

hư thai là 10,3%, không trường hợp được ghi nhận liên quan tới đang mang thai và dùng hormon thay thế.

Theo nghiên cứu của tác giả Bruijn và cs trong 40 bệnh nhân nữ HKTMN, tỉ lệ bệnh nhân có dùng thuốc ngừa thai rất cao với tỉ lệ 85%.

Đặc điểm các yếu tố nguy cơ thứ phát khác: chúng tôi nhận thấy rằng, đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất 5% kể đến là ung thư và sau phẫu thuật sọ não. Các trường hợp viêm màng não không có trường hợp nào trong nghiên cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Việt Minh và cs, những bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch não sâu có kèm theo bệnh đái tháo đường là 3,38%. Không thấy ghi nhận trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu nào có liên quan tới sau phẫu thuật sọ não, chấn thương đầu, sau chọc dò tủy sống, viêm màng não.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $36,9 \pm 12,7$, của nam là $35,5 \pm 12,7$, của nữ là $38,04 \pm 12,85$. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,22. Nhóm tuổi 31 - 40 chiếm tỉ lệ cao nhất 40%. Khởi phát HKTMN rất đa dạng, trong đó khởi phát kiểu bán cấp chiếm ưu thế tới 92,5%, cấp tính 5%.

Lâm sàng HKTMN đa dạng, không đặc hiệu, các triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu là; đau đầu 95%, yếu liệt chi 32,5%, co giật 20%, rối loạn ý thức 20%. Các triệu chứng ít phổ biến hơn như: Rối loạn cảm giác 15%, rối loạn ngôn ngữ 17,5%, hội chứng màng não 7,5% và liệt dây thần kinh sọ 15%.

Trong số bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tiên phát, giảm protein S và giảm ATIII hay gặp

chiếm 10%, giảm protein C chiếm 5%. Ở các bệnh nhân nữ, tỉ lệ bệnh ở phụ nữ sau sinh chiếm tỉ lệ cao nhất 22,7%, tiếp đến là mang thai 18,2% và dùng thuốc tránh thai 13,6%. Các yếu tố nguy cơ thứ phát khác hay gặp là đái tháo đường chiếm 5%, tiếp đến là ung thư và sau phẫu thuật sọ não, không gặp bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là viêm não màng não nào trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Hùng (2010). "Đặc điểm lâm sàng huyết khối xoang tĩnh mạch màng cứng bên công hướng tử". Luận văn thạc sĩ Y học, ĐHYD TP Hồ Chí Minh, Tr.94.
2. Lê Văn Thịnh; Trịnh Tiến Lực (2010). "Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị huyết khối tĩnh mạch não". Tạp san Hội Thần kinh học Việt Nam. 2, Tr.10.
3. Hoàng Khánh (2008). "Huyết khối tĩnh mạch não". Giáo trình sau đại học thần kinh học nhà xuất bản Đại học Huế, Tr. 275-282.
4. Lê Văn Minh; Phan Việt Nga (2013). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch não". Tạp chí Y học Việt Nam tháng 7. 1, Tr.37.
5. Khealani B.A., Wasay M., Saadah M., Sultana E., Mustafa S., Khan F.S., et al. (2008). "Cerebral Thrombosis A Descriptive Multicenter Study of Patients in Pakistan and Middle East". Stroke, 39(10), pp.2707-2711.
6. Martineff I., Battagiloli T., Padotti T., Cattaneo M. and Mannucci P.M. (2003). "Hyperhomocysteinemia in cerebral vein thrombosis". Blood, 102(4), pp.1363-6.
7. Paciaroni M., Palmerini F. and Bogousslavsky J. (2008). "Clinical presentations of cerebral vein and sinus thrombosis". Front Neurol Neurosci, 23, pp.77-88.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG ĐAO SIÊU ÂM KHÔNG DÂY SONICISION™ TRONG PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Hoàng Mạnh Thắng**, Phan Thanh Dương**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của dao siêu âm Sonicision™

* Bệnh viện K

** Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhwa@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2016

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2016

Ngày duyệt bài: 7.12.2016

trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 97 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn có sử dụng dao siêu âm không dây Sonicision™ tại khoa Ngoại Ung thư Tân Triều- Bệnh viện K từ 12/2015 đến 5/2016.

