

Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.
2015;21(6):606.e1-10.
doi:10.1016/j.cmi.2015.02.010

7. Mak L-Y, Wong DK-H, Cheung K-S, Seto W-K,
Lai C-L, Yuen M-F. Review article: hepatitis B

core-related antigen (HBcrAg): an emerging
marker for chronic hepatitis B virus infection.
Aliment Pharmacol Ther. 2018;47(1):43-54.
doi:10.1111/apt.14376

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U ĐẶC GIẢ NHÚ Ở THÂN ĐUÔI TUY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Minh Trọng*, Nguyễn Kiều Hưng*, Phạm Bá Đức*,
Nguyễn Thị Khuyên*, Phạm Hoàng Hà**, Trịnh Hồng Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả điều trị phẫu thuật u đặc giả nhú ở thân đuôi tụy tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 24 bệnh nhân được chẩn đoán u đặc giả nhú ở thân đuôi tụy được điều trị phẫu thuật bệnh viện Việt Đức từ 01/2016 đến 12/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc u đặc giả nhú tụy là $24 \pm 10,2$ tuổi (7 – 45 tuổi), chủ yếu là nữ (91,7%), tỷ lệ nam/nữ là 1/11. Lý do vào viện do đau bụng (62,5%) là chủ yếu. Thời gian trung bình phát hiện bệnh là 3,7 tháng. Triệu chứng đau bụng chiếm 75,0%, sờ thấy u chiếm 8,3%. Đặc điểm cắt lớp vi tính thấy u chủ yếu ở thân tụy (45,8%), cấu trúc dạng đặc (70,8%) và kích thước u trung bình là $5,8 \pm 2,56$ cm (2,3 – 11,7). Mô nội soi có 4 trường hợp chiếm 16,7%. Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm lách (50,0%). 62,5% bệnh nhân làm HMMĐ khẳng định u đặc giả nhú. **Kết luận:** u đặc giả nhú của tụy được xếp là u tụy ngoại tiết ác tính khi có độ loạn sản cao. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính và thời gian sống thêm sau mổ cao.

Từ khoá: u đặc giả nhú, phẫu thuật cắt u tụy

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL RESECTIONS FOR SOLID PSEUDOPAPILLARY NEOPLASMS IN THE BODY AND TAIL OF PANCREAS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Results of surgical treatment of solid pseudopapillary neoplasms (SPN) in the body and tail of the pancreas at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 24 patients diagnosed with SPN in the body and tail of the pancreas who were operated at Viet Duc hospital from January 2016 to December 2020. **Results:** Of the 24 patient; 22 (91.7%) were females and 2 (8.3%) were males, ratio of males/females was 1/11. The mean age of SPN was 24 ± 10.2 years old (range, 7 – 45 years). The main reason for admission was

abdominal pain (62.5%). The mean time to diagnosis was 3.7 months. Abdominal pain (75.0%), palpable tumor (8.3%). The computed tomography features showed that the tumor was mainly in the body of the pancreas (45.8%), solid structure (70.8%) and mean diameters of SPN was 5.8 ± 2.56 cm (range, 2.3 – 11.7cm). Surgical treatment included pancreatectomy in 12 patients, spleen-preserving distal pancreatectomy in 6 patients (25%), enucleation in 6 (25%) without any complications. Laparoscopic surgery had 4 cases (16.7%). 62.5% of patients had IHC to confirm SPN. **Conclusion:** SPN are classified as malignant exocrine pancreatic tumors when there is a high degree of dysplasia. Surgical resections remain the mainstay of treatment and survival after surgery is high. Regular monitoring for early detection of recurrence and metastasis also has a timely treatment attitude.

