

ngực. Trong 83 bệnh nhân trong nghiên cứu có 38,6% trẻ có biểu hiện khó thở và rút lõm lồng ngực khi nhập viện. Nôn cũng là một triệu chứng khá thường gặp chiếm 9,6%, trong đó có 1 trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản.

Số lượng bạch cầu ưa acid trung bình của kiểu hình khò khè khởi phát muộn cao hơn so với kiểu hình khò khè khởi phát sớm (0,33 so với 0,22), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,7416$. Về xét nghiệm vi sinh, RSV test nhanh được thực hiện trên 68 bệnh nhân, đây là virus thường gặp nhất gây khò khè ở trẻ nhỏ. Kiểu hình khò khè khởi phát sớm có tỷ lệ RSV dương tính cao nhất 27,1%, kiểu hình khò khè khởi phát trung gian có tỷ lệ RSV dương tính là 12,5%. Cây dịch tỵ hầu được thực hiện trên 51 bệnh nhân với tỷ lệ dương tính là 41,1%, trong đó những vi khuẩn thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*.

V. KẾT LUẬN

Viêm tiểu phế quản và hen phế quản là 2 nguyên nhân thường gặp nhất gây khò khè ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó viêm tiểu phế quản chủ yếu gặp ở trẻ dưới 2 tuổi và thường là kiểu hình khò khè khởi phát sớm. Số đợt khò khè trung bình của 3 kiểu hình khò khè khác biệt rõ rệt. Kiểu hình khò khè khởi phát muộn thường là khò khè tái đi tái lại và đa số được chẩn đoán là hen phế quản.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác

tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Bệnh viện đa khoa Tâm Anh và đặc biệt là khoa Nhi đã tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ.** Asthma and Wheezing in the First Six Years of Life. *N Engl J Med.* 1995;332(3):133-138.
2. **Al-Shamrani A, Bagais K, Alenazi A, Alqwaiee M, Al-Harbi AS.** Wheezing in children: Approaches to diagnosis and management. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2019;6(2):68-73.
3. **Patra S, Singh V, Kumar P, Chandra J, Dutta A, Tripathi M.** Demographic and Clinical Profile of Children Under Two Years of Age with Recurrent Wheezing. 2011;21:3.
4. **Rosa AM, Jacobson Lda S, Botelho C, Ignotti E.** Prevalence of wheezing and associated factors in children under 5 years of age in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2013 Sep;29(9):1816-28.
5. **Stein RT, Martinez FD.** Asthma phenotypes in childhood: lessons from an epidemiological approach. *Paediatr Respir Rev.* 2004 Jun;5(2):155-61
6. **Nguyễn Thị Hà (2013).** Nghiên cứu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi. Trường Đại học Y Hà Nội
7. **Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS et al.** Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2004 Dec;114(6):1282-7.
8. **Nguyễn Thị Hiền (2015).** Nghiên cứu nguyên nhân khò khè ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Miễn dịch – Dị ứng khớp bệnh viện Nhi Trung Ương. Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA

Trịnh Lê Huy¹, Mai Tiến Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng sigma tại bệnh viện K từ 10/2015 đến tháng 7/2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 55 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma được phẫu thuật tại bệnh viện K từ 10/2015-7/2016. **Kết quả:** Phẫu thuật mở chiếm

81.8%, nội soi chiếm 18.2%. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 128 phút, giữa mổ nội soi và mổ mở không có sự khác biệt. Số lượng máu mất trung bình là 115ml, mổ nội soi mất ít máu hơn mổ mở. Thời gian có trung tiện trở lại trung bình 3.26 ngày, của mổ nội soi có thời gian ngắn hơn so với của mổ mở. Thời gian hậu phẫu trung bình là 10.28 ngày, mổ nội soi có thời gian ngắn hơn so với mổ mở. Mổ nội soi và mổ mở không có khác biệt về số lượng hạch trung bình vét được và tỷ lệ vét được từ 12 hạch trở lên. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cho thấy hiệu quả phẫu thuật cũng như độ an toàn tương đương mổ mở trong khi cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ một số biến chứng sau mổ nên cần được áp dụng rộng rãi cho bệnh nhân ung thư đại tràng sigma.

