

40-49 tuổi (70%), 100% là nam giới. Tỷ lệ điều trị không thành công ở nhóm tiêm chích ma túy của chúng tôi cao hơn Hồ Thị Quỳnh Trang (65% so với 16,7%). Sự khác biệt này đến từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng có những khác biệt so với nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang.

Do nghiên cứu của chúng tôi dựa vào dữ liệu có sẵn trên các phần mềm quản lý nên còn nhiều hạn chế về kết quả lâm sàng để phân tích được nguyên nhân của nhóm thất bại điều trị. Ngoài ra cỡ mẫu của chúng tôi cũng chưa đủ lớn, các nhóm đặc điểm phân bố không đồng đều nên kết quả so sánh giữa các đặc điểm chưa có giá trị thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nhóm người bệnh nhiễm HIV vào điều trị VGC tại Hải Phòng trong giai đoạn 2021-2022 chủ yếu trong độ tuổi 40-49, tuổi trung bình là $44,5 \pm 6,0$, là nam giới, lao động tự do. Tỷ lệ SVR đạt là 86,2%, Tỷ lệ không đạt SVR là 3,6% người thất bại điều trị và 10,2 % người không có kết quả SVR12 cuối kỳ. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, giai đoạn xơ gan F4, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100%. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở có - không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Kết quả điều trị VGC thất bại chủ yếu ở nhóm tuổi 40-49, là nam giới, có tiền sử tiêm chích ma túy và lao động tự do.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cần chú trọng theo dõi kết quả điều trị cho nhóm người bệnh nam giới đồng nhiễm HIV/HCV

ở nhóm 40-49 tuổi, có tiền sử tiêm chích ma túy và là lao động tự do

- Cần tìm hiểu rõ hơn về các rào cản, nguyên nhân khiến cho các người bệnh không đến xét nghiệm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Quyết định 1207/QĐ -BYT Phê duyệt kế hoạch triển khai điều trị viêm gan vi rút C trên người bệnh đồng nhiễm HIV/viêm gan vi rút C do Dự án Quỹ toàn cầu phòng, chống AIDS, Lao và Sốt rét tài trợ, giai đoạn 2021-2023, B.Y. tế, Editor. 2021: Hà Nội.
- Durier, N., et al.**, Chronic hepatitis C infection and liver disease in HIV-coinfected patients in Asia. *J Viral Hepat*, 2017. 24(3): p. 187-196.
- Backus, L.I., et al.**, A sustained virologic response reduces risk of all-cause mortality in patients with hepatitis C. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2011. 9(6): p. 509-516 e1.
- Rapoud, D., et al.**, Towards HCV elimination among people who inject drugs in Hai Phong, Vietnam: study protocol for an effectiveness-implementation trial evaluating an integrated model of HCV care (DRIVE-C: DRug use & Infections in ViEtnam-hepatitis C). *BMJ Open*, 2020. 10(11): p. e039234.
- Nguyễn Thanh Bình, et al.**, Tuân thủ điều trị viêm gan c và một số yếu tố liên quan trong chăm sóc lồng ghép dựa vào cộng đồng cho người tiêm chích ma túy tại hải phòng, 10/2018 – 06/2020. *Tạp chí y học dự phòng*, 2023. 33(1): p. 206-213.
- Hồ Thị Quỳnh Trang, et al.**, Kết quả điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ SOFOSBUVIR và DACLATASVIR trên người bệnh đồng nhiễm HIV đang điều trị ARV tại tỉnh Thái Nguyên năm 2022. *Tạp chí Y học dự phòng*, 2022. 32(8): p. 172-181.
- Phạm Bá Hiên, et al.**, Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm gan c mạn tính phác đồ sofosbuvir/daclatasvir ở người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV. *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam*, 2021. 33(1): p. 23-29.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN FIGO IB1-IIA1 TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN

