

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tanaka S.A., Mahabir R.C., Jupiter D.C., et al. (2012).** Updating the epidemiology of cleft lip with or without cleft palate. *Plast Reconstr Surg*, **129(3)**, 511e–518e.
2. **Taib B.G., Taib A.G., Swift A.C., et al. (2015).** Cleft lip and palate: diagnosis and management. *Br J Hosp Med Lond Engl* 2005, **76(10)**, 584–585, 588–591.
3. **Mulliken J.B. and Martínez-Pérez D. (1999).** The principle of rotation advancement for repair of unilateral complete cleft lip and nasal deformity: technical variations and analysis of results. *Plast Reconstr Surg*, **104(5)**, 1247–1260.
4. **Liang Z., Yao J., Chen P.K.T., et al. (2018).** Effect of Presurgical Nasoalveolar Molding on Nasal Symmetry in Unilateral Complete Cleft Lip/Palate Patients after Primary Cheiloplasty without Concomitant Nasal Cartilage Dissection: Early Childhood Evaluation. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc*, **55(7)**, 935–940.
5. **José Alberto de Souza Freitas, Daniela Gamba Garib, Marchini Oliveira, et al. (2012).** Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *Oral Sci*, **20(2)**, 9–15.
6. **Tatum S.A. (2014).** Pediatric facial plastic and reconstructive surgery. *Facial Plast Surg Clin N Am*, **22(4)**, xiii.
7. **Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiếu (2021).** Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **503(2)**, 247–251.
8. **Nguyen H.L., Nguyen V.M., and Tran X.P. (2021).** Cleft Lip/Nasal Deformities After Plastic Surgery for Unilateral Cleft Lip/Palate: A Prospective Study at a Large Hospital in Vietnam. *Clin Cosmet Investig Dent*, **13**, 305–314.
9. **Sell D., Grunwell P., Mildinhal S., et al. (2001).** Cleft Lip and Palate Care in the United Kingdom—The Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Study. Part 3: Speech Outcomes. *Cleft Palate Craniofac J*, **38(1)**, 30–37.
10. **Ruiz-Guillén A., Suso-Ribera C., Romero-Maroto M., et al. (2021).** Perception of quality of life by children and adolescents with cleft lip/palate after orthodontic and surgical treatment: gender and age analysis. *Prog Orthod*, **22**, 10.

## KHẢO SÁT THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG TRONG MỔ VÀ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIÊU HÓA LỚN

Trần Việt Đức<sup>1</sup>, Vũ Hoàng Phương<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Phẫu thuật tiêu hóa lớn là phẫu thuật gây ra tình trạng mất máu, mất dịch nhiều và có thể gây ra nhiều biến đổi huyết động trong mổ. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại khoa Gây mê hồi sức và Chống đau - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2021 trên 138 bệnh nhân nhằm khảo sát thay đổi một số chỉ số huyết động trong mổ và biến đổi trong khí máu động mạch trong và sau mổ. Kết quả cho thấy tỉ lệ tụt huyết áp sau khởi mê xảy ra ở 44,9% số bệnh nhân, huyết áp trung bình giảm 16% so với mức nền. Xét nghiệm khí máu động mạch cho thấy xu hướng toan hỗn hợp khi mổ kéo dài, sau mổ có tình trạng giảm PaO<sub>2</sub> và PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** các bệnh nhân được phẫu thuật tiêu hóa lớn có tình trạng tụt huyết áp khi khởi mê, tuy nhiên trong cuộc mổ huyết động biến đổi không nhiều, đồng thời xu hướng toan hóa máu khi thời gian phẫu thuật kéo dài và giảm oxy máu sau phẫu thuật. **Từ khóa:** phẫu thuật tiêu hóa lớn, thay đổi huyết động, khí máu động mạch

