

trị tổn thương bỏng, mức độ thành thạo trong sử dụng các trang thiết bị, hoạt động vận chuyển đạt kết quả từ 80%. Một số hạn chế cũng đã được các chuyên gia chỉ rõ bao gồm sự phối kết hợp giữa các lực lượng đặc biệt là chuyển thương và các tổ cấp cứu, phân bổ nguồn lực và kết hợp giữa các tổ y tế, cơ sở thuốc vật tư theo hướng gọn nhẹ nhưng đầy đủ.

#### KẾT LUẬN

Các tuyến y tế triển khai đạt yêu cầu đúng theo các bước trong kế hoạch. Tuy nhiên, cần tăng cường tập huấn, huấn luyện về chẩn đoán bỏng hô hấp, chẩn đoán xử lý và chấn thương kết hợp cho nhân viên y tế tại bệnh viện tuyến huyện. Thông qua các bài học kinh nghiệm sau diễn tập, việc xử lý các tình huống thảm họa trong tương lai sẽ tốt hơn cho cả nạn nhân và nhân viên y tế.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thế Trung. Đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa thiên tai, Nhà xuất bản Y học. 2003.
2. Nguyễn Như Lâm, Hồ Thị Xuân Hương. Nghiên cứu xây dựng quy trình sơ cứu, cấp cứu

và vận chuyển bệnh nhân bỏng hàng loạt tại các tuyến y tế. Báo cáo đề tài cấp Bộ Y tế 2014 - 2016.

3. Madge SN, Kersey J, Murray G, Murray JR. Are we training junior doctor to respond to major incident? A survey of doctors in the Wessex region. Emerg Med J, 2004; 21: 577 - 579.

4. Wong K, Turner PS, Boppana A et al. Preparation for the next major incident: are we ready. Emerg Med J. 2006; 23: 709 - 712.

5. McWilliam T, Hendricks J, Twigg D, Wood F. Burns education for non - burn specialist clinical in Western Australia. Burns. 2015; 41: 301 - 307.

6. Schenker JD, Goldstein S, Braun J et al. Triage accuracy at a multiple casualty incident disaster drill: The Emergency medical service, fire department of New York City experience. Journal of Burn Care and Research. 2006; 27(5): 570 - 575.

7. Nilsson H, Jonson C, Vikstrom T et al. Simulation - assisted burn disaster planning. Burns. 2013; 39(6): 1122 - 1130.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHỐI U DA DÀY KHÔNG BIỂU MÔ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

HOÀNG MINH ĐỨC,  
TRẦN THÀNH LONG, NGUYỄN THANH LONG  
Bệnh viện Việt Đức

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả điều trị u da dày không biểu mô được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi 144 trường hợp phẫu thuật u da dày không biểu mô tại Bệnh viện Việt Đức từ 4/2014 đến tháng 5/2019. Mô tả tổn thương trong mổ, phương pháp phẫu thuật, nạo hạch và đánh giá kết quả sớm cũng như kết quả xa của những trường hợp sau mổ u da dày không biểu mô.

**Kết quả:** Trong 144 trường hợp (TH) phẫu thuật u da dày không biểu mô, vị trí hay gặp nhất là vùng thân vị dạ dày 41,7%, có 22 TH khối u phát triển ra ngoài dạ dày, xâm lấn các tạng xung quang có bản chất là u lympho và u mô đệm, các trường hợp có giải phẫu bệnh là u cơ trơn, u Schwann, u mỡ tổn thương khu trú tại dạ dày. Phương pháp phẫu thuật chính là phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm (72,2%), cắt đoạn dạ dày (12,5%), cắt toàn bộ dạ dày (11,1%). Nạo vét hạch cho 29 TH và chỉ có 7 TH (24,1%) hạch dương tính đều là u lympho di căn. Kết quả tốt sau mổ đạt 97,2%, 2,8% có biến chứng đều nằm ở nhóm bệnh nhân u lympho. Điều trị Gleevec hỗ trợ cho nhóm u mô đệm sau mổ có tỷ lệ sống thêm sau mổ thấp hơn nhóm không điều trị (88,23% so với 96,55%), ngược lại, điều trị hoá chất ở nhóm u lympho, tỷ lệ sống thêm

---

Chịu trách nhiệm: Hoàng Minh Đức  
Email: hoangminhducdr@gmail.com  
Ngày nhận: 19/10/2020  
Ngày phân biện: 19/11/2020  
Ngày duyệt bài: 12/12/2020

của nhóm điều trị hoá chất cao hơn nhóm không điều trị (75% so với 40%),  $p < 0,05$ . Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm u mô đệm trung bình 58,6 tháng.