Nguyễn Trần Vương^{1,3}, Trần Bảo Ngọc², Trịnh Lê Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1-IIA1 tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối**

tượng, phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang 79 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1-IIA1 được phẫu thuật tại Trung tâm Ung bướu từ 01/11/2015 đến 30/12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $50 \pm 10,4$ tuổi. Tỷ lệ di căn hạch chậu sau phẫu thuật là 12,7%. Di căn hạch chậu liên quan có ý nghĩa thống kê với: kích thước u, mức độ DSI, tình trạng LVSI ($p < 0,0001$). Biến chứng cấp tính sau phẫu thuật hay gặp nhất là bí tiểu (11,4%). Biến chứng muộn sau phẫu thuật hay gặp nhất là hẹp niệu quản (3,8%). Biến chứng muộn hay gặp nhất của nhóm người bệnh được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật là viêm trực tràng chảy máu (35,7%). Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình $64,0 \pm 3,7$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

¹Trt Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Vương

Email: trabbmaster1@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

3 năm và 5 năm lần lượt là 93,5% và 89,0%. Thời gian sống không bệnh (DFS) trung bình $59,4 \pm 1,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm và 5 năm lần lượt là 85,0% và 70,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật triệt căn ung thư cổ tử cung là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, các biến chứng trong giới hạn cho phép và chủ yếu là biến chứng cấp tính, hồi phục tốt và tỉ lệ biến chứng mạn tính thấp. **Từ khóa:** Ung thư cổ tử cung, phẫu thuật triệt căn, kết quả điều trị, Trung tâm Ung bướu, Thái Nguyên

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF STAGE FIGO IB1-IIA1 CERVICAL CANCER AT THAI NGUYEN ONCOLOGY CANCER

Objective: To evaluate the outcomes of surgery for cervical cancer stage FIGO IB1-IIA1 at the Oncology Center of Thai Nguyen Central Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study of 79 patients with stage FIGO IB1-IIA1 cervical cancer who underwent radical hysterectomy at the Oncology Center, Thai Nguyen Central Hospital from November 1, 2015 to December 30, 2023. **Results:** Mean age was 50 ± 10.4 years old. The rate of postoperative pelvic lymph node metastasis was 12.7%. Pelvic lymph node metastasis was statistically significantly associated with: Tumor size, DSI level, LVSI status ($p < 0.0001$). The most common early postoperative complication was urinary retention (11.4%). The most common late postoperative complication was ureteral stenosis (3.8%). The most common late complication in the group of patients who received postoperative adjuvant radiotherapy was hemorrhagic proctitis (35.7%). Mean overall survival (OS) was 79.9 ± 3.0 months. The 3-year and 5-year OS rates were 93.5% và 89.0%, respectively. Mean disease-free survival (DFS) was 71.9 ± 4.9 months. The 3-year and 5-year DFS rates were 85,0% và 70,8%, respectively. **Conclusion:** Radical surgery for cervical cancer is a safe and highly effective treatment in terms of oncology, with complications within acceptable limits and mainly acute complications, good recovery and low rate of chronic complications. **Keywords:** Cervical cancer, radical hysterectomy, treatment outcome, oncology center, Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là bệnh lý ác tính thường gặp, phổ biến đứng hàng thứ hai trong ung thư phụ khoa, thứ tư trong tổng số ung thư ở nữ giới và là vấn đề sức khỏe đáng được quan tâm của phụ nữ trên toàn thế giới.

Về điều trị UT CTC, phẫu thuật và xạ trị được coi là 2 vũ khí chính có thể điều trị triệt căn, vai trò của hóa chất và điều trị đích là hạn chế. Giai đoạn FIGO IB-IIA là giai đoạn u khu trú tại chỗ, tại vùng, có thể điều trị bằng phẫu thuật triệt căn khởi đầu, hay xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật, hay xạ trị triệt căn, với tỷ lệ sống thêm tương đương nhau, chỉ khác nhau về các biến chứng.⁶

Tại Trung Tâm Ung Bướu Thái Nguyên, chúng tôi đã áp dụng phương pháp mổ triệt căn ngay từ đầu đối với UT CTC giai đoạn IB từ năm 2015 với kết quả khá tốt, tuy nhiên sự sống còn và những biến chứng về tiết niệu, tiêu hóa cũng cần được tổng kết. Với những lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1-IIA1.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1 và IIA1, được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật triệt căn tại Trung Tâm Ung Bướu Thái Nguyên từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 1 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Ung thư cổ tử cung giai đoạn IB1 và IIA1 (FIGO 2009). Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, phẫu thuật triệt căn tại Trung Tâm Ung Bướu Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, không đduur thông tin theo dõi sau điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi: được chia thành các nhóm: ≤ 30 tuổi, 31-40 tuổi, 41-50 tuổi, 51-60 tuổi, 61-70 tuổi, > 70 tuổi.

