

đường typ 2 có triệu chứng nổi bật là sốt, đau hạ sườn phải, thường gặp 1 ổ áp xe kích thước lớn 5-10cm ở thùy gan phải, căn nguyên vi sinh chủ yếu do *Klebsiella pneumoniae*. Đường huyết lúc nhập viện cao và albumin giảm làm kéo dài thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Luân (2020)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan do *Klebsiella pneumoniae* tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015-2020. Luận văn thạc sỹ y học
2. **Hà Khắc Trung (2014)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của áp xe gan do vi khuẩn tại Khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ y học
3. **Vũ Huy Bình (2017)** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan do vi khuẩn bằng sonde Pigtail. Luận văn thạc sỹ Y học. Trường đại Y Hà Nội
4. **Serraino C et al (2018)** Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore)* 97(19): 0628

5. **Chen W et al (2008)** Clinical outcome and prognostic factors of patients with pyogenic liver abscess requiring intensive care. *Crit Care Med* 36(4): 1184-1188
6. **Kim EJ et al (2019)** Diabetes and the risk of infection: A national cohort study. *Diabetes Metab J* 43(6): 804-814
7. **Rahimian J., Wilson T., Oram V. et al (2004)**. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis*, 39(11), 1654-9
8. **Malik A. A., Bari S. U., Rouf K. A. et al (2010)**. Pyogenic liver abscess: Changing patterns in approach. *World J Gastrointest Surg*, 2(12), 395-401
9. **Lee HL et al (2004)** Clinical significance and mechanism of gas formation of pyogenic liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae*. *J Clin Microbiol* 42(6): 2783-2785
10. **Soreide Kjetil (2018)** Blumgart's Surgery of the liver, Biliary tract and Pancreas. Norwegian Medical Assoc Akersgata 2(1152), Oslo, 0107, Norway

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐƯỢC XẠ TRỊ GIA TỐC TOÀN NÃO TẠI BỆNH VIỆN 19-8

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được xạ trị toàn não tại Bệnh viện 19-8 và đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 73 bệnh nhân chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV có di căn não, được điều trị xạ trị gia tốc toàn não tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện 19-8 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 80,8%, tuổi trung vị là 65 tuổi. Triệu chứng đau đầu (95,9%), buồn nôn, nôn (89%), ho (61,6%), đau ngực (56,2%), mệt mỏi, chán ăn (71,2%), sụt cân 47,9%. 71,2% bệnh nhân có từ 3 ổ di căn não. 45,2% bệnh nhân có kích thước ổ di căn não > 3 cm. 58 trường hợp di căn ở bán cầu đại não chiếm 79,5%. Mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến (80,8%). Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ với xạ trị gia tốc tại não là 58,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não đạt 97,3%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 4 tháng (95%CI: 3,4-4,6). Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời

điểm 12 tháng là 8%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 7 tháng (95%CI: 6,2-7,5). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng là 13,4%. **Kết luận:** Xạ trị toàn não kết hợp điều trị toàn thân trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có di căn não giúp cải thiện tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh tại não, cải thiện sống thêm.

Từ khóa: xạ trị gia tốc toàn não, ung thư phổi không tế bào nhỏ, di căn não.

SUMMARY

OUTCOME OF WHOLE BRAIN RADIATION THERAPY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT 19-8 HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features of patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) who underwent whole brain radiation therapy at 19-8 Hospital - Ministry of Public Security and to evaluate treatment outcomes in the studied patients. **Patients and Methods:** A retrospective study was conducted on 73 patients diagnosed with stage IV NSCLC with brain metastases, who received whole brain radiation therapy at the Oncology Center – 19-8 Hospital - Ministry of Public Security from January 2019 to December 2023. **Results:** Male patients accounted for 80.8%, with a median age of 65 years. Symptoms included headache (95.9%), nausea, vomiting (89%), cough (61.6%), chest pain (56.2%), fatigue, loss of appetite (71.2%), and weight loss (47.9%). A total of 71.2% of patients had 3 or more brain metastases. Brain metastases larger than 3 cm were observed in 45.2% of patients.

¹Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện 19-8.

²Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương

Email: phamcamphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024

Metastases in the cerebral hemisphere were noted in 58 cases, accounting for 79.5%. Histopathology were adenocarcinoma (80.8%). Whole brain radiation therapy for NSCLC with brain metastases showed an overall brain response rate of 58.9% and a disease control rate at the brain of 97.3%. The median progression-free survival (PFS) was 4 months (95%CI: 3.4-4.6). The 12-month PFS rate was 8%. The median overall survival (OS) was 7 months (95%CI: 6.2-7.5). The 12-month OS rate was 13.4%. **Conclusion:** Whole brain radiation therapy combined with systemic treatment in patients with stage IV NSCLC with brain metastases improved response rates and disease control in the brain, as well as survival outcomes.

Keywords: Whole brain radiation, Non-small cell lung cancer, Brain metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một bệnh ung thư phổ biến với 85% các trường hợp là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). Bệnh nhân UTPKTBN di căn não chiếm tỷ lệ cao, khoảng 10 – 25% các trường hợp UTPKTBN giai đoạn IV có di căn não.¹

Điều trị UTPKTBN giai đoạn di căn nói chung và di căn não nói riêng là điều trị đa mô thức với mục tiêu giảm triệu chứng, kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng cuộc sống.² Hiện nay đã có nhiều phương pháp và thuốc mới như phẫu thuật lấy tổn thương di căn não, xạ phẫu, liệu pháp trúng đích, liệu pháp miễn dịch... đã nâng cao kết quả điều trị nhưng các phương pháp này có chi phí khá cao, trở ngại lớn với nhiều bệnh nhân tại Việt Nam. Xạ trị gia tốc toàn não kiểm soát di căn não là điều trị tiêu chuẩn thường được áp dụng, có tỷ lệ kiểm soát bệnh và đáp ứng tương đối, cải thiện chất lượng sống.³⁻⁵

Tại Bệnh viện 19-8 – Bộ Công an, xạ trị gia tốc toàn não là lựa chọn phổ biến trong điều trị UTPKTBN di căn não, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đi sâu đánh giá điều trị nhóm bệnh nhân này. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UTPKTBN được xạ trị toàn não tại Bệnh viện 19-8 và đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV có di căn não, được điều trị xạ toàn não tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện 19-8 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTPKTBN bằng mô bệnh học theo WHO năm 2015.

- Bệnh nhân được chẩn đoán di căn não bằng ít nhất một trong hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh MRI sọ não và/hoặc CT sọ não có

đánh giá động học khối u với tiêu chuẩn chẩn đoán u não thứ phát.

- Chỉ số toàn trạng PS từ 0-2 và chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn bình thường.

- Được điều trị xạ trị gia tốc toàn não.

- Các bệnh nhân sau xạ trị toàn não có thể điều trị tiếp bằng các phương pháp điều trị đặc hiệu ung thư như điều trị kháng tyrosine kinase (nếu có đột biến gen EGFR hoặc ALK), hoặc hoá trị, hoặc chăm sóc giảm nhẹ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu, có hồ sơ dữ liệu đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý kết hợp nặng, đe dọa tính mạng: suy tim, suy gan, suy thận nặng, hen phế quản, đợt bùng phát của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao...

- Bệnh nhân là phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú.

- Bệnh nhân có bệnh ung thư khác.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện 19-8, từ 01/2019 đến 12/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc, không có nhóm chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện.

2.4.2. Tiến hành điều trị

Xạ trị gia tốc toàn não: Điều trị tổn thương di căn não bằng xạ trị gia tốc toàn não: liều 30 Gy, phân liều 3 Gy/ngày x 5 ngày/tuần x 2 tuần (3Gy x 10 buổi xạ trị). Hệ thống xạ trị gia tốc bao gồm:

+ Máy chụp cắt lớp vi tính mô phỏng SIEMENS 16 dãy.

+ Máy xạ trị gia tốc ELEKTA

+ Phần mềm lập kế hoạch điều trị MONACO

Quy trình xạ trị toàn não:

- Làm mặt nạ 3 điểm để cố định đầu. Tư thế bệnh nhân khi làm mặt nạ giống hoàn toàn với tư thế khi xạ trị. Bệnh nhân nằm ngửa, cổ hơi ngửa, hai tay xuôi dọc theo thân mình.