**Kết luận:** Điều trị u dạ dày không biểu mô chủ yếu bằng phẫu thuật, kết quả điều trị cho kết quả tốt chiếm chủ yếu.

**Từ khóa:** U dạ dày không biểu mô, phương pháp phẫu thuật, kết quả.

#### **SUMMARY**

#### **RESEARCH ON NON-EPITHELIAL STOMACH TUMORS SURGICAL RESULTS AT VIET DUC HOSPITAL**

**Aim:** To evaluate the results of treatment for a non-epithelial stomach tumor undergoing surgery at Viet Duc Hospital.

**Materials and methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study, monitoring 144 surgical cases of non-epithelial stomach tumors at Viet Duc Hospital from 4/2014 to 5/2019. Describe surgical lesions, surgical methods, and curettage and evaluate early results as well as far results of postoperative cases of non-epithelial gastric tumors.

**Results:** In 144 surgical cases of non-epithelial stomach tumors, the most common location is the gastric torso area 41.7%, with 22 tumors growing out of the stomach, invading the surrounding organs of nature are lymphoma and stromal tumor, in cases with anatomical diseases such as smooth muscle tumor, Schwann's tumor, fat tumor localized in the stomach. The main surgical method is wedge-shaped gastric bypass surgery (72.2%), cutting the stomach segment (12.5%), cutting the entire stomach (11.1%). Lymphectomy for 29 TH and only 7 TH (24.1%) positive lymphoma are metastatic lymphomas. Good results after surgery reached 97.2%, 2.8% with complications are all in the group of lymphoma patients. Gleevec adjuvant treatment for postoperative stromal tumors had a lower postoperative survival rate than the non-treatment group (88.23% versus 96.55%), conversely, chemotherapy in the lymphoma group, the survival rate of the chemotherapy group was higher than the non-treatment group (75% compared to 40%),  $p < 0.05$ . The postoperative survival time of the stromal tumor group averaged 58.6 months.

**Conclusion:** Treatment of non-epithelial stomach tumors is mainly by surgery, with good results.

**Keywords:** Non-epithelial tumors of the stomach, surgical method, surgical result.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Phương pháp điều trị u dạ dày hiện nay chủ yếu bằng phẫu thuật, hoá trị, xạ trị, điều trị đích có tác dụng điều trị hỗ trợ sau mổ. Đa số u dạ dày là u biểu mô tuyến và đã được nhiều tổ chức trong nước cũng như trên thế giới nghiên cứu, đưa ra được nhiều phác đồ điều trị cũng như đánh giá kết quả điều trị. U dạ dày không biểu mô (0,4%) ít gặp hơn rất nhiều u dạ dày biểu mô (95%) [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, u không biểu mô được chia thành 2 nhóm là u có nguồn gốc trung mô và u lympho, xuất phát từ các lớp bên dưới lớp biểu mô của dạ dày [2]. Chính vì hiếm gặp nên u dạ dày không biểu mô ít được biết đến và nghiên cứu.

Thêm vào đó, biểu hiện lâm sàng của u dạ dày không biểu mô thường ít và không đặc hiệu. Bệnh nhân hoàn toàn có thể không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua nội soi dạ dày, siêu âm ổ bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính. Chỉ khi u đã phát triển to, sờ thấy khối hoặc gây gây các biến chứng như xuất huyết tiêu hoá, hẹp tâm vị, hẹp môn vị hoặc viêm phúc mạc mới phẫu thuật [3], [4].