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Phương

Email: vuhoangphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 11.5.2022

## SUMMARY

### THE PERIOPERATIVE HEMODYNAMIC, ARTERIAL BLOOD GAS IN THE MAJOR ABDOMINAL SURGERIES

Major abdominal surgery is surgery that causes blood loss, fluid loss and causes many hemodynamic changes during surgery. The study was conducted at Hanoi Medical University Hospital from January to October 2021 on 138 patients to investigate intraoperative hemodynamic status and changes in arterial blood gases perioperative. The results showed that in 138 patients, 86.2% had gastrointestinal cancer surgery, hypotension after induction of anesthesia occurred in 44.9% of patients, the blood pressure decreased by 16 % averagely. Arterial blood gas test showed a tendency of mixed acidosis during surgery, after surgery there was a statistically significant decrease in PaO<sub>2</sub> and PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. Conclusion: the major abdominal surgery had a decrease in blood pressure at the induction of anesthesia, however, there was not much change in hemodynamics during surgery, and the tendency to acidosis when the surgery time was prolonged and decreased blood oxygen after surgery.

**Keywords:** major abdominal surgery, hemodynamics, arterial blood gas.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tiêu hóa lớn là các phẫu thuật trên

hệ tiêu hóa có sự tái tạo với sự có mặt của các miệng nổi và/hoặc các lỗ mở thông, bao gồm cả phẫu thuật ít xâm lấn, mở tối thiểu và mổ mở.<sup>1</sup> Trong phẫu thuật tiêu hóa lớn, tình trạng mất dịch và/hoặc mất máu là đáng kể và ảnh hưởng lớn đến kết quả phẫu thuật cũng như tiên lượng lâu dài với người bệnh. Đảm bảo đủ khối lượng tuần hoàn để vận chuyển và phân phối oxy, tránh các tác động xấu của giảm tưới máu mô lên tế bào, suy tạng và rối loạn chức năng sống, phản ứng viêm và phản ứng thần kinh. Đặc biệt trong phẫu thuật tiêu hóa lớn, sự mất nước và điện giải còn theo những cơ chế và mức độ khác nhau, mất nước nhiều vào khoang thứ ba gây giảm thể tích tuần hoàn, có thể dẫn đến giảm tưới máu và suy giảm chức năng cơ quan, sau phẫu thuật tiêu hóa việc đảm bảo tưới máu tạng còn đem lại sự phục hồi miệng nổi sau phẫu thuật. Tuy nhiên việc truyền dịch quá nhiều có thể dẫn đến phù kẽ, tăng gánh cho tim, tăng nguy cơ biến chứng phổi và chữa lành vết thương kém. Truyền dịch không phù hợp trong mổ có thể gây nhiều biến chứng nặng cho bệnh nhân, gây các rối loạn huyết động chu phẫu và/hoặc các thay đổi trên xét nghiệm hóa sinh (như điện giải đồ, albumin, men gan, chức năng thận...) và khí máu động mạch. Nghiên cứu trên các bệnh nhân mổ cấp cứu bụng do tắc ruột của Cihoric M. cho thấy thường xuyên có hiện tượng toan hóa máu sau mổ, có thể kết hợp với giảm clo máu chu phẫu đều là các yếu tố nguy cơ độc lập cho tiên lượng kết quả phẫu thuật xấu cả ngắn hạn và dài hạn, đòi hỏi lựa chọn loại và lượng dịch truyền hợp lý.<sup>2</sup> Tác giả Shounthoo RS cũng cho thấy giảm pH và pO<sub>2</sub>, tăng pCO<sub>2</sub> trong máu động mạch của bệnh nhân mổ cắt dạ dày đáng kể trong ngày đầu sau mổ.<sup>3</sup> Nghiên cứu của Phạm Quang Minh năm 2014 cũng cho thấy trong xét nghiệm khí máu động mạch bệnh nhân ở ngày thứ nhất và ngày thứ hai đều giảm pO<sub>2</sub> và PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> có ý nghĩa so với trước mổ, đồng thời giảm pO<sub>2</sub> máu động mạch là yếu tố nguy cơ độc lập với biến chứng hô hấp sau phẫu thuật.<sup>4</sup>