Kết quả: Tuổi trung bình 60,4; tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Đau bụng thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất (90,3%). Cắt lớp vi tính có khả năng phát hiện tổn thương ở 93,8% trường hợp. Tổn thương đại thể hay gặp nhất là thể loét 43,3%, vị trí tổn thương hay gặp nhất là hang môn vị 50,5%. Thời gian mổ trung bình

113,9 phút, lượng máu mất không đáng kể. Thời gian có trung tiện, thời gian nằm viện và thời gian hết dịch dần lưu đều rút ngắn, không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Tổng số hạch vét được 2158 hạch, số hạch trung bình vét được 22,1 trong đó có 385 hạch di căn. **Kết luận:** Triệu chứng hay gặp nhất là đau thượng vị. Cắt lớp vi tính là phương pháp có giá trị trong phát hiện tổn thương. Tổn thương loét và vị trí hang môn vị hay gặp nhất trên nội soi. Sử dụng dao siêu âm không dây trong phẫu thuật ung thư dạ dày là an toàn và hiệu quả

Từ khóa: ung thư dạ dày, dao siêu âm không dây

SUMMARY

STUDY OF SONICISION™ CORDLESS ULTRASONIC DISSECTION DEVICE IN RADICAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER AT K HOSPITAL

Objective: description some clinical and paraclinical symptoms, and efficacy of Sonicision™ cordless ultrasonic dissection device in radical gastrectomy for gastric cancer. **Patients and method:** descriptive cross sectional study upon 97 gastric cancer patients were done radical gastrectomy by cordless ultrasonic dissection device in General surgery department, K hospital, from December 2015 to May 2016. **Results:** Mean age was 60,4, ratio male/female was 1.7. The most common symptom was epigastric pain (90.3%). Capacity of ultrasound and computer tomography in detecting gastric lesions were 56.2 and 93.8, respectively. Ulcer was the most seen lesion in endoscopy. Average time of operation was 113.9 minutes, lost blood was little. Time of having gas, time of lymphatic discharging and hospital duration all were decreased. There was no accident or complication. Number of resected lymph nodes were 2158, and 385 of them were positive. Average of resected nodes was 22.1. **Conclusion:** The most common symptom was epigastric pain. Computer tomography scanner is effective diagnosis method in stomach cancer. Gastric tumors were usually ulcer and

located on antrum. Cordless ultrasonic dissection device was safe and effective

Keywords: gastric cancer, cordless ultrasonic dissection device

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư phổ biến trên thế giới, đặc biệt ở khu vực đông nam châu Á, trong đó có Việt Nam. Ung thư dạ dày thường tiến triển âm thầm, khó chẩn đoán sớm dựa trên triệu chứng lâm sàng, thăm dò cận lâm sàng có giá trị nhất trong chẩn đoán là nội soi dạ dày kèm sinh thiết. Phương pháp điều trị chính đối với ung thư dạ dày hiện nay vẫn là phẫu thuật. Đối với các trường hợp phẫu thuật triệt căn, vét hạch có ý nghĩa rất quan trọng trong chẩn đoán chính xác giai đoạn sau mổ, tiên lượng bệnh cũng như ảnh hưởng tới thời gian sống thêm. Từ 12/2015, Khoa Ngoại Tổng hợp Tân Triều, Bệnh viện K đã ứng dụng dao siêu âm không dây Sonicision™ trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu.