Chỉ định phẫu thuật u dạ dày không biểu mô phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước khối u, bản chất khối u, mức độ xâm lấn, biến chứng do khối u gây ra và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Sau mổ điều trị hoá trị, miễn dịch, điều trị đích và kết quả điều trị của các loại u dạ dày không biểu mô còn nhiều vấn đề phải bàn luận. Ở Việt Nam đã có một vài nghiên cứu nhỏ lẻ về u dạ dày không biểu mô đường tiêu hóa được công bố. Để góp phần nghiên cứu sâu hơn về những khối u không biểu mô của dạ dày, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “kết quả điều trị phẫu thuật u dạ dày không biểu mô tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 4/2014 đến 5/2019”.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Các bệnh nhân được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh là u dạ dày không biểu mô tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 04/2014 đến tháng 05/2019.

**1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các trường hợp được phẫu thuật với chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là u dạ dày không biểu mô (u mô đệm, u cơ trơn, u Schwann, u mỡ, u lympho...).

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** U dạ dày biểu mô và u dạ dày thứ phát. BN đồng thời có u biểu mô và không biểu mô của dạ dày. BN đồng thời có UDDKBM và ở vị trí khác của ống tiêu hóa

## 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

**2.2. Cơ mẫu:** Bao gồm tất cả BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian 5 năm từ tháng 04/2014 đến tháng 05/2019.

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập dựa trên mẫu bệnh án thống nhất, nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 4/2014 đến tháng 5/2019 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, chúng tôi hồi cứu được 144 trường hợp u dạ dày không biểu mô đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu và kết quả cụ thể như sau:

Vị trí và xâm lấn của u dạ dày không biểu mô: Trong 144 TH có 1 TH u mô đệm tái phát chiếm toàn bộ mặt sau dạ dày, 1 TH u mô đệm tái phát biểu hiện tổn thương là nhiều khối trong ổ bụng và 2 TH u lympho thâm nhiễm lan tỏa toàn bộ dạ dày. Thân vị là vị trí hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 41,7%. Tâm vị chiếm tỷ lệ ít nhất

13,9%. Chúng tôi ghi nhận có 22 TH khối u phát triển ra phía ngoài dạ dày và xâm lấn vào các tạng xung quanh. Xâm lấn thân đuôi tụy, lách chiếm tỷ lệ cao nhất 41,5%. Túi mật ít bị xâm lấn nhất tỷ lệ là 4,5%

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật U dạ dày không biểu mô

Phương pháp phẫu thuật		n	Tỷ lệ %
Cắt dạ dày hình chêm	Đơn thuần	95	72,2%
	Kèm theo tạng xâm lấn	9	
Cắt đoạn dạ dày	Đơn thuần	16	12,5%
	Kèm theo tạng xâm lấn	2	
Cắt toàn bộ dạ dày	Đơn thuần	10	11,1%
	Kèm theo tạng xâm lấn	6	
Cắt u		1	0,7%
Thăm dò sinh thiết		5	3,5%
Tổng		144	100%

Nhận xét: Cắt dạ dày hình chêm chiếm tỷ lệ cao nhất 72,2%

Chỉ có 3 TH chảy máu trong mổ chiếm tỷ lệ 2,1%. Không có tử vong trong mổ.

Bảng 2. Đánh giá kết quả sớm sau mổ

	n	Tỷ lệ (%)	Cắt hình chêm	Cắt đoạn	Cắt toàn bộ	Cắt u	Thăm dò sinh thiết
Tốt	140	97,2	104	17	14	1	4
Trung bình	2	1,4	0	0	2	0	0
Xấu	2	1,4	0	1	0	0	1
Tổng	144	100	104	18	16	1	5

Nhận xét:

- 97,2% TH có kết quả sau phẫu thuật tốt, bệnh nhân ổn định ra viện.
- 2 TH có kết quả sau mổ trung bình (1 TH viêm phổi, 1 TH tràn dịch màng phổi)
- 2 TH có kết quả sau mổ xấu (1 TH viêm tụy cấp toác vết mổ phải mổ lại, 1 TH suy đa tạng, điều trị sau mổ 5 ngày, gia đình xin về, tử vong sau khi ra viện 1 tuần).
- Thời gian nằm viện sau mổ từ 7 - < 14 ngày có tỷ lệ cao nhất 72,2%. Thời gian nằm viện sau mổ  $\geq$  14 ngày có tỷ lệ thấp nhất 11,1%.
- Điều trị hỗ trợ sau mổ:
  - + Nhóm u mô đệm: có 34/58 trường hợp (53,9%) điều trị Imatinib (Gleevec), tỷ lệ sống của nhóm điều trị (88,23%) thấp hơn so với nhóm không điều trị (96,55%),  $p = 0,05$ .
  - + Nhóm u lympho: có 8/13 trường hợp (61,5%) điều trị hoá chất, tỷ lệ sống của nhóm điều trị (75%) cao hơn nhóm không điều trị (40%),  $p = 0,05$