Từ khóa: Ung thư đại tràng Sigma, phẫu thuật.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2021

Ngày duyệt bài: 2.8.2021

SUMMARY**EFFICACY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH SIGMOID COLON CANCER**

Objective: To evaluate efficacy surgical treatment in patients with sigmoid colon cancer. **Patients and method:** Restropective and prospective description study of 55 patients who underwent a hand-assisted laparoscopic anterior resection or a conventional open anterior resection during 10/2015-7/2016. **Results:** Open surgery accounts for 81.8%, endoscopy accounts for 18.2%. Overall surgical time was 128 minutes, there was no significant differences between laparoscopic surgery and open surgery. The first flatus time is 3.26 days, the laparoscopic is shorter than that of open surgery. The durations of hospital stay is 10.28 days and laparoscopic is shorter. Our meta-analysis suggests that laparoscopic surgery could achieve the same effectiveness with open surgery in relation to lymph node harvested. **Conclusions:** The patients with sigmoid colon cancer who underwent a laparoscopic surgery for sigmoid cancer had a lower incidence of postoperative leukocytosis, less administration of pain killers than those who underwent open surgery. Clinical outcomes for patients' recovery and pathology status were similar between the two groups. Therefore, a laparoscopic surgery for sigmoid colon cancer is feasible.

Key words: Sigmoid colon cancer, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc ở cả hai giới, đứng thứ 2 về tỷ lệ tử vong. Theo SEER năm 2014 có khoảng 136.830 trường hợp ung thư đại trực tràng mới mắc trong đó 50.310 trường hợp tử vong¹. Tại Việt Nam, theo số liệu năm 2010 trên cả nước có khoảng 5.434 người mới mắc đứng hàng thứ 4 ở cả hai giới.

Đại tràng sigma là đoạn cuối của đại tràng trái, nối phần cuối của đại tràng xuống với trực tràng. Đại tràng Sigma cũng là nơi hay gặp ung thư nhất trong toàn khung đại tràng, chiếm tỷ lệ khoảng 25-35% ung thư đại trực tràng tùy theo các báo cáo khác nhau^{2,3,4}. Phẫu thuật (PT) là phương pháp điều trị chính trong ung thư đại trực tràng nói chung. Hiện tại các nghiên cứu về đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư đại tràng Sigma tại Việt Nam còn ít nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng Sigma tại bệnh viện K từ 10/2015 đến tháng 7/2016*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Gồm 55 bệnh nhân (BN) ung thư đại tràng (UTĐT) sigma nguyên phát được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện từ 10/2015 đến 07/2016.

2.2. Đối tượng nghiên cứu**2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:**

- Được chẩn đoán là ung thư đại tràng sigma xác định trong khi phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô.

- Được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, biên bản phẫu thuật chi tiết, có mô tả tổn thương đầy đủ

- Có thông tin sau điều trị

- Chấp nhận tham gia nghiên cứu

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thể mô bệnh học không phải ung thư biểu mô

- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật

- Bệnh nhân bỏ điều trị

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

- Không có thông tin sau điều trị

2.3. Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc

2.5. Cách thức tiến hành:

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án

- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước khi điều trị.

- BN được điều trị bằng phẫu thuật cắt đoạn đại tràng sigma cả bằng phương pháp PT mở hoặc PT nội soi.

2.6. Phân tích số liệu:

- Thu thập các số liệu dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

- Việc tiến hành nghiên cứu có xin phép và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K và gia đình bệnh nhân.

- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được giữ bí mật.

- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Trong tổng số 55 bệnh nhân nghiên cứu có 29 bệnh nhân nam chiếm 52.7% và 26 bệnh nhân nữ chiếm 47.3%. Tuổi trung bình là 60.3 tuổi. Nhóm từ 50-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1.12. 94.5% BN đến viện khi có triệu chứng lâm sàng. Đại tiện nhày máu hay gặp nhất chiếm 90.9%, đau bụng chiếm 87.3%, rối loạn tiêu hóa chiếm 83.6%. Hội chứng Koegnick gặp ở 18.2%, gầy sút cân chiếm

tỷ lệ 9.1%. (bảng 1)

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng		Tần số	%
Đau bụng		48	87.3
Đại tiện nhày máu		50	90.9
Rối loạn tiêu hóa	Táo bón	34	61.8
	Táo, lỏng	12	21.8
Hội chứng Koegnic		10	18.2
Gầy sút cân		5	9.1
Không triệu chứng		3	5.5
Triệu chứng khác		0	0

3.2. Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng Sigma

Tỷ lệ mổ nội soi là 18.2%, mổ mở là 81.8%. Thời gian PT ngắn nhất là 75 phút, dài nhất là 180 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của mổ nội soi là 125 phút, của mổ mở là 130 phút, cả hai nhóm là 128 phút. (Bảng 2) Số lượng máu mất trong mổ từ 70-250ml. Số lượng máu mất trung bình của nhóm mổ nội soi là 95ml, của nhóm mổ mở là 124ml, chung cả hai nhóm là 115ml.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Phẫu thuật nội soi	90	150	125±20
Phẫu thuật mở	75	180	130±45

Bảng 3. Thời gian nhu động ruột trở lại sau phẫu thuật

Thời gian trung tiện trở lại sau phẫu thuật	PT nội soi		PT mở	
	Tần số	%	Tần số	%
≤ 2 ngày	4	40	3	6.7
Từ 2- 4 ngày	6	60	38	84.4
Trên 4 ngày	0	0	4	8.9
Trung bình	2.71±0.49 ngày		3.36±0.54 ngày	
	$\bar{x} = 3.26 \pm 0.58$ ngày			