- Chụp CTVT mô phỏng vùng đầu cổ toàn bộ sọ não tới dưới khớp ức đòn 2 cm, khoảng cách giữa các lớp cắt là 5mm. Các hình ảnh chụp được sẽ chuyển từ máy chụp CLVT sang hệ thống máy tính liều.

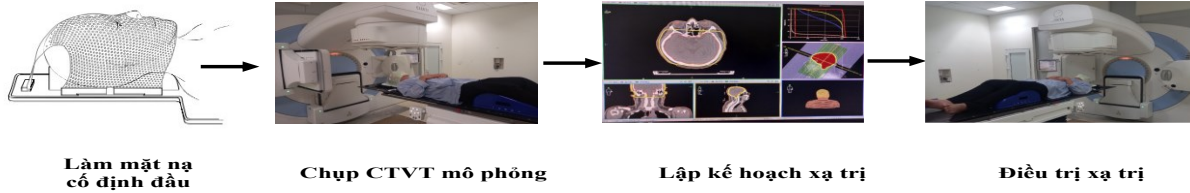
- Xác định thể tích xạ trị trên phim CT-simulation:

+ CTV (clinical target volume) = toàn bộ nhu mô não

+ PTV (planning target volume) = CTV+ 5mm

- Lập kế hoạch xạ trị: kĩ thuật xạ trị toàn não gồm 1 pha: 30Gy với phân liều 3Gy, sử dụng 2 trường chiếu đối xứng song song 2 bên, che chỉ

bảo vệ mắt.



Hình 1. Các bước tiến hành xạ trị toàn não trên bệnh nhân di căn não.

Điều trị toàn thân:

- Trong trường hợp bệnh nhân có đột biến gen EGFR nhạy cảm, điều trị đích bằng TKIs. Ưu tiên osimertinib có hiệu quả cao trên UTPKTBN di căn não, theo sau điều trị các thuốc thế hệ 2 và thế hệ 1 tùy thuộc vào khả năng chi trả của bệnh nhân. Erlotinib 150mg x 01 viên/ngày, hoặc Gefitinib 250mg x 01 viên/ngày, hoặc Afatinib x 01 viên/ngày, hoặc Osimertinib 80mg x 01 viên/ngày.

- Trong trường hợp bệnh nhân có đột biến ALK, điều trị bằng một trong số các thuốc sau: Ceritinib 150mg, uống 3 viên/ngày sau ăn no, hoặc Alectinib 150mg, uống 8 viên/ngày chia 2 lần.

- Đối với bệnh nhân không có đột biến gen nhạy cảm thuốc tyrosine kinase, điều trị hóa chất với một số phác đồ phụ thuộc vào thể trạng bệnh nhân, đã điều trị hoá chất trước đó hay chưa:

*Hoá chất bộ đôi platinum: Nếu bệnh nhân chưa điều trị bao giờ cho giai đoạn IV.

*Hoá chất đơn trị: Nếu bệnh nhân đã điều trị hoá trị platinum trước đó hoặc thể trạng kém.

- Chăm sóc triệu chứng: chống phù não, chống động kinh, giảm đau, chọc dịch màng phổi, màng tim... nếu trường hợp có chỉ định.

2.4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Thời điểm đánh giá: Đánh giá lâm sàng sau khi kết thúc điều trị xạ trị gia tốc toàn não và đánh giá sau điều trị toàn thân mỗi 2-3 chu kỳ, hoặc khi có triệu chứng bất thường.

Cách đánh giá: Đánh giá đáp ứng khách quan tiêu chuẩn RECIST 1.1 và đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc biểu đồ, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD). Ước lượng sống thêm theo Kaplan Meier. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý trước khi điều trị, có thể từ chối tham gia ở bất cứ giai đoạn nào trong quá trình nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật thông qua mã hóa số liệu trên máy tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2019 đến 12/2023, có 73 BN UTPKTBN di căn não đủ tiêu chuẩn, được xạ gia tốc toàn não tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện 19-8, một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi và giới:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	59	80,8
	Nữ	14	19,2
Nhóm tuổi	≤ 65	40	54,8
	> 65	33	45,2
	Trung bình ± SD (tuổi) Min-max	62,4±8,6 36 - 80	
	Trung vị (tuổi)	65	