- Kích thước u: đường kính u lớn nhất xác định trên khám lâm sàng, và trên bệnh phẩm phẫu thuật: $u \leq 2\text{cm}/u > 2\text{cm}$.

- Tình trạng di căn hạch sau mổ: Có/Không. Số lượng hạch di căn: $0/1/\geq 1$ hạch di căn.

- Xâm lấn parametre, vành âm đạo, khoang bạch huyết: có/không. Mức độ xâm lấn mô đệm (DSI): 1/3 nông, 1/3 giữa, 1/3 sâu.

- Thời gian OS được tính từ thời điểm phẫu thuật tới khi bệnh nhân tử vong hoặc tại thời điểm kết thúc nghiên cứu nếu bệnh nhân vẫn còn sống.

- Thời gian DFS được tính từ thời điểm PT tới khi phát hiện tái phát và/hoặc di căn hoặc tại thời điểm kết thúc nghiên cứu nếu BN không có tái phát và/hoặc di căn.

- Phân độ biến chứng sau phẫu thuật theo thang điểm Clavien-Dindo.[1]

2.4. Các bước tiến hành

- Thu thập các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Gọi điện hoặc phỏng vấn trực tiếp ghi nhận tình trạng tái phát, tình trạng sống trong thời gian theo dõi kể từ khi bắt đầu điều trị, thời gian

tử vong và nguyên nhân tử vong nếu có.

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa và nhập thông tin và xử lý thông qua phần mềm SPSS 23.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Nhóm tuổi, triệu chứng cơ năng, tình trạng kinh nguyệt

| | Số BN | Tỷ lệ % |
|--|-----------|-------------|
| Nhóm tuổi | | |
| 1 ≤ 30t | 0 | 0% |
| 2 31-40 | 4 | 5,1% |
| 3 41-50 | 24 | 30,4% |
| 4 51-60 | 23 | 29,1% |
| 5 61-70 | 16 | 20,3% |
| 6 5 ≥ 71 | 12 | 15,1% |
| Tuổi trung bình: 56,43±11.81 | 79 | 100% |
| Lý do vào viện | | |
| Ra máu âm đạo sau quan hệ | 34 | 43,0% |
| Ra khí hư hôi bẩn | 11 | 13,9% |
| Ra máu âm đạo sau mãn kinh | 34 | 43,0% |
| Khám sức khỏe định kỳ | 0 | 0% |
| Thời gian từ khi có triệu chứng | | |
| Dưới 1 tháng | 67 | 84,8% |
| 1 - 3 tháng | 8 | 10,1% |
| Trên 3 tháng | 4 | 5,1% |
| Tình trạng kinh nguyệt | | |
| Còn kinh | 31 | 39,2% |
| Mãn kinh | 48 | 60,8% |
| Tổng | 79 | 100% |

Nhận xét: Tuổi trung bình: 56,43±11.81 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi (chiếm tỷ lệ 59,5%). Có 31 BN còn kinh nguyệt (chiếm tỷ lệ 39,2%) và 48 BN mãn kinh (chiếm tỷ lệ 60,8%). Toàn bộ BN đều đi khám khi có dấu hiệu lâm sàng, trong đó ra máu âm đạo bất thường triệu chứng thường gặp nhất (86,0%). Phần lớn BN đi khám sớm trong vòng 1 tháng kể từ khi phát hiện triệu chứng bất thường (84,8%).

