoặc viêm bàng quang nang, 3) Tổn thương chủ yếu ở lớp cơ bàng quang mà có/không loét niêm mạc bàng quang, 4) Còn tồn tại tại ống niệu rốn, 5) Có u ở hạ vị, 6) Có một ranh giới rõ ràng giữa u và niêm mạc bàng quang, 7) U phát triển ở thành bàng quang, lan rộng tới khoảng Retzius⁵. Sau đó Johnson và cộng sự đã cải tiến tiêu chuẩn này vào năm 1985. Theo ông, một bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư ống niệu rốn khi thỏa mãn các tiêu chí sau: 1) U ở đỉnh hoặc trên đường giữa của bàng quang, 2) Có một ranh giới rõ ràng giữa u và niêm mạc bàng quang và 3) Không có ung thư biểu mô tuyến ở các vị trí khác trong cơ thể⁶.

Các typ mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến bàng quang bao gồm: Ung thư biểu mô tuyến nhầy, typ vòng nhẫn, typ nhú và typ

không phân loại khác. Các yếu tố nguy cơ của dạng ung thư hiếm gặp này là còn tồn tại ống niệu rốn, viêm bàng quang tuyến – một loại viêm bàng quang mà trong đó có hiện tượng dị sản biểu mô đường niệu thành biểu mô tuyến⁷, nhiễm sán máng và liên quan đến dị tật bẩm sinh lộn bàng quang ở trẻ em. Khác với các ung thư biểu mô chuyển tiếp ở bàng quang, thường biểu hiện ở giai đoạn sớm (70-75%), 2 bệnh nhân của chúng tôi đều là giai đoạn tiến triển với u đã xâm lấn hết thành bàng quang. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo y văn trên thế giới. Ung thư ống niệu rốn được xếp giai đoạn theo Sheldon⁴, bệnh nhân số 1 của chúng tôi được xếp vào giai đoạn IIIA với u đã xâm lấn tới bàng quang. Có đến 75% ung thư ống niệu rốn là có chế tiết nhầy, bệnh nhân thường có triệu chứng tiểu ra chất nhầy hoặc nước tiểu đục. Vì vậy, với những khối u chế tiết chất nhầy, gợi ý là một ung thư ống niệu rốn nếu đủ các tiêu chuẩn theo Johnson. Trường hợp bệnh nhân được báo cáo tại đây cũng có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến nhầy. Các dưới nhóm giải phẫu bệnh thường gặp khác của ung thư ống niệu rốn là ung thư biểu mô tuyến dạng không xếp loại, dạng tế bào nhẵn. Trong đó thể tế bào nhẵn có tiên lượng xấu nhất với thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 47 tháng so với 2 thể kia là 110 tháng⁸. Ung thư ống niệu rốn thường gặp ở phụ nữ và độ tuổi cũng trẻ hơn so với non-urachal adenocarcinoma⁹. Báo cáo của chúng tôi là một phụ nữ ung thư ống niệu rốn 45 tuổi, trẻ hơn so với độ tuổi thường gặp của ung thư biểu mô chuyển tiếp ở bàng quang là 60-70 tuổi.

Một phân tích tổng hợp lấy từ dữ liệu của SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) từ năm 1988 đến năm 2012 ghi nhận 420 bệnh nhân ung thư ống niệu rốn⁸. Kết quả ghi nhận phần lớn bệnh nhân là người da trắng, chiếm đến 77,6%. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III, IV là 60% với đặc điểm u đã xâm lấn bàng quang hoặc di căn hạch, di căn xa. Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng u hoặc cắt bàng quang, chiếm 86,5%. Tỷ lệ sống thêm 5 năm tính chung cho mọi giai đoạn đạt 51%, trong đó độ mô học và giai đoạn là những yếu tố tiên lượng liên quan đến sống còn. Phân tích tổng hợp này cũng chỉ ra rằng không có lợi ích sống còn ở nhóm được cắt bàng quang toàn bộ so với cắt bàng quang bán phần. Điều trị chuẩn của ung thư ống niệu rốn là cắt bàng quang bán phần kèm cắt ống niệu rốn và rốn.