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 80,8%, tỷ lệ nam/nữ là 4,21. Nhóm tuổi > 65 tuổi chiếm 45,2%.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lúc chẩn đoán	n	%	
Nhóm triệu chứng thần kinh	Đau đầu	66	90,4
	Buồn nôn, nôn	65	89,0
	Giảm cơ lực	36	49,3
	Chóng mặt, rối loạn thăng bằng	8	11,0
	Co giật	3	4,1
	Suy giảm trí nhớ	13	17,8
	Rối loạn vận động ngôn ngữ	12	16,4
	Không có triệu chứng thần kinh	7	9,6
Nhóm triệu chứng hô hấp, xâm lấn lồng ngực	Ho	45	61,6
	Đau ngực	41	56,2
	Khàn tiếng	4	5,5
	Khó thở	23	31,5
	Không có triệu chứng hô hấp, xâm lấn lồng ngực	20	27,4

Nhóm triệu chứng toàn thân	Mệt mỏi, chán ăn	52	71,2
	Sụt cân	35	47,9
	Sốt ≥ 37,5	4	5,5

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu (95,9%), buồn nôn, nôn (89%), ho (61,6%), đau ngực (56,2%), mệt mỏi, chán ăn (71,2%), sụt cân 47,9%.

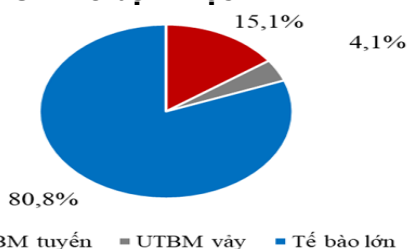
Đặc điểm di căn não

Bảng 3: Đặc điểm di căn não

	Đặc điểm di căn não	Số BN	Tỷ lệ %
Số ổ di căn	1 ổ	2	2,7
	2 ổ	19	26,1
	≥ 3 ổ	52	71,2
Kích thước lớn nhất	≤ 3 cm	40	54,8
	> 3 cm	33	45,2
Vị trí di căn não	Bán cầu đại não	58	79,5
	Tiểu não	5	6,8
	Bán cầu đại não + Tiểu não	10	13,7

Nhận xét: Có 71,2% bệnh nhân có từ 3 ổ di căn não, chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 45,2% bệnh nhân có kích thước ổ di căn não > 3 cm.

Đặc điểm mô bệnh học



Biểu đồ 1: Đặc điểm mô bệnh học

Nhận xét: 59 BN ung thư biểu mô tuyến (80,8%); 11 BN ung thư biểu mô vảy (15,1%).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đặc điểm điều trị bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 4. Điều trị toàn thân tiếp theo sau xạ trị gia tốc toàn não

Đặc điểm điều trị toàn thân tiếp theo		Số BN	Tỷ lệ %
Điều trị bước một (n=22)	Điều trị afatinib (nhóm có đột biến gen EGFR)	7	31,8
	Bộ đôi platinum	14	63,6
	Hoá chất đơn trị	1	4,6
Điều trị bước sau (n=51)	Bộ đôi platinum (nhóm BN kháng TKI)	5	9,8
	Docetaxel	18	35,3
	Vinorelbine	13	25,5
	Gemcitabine	8	15,7
Chăm sóc triệu chứng		7	13,7

Nhận xét: Trong 22 BN chưa điều trị toàn thân trước đó, điều trị bước một hay gấp là 14 BN điều trị hoá chất bộ đôi platinum. Trong 51 BN

đã điều trị trước đó, điều trị tiếp đa phần là docetaxel, tiếp đến vinorelbine.