Bảng 2: Tính chất đại thể u, kích thước u, loại mô bệnh học

| | N | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|------------------------|-------------|
| Tính chất đại thể u | 79 | 100% |
| Thể loét và/hoặc thâm nhiễm | 38 | 48,1% |
| Thể sùi | 41 | 51,9% |
| Mean±SD | 2,5±0,8 cm (1,4-3,9cm) | |
| Kích thước u | 79 | 100 |
| u < 2cm | 32 | 40,5% |
| u ≥ 2cm | 47 | 59,5% |
| Loại mô bệnh học | 79 | 100 |

| | | |
|------------------|-----------|------------|
| UTBM vảy | 58 | 73,4% |
| UTBM tuyến | 21 | 26,6% |
| Thể khác | 0 | 0% |
| Độ mô học | 79 | 100 |
| Độ 1 | 17 | 21,5% |
| Độ 2 | 48 | 60,8% |
| Độ 3 | 14 | 17,7% |

Nhận xét: Thể loét và/hoặc thâm nhiễm chiếm 48,1%, còn lại là thể sùi (51,9%). Kích thước u (trên bệnh phẩm) trung bình: 2,5±0,8 cm, u nhỏ nhất là 1,4cm, lớn nhất 3,9 cm. 59,5% trường hợp u kích thước >2cm. Loại mô bệnh học: 73,4% là UTBM vảy, 26,6,9% là UTBM tuyến. Độ mô học: Độ mô học 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (60,8%), tiếp theo là độ mô học 1 (21,5%), độ mô học 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,7%).

Bảng 3: Tỷ lệ di căn hạch, xâm lấn parametre, vành âm đạo, mức độ DSI, LVSI

| | N | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Diện cắt parametre | 79 | 100 |
| Am tính | 78 | 98,7% |
| Dương tính | 1 | 1,3% |
| Diện cắt vành âm đạo | 79 | 100 |
| Am tính | 78 | 98,7% |
| Dương tính | 1 | 1,3% |
| Mức độ DSI | 79 | 100 |
| 1/3 nông | 37 | 46,8% |
| 1/3 giữa | 29 | 36,7% |
| 1/3 sâu | 13 | 16,5% |
| LVSI | 79 | 100 |
| Am tính | 45 | 57,0% |
| Dương tính | 34 | 43,0% |
| Hạch chậu | 79 | 100 |
| Không di căn | 69 | 87,3% |
| Di căn | 10 | 12,7% |
| 1 hạch | 6 | 7,6% |
| ≥2 hạch | 4 | 5,1% |

Nhận xét: Có 1 BN có diện cắt parametre dương tính, chiếm tỷ lệ 1,3%. Có 1 BN có diện cắt vành âm đạo dương tính, chiếm tỷ lệ 1,3%. Mức độ DSI: u xâm nhập 1/3 nông, xâm nhập 1/3 giữa, xâm nhập 1/3 sâu chiếm tỷ lệ lần lượt 46,8%, 36,7% và 16,5%. Tỷ lệ LVSI dương tính là 43,6%. Tỷ lệ di căn hạch chậu sau PT là 12,7%.

Bảng 4: Di căn hạch chậu liên quan với giai đoạn bệnh, kích thước u, mức độ DSI, tình trạng LVSI, độ mô học

| Bệnh | Đặc điểm | Di căn hạch chậu | | P |
|-----------------------|----------|------------------|--------------------|------|
| | | Có (SL/tỷ lệ %) | Không (SL/tỷ lệ %) | |
| Giai đoạn bệnh | | | | |
| GD IB1 | | 0/0% | 31/39,2% | 0,07 |
| GD IIA1 | | 10/20,8% | 38/48,1% | |
| Kích thước u | | | | |

| | | | |
|-------------------|----------|----------|--------|
| u < 2cm | 0/0% | 32/40,5% | 0,005 |
| u ≥ 2 cm | 10/12,6% | 37/46,8% | |
| Mức độ DSI | | | |
| 1/3 nông | 0/0% | 53/67,1% | <0,01 |
| 1/3 giữa | 3/3,8% | 11/19,9% | |
| 1/3 sâu | 7/8,9% | 5/6,3% | |
| LVSI | | | |
| Am tính | 3/3,8% | 60/75,9% | <0,01 |
| Dương tính | 7/8,9% | 9/11,4% | |
| Độ mô học | | | |
| Độ 1 | 0/0% | 17/21,5% | <0,001 |
| Độ 2 | 4/5,1% | 44/55,7% | |
| Độ 3 | 6/7,6% | 8/10,1% | |