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư dạ dày*

2. *Đánh giá hiệu quả của dao siêu âm không dây Sonicision™ trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

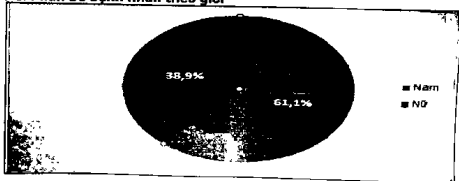
Đối tượng nghiên cứu gồm 97 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn có sử dụng dao siêu âm không dây Sonicision™ tại khoa Ngoại tổng hợp Tân Triều- Bệnh viện K từ 12/2015 đến 5/2016

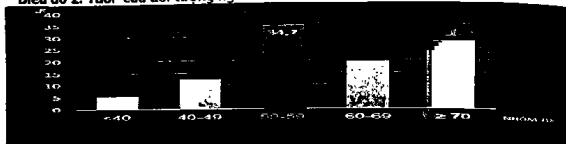
Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

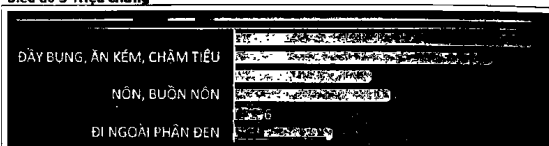
1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu trên 97 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn, chúng tôi nhận thấy độ tuổi hay gặp nhất là 50-59 tuổi (34,7%), trong đó tuổi trung bình là 60,4 tuổi, tuổi mắc bệnh thấp nhất là 22 và cao nhất là 78. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết về ung thư dạ dày nói chung, trong đó khoảng tuổi hay gặp nhất là 50-59 chiếm 35,4% và tuổi trung bình mắc bệnh là 56,3[2]. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Hà Hải Nam là 1,72/1[2], của chúng tôi là 1,7/1.

Biểu đồ 3 Triệu chứng

Triệu chứng đầy bụng, ăn kém, chậm tiêu gặp khá nhiều (55,56%), tương tự Bùi Anh Tuyết (61,5%) [4], thấp hơn nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (92,2%) [3]. Triệu chứng gầy sút gặp ở 24 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 33,3%, thấp hơn so với số liệu của Trịnh Hồng Sơn (92,2%) [3].

Bảng 1. Giá trị của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán u dạ dày

Stêu âm	Đánh giá	n	Tỷ lệ%	Tổng
	Đầy thành	39	40,2	
U dạ dày	12	12,4		
CT-Scanner	Đầy thành	58	59,8	93,8%
	U dạ dày	33	34,0	

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho phép xác định hình ảnh u hoặc nghi ngờ u (đầy thành dạ dày). Siêu âm cho thấy hình ảnh u hoặc đầy thành dạ dày với tỷ lệ 56,94%, con số này đối với chụp cắt lớp vi tính là 93%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước.

Bảng 2. Phân bố vị trí và hình thái tổn thương qua nội soi

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thân vị, tâm-phình vị	12	12,4
Hang môn vị	49	50,5
Bờ cong nhỏ	14	14,4
Bờ cong lớn	22	22,7
Tổng	97	100
Tổn thương đại thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Loét	42	43,3
Sùi	13	13,4
Thâm nhiễm	5	5,2
Loét sùi	37	38,1
Tổng số	72	100

Nội soi là phương pháp quan trọng nhất trong chẩn đoán ung thư dạ dày. Nội soi kết hợp với sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học là cơ sở để điều trị phẫu thuật. Nghiên cứu của Trịnh

Quốc Hoàn tại bệnh viện Việt Đức trong 10 năm từ 1991-2001 trên 1182 trường hợp, ung thư vùng hang môn vị 68,2%, thân vị 19,12%, tâm vị là 9,73% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi do

kết quả tương tự Trịnh Quốc Hoàn với ung thư vùng hang môn vị hay gặp nhất chiếm 50,5%, và ung thư vùng tâm-thân-phình vị có xu hướng tăng chiếm 12,4%. Điều đó phản ánh đúng xu thế tăng tỷ lệ ung thư dạ dày 1/3 trên

Hình thái tổn thương hay gặp nhất của ung thư dạ dày trên nội soi là thể loét 43,3% và thể

loét sùi là 38,1%. Theo Bùi Ánh Tuyết, thể loét 65,5%, thể loét sùi 14,6%, thể sùi 9,4%, thể loét thâm nhiễm 8,3% [4]. Nghiên cứu Trịnh Hồng Sơn với thể loét chiếm 75,16%, thể sùi 21,34%, thâm nhiễm 3,27%[3]. Hầu hết các tác giả đều cho rằng thể loét và loét sùi là hay gặp nhất, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự.

