

để tiên lượng kết cục xấu trong đợt cấp COPD.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trị số ure-nitơ máu (BUN) có mối liên quan chặt chẽ với tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nguy cơ tử vong tăng dần khi BUN tăng liên tục, đồng thời điểm cắt 8,83 mmol/L giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có khả năng tử vong, cần thở máy xâm lấn hoặc nhập ICU cao hơn rõ rệt. Kết quả này gợi ý BUN là một chỉ dấu đơn giản, dễ áp dụng trong lâm sàng để phân tầng nguy cơ và hỗ trợ quyết định điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinidis A, Kyriakopoulos C, Ntritsos G, Giannakeas N, Gourgoulis K, Kostikas K, et al.** The Role of Digital Tools in the Timely Diagnosis and Prevention of Acute Exacerbations of COPD: A Comprehensive Review of the Literature. *Diagnostics*. 2022;12(2):269.
2. **Ming X, Duan W, Yi W.** Long non-coding RNA NEAT1 predicts elevated chronic obstructive pulmonary disease (COPD) susceptibility and acute exacerbation risk, and correlates with higher disease severity, inflammation, and lower miR-193a in COPD patients. *Int J Clin Exp Pathol*. 2019;12(8):2837–2848.
3. **Cao Y, Xing Z, Long H, Huang Y, Zeng P, Janssens J-P, et al.** Predictors of mortality in COPD exacerbation cases presenting to the

respiratory intensive care unit. *Respir Res*. 2021;22(1):77.

4. **Vu-Hoai N, Ly-Phuc D, Duong-Minh N, Tran-Ngoc N, Nguyen-Dang K.** Predictive value of neutrophil-to-lymphocyte ratio for adverse outcomes in hospitalized patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(38):e39797.
5. **Chen L, Chen L, Zheng H, Wu S, Wang S.** The association of blood urea nitrogen levels upon emergency admission with mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*. 2021;18:14799731211060051.
6. **Giri M, He L, Hu T, Puri A, Zheng X, Dai H, et al.** Blood Urea Nitrogen Is Associated with In-Hospital Mortality in Critically Ill Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Propensity Score Matching Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(22):6709.
7. **Zhang J, Qin Y, Zhou C, Luo Y, Wei H, Ge H, et al.** Elevated BUN Upon Admission as a Predictor of in-Hospital Mortality Among Patients with Acute Exacerbation of COPD: A Secondary Analysis of Multicenter Cohort Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:1445–1455.
8. **Long Z, Zhu T, Zhou Y, Xiang Z, Zeng Q, Qiu Y, et al.** The Relationship Between Blood Urea Nitrogen to Creatinine Ratio and Severe Acute Exacerbation of COPD Patients: A Propensity Score Matching Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2024;19:2529–2543.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE – CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TAM HIỆP

Trần Phương Thảo¹, Đỗ Anh Tú²,
Trần Thị Kim Phụng¹, Trần Khắc Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trên bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc trên 28 bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển được điều trị hóa chất bằng phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại khoa Nội Tam Hiệp – Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân giảm triệu chứng sau điều trị là 39,3%. Tỷ lệ kiểm soát

bệnh là 53,5%. Tỷ lệ bệnh tiến triển là 46,4%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $7,2 \pm 0,8$ tháng (KTC 5,7-8,8). Tỷ lệ thiếu máu độ II là 25%, độ I và độ III là 14,29%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ III chiếm 25%, có 2 bệnh nhân hạ bạch cầu độ IV chiếm 7,14%. Độc tính hạ tiểu cầu có 1 bệnh nhân chiếm 3,57%. Triệu chứng nôn chiếm 28,6%. Độc tính độ 1 trên gan, chiếm 25%, không có bệnh nhân có độc tính tại thận. **Kết luận:** Phác đồ điều trị Gemcitabine- Cisplatin là phù hợp với bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển giúp kéo dài thời gian sống thêm, dung nạp tốt và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư đường mật giai đoạn tiến triển, phác đồ Gemcitabine-Cisplatin, độc tính.

SUMMARY

EVALUATION OF FIRST-LINE TREATMENT RESULTS OF ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA WITH GEMCITABINE

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

– CISPLATIN CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial treatment results and some toxicity of Gemcitabine-Cisplatin chemotherapy in patients with advanced cholangiocarcinoma at K hospital. **Patients and method:** Retrospective and prospective study with longitudinal follow-up on 28 patients with advanced biliary tract cancer treated with Gemcitabine-Cisplatin chemotherapy at Tam Hiep Internal Medicine Department - K Hospital from January 2020 to August 2024. **Results:** 39% of patients experienced symptom relief after treatment. The disease control rate is 53.5%, the disease progression rate is 46.4%. The median progression-free survival is 7.2 ± 0.8 months (CI: 5.7–8.8). The incidence of erythrocytopenia in grade II is 25%, grade I, III is 14,29%. Leukopenia in grade III is 25%, grade IV is 7,14% (2 patients). Vomiting symptoms is 28.6% of patients. Liver toxicity in grade I is 25%, no kidney toxicity. **Conclusion:** The Gemcitabine-Cisplatin treatment regimen is suitable for patients with advanced biliary tract cancer, helping to prolong survival, good tolerance and improve the quality of life for patients.