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng di căn hạch chậu sau PT với kích thước u, mức độ xâm DSI và tình trạng LVSI và độ mô học (p<0,01). Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng di căn hạch chậu sau PT và giai đoạn bệnh (p=0.07).

Bảng 5: Biến chứng của PT và XT

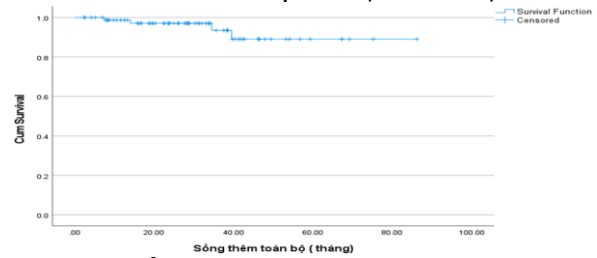
| | N | Phân độ biến chứng | Tỉ lệ % |
|--|----|--------------------|---------|
| Biến chứng sớm của PT | | | |
| Chảy máu sau PT | 0 | | 0,0% |
| Bí tiểu | 9 | 1 | 11,4% |
| Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 1 | 2,5% |
| Huyết khối tĩnh mạch | 0 | | 0,0% |
| Rò niệu quản | 0 | | 0,0% |
| Biến chứng muộn của PT | | | |
| Biến chứng tiết niệu | | | |
| Són tiểu mãn tính | 0 | | |
| Rò bàng quang âm đạo | 0 | | 0,0 |
| Rò niệu quản âm đạo | 0 | | 0,0 |
| Hẹp niệu quản | 3 | 3 | 3,8% |
| Biến chứng tiêu hóa | | | |
| Rò trực tràng âm đạo | 0 | | 0,0% |
| Bán tắc ruột/tắc ruột | 1 | 1 | 1,3% |
| Biến chứng khác | | | |
| Phù bạch mạch chi dưới | 0 | | |
| Nang bạch huyết tiểu khung | 1 | 1 | 1,3% |
| Tê bì chân | 0 | | 0,0% |
| Biến chứng muộn của xạ trị (71 BN có XT sau PT) | | | |
| Viêm trực tràng chảy máu | 10 | 2 | 35,7% |
| Viêm bàng quang chảy máu | 1 | 2 | 3,6% |
| Rò trực tràng-âm đạo | 0 | | 0 |
| Rò bàng quang-âm đạo | 0 | | 0 |

Nhận xét: Biến chứng cấp tính sau PT hay gặp nhất là bí tiểu (11,4%). Biến chứng muộn sau PT hay gặp nhất là hẹp niệu quản 3 BN (3,8%). Không có BN nào gặp biến chứng sớm độ 3 trở lên. Tỷ lệ biến chứng muộn sau mổ độ 3 trở lên là 5,1%.

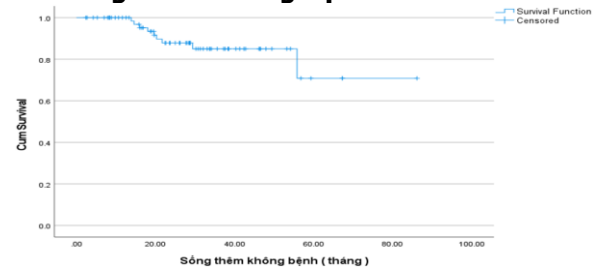
Tái phát và di căn. Thời gian theo dõi trung bình là 30,04±17,8 tháng. Ngắn nhất 2,4 tháng, dài nhất 86,1 tháng, 9 BN tái phát và/hoặc di căn (chiếm 11,4%), 4 BN tử vong (5,1%) trong đó có 1 BN tử vong nguyên nhân ngoài bệnh.