Bảng 3. Thể mô bệnh học

Thể giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
UTBM tế bào nhân	17	17,5
AC biệt hóa cao	15	15,5
AC biệt hóa vừa	38	39,2
AC kém biệt hóa	27	27,8
Tổng	97	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi đều, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa hay gặp nhất (39,2%), tiếp đến là ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa (27,8%) ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao 6,94%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước.

2. Kết quả ứng dụng dao siêu âm không dây Sonicsion™ trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày

Bảng 4. Một số kết quả sớm của phẫu thuật

Tổng thời gian mổ (phút)	113,9 ± 16,2
Lượng máu mất (ml)	33,9 ± 14,2
Thời gian có trung tiện (ngày)	3,1 ± 0,4
Thời gian ăn đường miệng (ngày)	4,8 ± 0,7
Thời gian nằm viện (ngày)	7,6 ± 0,9
Thời gian hết dịch dẫn lưu (ngày)	5,6 ± 0,8

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều sử dụng máy cắt nổi thẳng. Việc sử dụng máy cắt nổi thẳng kết hợp với dao siêu âm không dây giúp rút ngắn thời gian mổ. Tuy nhiên khi so sánh với nghiên cứu của Hà Hải Nam, thời gian mổ trung bình của chúng tôi dài hơn. Sở dĩ có sự khác biệt này bởi vì trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 12 trường hợp cắt dạ dày toàn bộ. Trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày, vết hạch là một thì rất quan trọng, quyết định rất nhiều đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Đồng thời, đây cũng là một thì khó khăn, có thể xảy ra tai biến. Khi sử dụng dao siêu âm không dây chúng tôi nhận thấy rằng đây là một công cụ rất hữu ích cho quá trình phẫu tích nội chung và thì vết hạch nói riêng. Với cấu tạo và công năng được thiết kế phù hợp cho việc hàn mạch cầm máu, phẫu tích, giúp phẫu thuật viên có thể thực hiện vết hạch thuận lợi và an toàn ở những

vị trí nguy hiểm [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp tai biến trong mổ. Và lượng máu mất trong mổ rất ít (33,9±14,2 mL) cũng là minh chứng cho hiệu quả của dao siêu âm không dây.

Thời gian có trung tiện, thời gian ăn đường miệng, thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của nhóm BN có dùng máy cắt nổi trong nghiên cứu của Hà Hải Nam [2]. Yoon Young Choi [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi, tiến hành ghi nhận về dịch qua dẫn lưu dưới gan để thấy được ưu điểm của dao siêu âm trong vết hạch. Tuy trong nghiên cứu này chúng tôi không có nhóm chứng, song với kinh nghiệm phẫu thuật ung thư dạ dày đã có, chúng tôi nhận thấy rằng dịch qua dẫn lưu dưới gan thường ít hơn khi sử dụng dao siêu âm để vết hạch.

Bảng 5. Tình trạng phẫu thuật vết hạch và tỷ lệ hạch di căn

Tổng số hạch vét được	2158
Số hạch vét được ít nhất	3
Số hạch vét được nhiều nhất	49
Số hạch trung bình vét được	22,1
Số BN có DC hạch	59
Số hạch DC	385
Tỷ lệ DC hạch (%)	17,8%

Số bệnh nhân có di căn hạch là 59, chiếm 60,8%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Hà Hải Nam (71,7%) [2]. Tỷ lệ hạch di căn trong mẫu nghiên cứu là 385/2158, chiếm 17,8%, cao hơn kết quả của Matsushita có 13% hạch bị di căn[5]. Số hạch trung bình vét được ở mỗi bệnh nhân là 22,1 hạch, số hạch ít nhất là 3, nhiều nhất là 49 hạch. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Hà Hải Nam. Điều này phụ thuộc vào trình độ kỹ thuật vét hạch của kỹ thuật viên cũng như nhóm hạch sẽ được vét trong từng trường hợp cụ thể và mục tiêu đề ra của cuộc mổ.