Bảng 3. Kết quả xa về tình trạng sống/chết của các loại u dạ dày không biểu mô

	n	Tỷ lệ (%)	U mô đệm	U lympho	U cơ trơn	U Schwann	U mỡ
Sống	98	68,1	58	8	15	13	4
Chết	10	6,9	5	5	0	0	0
Mất tin	36	25,0	27	9	0	0	0
Tổng	144	100	90	22	15	13	4

Nhận xét: Có 10 TH tử vong chiếm 6,9%

Thời gian sống thêm sau mổ ở nhóm u mô đệm là  $58,6 \pm 1,9$  tháng

## **BÀN LUẬN**

### **1. Vị trí và tính chất xâm lấn ra xung quanh của u dạ dày không biểu mô**

Trong nghiên cứu của chúng tôi u dạ dày không biểu mô hay gặp nhất ở thân vị chiếm tỷ lệ 41,7% sau đó là đáy vị 25,7%, hang vị 16,0%, tâm vị 13,9%, có 2 TH u lympho có biểu hiện tổn thương là lan tỏa toàn bộ dạ dày, 1 TH u mô đệm chiếm toàn bộ thành sau của dạ dày và 1 TH u mô đệm tái phát biểu hiện tổn thương là nhiều khối trong ổ bụng, 22 TH khối u xâm lấn các tạng và cấu trúc xung quanh chiếm tỷ lệ 15,2% (22/144). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ của 22 TH khối u có xâm lấn này là u mô đệm hoặc u lympho. Với các u có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u cơ trơn, u Schwann, u mỡ không ghi nhận được trường hợp nào có xâm lấn. Khối u có thể xâm lấn vào một hoặc nhiều vị trí trong đó hay gặp nhất là tụy 13 TH, lách 11 TH, mạc treo đại tràng ngang 6 TH, gan 5 TH, tiếp theo là đại tràng ngang 2 TH, cơ hoành 2 TH, ruột non 1 TH, túi mật 1 TH, động mạch thân tạng 1 TH và cuống gan 1 TH. Theo nghiên cứu tương tự của Nguyễn Văn Trường [5] tỷ lệ xâm lấn tạng và cấu trúc xung quanh là 17,9% trong đó xâm lấn vào gan 5 TH, tụy lách 3 TH, phúc mạc 3 TH, ruột 2 TH và các trường hợp xâm lấn này cũng chỉ gặp ở u mô đệm và u lympho.

### **2. Các phương pháp phẫu thuật và nạo hạch**

Trong 144 TH u dạ dày không biểu mô được phẫu thuật chúng tôi thấy cắt dạ dày hình chêm (đơn thuần hoặc kèm theo tạng xâm lấn) chiếm tỷ lệ cao nhất 72,2% (104/144) sau đó là cắt đoạn dạ dày (đơn thuần hoặc kèm theo tạng xâm lấn) 12,5% (18/144) và cắt toàn bộ dạ dày (đơn thuần hoặc kèm theo tạng xâm lấn) 11,1% (16/144). 1 TH u mô đệm tái phát biểu hiện tổn thương là nhiều khối trong ổ bụng được mổ cắt u. Có 5 TH không cắt được tổn thương do khối u đã xâm lấn tạng xung quanh chỉ mổ thăm dò sinh thiết trong đó 1 TH u mô đệm tái phát vỡ, chảy máu phải chèn meche và 4 TH u lympho (2 TH mở thông hồng tràng, 1 TH nối vị tràng, 1 TH mổ cấp cứu do viêm phúc mạc làm phẫu thuật Newmann và nối vị tràng). Trong nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, 22 TH khối u xâm lấn vào các tạng và cấu trúc xung quanh chỉ gặp ở u lympho và u mô đệm. Các u cơ trơn, u Schwann và u mỡ không thấy có xâm lấn. Trong 22 TH có xâm lấn thì cắt thân đuôi tụy và lách chiếm tỷ lệ cao nhất 41,5% (9/22), có 5 TH không cắt được chỉ thăm dò sinh thiết u chiếm 22,5%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường [5] có 10

TH phải thực hiện các phẫu thuật phối hợp như cắt gan, cắt đuôi tụy, cắt đoạn ruột đều gặp ở u mô đệm hoặc u lympho.