Keywords: solid pseudopapillary tumor, pancreatectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đặc giả nhú của tụy (Solid pseudopapillary neoplasms – SPN) là một khối u tụy ngoại tiết hiếm gặp, chiếm khoảng 1% trong u tụy, được Gruber Frantz mô tả lần đầu tiên vào năm 1959. U còn mang tên “Frantz tumor” cho đến năm 1996 khi Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra khái niệm “u đặc giả nhú” của tụy [1]. Nguồn gốc chưa rõ, có nhiều giả thuyết về nguồn gốc SPN: (1) từ tế bào gốc đa chức năng; (2) từ tế bào tụy ngoại tiết; (3) từ tế bào liên quan đến mào sinh dục [1].

Bệnh thường gặp ở phụ nữ trẻ gốc Á và Phi, tỷ lệ nam/nữ là 1:10, tuổi trung bình khi đi khám là 22 tuổi, thường không có triệu chứng [1]. Trước đây, u được xếp loại u giáp biên (WHO 2002). Từ năm 2010, WHO [2] đã xếp SPN có loạn sản cao vào nhóm ung thư tụy ngoại tiết và phẫu thuật là phương pháp điều trị chính khi u chưa di căn với tỷ lệ sống sau 5 năm là 97% [1].

Chính vì vậy, bài viết này chúng tôi mong muốn đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u đặc giả nhú ở thân – đuôi tụy tại Bệnh viện HN Việt Đức từ 01/2016 đến 12/2020.

*Bệnh viện K

** Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Trọng

Email: drtrong81@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ 01/2016 đến 12/2020, 24 bệnh nhân u đặc giả nhú của Tuy, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức (Hà nội, Việt Nam). Gồm 2 nam, 22 nữ, tuổi trung bình 24 ± 10,2 tuổi (7 – 45 tuổi). Thời gian trung bình biểu hiện triệu chứng đến khi khám là 3,7 tháng với triệu chứng chủ yếu là đau bụng (62,5%). Kết quả giải phẫu bệnh khẳng định u đặc giả nhú của tuy với nhuộm hoá mô miễn dịch (62,5%) dương tính với 1 trong nhiều loại marker khác nhau.

Phân tích dữ liệu. Đau bụng là dấu hiệu thường gặp nhất khiến bệnh nhân phải đến viện khám. Với đặc điểm thăm khám lâm sàng: đau bụng (75,0%), sờ thấy u (8,3%).

Đặc điểm u trên cắt lớp vi tính 64 dãy: vị trí u ở thân tuy (45,8%), đuôi tuy 37,5%), cả thân và đuôi (16,7%); kích thước trung bình là 5,7 ± 2,56 cm (2,3 – 11,7); ranh giới rõ (100%); ngấm thuốc mạnh sau tiêm thuốc cản quang (45,8%). Xét nghiệm CA 19-9 tăng (>37 U/ml) chiếm 12,5%.

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt u và làm giải phẫu bệnh khẳng định u đặc giả nhú với hình ảnh đại thể: dạng đặc (70,8%) (trong đó 8,3% có hoại tử u), dạng nang (25,0%), dạng hỗn hợp (4,2%).

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Quy trình chụp cắt lớp vi tính: thu thập các biến số:

- Đánh giá vị trí khối u: mô tả vị trí thân, đuôi tuy hay u lớn chiếm cả thân và đuôi tuy. Mô tả u với các đặc điểm dạng đặc, nang hoặc hỗn hợp.

- Đánh giá kích thước và ranh giới khối u: kích thước được đo ở vị trí có đường kính lớn nhất theo mặt phẳng Axial. Mô tả ranh giới rõ hay không của u với tổ chức xung quanh như dạ dày, lách, động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên, thân tĩnh mạch lách – mạc treo tràng...

- Đánh giá tính chất ngấm thuốc sau tiêm thuốc cản quang của khối u: sau khi tiêm thuốc cản quang ghi nhận tính chất ngấm thuốc của u ở mức độ tăng, giảm hoặc bình thường.