Trong số 9 BN tái phát và/hoặc di căn có 4 BN tái phát tiểu khung, 4 BN có di căn xa, 1 BN vừa có tái phát tiểu khung vừa có di căn xa.

Sống thêm toàn bộ. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: 73,26 ± 4,4 tháng. Tỷ lệ OS 3 năm và 5 năm lần lượt là 83,9% và 74,6%.



Biểu đồ 1: Sống thêm toàn bộ
Sống thêm không bệnh



Biểu đồ 2: Sống thêm không bệnh
Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình: 71,9 ± 4,9 tháng. Tỷ lệ DFS 3 năm và 5 năm lần lượt là 85,0% và 70,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình: 56,43±11.81 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi (chiếm tỉ lệ 59,5%). Nghiên cứu của Felix Boria và cộng sự tuổi trung bình là 45,1±10,8 tuổi[2]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng lý giải lý do đa số bệnh nhân đã mãn kinh (60,8%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả BN được chọn lựa có kích thước u ≤4cm. Chúng tôi chọn ngưỡng 2 cm để chia kích thước u thành 2 nhóm. Tỉ lệ nhóm BN có kích thước u <2 cm là 40,5%, nhóm BN có kích thước u ≥2cm là 59,5%. Nghiên cứu của Felix Boria và cộng sự[2], tỉ lệ nhóm BN có kích thước u <2 cm là 57,7%,. Tuy nhiên, các tác giả này chỉ nghiên cứu ở giai đoạn IB1, nghiên cứu của chúng tôi

bao gồm cả giai đoạn IIA1 nên tỉ lệ u có kích thước $\geq 2\text{cm}$ sẽ nhiều hơn.

Tỷ lệ di căn hạch chậu trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,7%, tỷ lệ bệnh nhân có từ 2 hạch di căn trở lên là 5,1%. Kết quả này là tương tự tác giả Felix Boria [2], trong đó tỷ lệ di căn hạch chậu là 12,4%.

Chúng tôi tiến hành phân tích mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với một số yếu tố: giai đoạn bệnh, kích thước u, đại thể u, mức độ DSI, tình trạng LVSI, độ mô học. Chúng tôi thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước u, độ mô học, mức độ DSI, tình trạng LVSI và di căn hạch ($p < 0,01$). Chúng tôi không thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn bệnh và di căn hạch ($p = 0,07$).

Nghiên cứu của Widschwendter và cộng sự trên 261 BN UTCTC giai đoạn FIGO IA-IIB cho thấy có mối liên quan rõ ràng giữa tình trạng LVSI và di căn hạch chậu trong phân tích đơn biến và đa biến ($p < 0,001$). Tác giả cũng đề xuất coi LVSI là một yếu tố quan trọng trong việc quyết định điều trị cá thể hóa theo hướng tăng hay giảm dần [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ diện cắt parametre dương tính là 1,3% (1 BN). Đây là một tỉ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Felix Boria [2], trong đó tỷ lệ xâm lấn parametre là 2,9%, điều đáng chú ý là tỷ lệ BN giai đoạn IB1 và IB2 trong nghiên cứu của tác giả chiếm 85,6%, tỷ lệ BN FIGO IIA1 chỉ chiếm 0,8%.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tái phát và tử vong. Thời gian theo dõi trung bình là $30,04 \pm 17,8$ tháng. Ngắn nhất 2,4 tháng, dài nhất 86,1 tháng, 9 BN tái phát và/hoặc di căn (chiếm 11,4%), 4 BN tử vong (5,1%) trong đó có 1BN tử vong nguyên nhân ngoài bệnh. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 75 BN (94,9%).

Thời gian nghiên theo dõi trung bình của chúng tôi là thấp hơn của tác giả Wojdat (2022) nghiên cứu phẫu thuật ung thư cổ tử cung nội soi kết hợp nâng âm đạo theo dõi trong 10 năm từ 2008 đến 2018 [4], tác giả Li (2022) nghiên cứu phẫu thuật mổ mở và robot ung thư cổ tử cung trong 14 năm có thời gian theo dõi trung bình là 45 tháng [5].