Bệnh viện Đại học Y hàng năm thực hiện hơn 15000 ca phẫu thuật, trong đó phẫu thuật tiêu hóa lớn chiếm không dưới 40%. Nhiều bệnh nhân có bệnh lý nền nặng, tiên lượng nặng trong giai đoạn chu phẫu và hậu phẫu. Do đó để tối ưu hóa điều trị và chăm sóc, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá sự thay đổi về huyết động trong mổ và khí máu động mạch ở bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa lớn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**
- + Tuổi từ 18 đến 80.
- + ASA 1 – 2.
- + Mổ tiêu hóa theo chương trình, có thời gian phẫu thuật dự kiến  $\geq$  120 phút.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** có tiền sử các bệnh tim mạch nặng: suy tim, rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp chưa kiểm soát, bệnh lý mạch vành tiến triển...

- Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu:

- + phải mổ lại do tai biến của phẫu thuật, gây mê.
- + bệnh nhân không đồng ý tiếp tục nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Cỡ mẫu: thuận tiện.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Gây mê hồi sức và Chống đau, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: giải thích cho bệnh nhân, vệ sinh trước phẫu thuật, nhịn ăn tối thiểu 8 tiếng trước phẫu thuật.

+ Bệnh nhân vào phòng mổ được lắp monitor theo dõi các chỉ số: tần số tim, huyết áp, tần số thở, SpO<sub>2</sub>. Đặt đường truyền lớn G18 hoặc G20.

+ Gây mê toàn thân và thở máy bảo vệ phổi sau khi đặt ống nội khí quản: khởi mê bằng fentanyl 2mcg/kg, propofol 2mg/kg, rocuronium 0,6mg/kg. Duy trì mê bằng sevofluran, đảm bảo BIS40-60, kết hợp với fentanyl 2 $\mu$ g/kg/giờ, rocuronium đảm bảo giãn cơ TOF 0% cho đến khi kết thúc phẫu thuật.

+ Bệnh nhân được theo dõi: tần số tim, SpO<sub>2</sub> liên tục trong mổ, đo huyết áp mỗi 5 phút. Tụt huyết áp khi huyết áp tâm thu dưới 90mmHg hoặc giảm quá 20% so với mức nền trước mổ.

- Các tiêu chí đánh giá:

+ Tần số tim, huyết áp tại các thời điểm: T0 (trước khởi mê), Tskm (ngay sau khởi mê), T5, T15, T30, T60, T120 (sau khởi mê 5, 15, 30, 60, 120 phút) và Tkt (kết thúc phẫu thuật).

+ Khí máu động mạch trong mổ, sau mổ 24 và 48 giờ.

- **Xử lý số liệu:** các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng biểu hiện bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, phép so sánh T-test, các biến định tính thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm, phép so sánh  $\chi^2$ .

**3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự chấp thuận tham gia của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, Nghiên cứu này cũng được thông qua bởi ban lãnh đạo khoa Gây mê hồi sức

và chống đau, bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bộ môn Gây mê hồi sức, trường Đại học Y Hà Nội. Các thông tin trong nghiên cứu của bệnh nhân đều được bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

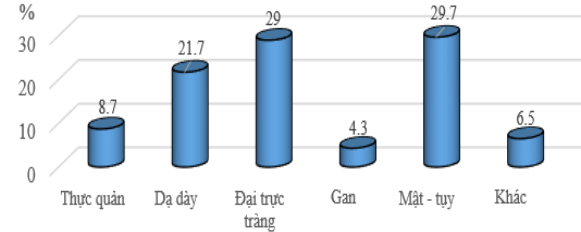
**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021, chúng tôi thu thập được 140 bệnh nhân nghiên cứu. Số bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu: 1, số bệnh nhân bị thất lạc thông tin: 1. Số bệnh nhân còn lại: 138.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