3.2.2. Đánh giá đáp ứng tại não

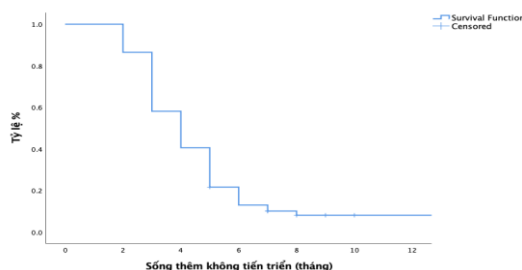
Bảng 5. Đáp ứng thực thể tại não sau xạ trị trên MRI não

Đáp ứng thực thể	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	4	5,5
Đáp ứng một phần	39	53,4
Không thay đổi	28	38,4
Tiến triển	2	2,7

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tại não là 58,9%. Tỷ lệ bệnh ổn định là 38,4%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não đạt 97,3%.

3.2.3. Kết quả điều trị toàn thân

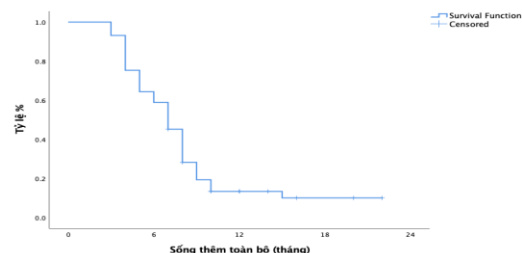
3.2.3.1. Thời gian sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 3.5. Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Thời gian STKTT trung vị là 4 tháng (95%CI: 3,4-4,6). Thời gian STKTT trung bình là 4,8±0,5 tháng. Tỷ lệ STKTT tại thời điểm 12 tháng là 8%.

3.2.3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Thời gian STTB trung vị là 7 tháng (95%CI: 6,2-7,5). Thời gian STTB trung bình là 8,2±0,6 tháng. Tỷ lệ STTB tại thời điểm 12 tháng là 13,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Độ tuổi trung bình là 62,4±8,6 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy UTPKTBN di căn não gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 4,21. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IV có di căn não, vì vậy

triệu chứng lâm sàng rất đa dạng bao gồm các nhóm: triệu chứng hô hấp; triệu chứng do chèn ép xâm lấn, triệu chứng thần kinh, triệu chứng toàn thân và các triệu chứng do di căn xa ngoài não. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy triệu chứng đau đầu (95,9%), buồn nôn, nôn (89,0%) thường gặp nhất. Áp dụng phân loại mô bệnh học của WHO-2015 cho ung thư phổi, nghiên cứu của chúng tôi thấy 59/73 (80,8%). Nghiên cứu của Dương Thị Sen (2018) có 42/46 (91,0%) bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến.³

Về số lượng ổ di căn não: Có 71,2% bệnh nhân có từ 3 ổ di căn não, chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong nghiên cứu có 54,8% bệnh nhân có kích thước ổ di căn não ≤ 3 cm, 45,2% bệnh nhân có kích thước ổ di căn não > 3 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, di căn > 3 ổ chiếm 45,2%, đây là đối tượng phù hợp với lựa chọn xạ trị toàn não. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) với tỷ lệ di căn não trên 3 ổ chiếm cao nhất 37,1% và kích thước u não lớn nhất từ 1-3cm chiếm đa số 33,9%. Nghiên cứu của Dương Thị Sen (2018), di căn não đơn ổ chiếm 32,6%, cao hơn so với loại hai ổ (17,3%) và hơn hai ổ chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%).³ Nghiên cứu của Đồng Văn Hưởng trên bệnh nhân UTPKTBN di căn não có xạ toàn não, trong số 32 BN nghiên cứu, di căn não 1 ổ chiếm 46,9%, cao hơn so với loại 2 ổ (25%) và 3 ổ (28,1%).⁵

4.2. Kết quả điều trị. Đánh giá đáp ứng, chúng tôi thấy có 5,5% BN có đáp ứng hoàn toàn sau khi chụp MRI sọ não. Đáp ứng một phần 58,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não là 97,3%. Nghiên cứu của tác giả Shuri Aoki năm 2017 trên 62 bệnh nhân ung thư phổi di căn não được xạ trị toàn não tại Nhật Bản.⁶ Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 54,8%.