Non-urachal adenocarcinoma thường gặp hơn ở bàng quang và có tiên lượng cũng xấu

hơn. Kết quả nội soi bàng quang thường là tổn thương dạng nhú hoặc thâm nhiễm phẳng với phù nề niêm mạc xung quanh. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của thể mô bệnh học ác tính này chỉ là 35%, dựa trên kết quả tổng hợp dữ liệu từ SEER trên 1374 bệnh nhân non-urachal adenocarcinoma³. Tiên lượng xấu có lẽ là do có đến 60% bệnh nhân có u T3/T4 và 1/3 số trường hợp đã có di căn hạch vùng. Vì độ ác tính cao, nên chỉ phẫu thuật cắt bàng quang bán phần không được khuyến cáo. Các dữ liệu là không đủ thuyết phục để chỉ định điều trị hóa chất tân bổ trợ, bổ trợ hoặc hóa chất nội bàng quang cho nhóm bệnh nhân này. Xạ trị bổ trợ sau mổ có nguy cơ gặp biến chứng cấp như tiêu chảy và biến chứng muộn như tắc ruột. Vai trò của xạ trị bổ trợ là chưa rõ ràng và không thống nhất giữa các nghiên cứu¹⁰, tuy nhiên xạ trị bổ trợ có thể tăng thời gian sống thêm ở một số đối tượng bệnh nhân nhất định như có yếu tố nguy cơ cao gồm (u T2 trở lên, di căn hạch và/hoặc thể mô bệnh học dạng nhầy hoặc tế bào nhẵn).

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến nguyên phát tại bàng quang là một nhóm bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 2% tổng số ca ung thư bàng quang với biểu hiện lâm sàng giống như ung thư biểu mô dạng chuyển tiếp ở đường tiết niệu. Tuy nhiên tiếp cận chẩn đoán và lựa chọn phương án điều trị lại khác biệt hoàn toàn. Điều trị chuẩn vẫn là phẫu thuật cắt rộng u + vét hạch chậu 2 bên. Cần có thêm nhiều nghiên cứu để đưa ra phương án điều trị phù hợp cho ung thư biểu mô tuyến tại bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dahm P, Gschwend JE.** Malignant non-urothelial neoplasms of the urinary bladder: a review. *Eur Urol.* 2003; 44(6): 672-681. doi:10.1016/s0302-2838(03)00416-0
2. **Grignon DJ, Ro JY, Ayala AG, Johnson DE, Ordóñez NG.** Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. A clinicopathologic analysis of 72 cases. *Cancer.* 1991; 67(8):2165-2172. doi: 10.1002/1097-0142(19910415)67:8<2165::aid-cncr2820670827>3.0.co;2-m
3. **Wright JL, Porter MP, Li CI, Lange PH, Lin DW.** Differences in survival among patients with urachal and nonurachal adenocarcinomas of the bladder. *Cancer.* 2006; 107(4):721-728. doi: 10.1002/cncr.22059
4. **Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, Williams RD, Fraley EE.** Malignant Urachal Lesions. *J Urol.* 1984; 131(1):1-8. doi: 10.1016/S0022-5347(17)50167-6
5. **Wheeler JD, Hill WT.** Adenocarcinoma involving the urinary bladder. *Cancer.* 1954;7(1):119-135. doi:10.1002/1097-0142(195401)7:1<119::AID-

- CNCR2820070113>3.0.CO;2-8
6. **Johnson DE, Hodge GB, Abdul-Karim FW, Ayala AG.** Urachal carcinoma. *Urology*. 1985; 26 (3): 218-221. doi: 10.1016/0090-4295(85)90112-8
 7. **Edwards PD, Hurm RA, Jaeschke WH.** Conversion of Cystitis Glandularis to Adenocarcinoma. *J Urol*. 1972;108(4):568-570. doi:10.1016/S0022-5347(17)60804-8
 8. **Mylonas KS, O Malley P, Ziogas IA, El-Kabab L, Nasioudis D.** Malignant urachal neoplasms: A population-based study and systematic review of literature. *Urol Oncol*. 2017;35(1):33.e11-33.e19. doi:10.1016/j.urolonc.2016.07.021
 9. **Xiaoxu L, Jianhong L, Jinfeng W, Klotz LH.** Bladder adenocarcinoma: 31 reported cases. *Can J Urol*. 2001;8(5):1380-1383.
 10. **Long-term results of primary adenocarcinoma of the urinary bladder: A report on 192 patients - ScienceDirect.** Accessed October 29, 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1078143905001201>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ 4 THUỐC CÓ BISMUTH TIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN 19/8 BỘ CÔNG AN