ASA 1	17,1%	
Tỉ lệ nam:nữ	74 : 64	
Tuổi (năm, $\bar{x} \pm SD$ )	59,2 $\pm$ 11,9	
Chiều cao (cm, $\bar{x} \pm SD$ )	158,3 $\pm$ 7,8	
Cân nặng (kg, $\bar{x} \pm SD$ )	52,7 $\pm$ 7,9	
BMI (kg/m <sup>2</sup> , $\bar{x} \pm SD$ )	21,0 $\pm$ 2,6	
Tiền sử (%)	Tăng huyết áp	21,0%
	Đái tháo đường typ 2	9,4%
	Bệnh mạch vành	1,4%
	Nghiện thuốc lá	6,5%
	Nghiện rượu	2,2%
	Bệnh hô hấp mạn tính	6,5%
	Cản thiệp ổ bụng (phẫu thuật, xạ trị)	21,7%
	Suy thận	1,4%
Chỉ số đa bệnh lý Charlson	Dưới 3	25,4%
	3 – 4	53,6%
	Trên 4	21,0%
Ung thư đường tiêu hóa	86,2%	
Thời gian phẫu thuật (phút, $\bar{x} \pm SD$ )	190,1 $\pm$ 73,3	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày, $\bar{x} \pm SD$ )	9,9 $\pm$ 3,9	

Tỷ lệ bệnh nhân có phân loại sức khỏe ASA 1 chiếm hơn 17%, còn lại trong phân loại ASA 2. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm 53,6%. Bệnh lý nội khoa thường gặp trong quần thể nghiên cứu là tăng huyết áp, chiếm hơn 1/5 quần thể nghiên cứu. Số bệnh nhân đã từng can thiệp ổ bụng (phẫu thuật và/hoặc xạ trị) chiếm hơn 20%. Các bệnh lý nền khác chiếm tỷ lệ dưới

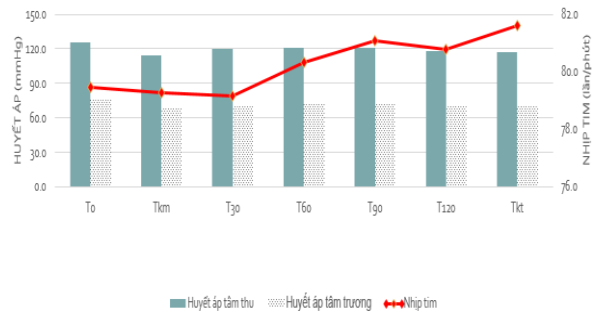
10%. Chỉ số đa bệnh lý Charlson phân bố chủ yếu trong khoảng từ 3 đến 4 điểm (gần 54%). Thời gian phẫu thuật trung bình trên 180 phút, nằm viện trung bình gần 10 ngày.



**Biểu đồ 1. Phân bố cơ quan phẫu thuật trong nghiên cứu**

Phẫu thuật tại mật – tụy chiếm nhiều nhất (gần 30%), sau đó là phẫu thuật đại trực tràng (29%) và dạ dày (gần 22%). Các phẫu thuật khác chiếm hơn 5%, chủ yếu là phẫu thuật u sau phúc mạc.

**2. Thay đổi huyết động trong mổ**



**Biểu đồ 2. Diễn biến huyết động trong mổ**

Tụt huyết áp sau khởi mê xảy ra ở 62/138 bệnh nhân (chiếm 44,9%). Số lần tụt huyết áp trung bình là 2,1 (lần), với lượng ephedrin trung bình 8,4mg. Trung bình cả quần thể nghiên cứu huyết áp giảm khoảng 16% sau khi khởi mê và diễn biến ổn định xung quanh mức huyết áp nền trong quá trình phẫu thuật tại các thời điểm nghiên cứu. Nhịp tim có xu hướng tăng về cuối cuộc mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**3. Thay đổi khí máu động mạch**