- Đánh giá giai đoạn T (Tumor – khối u): theo phân loại AJCC TNM-8 (10/2016) [3], dựa vào kích thước u và mức độ xâm lấn tổ chức xung quanh:

Giai đoạn T (Tumor – khối u)		Mô tả trên CLVT
T1 (U ≤ 2cm)	T1a	U ≤ 0,5 cm
	T1b	0,5cm < U ≤ 1cm
	T1c	1cm < U ≤ 2cm
T2		2cm < U ≤ 4cm
T3		U > 4cm

T4	U xâm lấn vào động mạch thân tạng; động mạch mạc treo tràng trên hoặc động mạch gan chung
-----------	---

- Đánh giá hạch di căn: đặc điểm hạch di căn là kích thước ≥ 10mm trên mặt phẳng cắt ngang Axial.

- Đánh giá di căn xa: các cơ quan thường gặp di căn xa của ung thư tuy như gan (20 – 75%), phúc mạc (9%), phổi (<10%). Với đặc điểm di căn gan là tổn thương đa ổ với kích thước <10mm, bờ rõ, giảm tỷ trọng.

Phẫu thuật cắt u tuy: bệnh nhân có thể được tiến hành phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở; cắt thân đuôi tuy có thể bảo tồn lách hay không và cắt u đơn thuần tại Bệnh viện Việt Đức.

Quy trình giải phẫu bệnh: thu thập các biến số:

- Đánh giá đại thể: u lớn, tròn, đơn độc, thường có vỏ, ranh giới rõ vùng tuy lạnh. Cấu trúc phân thủy rõ, vùng đặc có màu nâu sáng, vùng chảy máu, hoại tử và vùng nang chứa đầy mảnh vụn hoại tử, thành nang có thể bị calci hóa

- Đánh giá trên vi thể: phân loại mô bệnh học theo WHO 2019 [2].

Mã	Tên
8500/3	Ung thư biểu mô tuyến ống
8550/3	Ung thư biểu mô tế bào nang
8971/3	Ung thư nguyên bào tuy
8452/3	U đặc giả nhú tuy

- Đánh giá giai đoạn ung thư tuy ngoại tiết sau mổ pT.N.M theo tiêu chuẩn AJCC 8th.

- Số liệu được thu thập theo quy trình lấy thông tin bệnh nhân từ khoa giải phẫu bệnh ở các bệnh phẩm đã được khẳng định u đặc giả nhú ở thân đuôi tuy được phẫu thuật cắt u, bổ sung thông tin ở các khoa lâm sàng và lấy hồ sơ tại kho lưu trữ hồ sơ của bệnh viện Việt Đức. Số liệu được thu thập và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2016 đến 12/2020 có 24 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân; được đưa vào nghiên cứu với các kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chẩn đoán u đặc giả nhú tuy

Đặc điểm chẩn đoán		N	%	
Lâm sàng	Đau bụng	18	75,0%	
	Sờ thấy u	2	8,3%	
Cắt lớp vi tính	Vị trí	Thân tuy	11	45,8%
		Đuôi tuy	9	37,5%
		Thân & đuôi tuy	4	16,7%

	Cấu trúc	Dạng đặc	17	70,8%
		Dạng nang	6	25,0%
		Hỗn hợp	1	4,2%
	Tính chất ngấm thuốc	Ngấm mạnh	11	45,8%
		Ngấm ít	3	12,5%
		Không ngấm	10	41,7%
Kích thước trung bình		5,8 ± 2,56 cm (2,3 – 11,7)		
CA 19-9	Tăng > 37 U/ml	3	12,5	

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng vùng thượng vị và hạ sườn trái (75,0%), sờ thấy u (8,3%). Chụp cắt lớp vi tính thấy u chủ yếu ở thân tụy (45,8%), cấu trúc dạng đặc (70,8%) và kích thước u trung bình là 5,8 ± 2,56 cm (2,3 – 11,7).