Sau mổ, bệnh nhân có trung tiện sớm nhất là sau 1.5 ngày, muộn nhất là 5 ngày. Trung bình chung là 3.26 ± 0.58 ngày. Thời gian trung tiện trở lại trung bình của nhóm BN được PT nội soi là 2.71 ± 0.49 ngày; của nhóm PT mở là 3.36 ± 0.54 ngày. (Bảng 3). Thời gian hậu phẫu ngắn nhất của cả 2 nhóm là 8 ngày, dài nhất là 16 ngày, trung bình chung là 10.28 ± 3.42 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình của PT nội soi là 8.57 ngày, của PT mở là 11.61 ngày.

Về kết quả nạo vét hạch, số hạch trung bình của tất cả bệnh nhân là 12.2 hạch. Số hạch vét được của PT nội soi từ 6-2, trung bình là 11.7. Số hạch vét được của PT mở từ 6-29 hạch, trung bình 12.8.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 84 tuổi và bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 28 tuổi. Kết quả này cho thấy ung thư đại tràng Sigma có thể xuất hiện ở lứa tuổi rất trẻ cho tới cao tuổi, kết quả của chúng tôi tương tự như các tác giả trên. Khi so sánh với các tác giả khác trong nghiên cứu ung thư đại trực tràng nói chung, cũng cho kết quả tương tự^{5,6,7}. Cho thấy là ung thư đại tràng có thể gặp ở những lứa tuổi rất trẻ.

Về hình thức phẫu thuật, có 45BN (81.8%) được mổ mở, 10BN (18.2%) được mổ nội soi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Xuyên khi nghiên cứu trên 69BN ung thư ĐT Sigma tỷ lệ mổ mở là 80.6%, tỷ lệ mổ nội soi là 19.4%⁸. Mổ nội soi là một tiến bộ lớn của y học hiện đại, và ngày càng được áp dụng rộng rãi trong nhiều chuyên ngành. Mổ nội soi có ưu điểm là bệnh nhân phục hồi sau mổ nhanh hơn, ít đau, ít nhiễm trùng vết mổ và tính thẩm mỹ cao hơn trong khi hiệu quả điều trị không thua kém so với mổ mở⁹. Tuy nhiên mổ nội soi thường chỉ áp dụng được trên những bệnh nhân thuận lợi, và chưa thể thay thế hoàn toàn cho mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn nhất là 75 phút cho trường hợp cắt đoạn ĐT Sigma mổ mở và dài nhất là 180 phút cho một trường hợp cắt đoạn ĐT Sigma mở rộng kèm cắt khối di căn gan. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm mổ nội soi là 125 phút, của nhóm mổ mở là 130 phút. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác Nguyễn Văn Xuyên, Sang Eun Nam, Koji Yasuda⁸. Số lượng máu mất trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 70ml cho mổ nội soi cắt đoạn ĐT và lớn nhất là mổ mở cắt đoạn ĐT mở rộng kèm cắt khối di căn gan là 250ml do cầm máu diện cắt gan khó khăn. Lượng máu mất trung bình của mổ nội soi là 95ml tương tự so với các tác giả Kim Min Sung 88ml, Koji Yasuda 100ml, Jin Tung Liang 84.5ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân trung tiện trở lại sau phẫu thuật sớm nhất là sau 1.5 ngày và muộn nhất là sau 5 ngày. Thời gian có trung tiện trở lại chung cho cả hai nhóm PT nội soi và PT mở là 3.26 ± 0.58 ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Sang Eun Nam (2013) thời gian có trung tiện lần đầu là 3.4 ngày. Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn nhất là 8 ngày cho mổ nội soi và dài nhất là 18 ngày cho trường hợp bệnh nhân mổ mở có biến chứng rò miệng nối khu trú nhưng không phải