**Bảng 3. Khí máu động mạch trong mổ theo thời gian phẫu thuật**

	120 – 180 phút	181 – 240 phút	Trên 240 phút	p
pH	7,38 $\pm$ 0,05	7,34 $\pm$ 0,03	7,34 $\pm$ 0,05	> 0,05
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	32,6 $\pm$ 3,5	38,4 $\pm$ 3,3	38,6 $\pm$ 3,9	< 0,05
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	184,5 $\pm$ 53,8	201,2 $\pm$ 17,7	197,7 $\pm$ 44,4	> 0,05
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	370,2 $\pm$ 65,7	398,3 $\pm$ 44,6	400,4 $\pm$ 88,5	> 0,05
BE (mmol/L)	-1,5 $\pm$ 2,9	-3,2 $\pm$ 1,3	-4,2 $\pm$ 3,4	< 0,05
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mEq/L)	23,3 $\pm$ 2,5	21,9 $\pm$ 1,3	20,9 $\pm$ 2,9	< 0,05
Lactat (mmol/L)	2,2 $\pm$ 1,5	2,2 $\pm$ 0,8	2,4 $\pm$ 1,2	> 0,05

Xu hướng toan chuyển hóa lẫn toan hô hấp có ý nghĩa thống kê khi thời gian mổ càng mổ kéo dài, tuy nhiên chỉ số PaO<sub>2</sub> duy trì ở ngưỡng bình thường và lactat tăng nhẹ không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Thay đổi khí máu động mạch của bệnh nhân theo thời điểm**

	Trong mổ(T0)	Ngày 1 sau mổ (T1)	Ngày 2 sau mổ (T2)	p
pH	7,36 ± 0,05	7,37 ± 0,05	7,38 ± 0,05	> 0,05
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	35,6 ± 4,5	36,4 ± 3,3; ΔT1-0 = 2,2%	37,6 ± 2,9; ΔT2-0 = 5,6%	> 0,05
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	192,3 ± 44,7	186,5 ± 48,2; ΔT1-0=-3,0%	152,7 ± 54,8; ΔT2-0 = 20,6%	< 0,05
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	401,2 ± 66,7	388,3 ± 34,6; ΔT1-0 = -3,2%	370,4 ± 90,5; ΔT2-0 = -7,6%	< 0,05
BE (mmol/L)	-2,7 ± 3,0	-2,7 ± 3,2	-2,1 ± 3,2	> 0,05
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mEq/L)	22,3 ± 2,6	22,1 ± 2,9	22,5 ± 2,7	> 0,05
Lactat (mmol/L)	2,3 ± 1,2	2,6 ± 1,4	2,4 ± 0,6	> 0,05

pH máu động mạch, PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> cùng các chỉ số toan kiềm duy trì ở mức bình thường tại các thời điểm nghiên cứu. Lactat máu động mạch có xu hướng tăng sau mổ ngày đầu tiên, nhưng giảm trong ngày thứ hai, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật tiêu hóa lớn chiếm phần không nhỏ trong các phẫu thuật lớn, kéo dài, gây mất dịch, máu và kéo theo các mất thăng bằng điện giải hay toan kiềm.<sup>1,5</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi nhóm bệnh nhân trung bình là 59,2, nam giới chiếm 54% và phần lớn có phân loại sức khỏe nhóm 2 theo ASA (gần 83%) do các bệnh nhân phần lớn đều có bệnh lý nền nội khoa hoặc đã từng phẫu thuật, đặc biệt nhóm các bệnh nhân chẩn đoán ung thư. Điều này có liên quan đến kết quả chỉ số đa bệnh lý Charlson. Chỉ số này có giá trị đánh giá và tiên lượng tử vong sau phẫu thuật, tổng điểm càng cao cho thấy nguy cơ tử vong càng gia tăng, đặc biệt ngưỡng điểm < 3, 3-4, ≥ 5 cho thấy kết cục tử vong có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.<sup>6</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm có Charlson score 3 – 4 điểm chiếm tỷ lệ gần 54%, số có điểm Charlson từ 5 trở lên cũng chiếm đến 1/5 tổng số quần thể nghiên cứu. Chỉ số này khá cao mặc dù % bệnh nội khoa kèm theo không cao, lý giải do quần thể nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh ung thư cần phẫu thuật cao (hơn 80%).