Thời gian STKT trung vị là 4 tháng (95%CI: 3,4-4,6). Tỷ lệ STKT tại thời điểm 12 tháng là 8%. Nghiên cứu của tác giả Dương Thị Sen (2018) trên bệnh nhân UTPKTBN di căn não được điều trị bước một hoá chất PC và xạ toàn não, nghiên cứu cho thấy thời gian STKT cho người bệnh với giá trị trung bình $7,8 \pm 0,5$, trung vị là: 6,5 (tháng), sau 12 tháng: 5,0%.³ Nghiên cứu của chúng tôi trên các bệnh nhân UTPKTBN di căn não có xạ toàn não cho thấy thời gian STTB trung vị là 7 tháng (95%CI: 6,2-7,5). Tỷ lệ STTB tại thời điểm 12 tháng là 13,4%. Nghiên cứu của Tang WH (2015), thời gian STTB trung vị của bệnh nhân là 3,4 tháng (95%CI: 1,7 – 5,1).⁷ Ryu W. K năm 2023 cho thấy bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV di căn não được điều trị xạ toàn não và hoá trị bộ đôi platinum, trung vị STKT và STTB lần lượt là 7,7 tháng và 10,8 tháng.⁸

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não:

- Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 80,8%, tuổi trung vị là 65 tuổi. Triệu chứng đau đầu (95,9%), buồn nôn, nôn (89%), ho (61,6%), đau ngực (56,2%), mệt mỏi, chán ăn (71,2%), sụt cân 47,9%.

- 71,2% bệnh nhân có từ 3 ổ di căn não, chiếm tỷ lệ cao nhất. 45,2% bệnh nhân có kích thước ổ di căn não > 3 cm. 58 trường hợp di căn ở bán cầu đại não chiếm 79,5%.

- Đa phần ung thư biểu mô tuyến (80,8%).

Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não, xạ toàn não

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tại não là 58,9%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não đạt 97,3%.

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 4 tháng (95%CI: 3,4-4,6). Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 12 tháng là 8%.

- Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 7 tháng (95%CI: 6,2-7,5). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng là 13,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Waqar SN, Samson PP, Robinson CG, et al.** Non-small-cell lung cancer with brain metastasis at presentation. *Clinical lung cancer*. 2018; 19(4):e373-e379.
2. **Moravan MJ, Fecci PE, Anders CK, et al.** Current multidisciplinary management of brain metastases. *Cancer*. 2020;126(7):1390-1406.
3. **Dương Thị Sen.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng phác đồ PC kết hợp với xạ toàn não. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2018.
4. **Đinh Công Định, Nguyễn Công Hoàng.** Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ không đột biến EGFR di căn não bằng tia xạ kết hợp hoá chất phác đồ có PLATINUM tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;536.
5. **Đồng Văn Hưởng, Đinh Công Định, Nguyễn Văn Long, Nguyễn Lan Phương.** Đánh giá kết quả xạ trị toàn não điều trị các tổn thương ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;508(1).
6. **Aoki S, Kanda T, Matsutani N, et al.** Examination of the predictive factors of the response to whole brain radiotherapy for brain metastases from lung cancer using MRI. *Oncol Lett*. 2017;14(1):1073-1079.
7. **Tang WH, Alip A, Saad M, et al.** Prognostic factors in patients with non-small cell lung carcinoma and brain metastases: a Malaysian perspective. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(5):1901-1906.
8. **Ryu WK, Cha HK, Kim W, et al.** Effect of whole-brain radiotherapy with platinum-based chemotherapy in non-small cell lung cancer patients with multiple metastases including brain metastases. *Scientific Reports*. 2023;13(1):13173.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CẮT DẠ DÀY CỰC DƯỚI GIỮA MỔ NỘI SOI VÀ MỔ MỞ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Hoàng Phúc Thanh*, Dương Trọng Hiền*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá tính khả thi và kết quả sớm của phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch nội soi so với phẫu thuật mở cắt dạ dày nạo vét hạch trong ung thư dạ dày. **Phương pháp:** Thực hiện nghiên cứu hồi cứu ghép cặp bệnh – chứng, chọn mẫu thuận tiện, có 16 bệnh nhân mổ mở thuộc nhóm chứng và 16 bệnh nhân mổ nội soi thuộc nhóm bệnh trong năm 2019. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình cho nhóm mổ nội soi là $220,0 \pm 45,3$ phút lâu hơn $181,9 \pm 41,0$ phút ở nhóm mổ mở ($p < 0,05$). Số hạch nạo vét ở 2 nhóm là như nhau. Thời gian trung tiện ở nhóm mổ nội soi sớm hơn nhóm mổ mở ($3,13 \pm 0,62$ so với $3,75 \pm 1,13$ ngày; $p < 0,05$). Nhóm mổ nội soi có tỷ lệ sử dụng giảm đau hỗ trợ sau mổ ít hơn nhóm mổ mở (56,2% so với 91,9%, $p < 0,05$). Thời gian nằm viện sau mổ nội soi ngắn hơn mổ mở ($7,81 \pm 1,76$ so với $10,25 \pm 4,68$ ngày; $p < 0,05$). **Kết luận:** Mặc dù thời gian mổ nội soi dài hơn thời gian mổ mở và sử dụng hồi những kỹ thuật cao hơn nhưng nó dẫn đến thời gian phục hồi ngắn hơn, ít giảm đau hơn sử dụng và bớt khó chịu về thể chất mà không ảnh hưởng khả năng điều trị phẫu thuật và kết quả ung thư. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô dạ dày, cắt dạ dày