Keywords: Biliary tract cancer, advanced stage, Gemcitabine-Cisplatin regimen, toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (UTĐM) là bệnh lý ác tính của các tế bào biểu mô hệ thống đường mật từ trong gan đến ngoài gan. Theo thống kê GLOBOCAN 2020, trên toàn thế giới có 115.949 ca UTĐM mắc mới và 84.695 ca tử vong; bệnh đứng hàng 23 về tỷ lệ mắc mới và đứng 20 về tỷ lệ tử vong⁷.

Bệnh nhân ung thư đường mật thường được phát hiện ở giai đoạn muộn dẫn đến kết quả điều trị và tiên lượng bệnh còn kém. Ở giai đoạn tiến triển, di căn, điều trị hoá chất đóng vai trò chủ đạo kết hợp chăm sóc giảm nhẹ giúp kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Hiện nay, các thuốc miễn dịch kết hợp cùng hóa chất giúp cải thiện tỷ lệ sống thêm toàn bộ so với hoá chất đơn thuần nhưng chi phí điều trị còn cao, chưa phù hợp với điều kiện kinh tế của phần lớn người bệnh tại Việt Nam. Do đó hóa trị vẫn là sự lựa chọn chính trong điều trị UTĐM giai đoạn tiến triển. Các phác đồ hóa chất điều trị UTĐM bao gồm: các phác đồ dựa trên nền tảng gemcitabine, capecitabine hay platinum trong đó phác đồ gemcitabine – cisplatin được coi là phác đồ bước đầu cho người bệnh. Hiệu quả của phác đồ gemcitabine – cisplatin đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trong đó có thử nghiệm pha 3 ABC – 02 và BT-22. Phân tích tổng hợp của cả hai nghiên cứu ABC-02 và BT-22 đã chứng minh phác đồ gemcitabine- cisplatin giúp giảm 35% nguy cơ tử vong và 36% nguy cơ tiến triển bệnh so với gemcitabine trên người bệnh

UTĐM tiến triển tại chỗ hoặc di căn. Về độc tính, phác đồ Gem –Cis gặp chủ yếu tác dụng phụ trên hệ tạo huyết, các tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết là ít gặp và có thể kiểm soát được.

Ở Việt Nam hiện nay có ít các công trình nghiên cứu về điều trị hóa chất UTĐM giai đoạn tiến triển. Để đánh giá về hiệu quả điều trị cũng như độc tính của phác đồ gemcitabine – cisplatin trong điều trị UTĐM giai đoạn tiến triển chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin ở bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện K"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 28 bệnh nhân UTĐM giai đoạn tiến triển được điều trị bằng phác đồ Gem-Cis tại khoa Nội Tam Hiệp – Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô đường mật.
- Bệnh giai đoạn muộn bao gồm bệnh tiến triển sau phẫu thuật hoặc có di căn xa.
- Người bệnh chưa được điều trị toàn thân trước đó
- Được điều trị phác đồ gemcitabine-cisplatin ít nhất 03 chu kỳ.
- Có hồ sơ lưu trữ và thông tin điều trị đầy đủ.
- Người bệnh hoặc người đại diện đồng ý tham gia nghiên cứu và cho phép sử dụng các dữ liệu cá nhân phục vụ nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có ung thư thứ 2 trở lên.
- Người bệnh tử vong do nguyên nhân khác.
- Người bệnh có bệnh nặng phối hợp đe dọa tính mạng hoặc không đủ điều kiện điều trị hóa chất (bệnh hô hấp, bệnh tim mạch không ổn định, suy gan, suy thận nặng, ECOG >2).

2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ (từ 01/2020 – 08/2024)

Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc

2.4. Cách thức tiến hành: - Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh theo mẫu bệnh án.
- Tiến hành điều trị: Hóa chất phác đồ Gemcitabine – Cisplatin, điều trị 8 chu kỳ mỗi chu kỳ 21 ngày:
 - + Gemcitabine: 1000mg/m² da, truyền tĩnh mạch 30 phút ngày 1 và ngày 8.

+ Cisplatin: 25mg/ m² da, truyền tĩnh mạch trong 2 giờ ngày 1 và ngày 8.

- Đánh giá bệnh nhân sau 2 – 3 đợt điều trị.

- Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Viện Ung thư Hoa Kỳ NCI – CTCAE 5.0

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

- Đánh giá tác dụng phụ của phác đồ.

2.5. Phân tích số liệu: Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	%
Tuổi	≤50	10	35,7
	>55	18	64,3
Giới	Nam	19	67,9
	Nữ	9	32,1
PS	0 – 1	19	71,4
	2	9	28,6
Tiền sử	Tiền sử sỏi mật	4	14,3
	VGB	4	14,3
	Xơ gan	1	3,6
	THA, ĐTD	2	7,1

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 55,4 ± 9,7 tuổi.

Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, chiếm 67,9%.

Điểm toàn trạng PS là 0-1 chiếm 71,3%.

Tỷ lệ người bệnh có tiền sử sỏi mật hoặc viêm gan B là cao nhất, chiếm 14,3%.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	%
Đau bụng hạ sườn phải	21	75
Mệt mỏi, chán ăn	7	25
Gầy sút cân	3	10,7
Ngứa	1	3,6
Tiểu sẫm màu	1	3,6
Tự sờ thấy hạch	2	7,1
Khám sức khỏe	2	7,1

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng vùng hạ sườn phải có 75%. Có 7 bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn chiếm 25%.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	%
Vị trí u	Bóng vater	1	3,6
	Túi mật	1	3,6
	Ngoài gan	7	25
	Trong gan	19	67,8

Hạch	Hạch vùng	5	17,9
	Hạch di căn	10	35,7
Di căn	Gan	7	25
	Phúc mạc	3	10,7
	Phổi	8	28,6
	Xương	3	10,7
	Khác	5	17,9

Nhận xét: Vị trí u hay gặp nhất là ung thư đường mật trong gan chiếm 67,8%.

Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch vùng là 17,9%.

Vị trí di căn phổi là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 28,6% tiếp đến là di căn gan chiếm tỷ lệ 25%.

3.2. Đánh giá đáp ứng

3.2.1. Đáp ứng cơ năng

Bảng 4. Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng trên lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	%
Giảm triệu chứng	11	39,3
Tăng triệu chứng	5	17,9
Ổn định	9	32,1
Xuất hiện triệu chứng mới	3	10,7

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân giảm triệu chứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 39,3%. Triệu chứng ổn định chiếm 32,1%. 3 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng mới chiếm 10,7%.

3.2.2. Đáp ứng khách quan

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng khách quan

Đáp ứng trên hình ảnh	Số bệnh nhân (n)	%
Đáp ứng toàn phần	0	0
Đáp ứng một phần	13	46,4
Bệnh giữ nguyên	2	7,1
Bệnh tiến triển	13	46,4
Tổng số	28	100

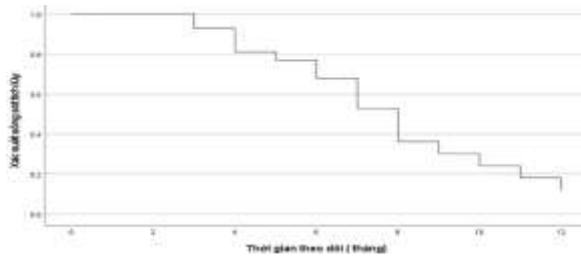
Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 53,5% trong đó 46,4% bệnh đáp ứng một phần, 7,1% bệnh giữ nguyên, không có đáp ứng toàn phần. Tỷ lệ bệnh tiến triển là 46,4%.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 6. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân tiến triển		Xác suất không tiến triển bệnh tích lũy
	N	%	
3 tháng	2	7,14	0,81
6 tháng	9	32,14	0,53
9 tháng	15	53,57	0,24
12 tháng	18	64,29	0,12
Trung vị (KTC 95%)	7,2 ± 0,8 tháng (5,7-8,8)		

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 7,2 ± 0,8 tháng (KTC 5,7-8,8).



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

3.4. Độc tính

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

	ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Thiếu máu	3	14,3	7	25	3	14,3	0	0
Hạ BC	1	3,6	3	10,7	7	25	2	7,1
Hạ tiểu cầu	1	3,6	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	2	7,1	0	0	0	0
Nôn	0	0	6	21,4	2	7,1	0	0
Tăng AST/ALT	7	25	0	0	0	0	0	0
Tăng Creatinin	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: - Tỷ lệ thiếu máu độ II là 25%, tỷ lệ hạ bạch cầu độ III là 25%, có 2 bệnh nhân hạ bạch cầu độ IV chiếm 7,1%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu là

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc triệu chứng độ II là 21,4%. Tỷ lệ độc tính trên gan độ 1 là, chiếm 25%, không có bệnh nhân có độc tính tại thận.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ ung thư đường mật gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới chiếm 67,9%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $55,4 \pm 9,7$ tuổi. Các bệnh nhân từ 55 trở lên tuổi chiếm 64,3% trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 67 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 30 tuổi. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Đoàn Thanh Tùng, tuổi trung bình mắc bệnh là $51,9 \pm 13,4$, người bệnh trẻ nhất là 25 tuổi và người có độ tuổi cao nhất là 87, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,7.⁵ Như vậy, tỷ lệ mắc UTĐM giữa nam và nữ có sự chênh lệch không đáng kể tùy thuộc vào các nghiên cứu khác nhau.