Hạch là một cơ quan của hệ bạch huyết do đó đây là đường lan tràn đầu tiên của u lympho ống tiêu hóa. Trong 29 TH được nạo vét hạch và làm sinh thiết tức thì mà chúng tôi ghi nhận được, chỉ có 7 TH u lympho là có di căn hạch chiếm tỷ lệ 24,1%. Theo Nguyễn Thành Khiêm, có 49% TH có di căn hạch [6]. Các TH u mô đệm, u cơ trơn và u Schwann không thấy có di căn hạch. Kết quả này phù hợp với thực tế là việc nạo vét hạch đối với u mô đệm là không cần thiết do u mô đệm ít khi di căn theo đường bạch huyết mà chủ yếu di căn theo đường máu tới gan và xâm lấn trực tiếp vào các tạng xung quanh.

### **3. Kết quả sớm sau mổ và điều trị bổ trợ**

Kết quả sớm sau mổ đạt tốt chiếm 97,2%, tỷ lệ biến chứng sau mổ là 2,8% ở 4 TH có kết quả trung bình hoặc xấu và đều nằm ở nhóm bệnh nhân u lympho. Có 2 TH có kết quả trung bình, sau mổ cắt toàn bộ dạ dày, 1 TH có viêm phổi được cấy dịch phế quản và điều trị theo kháng sinh đồ thời gian điều trị kéo dài 1 tháng, 1 TH tràn dịch màng phổi 2 bên phải chọc hút dịch thời gian điều trị kéo dài 20 ngày. 2 TH còn lại có kết quả xấu trong đó 1 TH mổ cắt đoạn dạ dày, sau mổ bệnh nhân viêm tụy cấp, loét vết mổ phải mổ lại để mở bao tụy, đặt dẫn lưu ổ bụng, mở thông hồng tràng, khâu phục hồi thành bụng và 1 TH mổ cấp cứu do u thủng gây viêm phúc mạc, sau mổ tình trạng bệnh nhân diễn biến nặng, suy đa tạng, điều trị 5 ngày gia đình xin về, sau khi ra viện 1 tuần bệnh nhân tử vong. Như vậy kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,2%; kết quả trung bình (1,4%); kết quả xấu (1,4%). Chúng tôi thấy rằng thời gian nằm viện từ 7 đến dưới 14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 72,2%. Thời gian nằm viện dưới 7 ngày chiếm 16,7% và chủ yếu ở các TH cắt dạ dày hình chêm và nhóm mổ nội soi. Thời gian nằm viện từ 14 ngày trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,1% và đều nằm ở nhóm bệnh nhân phải mổ mở, cắt đoạn hoặc cắt toàn bộ dạ dày kèm theo các tạng bị xâm lấn.

Đối với u lympho dạ dày trước kia, phẫu thuật là phương pháp điều trị ban đầu, tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy những phương pháp điều trị bảo tồn đem lại chất lượng sống tốt hơn cho bệnh nhân, mà không ảnh hưởng xấu đến tỷ lệ sống. Do đó, phẫu thuật không còn được chỉ định như là phương pháp điều trị ban đầu nữa ngoại trừ một số ít trường hợp không đáp ứng với những phương pháp điều trị không phẫu thuật và ở bệnh nhân có

biến chứng nặng do khối u gây ra như thủng, xuất huyết tiêu hóa, hoặc tắc [7]. Phác đồ thường được sử dụng là CHOP hoặc R-CHOP, nghiên cứu của chúng tôi thấy sau mổ có 61,5% trường hợp u lympho của dạ dày được điều trị hoá chất, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Khiêm là 87,5% [6], điều này có thể là do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Khiêm là toàn bộ u lympho của đường tiêu hoá.