Về diễn biến huyết động trong mổ: sau khởi mê có xảy ra tụt huyết áp ở 45% bệnh nhân. Huyết áp có giảm sau khởi mê do tác động giãn mạch của các thuốc mê, sau đó dần hồi phục sau những phút tiếp theo do được xử lý điều chỉnh theo bởi các bác sĩ gây mê (thêm thuốc co mạch hoặc tăng dịch truyền). Nhịp tim và huyết áp tương đối ổn định trong mổ. Kết quả này tương đồng với các tác giả Luis PJ.<sup>7</sup> và Myles.<sup>8</sup> Myles với có phác đồ xử trí dịch truyền theo hai đích hoặc hạn chế dịch truyền, hoặc truyền dịch theo đích với kết quả so sánh hai nhóm về huyết động khá tương đồng.<sup>8</sup>

Kết quả khí máu động mạch cho thấy càng phẫu thuật kéo dài càng có xu hướng toan hóa, cả

toan chuyển hóa và toan hô hấp. Kết cục này có tương đồng với các tác giả Cihoric M.<sup>2</sup> và phù hợp với diễn biến chung của cuộc mổ, khi cuộc mổ diễn ra trên các bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền nặng hoặc tổn thương giải phẫu nặng nề, cần thời gian phẫu tích và giải quyết các thương tổn trong mổ. Điều này càng kéo theo hiện tượng mất dịch và ảnh hưởng đến khối lượng tuần hoàn, làm cho kết cục sau mổ bị ảnh hưởng.<sup>9</sup> Khí máu động mạch sau mổ cho thấy có xu hướng giảm phân áp oxy trong máu động mạch. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Phạm Quang Minh về theo dõi khí máu động mạch sau mổ bụng lớn.<sup>4</sup> Đây cũng là một trong các yếu tố nguy cơ độc lập với biến chứng hô hấp sau mổ.<sup>10</sup> Điều này đòi hỏi nhóm tác giả cần phân tích và theo dõi thêm về các biến chứng và kết cục sau mổ ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa lớn.

#### V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân được phẫu thuật tiêu hóa lớn có tình trạng tụt huyết áp khi khởi mê, tuy nhiên trong cuộc mổ huyết động biến đổi không nhiều, đồng thời xu hướng toan hóa máu khi thời gian phẫu thuật kéo dài và giảm oxy máu sau phẫu thuật.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Straatman, M.A. Cuesta, E.S.M. De Lange – De Klerk, et al. Long-Term Survival After Complications Following Major Abdominal Surgery. *J Gastrointest Surg.* 2016;20:1034–1041.
2. M. Cihoric, H. Kehlet, M.L. Lauritsen, et al. Electrolyte and Acid–Base Disturbances in Emergency High-Risk Abdominal Surgery, a Retrospective Study. *World J Surg.* 2022;https://doi.org/10.1007/s00268-022-06499-9.
3. Shounthoo Rs, Shamim A, Et Al. Arterial blood gases changes in upper abdominal surgeries. A prospective study. 2016;4(4D):1384-1391. www.saspublisher.com.
4. Phạm Quang Minh. Đánh giá sự thay đổi khí máu động mạch sau mổ và các yếu tố nguy cơ của

- giảm oxy máu động mạch ở bệnh nhân được phẫu thuật bụng. Luận án Tiến sĩ Y học. 2014:Đại học Y Hà Nội.
5. **S. S Mogoanta, S Paitici, C. A Mogoanta.** Postoperative Follow-Up and Recovery after Abdominal Surgery. In: Zaghal A, Rifai AE, eds. Abdominal Surgery - A Brief Overview. IntechOpen; 2021.
  6. **Charlson M.E, Pompei P, Ales K.L, et al.** A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-383.
  7. **Luiz P.J., Rodrigo B.A., Maria C.V., et al.** Hemodynamic evaluation of elderly patients during laparoscopic cholecystectomy. Rev Col Bras Cir. 2018;45(2).
  8. **Paul S. Myles, Rinaldo Bellomo, Tomas Corcoran, et al.** Restrictive versus Liberal Fluid Therapy for Major Abdominal Surgery. N Engl J Med. 2018;378(24):2263-2274.
  9. **C. Salzwedel, J. Puig, A. Carstens, et al.** Perioperative goal-directed hemodynamic therapy based on radial arterial pulse pressure variation and continuous cardiac index trending reduces postoperative complications after major abdominal surgery: a multi-center, prospective, randomized study. Crit Care. 2013;17(R191).