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULTS OF LOWER POLE GASTRECTOMY BETWEEN LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY TREATMENT OF GASTRIC CARCINOMA

Objectives: To evaluate the feasibility and early results of gastrectomy and laparoscopic lymphadenectomy compared with open gastrectomy and lymphadenectomy in gastric cancer.

Methods: Conducting a retrospective case-control paired study, convenient sampling, with 16 open surgery patients in the control group and 16 laparoscopic surgery patients in the case group in 2019. **Results:** The average surgical time for the laparoscopic group was 220.0 ± 45.3 minutes longer than 181.9 ± 41.0 minutes in the open surgery group ($p < 0.05$). The number of lymph nodes dredged in the 2 groups was the same. The time to flatus in the laparoscopic surgery group was earlier than the open surgery group (3.13 ± 0.62 vs. 3.75 ± 1.13 days; $p < 0.05$). The laparoscopic surgery group had a lower rate of using post-operative pain relief than the open surgery group (56.2% versus 91.9%, $p < 0.05$). Hospital stay after laparoscopic surgery was shorter

than open surgery (7.81 ± 1.76 vs. 10.25 ± 4.68 days; $p < 0.05$). **Conclusion:** Although laparoscopic surgery takes longer than open surgery and requires more advanced techniques, it results in shorter recovery times, less analgesia, and less physical discomfort. does not affect the possibility of surgical treatment and cancer outcomes.

Keywords: Gastric carcinoma, gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạ dày là một trong năm loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới và nó đem đến nhiều thách thức về mặt điều trị. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong các phương pháp điều trị đa phương thức (multimodality therapy) và điều trị đích (target therapy), phẫu thuật triệt căn vẫn là giải pháp chính cho điều trị ung thư dạ dày. Phẫu thuật ung thư dạ dày bằng mổ mở được áp dụng từ lâu, có nhiều kinh nghiệm và hạn chế các tai biến. Trong khi phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày mới được áp dụng trên lâm sàng với người tiên phong là Kitano, phẫu thuật viên người Nhật vào năm 1991.¹ Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong bệnh lý ung thư dạ dày được thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật lớn và đang từng bước chuẩn hóa. Dựa trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 2 nhóm bệnh nhân được mổ nội soi và mổ mở cắt dạ dày cực dưới điều trị ung thư biểu mô.
2. So sánh kết quả sớm của 2 nhóm bệnh nhân được mổ nội soi và mổ mở cắt dạ dày cực dưới điều trị ung thư biểu mô.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày có mô bệnh học là ung thư biểu mô và được phẫu thuật triệt căn cắt cực dưới qua phương pháp mổ nội soi và mổ mở có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin nghiên cứu trong năm 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu ghép cặp bệnh – chứng. Những bệnh nhân này được chia làm 2 nhóm:

- + Nhóm bệnh: Nhóm bệnh nhân điều trị mổ nội soi
- + Nhóm chứng: Nhóm bệnh nhân điều trị mổ mở

Hồi cứu: Thông tin bệnh án bệnh nhân điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày năm 2019.

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phúc Thanh

Email: phuchthanh.2402.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024