Điều trị Gleevec trong nghiên cứu này trên 34/63 TH u mô đệm sau mổ chiếm tỷ lệ 53,9%; hầu hết các TH đều dùng với liều 400mg mỗi ngày. Có 4 TH u mô đệm tái phát được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trong đó 1 TH mất tin, 1 TH cắt toàn bộ dạ dày kèm theo lách thân đuôi tụy, sau mổ bệnh nhân tiếp tục điều trị Gleevec và chết sau 25 tháng. 1 TH tái phát có tổn thương trong mô là nhiều khối trong ổ bụng, được mổ cắt u, sau mổ bệnh nhân vẫn tiếp tục điều trị Gleevec và phát hiện tái phát sau 1 năm. 1 TH còn lại mổ cắt toàn bộ dạ dày và cắt gan hạ phân thùy 2, TH này sau mổ lần 1 có điều trị Gleevec nhưng sau đó phải ngừng thuốc do tác dụng phụ là viêm da, bệnh nhân tái phát sau 6 tháng. Theo Bùi Trung Nghĩa [8] nghiên cứu 84 TH u mô đệm đường tiêu hóa có 22/54 (40,7%) TH được điều trị Gleevec sau mổ và tỷ lệ tái phát tại thời điểm nghiên cứu là 33,3%. Hiện tại ở Việt Nam việc điều trị Gleevec còn nhiều hạn chế do giá thành của thuốc cao, nguồn cung cấp thuốc chưa ổn định, nên có những TH có chỉ định nhưng không được điều trị. Với BN có khả năng điều trị nhưng phải ngừng thuốc do kháng thuốc hoặc do tác dụng phụ thì không có thuốc thay thế. Hiện nay, Sunitinib đã được sử dụng trong điều trị những trường hợp u mô đệm kháng thuốc Imatinib. Tuy nhiên, chưa có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng loại thuốc này.

#### 4. Kết quả xa sau mổ

Ở nhóm u mô đệm, chúng tôi liên lạc được với 63 TH. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 63 tháng. Tỷ lệ sống thêm sau mổ 1 năm là 96,8%; 3 năm là 93,6% và 5 năm là 92,1%. Bằng phương pháp Kaplan Meier, chúng tôi ước lượng được thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm u mô đệm là  $58,6 \pm 1,9$  tháng và xác suất sống tích lũy sau mổ 5 năm là 0,89%. Thời gian sống thêm ước tính của chúng tôi cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Bùi Trung Nghĩa ( $41,03 \pm 3,14$  tháng) [8]. Điều này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi đều là u mô đệm của

dạ dày, có mức độ ác tính thấp hơn so với các u mô đệm nằm ở vị trí khác của đường tiêu hóa.

Chúng tôi thấy rằng khả năng sống thêm sau mổ ở nhóm không điều trị Gleevec cao hơn nhóm có điều trị Gleevec nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Chúng tôi ước lượng được thời gian sống thêm sau mổ ở nhóm không điều trị Gleevec là  $61,1 \pm 1,8$  tháng và ở nhóm có điều trị Gleevec là  $54,9 \pm 3,2$  tháng. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy rằng các TH không điều trị Gleevec sau mổ hầu hết là khối u nguy cơ thấp có kích thước nhỏ, chưa xâm lấn ra các tạng xung quanh và được phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm. Với những TH được điều trị Gleevec thì phần lớn là khối u nguy cơ cao, có kích thước lớn, đã xâm lấn ra xung quanh và phải cắt bỏ các tạng bị xâm lấn. Do vậy, thời gian sống sau mổ ở nhóm có điều trị Gleevec thấp hơn so với nhóm không điều trị Gleevec.

Chúng tôi chỉ liên lạc được với 13 bệnh nhân u lympho trong đó có 5 TH đã tử vong. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 61 tháng. Tỷ lệ sống sau mổ 1 năm là 69,2%; sau mổ 3 năm là 61,5%; sau mổ 5 năm là 61,5%. Do số liệu quá ít nên chúng tôi không ước lượng thời gian sống sau mổ của nhóm này.