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Tuổi trung bình là 60,4, độ tuổi hay gặp là 50-59, tỷ lệ nam/nữ là 1,7

Triệu chứng hay gặp nhất đau bụng vùng thượng vị

Nội soi: Tổn thương vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất, thể loét chiếm ưu thế

Mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm chủ yếu

Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được tổn thương dạ dày ở 93,8% bệnh nhân

2. Hiệu quả dao siêu âm không dây

Tổng số hạch vét được 2158, tổng số hạch bị di căn 385, số hạch trung bình vét được ở mỗi bệnh nhân là 22,1 hạch, tỷ lệ bệnh nhân có hạch di căn là 59/97

Không có tai biến, biến chứng

Thời gian có gas, thời gian còn dịch, back huyết và thời gian nằm viện rút ngắn

Sử dụng dao siêu âm không dây trong phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày là an toàn và hiệu quả

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Quốc Hoàn (2001), *Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh học của ung thư dạ dày, Tài liệu hội thảo lần 2, Trung tâm hợp tác nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới về ung thư dạ dày, Bộ Y tế - Tổ chức Y tế thế giới, 40-50.*
2. Hà Hải Nam (2011), *Đánh giá kết quả ứng dụng máy cắt nội tạng trong phẫu thuật ung thư dạ dày phân ba dưới tại bệnh viện K, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú ung thư, Đại học Y Hà Nội*
3. Trịnh Hồng Sơn (2001), *Nghiên cứu ngoại vi hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày.*
4. Bùi Ánh Tuyết (2003), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của ung thư dạ dày điều trị tại bệnh viện K từ tháng 9/2002 đến tháng 6/2003, Luận văn thạc sỹ Y học Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.*
5. Matsushita T., Hajiro K., Suzaki T (1995), *Histopathological assessment of lymph node metastasis in patients gastric cancer. Hepatogastroenterology, 42(6), 986*
6. Tsipline VB, Lau KN, Swan RZ, Montero PH, Sindram D, Martinie JB, Iannitti DA., *Evaluation of an Innovative, Cordless Ultrasonic Dissector. Surg Innov, 2013.*
7. Yoon Young Choi, Yong Jin Kim et al, (2011), "Intracorporeal Anastomosis using Lapra -Ty Clip in Laparoscopic Distal Gastrectomy. Initial Clinical Experiences", *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Jan, 21(1): 51-55.*

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI ĐẠM NIỆU VI LƯỢNG VÀ ĐỘ LỌC CẦU THẬN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ BẰNG PERINDOPRIL

Nguyễn Văn Nhuận*, Trần Việt An*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá thay đổi đạm niệu vi lượng và độ lọc cầu thận ở bệnh nhân tăng huyết áp kèm đái tháo đường typ 2 điều trị bằng thuốc ức chế men

chuyển perindopril. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu 270 bệnh nhân tăng huyết áp kèm đái tháo đường typ 2, có 34,4% đạm niệu vi lượng dương tính. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có độ lọc cầu thận giảm (GFR >60 ml/phút) là 73,3%. Trong số bệnh nhân có đạm niệu dương tính trước điều trị, 41,9% bệnh nhân có đạm niệu vi lượng âm tính sau điều trị bằng perindopril. Hàm lượng đạm niệu vi lượng trung bình trước can thiệp là 72,5 ± 23,3 mg/g, sau can thiệp là 46,3 ± 30,5, p < 0,001. Độ đạm niệu vi lượng trung bình trước và sau can thiệp giảm trung bình là 26,2 ± 14,4 mg/g. Mức cơ

* Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt An
 Email: antranviet@gmail.com
 Ngày nhận bài: 8.9.2016
 Ngày phản biện khoa học: 7.11.2016
 Ngày duyệt bài: 30.11.2016