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật u đặc giả nhú tụy

Đặc điểm phẫu thuật		N	%
Đường mổ	Mổ mở	20	83,3%
	Mổ nội soi	4	16,7%
Phương pháp phẫu thuật	Cắt thân đuôi tụy kèm lách	12	50,0%
	Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	6	25%
	Cắt u	6	25%

Không có trường hợp nào có tai biến trong mổ. Mổ nội soi có 4 trường hợp chiếm 16,7%. Phẫu thuật chủ yếu là cắt thân đuôi tụy kèm lách (chiếm 50,0%).

Bảng 3: Đặc điểm hoá mô miễn dịch u đặc giả nhú tụy

Kháng nguyên	Dương tính	%
Ki 67	9	60,0%
Vimentin	4	26,7%
C 56	2	13,3%
β-catenin	5	33,3%
CD 10	4	26,7%
CKA E1/AE3	3	20,0%

15/24 bệnh nhân (62,5%) có làm HMMD dương tính với 1 trong nhiều loại marker khác nhau để khẳng định u đặc giả nhú.

Kết quả điều trị u đặc giả nhú tụy: bệnh nhân sau mổ không có biến chứng rò tụy, áp xe tồn dư sau mổ. Theo dõi xa có 3 bệnh nhân không liên hệ được, 21/24 bệnh nhân kiểm tra được vẫn khám định kỳ, không có trường hợp nào tái phát, tử vong sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

U đặc giả nhú của tụy (Solid pseudopapillary neoplasms – SPN) là một khối u tụy ngoại tiết hiếm gặp, chiếm khoảng 1% trong u tụy, được

Gruber Frantz mô tả lần đầu tiên vào năm 1959. U còn mang tên “Frantz tumor” cho đến năm 1996 khi Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra khái niệm “u đặc giả nhú” của tụy [4]. Bệnh thường gặp ở phụ nữ trẻ gốc Á và Phi, tỷ lệ nam/nữ là 1:10, tuổi trung bình khi đi khám là 22 tuổi, thường không có triệu chứng [1]. Trước đây, u được xếp loại u giáp biên (WHO 2002). WHO 2019 [2] xếp SPN loạn sản cao vào nhóm ung thư tụy ngoại tiết có độ ác tính thấp.

Nguồn gốc chưa rõ, có nhiều giả thuyết về nguồn gốc SPN: (1) từ tế bào gốc đa chức năng; (2) từ tế bào tụy ngoại tiết; (3) từ tế bào liên quan đến mào sinh dục [1]. Theo y văn trên thế giới, SPN chiếm ít hơn 3% trong nhóm ung thư tụy ngoại tiết [6]. Theo tác giả Daniel S Longnecker [5], ghi nhận phân bố tỷ lệ một số ung thư tụy ngoại tiết thường gặp theo giải phẫu bệnh như sau:

- Ung thư biểu mô tuyến ống và các phân dưới nhóm: 85 - 90%
- Ung thư biểu mô tế bào nang: < 1%
- U nguyên bào tụy: < 1%
- U đặc giả nhú: < 1%
- Loại khác: 3 - 5%.

Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, bệnh thường đến muộn khi khám thấy khối ở thượng vị hoặc dưới sườn trái nhưng thường không biểu hiện triệu chứng, đôi khi có vài bệnh nhân có biểu hiện đau bụng mạn tính. Hiếm gặp trường hợp bệnh nhân biểu hiện đau bụng cấp tính trong trường hợp nang bị vỡ [6]. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, dấu hiệu khiến bệnh nhân đến khám chủ yếu đau bụng (62,5%), khám lâm sàng sờ thấy u có 2 trường hợp chiếm 8,3% (bảng 1), không có trường hợp nào biểu hiện vàng da do nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ ghi nhận u ở thân và đuôi tụy.

Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u CA 19-9 thường không tăng và khối u thường ít liên quan đến các hội chứng do tăng tiết hormon nội tiết [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi xét nghiệm CA 19-9 tăng chiếm 12,5% (bảng 1).