#### KẾT LUẬN

Kết quả điều trị u dạ dày không biểu mô có kết quả sớm đạt tốt ở 97,2% các trường hợp, kết quả xa của nhóm u mô đệm sống sau 5 năm đạt 92,1% với thời gian sống thêm sau mổ 58,6 tháng, của nhóm u lympho sau 5 năm đạt 61,5%. Những trường hợp u lympho nếu có biến chứng mới phải điều trị mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hamilton SR, Aaltonen LA.** (2000). World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics of tumours of the digestive system. Lyon, France: IARC.
2. **F. T. Bosman, F. Carneiro, R. H. Hruban, and N. D.Theise.** (2010). WHO Classification of Tumours of the Digestive System, Tumours IWCo, 4th edition.
3. **Chak, A.** (2002). "EUS in submucosal tumors". *Gastrointest Endosc.* Oct). 56 (4 Suppl): S43-8.
4. **Chak, A., Canto, M. I., Rosch, T., Dittler, H. J., Hawes, R. H., Tio, T. L., et al.** (1997). "Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal cell tumors". *Gastrointest Endosc*;45(6):468-73.
5. **Nguyễn Văn Trường.** (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật u dạ dày có nguồn gốc không từ biểu

mô tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2008 đến 2013, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

6. **Nguyễn Thành Khiêm.** (2011), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u lympho nguyên phát ống tiêu hóa tại Bệnh viện Việt Đức, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S.** (2018), Primary Gastric Lymphoma,

Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. *Cancer Control.* 25 (1) 107327481877825.

8. **Bùi Trung Nghĩa.** (2011), Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2005 – 12/2010, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỤP TỦY GIÁN TIẾP BẰNG BIODENTINE Ở RĂNG VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

**NGUYỄN THỊ THU THỦY, NGUYỄN THẾ HẠNH**  
*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân viêm tủy có hồi phục và đánh giá kết quả điều trị viêm tủy có hồi phục được chụp tủy gián tiếp bằng Biodentine ở tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2020.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 42 bệnh nhân với 60 răng có tổn thương sâu răng với triệu chứng viêm tủy có hồi phục tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Thực hiện che tủy gián tiếp bằng vật liệu Biodentine và phục hồi thân răng bằng compsite. Chụp Xquang cận chóp tại các thời điểm trước điều trị, sau điều trị 3 tháng và 6 tháng. Việc thực hiện điều trị và đánh giá các triệu chứng lâm sàng và Xquang được thực hiện bởi cùng một nghiên cứu viên.

**Kết quả:** Tỷ lệ tái khám là 100% ở các lần tái khám sau điều trị 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Sau 6 tháng tỷ lệ thành công 80%, 7/60 răng thành công trên lâm sàng nhưng chưa quan sát thấy lớp ngà thứ ba xếp loại kết quả nghi ngờ. 5/60 răng kết quả điều trị thất bại, có triệu chứng viêm tủy không hồi phục và được điều trị tủy toàn bộ chiếm 8,33%.

**Từ khóa:** Chụp tủy gián tiếp, Biodentine™, viêm tủy có hồi phục.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: bsthu89@gmail.com

Ngày nhận: 09/11/2020

Ngày phản biện: 12/12/2020

Ngày duyệt bài: 05/01/2021

### SUMMARY

**Objective:** The purpose of this study was to describing some features of patients with reversible pulpitis, at National Hanoi Odontostomatology Hospital in 2019-2020 and evaluating the results of treatment of indirectly pulp capping by Biodentine™.

**Subjects and Methods:** An uncontrolled clinical intervention study on 42 patients with 60 teeth with deep carious lesions with reversible pulpitis. Indirect cupping pulp with Biodentine™ and restoring by compsite. Periapical radiographs were acquired prior to the treatment as well as at 3 and 6 months posttreatment. Clinical and radiological symptom evaluation and evaluation performed by the same investigator.

**Result:** The recall rates were 100% at 3 and 6 months posttreatment. Five teeth capped with Biodentine™ received endodontic emergency treatment because of symptoms of irreversible pulpitis, which were clinically and/or radiographically. The success rates of the treatment were 80%.

**Keywords:** Indirect cupping pulp, Biodentine™, reversible pulpitis.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy răng là bệnh hay gặp, đứng thứ 3 trong các bệnh lý răng miệng, sau sâu răng và bệnh vùng quanh răng. Một trong những yếu tố quan trọng nhất trong việc tiên lượng sau khi điều trị răng viêm tủy có hồi phục là bảo tồn sức sống của tủy răng. Từ lâu, liệu pháp điều trị tủy