mổ lại. Thời gian hậu phẫu trung bình chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 10.28 ngày. Kết quả này tương tự với tác giả Sang Eun Nam (2013). Kết quả của chúng tôi cho thấy số lượng hạch nạo vét được thấp hơn so với các tác giả nước ngoài. Như theo Jin Tung Liang (2008) số hạch vét được trung bình là 14.4. Kết quả trên có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi có một số bệnh nhân không được nạo vét hạch điển hình như bệnh nhân giai đoạn IV, bệnh nhân tắc ruột, già yếu bệnh kèm theo nặng không cho phép kéo dài cuộc mổ, đồng thời các tác giả nước ngoài có phương tiện làm tiêu mỡ mạc treo để thu thập hạch dễ hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong ung thư đại trực tràng nói chung. Phẫu thuật nội soi cho thấy hiệu quả phẫu thuật cũng như độ an toàn tương đương mổ mở trong khi cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ một số biến chứng sau mổ nên cần được áp dụng rộng rãi cho bệnh nhân UTĐT Sigma.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **SEER (2014)**, SEER stat Fact Sheets: Colon and Rectum.
2. **Nguyễn Văn Lê (2008)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng tại bệnh viện Việt Đức từ 2003-2008", tr. 51.
3. **A. I. Phipps, A. T. Chan, S. Ogino.** Anatomic subsite of primary colorectal cancer and subsequent risk and distribution of second cancers. *Cancer* 2013;119(17):3140-3147.
4. **C. M. Wray, A. Ziogas, M. W. Hinojosa, et al.** Tumor subsite location within the colon is prognostic for survival after colon cancer diagnosis. *Dis Colon Rectum* 2009;52(8):1359-1366.
5. **Nguyễn Xuân Hùng (2002)**, Kết quả điều trị ung thư đại tràng tại bệnh viện Việt Đức trong 5 năm (1994-1998), *Tạp chí y học thực hành*, 11, 15-17.
6. **Trịnh Hồng Sơn (1995)**, Nhận xét về chẩn đoán và điều trị 359 trường hợp ung thư đại tràng được mổ tại bệnh viện Việt Đức trong 8 năm (1986-1993), *Tạp chí y học thực hành*, 3, 25-27.
7. **Chu Văn Đức (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư đại tràng, *Tạp chí y học thực hành*, 5(715), 20-25.
8. **Nguyễn Văn Xuyên (2010)**, Kết quả điều trị ung thư đại tràng Sigma bằng phẫu thuật triệt để qua 68 trường hợp tại Bệnh viện 103, *Tạp chí y dược học quân sự*, 7(32), 102-108.
9. **K. M. Lin, D. M. Ota.** Laparoscopic colectomy for cancer: an oncologic feasible option. *Surg Oncol* 2000;9(3):127-34.

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU VỀ CAGPAI, OIPA, DUPA CỦA HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN LOÉT TÁ TRÀNG TẠI VIỆT NAM

Vũ Văn Khiên¹, Đoàn Vũ Nam², Nguyễn Quang Duật²,
Phạm Hồng Khánh², Trần Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Từ năm 1994, WHO đã xếp H.pylori nằm trong nhóm I gây UTDD. Tuy nhiên, khả năng gây bệnh của H. pylori phụ thuộc vào yếu tố độc lực của nó. Đề tài nghiên cứu về tỷ lệ cagPAI, oipA, dupA ở bệnh nhân loét tá tràng tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** 43 bệnh nhân loét tá tràng được chẩn đoán xác định trên nội soi và mô bệnh học. CagPAI, oipA, dupA được thực hiện bằng kỹ thuật PCR. **Kết quả:** Tuổi hay gặp (31-59 tuổi): 60,5%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,5. Các triệu chứng hay gặp trong loét tá tràng gồm: Đau thượng vị, ợ hơi và ợ chua. Số bệnh nhân có 01 ổ loét: 88,4%. Tỷ lệ cagPAI, oipA, dupA dương tính ở bệnh nhân loét tá tràng chiếm tỷ lệ tương ứng: 62,8%, 9,3%, 65,1%. Số bệnh nhân có 2 gen kết hợp (cagPAI + dupA) là: 19/34 (55,9%).

Kết luận: Gen oipA của H. pylori là yếu tố nguy cơ cao gây loét tá tràng tại Việt Nam. Cần nghiên cứu trên số lượng nhiều hơn

Từ khóa: Helicobacter pylori, loét tá tràng, ung thư dạ dày, viêm dạ dày mạn.

SUMMARY

INITIAL STUDY ON CAGPAI, OIPA, DUPA OF HELICOBACTER PYLORI IN DUODENAL ULCER PATIENTS IN VIETNAM

Introduction: Since 1994, WHO has classified H.pylori in group I causing gastric cancer. However, the pathogenicity of H. pylori is highly dependent on its virulence factor. Research topic on the rate of cagPAI, oipA, dupA in duodenal ulcer patients in Vietnam. **Patients and methods:** 43 patients with duodenal ulcer were confirmed on endoscopy and histopathology. CagPAI, oipA, dupA were performed by PCR. **Results:** Common age (31-59 years old): 60.5%. Male/Female ratio: 1.5. Common symptoms of duodenal ulcer include: epigastric pain, belching and heartburn. Number of patients with 01 ulcer: 88.4%. The rate of positive cagPAI, oipA, dupA in duodenal ulcer patients were 62.8%, 9.3%, 65.1%, respectively. Number of patients with 2 combined

¹Bệnh viện TWQĐ 108

²Bệnh viện 103-Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khiên

Email: vuvankhien108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2021

Ngày duyệt bài: 6.8.2021