Chẩn đoán hình ảnh có thể sử dụng siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ. SPN với đặc điểm khối u lớn, bờ u có vờ rờ, tỷ trọng thường không đều do có những vùng chảy máu, hoại tử trong nang. Cần phải chẩn đoán phân biệt với các tổn thương tương tự như: nang giả tụy, ung thư biểu mô tuyến tụy, u nang nhầy, u tiết nhầy, u tuyến đa nang, ung thư dạng nang tuyến, ung thư nguyên bào tụy, u mạch [6]. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính của nhóm bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận: về vị trí khối u chủ yếu ở thân tụy

(45,8%), u to chiếm toàn bộ thân và đuôi tụy (16,7%); cấu trúc trong u dạng đặc (chiếm 70,8%), u có thể ngấm thuốc mạnh sau tiêm (45,8%) hoặc không ngấm thuốc (41,7%) (bảng 1).

Phân tích mô bệnh học, về đại thể SPN thường có kích thước lớn, ranh giới rõ với mô tụy xung quanh và thường có vỏ bọc [7]. Kích thước trung bình u của nghiên cứu chúng tôi là $5,8 \pm 2,56$ cm (2,3 - 11,7cm) (bảng 1). Theo tác giả Hoàng Thu Hằng [7], khi cắt qua u thường thấy có nhiều thùy, u có màu vàng đến nâu sáng xen kẽ vùng hoại tử, xuất huyết, xơ hóa và nang thoái triển. Thành phần các vùng nói trên trong u thay đổi tùy từng trường hợp khác nhau. Mật độ u thường mềm và khối u nhỏ thường có xu hướng đặc hơn.

Vì thế u đặc giả nhú có những đặc điểm khác biệt, được đặc trưng bởi sự không đồng nhất của các thành phần trong u. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy hầu hết SPN đều bộc lộ alpha-1-antitrypsin, alpha-1-antihymotrypsin, NSE, Vimentin, Progesteron receptors, CD 10, CD 56, Claudins 5 và 7, Galectin 3, Cyclin D1 và beta-catenin. Các nhà giải phẫu bệnh đã thống nhất sử dụng beta-catenin, CD 10, chromogranin và Vimentin trong chẩn đoán SPN và đơn giản hơn chỉ cần beta-catenin (+) [6][7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,5% bệnh nhân được làm hoá mô miễn dịch với tỷ lệ các marker (+) lần lượt là Ki 67 (60,0%), Vimentin (26,7%), CD 56 (13,3%), beta-catenin (33,3%), CD 10 (26,7%), CKA E1/AE3 (20,0%) (bảng 3).

Trong nghiên cứu của Lee và cộng sự [8], 80,9% u khu trú ở thân và đuôi tụy; 1 báo cáo khác của tác giả Ovidin Vasili Bochir [6], ở Rumani, trong nhóm 13 bệnh nhân SPN thì 77% u ở thân và đuôi tụy. Hầu hết bệnh nhân của các tác giả người Rumani đều được tiến hành phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm theo lách hoặc cắt thân hoặc đuôi tụy đơn thuần. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi, tất cả đều được tiến hành phẫu thuật với tỷ lệ mổ mở (83,3%), mổ nội soi (16,7%). Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt thân đuôi tụy kèm theo lách (50,0%), bảo tồn lách (25,0%), cắt u tụy đơn thuần (25,0%) (bảng 2). Theo các nghiên cứu trên thế giới, phẫu thuật cắt u vẫn là phương pháp điều trị cơ bản, trong đó phẫu thuật triệt căn cải thiện đáng kể thời gian sống thêm, giúp chữa khỏi trong 85 - 90% các ca bệnh. Ngay cả trường hợp khối u xâm lấn tại chỗ hoặc di căn gan thì phẫu thuật lấy tối đa u vẫn giúp kéo dài thời gian sống toàn bộ, cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống sau mổ [7]. Tỷ lệ sống thêm sau 5 năm

tính chung cho các giai đoạn 97% [1]. Bệnh nhân của chúng tôi không có trường hợp nào có tai biến trong mổ hay biến chứng, tử vong sau mổ. Theo dõi đến thời điểm hiện tại tất cả bệnh nhân liên lạc lượt được, không có trường hợp nào tái phát, di căn.