4.2.2. Sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,26 \pm 4,4$ tháng. Tỷ lệ OS 3 năm và 5 năm lần lượt là 83,9% và 74,6%.

Tỉ lệ OS 5 năm trong nghiên cứu của chúng

tôi tương tự hoặc chênh lệch không đáng kể khi đối chiếu với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả Chen (2023) có tỷ lệ sống toàn bộ 5 năm là 89,9%. Nghiên cứu của Jinjiin Li và cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 96,8% (95%CI, 90,3%-93,4%). Nghiên cứu của Emilia Alfonzo năm 2019 [6] cho thấy sống còn toàn bộ 5 năm là 92% (95%CI, 88%-96%). Tỷ lệ sống 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi có vẻ thấp hơn so với 2 nghiên cứu trên một chút tuy nhiên các bệnh nhân trong nghiên cứu của 2 tác giả trên không bao gồm các trường hợp giai đoạn FIGO IIA1.

Thời gian DFS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $71,9 \pm 4,9$ tháng. Tỷ lệ DFS 3 năm và 5 năm lần lượt là 85,0% và 70,8%. Kết quả này là tương tự với tác giả Leitao năm 2022 [7] trong đó tỷ lệ DFS 3 năm là 89% (95% CI: 84,9-92%). Tác giả Chen (2023) có tỷ lệ DFS 5 năm là 83,6%.

4.2.3. Tai biến và biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng cấp tính sau PT hay gặp nhất là bí tiểu (11,4%). Biến chứng muộn sau PT hay gặp nhất là hẹp niệu quản 3 BN (3,8%). Biến chứng muộn hay gặp nhất của nhóm BN được XT bổ trợ sau PT là viêm trực tràng chảy máu 10BN (chiếm 35,7%). Không có BN nào gặp biến chứng sớm độ 3 trở lên. Tỷ lệ biến chứng muộn sau mổ độ 3 trở lên là 5,1%. Kết quả này là tương tự tác giả Di Donato (2023) có tỷ lệ biến chứng độ 3 trở lên sau phẫu thuật là 8%. [8]

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi trung bình: $50 \pm 10,4$ tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là trong khoảng 41-60 tuổi (63,2%). Kích thước u trung bình: $2,7 \pm 0,9\text{cm}$. Tỷ lệ di căn hạch chậu sau PT là 12,7%. Di căn hạch chậu liên quan có ý nghĩa thống kê với: kích thước u, mức độ DSI, tình trạng LVSI ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ di căn hạch chậu ở giai đoạn IB1 và IIA1 ($p = 0,07$).

5.2. Kết quả điều trị. Thời gian theo dõi trung bình là $30,04 \pm 17,8$ tháng, ngắn nhất 2,4 tháng, dài nhất 86,1 tháng. $73,26 \pm 4,4$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,26 \pm 4,4$ tháng. Tỷ lệ OS 3 năm và 5 năm lần lượt là 83,9% và 74,6%. Thời gian DFS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $71,9 \pm 4,9$ tháng. Tỷ lệ DFS 3 năm và 5 năm lần lượt là 85,0% và 70,8%.

Biến chứng cấp tính sau PT hay gặp nhất là bí tiểu (11,4%), không có biến chứng sau phẫu

thuật sớm độ 3 trở lên. Tỷ lệ biến chứng muộn sau mổ độ 3 trở lên là 5,1%.