**Đỗ Thị Hồng Khanh¹, Nguyễn Việt Dũng¹,
Đoàn Thị Phương Thảo¹, Hồ Thị Vân Khánh¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth (EBMT) trong điều trị viêm loét dạ dày – tá tràng do nhiễm *Helicobacter pylori* (HP) tại bệnh viện 19/8 – Bộ Công An, giai đoạn 2021 – 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 334 bệnh nhân đến khám tại phòng khám Nội Tiêu hóa, bệnh viện 19/8 Bộ Công an từ tháng 01/2021 đến 06/2023. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét dạ dày – tá tràng và chẩn đoán xác định có nhiễm *Helicobacter pylori*. Tất cả bệnh nhân được điều trị phác đồ 4 thuốc có Bismuth gồm: Esomeprazole 40mg 2 lần/ngày, Bismuth 120mg 4 lần/ngày, Metronidazole 250mg 4 lần/ngày và Tetracycline 500mg 4 lần/ngày trong 14 ngày, riêng Esomeprazole uống kéo dài thêm 2 tuần với liều 40mg/ ngày. Trong vòng 4 -8 tuần sau khi kết thúc điều trị, bệnh nhân được hẹn tái khám lại nhằm đánh giá hiệu quả diệt trừ HP, tình trạng còn nhiễm HP được kiểm tra lại bằng Clo test hoặc Urease test nhanh. **Kết quả:** Tỷ lệ diệt trừ thành công HP là 94,9%, thất bại là 5,1%. Tỷ lệ diệt trừ HP thành công ở nhóm dưới 40 tuổi, 40-59 tuổi và ≥ 60 tuổi tương ứng là 97,3%, 94,4% và 76,7%. Sự khác biệt tỷ lệ diệt trừ HP ở ba nhóm này có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$). Tác dụng phụ chiếm 15,6%. Các phản ứng phụ thường gặp buồn nôn, nhức đầu, tiêu chảy. **Kết luận:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth có tỷ lệ diệt trừ HP rất cao. Tác dụng phụ ít gặp nhưng không nghiêm trọng. **Từ khóa:** Phác đồ 4 thuốc có Bismuth, diệt trừ, nhiễm *Helicobacter pylori*.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT EFFECTS

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Khanh

Email: svhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024

OF THE BISMUTH-CONTAINING QUADRUPLE REGIMEN IN HELICOBACTER PYLORI INFECTION ON GASTRITIS AND PEPTIC ULCER PATIENT AT 198 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: To evaluate the treatment effectiveness of the 4-drug regimen with Bismuth (EBMT) in the treatment of gastric and duodenal ulcers caused by *Helicobacter pylori* (HP) infection at August 19 Hospital - Ministry of Public Security, period 2021 - 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 334 patients examined at the Internal Medicine Gastroenterology clinic, 19/8 hospital, Ministry of Public Security from January 2021 to June 2023. The patient was diagnosed with gastric and duodenal ulcers and was diagnosed with *Helicobacter pylori* infection. All patients were treated with a 4-drug regimen containing Bismuth including: Esomeprazole 40mg 2 times/day, Bismuth 120mg 4 times/day, Metronidazole 250mg 4 times/day and Tetracycline 500mg 4 times/day for 14 days, with only Esomeprazole taken orally for a long time. for an additional 2 weeks with a dose of 40mg/day. Within 4-8 weeks after the end of treatment, the patient is scheduled for a follow-up examination to evaluate the effectiveness of HP eradication. The remaining HP infection status is checked again with Chlorine test or Urease breath test. **Results:** The HP eradication success rate was 94.9%, the failure rate was 5.1%. The rate of successful eradication of HP in groups under 40 years old, 40-59 years old and ≥ 60 years old were 97.3%, 94.3% and 76.7%, respectively. The difference in HP eradication rate in these three groups was statistically significant ($p=0.004$). Side effects occurred in 15.6%. The common side effects were nausea, headache and diarrhea. **Conclusion:** Bismuth-containing quadruple regimen achieved very high eradication rates. Side effects were uncommon but not severe. **Keywords:** Bismuth-containing quadruple regimen, eradication, *Helicobacter pylori* infection.