SPN thường khu trú tại tụy nhưng cũng có thể di căn ra phúc mạc, mạc treo, gan, mạc nối lớn, buồng trứng, tá tràng, dạ dày và phổi [6]. Vì vậy, bệnh nhân sau phẫu thuật cần được theo dõi chặt chẽ và tái khám định kỳ [7].

Vai trò của hóa trị trong điều trị SPN còn chưa rõ ràng. Với phẫu thuật triệt căn thường không cần hóa trị bổ trợ. Hóa trị được chỉ định ở giai đoạn bệnh di căn xa hoặc phẫu thuật không lấy hết tổn thương. Một số hóa chất được giới thiệu cho thấy có hiệu quả trong các ca lâm sàng như: Gemcitabin, Flourouracil, Cisplatin, Topotecan, Iphosphamide, Etoposide... trong đó Cisplatin có vẻ hiệu quả nhất. Tuy nhiên, kinh nghiệm điều trị hóa chất cần được báo cáo với số lượng bệnh nhân lớn hơn [7].

Theo tác giả Rumani [6] tổng hợp các phác đồ điều trị SPN như sau:

Neoadjuvant	Adjuvant
1. Gemcitabin 1000mg/mp, ngày 1, 8, 15	1. Gemcitabin hàng tuần x 6 chu kỳ
2. Gemcitabin 800mg/mp + Cisplatin 30mg/mp hàng tuần	2. Gemcitabin + Capecitabine mỗi 3 tuần x 6 chu kỳ
3. 5FU + EBRT	3. 5FU + Cisplatin mỗi 3 tuần x 2 chu kỳ
4. Floxuridine + Oxalipatin mỗi 2 tuần x 2 chu kỳ	4. Cisplatin + Etoposide + Doxorubicin
	5. EBRT

5FU (5 fluorouracil); EBRT (external beam radiation therapy). Vai trò của xạ trị còn nhiều tranh cãi. Điều trị tia xạ được báo cáo ở một vài trường hợp cho thấy có tác dụng kiểm soát triệu chứng tại chỗ, nhất là tác dụng giảm đau ở những giai đoạn muộn khi khối u không còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ [7]

V. KẾT LUẬN

U đặc giả nhú của tụy chủ yếu gặp ở nữ giới, trẻ tuổi. Ngày nay, bệnh này được xếp là u tụy ngoại tiết ác tính khi có độ loạn sản cao. Lâm sàng chủ yếu là đau bụng, sờ thấy khối u, hiếm khi vàng da. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính với thời gian sống thêm sau mổ cao. Theo dõi thường xuyên sau mổ để phát hiện sớm tái phát, di căn còn có thái độ điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asim Shuja¹, Khalid A. Alkimawi.** Solid pseudopapillary tumor: a rare neoplasm of the pancreas. *Gastroenterology Report* 2 (2014): 145-149,
2. **Nagtegaal I, Odze R, Klimstra D, et al.** Tumours of the pancreas. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system (2019); 1: 296-372
3. **Shin DW, Lee JC, Kim J et al.** Validation of the American Joint Committee on Cancer 8th edition staging system for the pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2019
4. **Trình Hồng Sơn, Nguyễn Thành Khiêm và cs.** U đặc giả nhú của tụy: Chẩn đoán và điều trị. *Y học thực hành* (788) – số 10/2011: 60 - 63
5. **Daniel S Longnecker.** Pathology of exocrine pancreatic neoplasms https://www.uptodate.com/contents/pathology-of-exocrine-pancreatic-neoplasms?source=history_widget
6. **Ovidiu Vasile Bochisi, Madalina Bota et al.** Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: clinical-pathological features and management of 13 cases. *Clujul Medical* Vol.90, No.2, 2017: 171-178.
7. **Hoàng Thu Hằng, Nguyễn Tiên Quang và cs.** Nhân một trường hợp u đặc giả nhú của tụy điều trị tại bệnh viện K. *Tạp chí ung thư Việt Nam*: 140 - 144
8. **Lee SE, Jang JY, Hwang DW, et al.** Clinical features and outcome of solid pseudopapillary neoplasm: differences between adults and children. *Arch Surg.* 2008; 143(12): 1218-1221.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NUỐT Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO BẰNG CÁC BÀI TẬP NUỐT KẾT HỢP CHẤT LÀM ĐẶC THỨC ĂN