Phẫu thuật triệt căn điều trị UTCTC giai đoạn FIGO IB1-IIA1 là an toàn và hiệu quả, các biến chứng chủ yếu là cấp tính và phục hồi tốt, các di chứng lâu dài ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ling, H., et al.,** Clavien-Dindo classification and risk prediction model of complications after robot-assisted radical hysterectomy for cervical cancer. *J Robot Surg*, 2023. 17(2): p. 527-536.
2. **Boria, F., et al.,** Radical hysterectomy in early cervical cancer in Europe: characteristics, outcomes and evaluation of ESGO quality indicators. *Int J Gynecol Cancer*, 2021. 31(9): p. 1212-1219.
3. **Widschwendter, P., et al.,** Prognostic factors for and pattern of lymph-node involvement in patients with operable cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet*, 2019. 300(6): p. 1709-1718.
4. **Wojdat, R. and E. Malanowska,** Retrospective Analysis of Cervical Cancer Treatment Outcomes: Ten Years of Experience with the Vaginal Assisted

- Radical Laparoscopic Hysterectomy VARLH. *Biomed Res Int*, 2022. 2022: p. 5163886.
5. **Li, P., et al.,** Comparison of the Oncological Outcomes Between Robot-Assisted and Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer Based on the New FIGO 2018 Staging System: A Multicentre Retrospective Study. *Front Oncol*, 2022. 12: p. 879569.
 6. **Alfonzo, E., et al.,** No survival difference between robotic and open radical hysterectomy for women with early-stage cervical cancer: results from a nationwide population-based cohort study. *Eur J Cancer*, 2019. 116: p. 169-177.
 7. **Leitao, M.M., Jr., et al.,** The MEMORY Study: Multicenter study of Minimally invasive surgery versus Open Radical hysterectomy in the management of early-stage cervical cancer: Survival outcomes. *Gynecol Oncol*, 2022. 166(3): p. 417-424.
 8. **Di Donato, V., et al.,** Ten-year outcomes following laparoscopic and open abdominal radical hysterectomy for "low-risk" early-stage cervical cancer: A propensity-score based analysis. *Gynecol Oncol*, 2023. 174: p. 49-54.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ HUYẾT ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN SỐC ĐA CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH THEO PHƯƠNG PHÁP PICCO

Trần Công Tiến¹, Lưu Quang Thùy², Phạm Xuân Trường¹,
Vũ Thanh Tùng¹, Nguyễn Văn Toại¹, Dương Thị Linh¹, Hạ Bá Chân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí huyết động ở 30 bệnh nhân sốc đa chấn thương dựa vào phương pháp PiCCO tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu dựa trên 30 bệnh nhân sốc đa chấn thương được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tất cả bệnh nhân được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO và điều trị dựa trên theo dõi lâm sàng, các chỉ số PiCCO. Điều chỉnh huyết động bằng phương pháp truyền dịch, truyền máu, vận mạch. Kết quả điều trị được đánh giá khi bệnh nhân ra viện (sống, chết). **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số 30 bệnh nhân gồm 22 nam, 8 nữ. Tuổi thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 90 tuổi. Tất cả bệnh nhân được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO thành công. Không có tai biến liên quan đến catheter. Kết quả khi ra viện: chết 4 và sống 26. Nguyên nhân tử vong do chấn thương sọ não nặng 02, sốc nhiễm khuẩn 02. **Kết luận:** Thăm dò

huyết động phương pháp PiCCO là phương pháp ít xâm lấn, ít tai biến, có độ chính xác cao. PiCCO mang lại lợi ích trong hướng dẫn xử trí huyết động ở bệnh nhân sốc đa chấn thương giúp giảm thời gian thở máy, nằm hồi sức, nằm viện và giảm tử vong. **Từ khóa:** PiCCO, sốc đa chấn thương, huyết động.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF HEMODYNAMIC MANAGEMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMATIC SHOCK AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL ACCORDING TO THE PICCO

Objective: To evaluate the result of hemodynamic management for 30 patients with multiple traumatic shock according to the PiCCO at Bac Ninh general hospital. **Study methods:** The descriptive prospective was conducted on 30 patients with multiple traumatic shock who were investigated hemodynamically according to the PiCCO at Bac Ninh general hospital. All patients were hemodynamically investigated according to the PiCCO and treated based on clinical monitoring, laboratory testing and PiCCO indicators. Regulate hemodynamics using fluid infusion, blood transfusion and vasopressors. Result of treatment was assessed when patients were discharged (being alive, being dead). **Results:** Among 30 patients: 22 males, 8 females. The lowest age was 16 years old, the highest age was 90 years old. All

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Tiến

Email: trantien8402@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024