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ NỘI ỔNG TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang\*, Nguyễn Văn Đức\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 78 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống được phẫu thuật từ 1/2014 tới 10/2017 tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K. **Kết quả:** Vị trí u thường gặp nhất là ¼ trên ngoài với 43,6%. U có kích thước ≤ 25mm chiếm 83,3%. Độ mô học trung gian chiếm 52,6%; tỷ lệ thụ thể estrogen dương tính là 55,1%. Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến vú và phẫu thuật bảo tồn lần lượt là 83,3% và 16,7%. Biến chứng gặp ở 10,2%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội tiết là 55,1%, xạ trị bổ trợ là 15,4%. Chưa ghi nhận tái phát di căn. **Kết luận:** Điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống gồm phẫu thuật, xạ trị và nội tiết đem lại kết quả tốt, biến chứng phẫu thuật thấp, cần theo dõi lâu dài để đánh giá tái phát di căn.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tuyến vú, thể nội ống.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF BREAST CANCER AT K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate results of treatment ductal carcinoma in situ of breast cancer at K hospital. **Patients and methods:** Retrospectivedescription of 78 patients with ductalcarcinoma in situ of breast cancer operatedat the Department of Breast Surgery - K Hospitalfrom January 2014 to October 2017. **Results:** The most common tumor location was the upper outer quadrant of the breast with 43.6%. Tumour size ≤25mm accounts for 83.3%. Intermediate-grade DCIS accounted for 52.6%; the percentage of estrogen receptor-positive was 55.1%.

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang  
Email: bslequang@gmail.com  
Ngày nhận bài: 15.3.2022  
Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022  
Ngày duyệt bài: 12.5.2022

The mastectomy and breast-conservingsurgery rateswere 83.3% and 16.7%, respectively. Complications were found in 10.2%. The proportion of patients receiving endocrine therapy was 55.1%, and adjuvant radiation therapy was 15.4%. No recurrence and metastasis. **Conclusion:** Treatment of ductal carcinoma in situ of breast cancer including surgery, radiotherapy, and endocrine therapy provides good results, low surgical complications, and requires long-term follow-up to evaluate recurrence and metastasis.

**Keywords:** breast cancer, ductal carcinoma in situ.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới. Theo Globocan 2020, trên thế giới có tới hơn 2,2 triệu người mắc và hơn 600.000 người tử vong do ung thư vú. Tại Việt Nam cũng trong năm 2020 ghi nhận 21.555 trường hợp ung thư vú mới mắc và hơn 9.000 trường hợp tử vong [1].

Ung thư biểu mô tuyến vú có thể chia làm hai nhóm lớn là ung thư tại chỗ và ung thư xâm nhập. Nhóm ung thư biểu mô tại chỗ hay ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS), được định nghĩa là những tổn thương tân sinh, không đồng nhất, giới hạn trong ống tuyến vú không phá vỡ màng đáy và xâm lấn mô đệm. Với sự gia tăng nhận thức về sàng lọc và phát hiện sớm ung thư của người dân cũng như sự phát triển về các phương tiện chẩn đoán, ung thư vú ngày càng được chẩn đoán sớm. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống chiếm 20-25% [2].

Điều trị ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng là điều trị đa mô thức. Các phương pháp được sử dụng để điều trị ung thư vú thể nội ống là phẫu thuật, xạ trị, nội tiết trong đó phẫu thuật giữ vai trò quan trọng nhất. Kiến thức mới về điều