Nguyễn Thị Vân*, Phạm Văn Minh*

Từ khóa: Đột quỵ não, rối loạn nuốt, chất làm đặc thức ăn, bài tập nuốt

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp chất làm đặc thức ăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp so sánh trước sau được tiến hành trên 33 bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn nuốt tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Kết quả:** Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 81,8%. Đa số bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt từ nhẹ đến trung bình, chiếm tỷ lệ 87,9%, chỉ có 12,2% bệnh nhân có mức độ rối loạn nuốt nặng. Theo dõi kết quả điều trị cho tỷ lệ bệnh nhân mắc rối loạn nuốt mức độ nặng giảm từ 12,1% xuống 9,1% sau 5 ngày, sau 10 ngày xuống 3% và sau 15 ngày điều trị không còn bệnh nhân có rối loạn nuốt mức độ nặng; tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn nuốt và rối loạn nuốt mức độ nhẹ tăng dần so với trước điều trị, sau 5 ngày, 10 ngày và 15 ngày điều trị lần lượt là từ 33,3% lên 60,6%, 81,8% và 90,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ hít sặc mức độ nặng giảm từ 12,1% xuống 9,1% sau 5 ngày điều trị, sau 10 ngày còn 3% và không còn bệnh nhân có nguy cơ hít sặc mức độ nặng sau 15 ngày điều trị. Sau điều trị tất cả các triệu chứng cơ năng rối loạn nuốt đều cải thiện, trong đó triệu chứng ho sặc khi nuốt giảm nhiều nhất từ 87,9% xuống còn 9,1%. **Kết luận:** kết quả điều trị rối loạn nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não bằng các bài tập nuốt kết hợp với chất làm đặc thức ăn cho thấy tình trạng bệnh nhân cải thiện đáng kể sau điều trị. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có thêm những thông tin về sự cải thiện.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân

Email: nguyenvan0589@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021

SUMMARY

ASSESSMENT THE RESULTS OF SWALLOWING DISORDERS TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE BY SWALLOWING EXERCISES COMBINED WITH FOOD THICKENING AGENTS

Objectives: to evaluate the results of swallowing disorder treatment in patients with ischemic stroke by intergration of swallowing exercises and food thickening agents. **Patients and methodology:** Intervention study comparing before and after treatment was conducted on 33 stroke patients with swallowing disorder at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Results:** the age group from 60 years old and older were highest with 81,8%. Most of patients had mild to moderate dysphagia, accounting for 87,9% and only 12,2% of patients had severe dysphagia. The proportion of patients with severe swallowing disorder decreased from 12,1% at the beginning of treatment to 9,1% after 5 days of treatment, after 10 days to 3% and after 15 days of treatment to 0%. By contract, the percentage of patients without swallowing disorder and mild swallowing disorder gradually increased from before treatment to after 5 days, 10 days and 15 days of treatment, with 33,3% to 60,6%, 81,8% and 90,9%, respectively. The proportion of patients at risk of severe aspiration decreased from 12,1% to 9,1% after 5 days of treatment, to 3% after 10 days and no patients at risk of severe aspiration after 15 days of treatment. In general, most of symptoms of swallowing disorders improved after treatment, in which the symptoms of coughing and choking in swallowing decreased the highest from 87,9% to 9,1%. **Conclusion:** treatment's results with therapy combined of