Lý do vào viện thường gặp là đau bụng hạ sườn phải, chiếm 64,29%. Đây là một trong những triệu chứng điển hình, hay gặp nhất của UTĐM giai đoạn muộn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Quế Sơn, đau bụng chiếm 60,4%³ còn trong nghiên cứu của Nguyễn Đăng Bảo và cộng sự, tỷ lệ này là 71,4%¹.

Vị trí hay gặp nhất là ung thư đường mật trong gan chiếm tỷ lệ 67,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Goldstein và cộng sự với tỷ lệ 89,3%, không có bệnh nhân nào mắc ung thư túi mật. Tương tự nghiên cứu

BT-02, với tỷ lệ ung thư đường mật trong – ngoài gan và túi mật lần lượt là 53,6% và 36,6%⁶. Gan, hạch và phổi là ba vị trí thường gặp. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với vị trí di căn phổi là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 28,57% tiếp đến là di căn gan chiếm tỷ lệ 25,0%.

Có 15 bệnh nhân đạt được kiểm soát bệnh chiếm 53,5%. Trong đó số trường hợp bệnh đáp ứng một phần là cao nhất, chiếm 46,4%, có 7,1% bệnh giữ nguyên, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ bệnh tiến triển là 33,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu ABC – 02 với tỷ lệ kiểm soát bệnh là 81,4% ở nhóm người bệnh sử dụng phác đồ gemcitabine – cisplatin⁸. Còn trong nghiên cứu BT-20, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 68,3%, không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn⁶. Theo tác giả Ninh Thị Thảo, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 67,4% trong đó hầu hết bệnh nhân có bệnh ổn định chiếm tỷ lệ trong đó có 5,5% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần chiếm 27,3%, bệnh ổn định 34,6%⁴. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có bệnh ở giai đoạn tiến triển, di căn xa không còn khả năng phẫu thuật. Điều trị hóa chất giúp cho người bệnh đạt được kết quả kiểm soát bệnh. Các triệu chứng trên lâm sàng đỡ, giảm từ đó giảm bớt gánh nặng bệnh tật gây ra đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống. Điều này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 28,6% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng mới hoặc tăng triệu chứng, có 39,3% bệnh nhân giảm triệu chứng so với trước khi điều trị và 32,1% bệnh nhân ổn định về triệu chứng lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là $7,2 \pm 0,8$ tháng (KTC 5,7-8,8). Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Nghiên cứu ABC – 02 với trung vị thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 8,0 (6,6-8,6 tháng) trong nhóm cisplatin–gemcitabine⁸. Còn trong nghiên cứu BT-02, kết quả này là 5,8 tháng (4,1-8,2)⁶. Tổng hợp kết quả từ hai nghiên cứu, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 8,8 tháng. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.

Nghiên cứu này ghi nhận độc tính chủ yếu ở độ I và II, độc tính độ III, IV thấp và có thể kiểm soát được. Không có bệnh nhân nào tử vong. Trong 28 bệnh nhân, có 13 trường hợp hạ bạch cầu, trong đó 7 trường hợp hạ bạch cầu độ III (chiếm 25%), 4 trường hợp hạ bạch cầu độ I-II (14,3%), và 2 trường hợp hạ bạch cầu độ IV (7,1%), có 2 bệnh nhân bị sốt hạ bạch cầu.

Ngoài ra, có 13 trường hợp độc tính trên dòng hồng cầu, trong đó 3 trường hợp giảm hồng cầu độ III (14,3%). Có 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ I. Tỷ lệ bệnh nhân mắc triệu chứng độ II là 21,4%. Tỷ lệ tăng men gan là 25%, và tất cả các trường hợp tăng men gan đều ở độ I. Không ghi nhận độc tính trên thận.

Kết quả nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu trong nước, theo tác giả Ninh Thị Thảo, tỷ lệ giảm hồng cầu độ III-IV là 3,2% và 1,3%, hạ bạch cầu trung tính độ III-IV là 7,2% và 5,9%, và độc tính trên gan, thận chủ yếu gặp độ I-II⁴. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Phượng ghi nhận tỷ lệ hạ bạch cầu là 8%, hạ bạch cầu đa nhân trung tính là 13,5%, thiếu máu và hạ tiểu cầu rất thấp (3,2% và 6,3%), và tỷ lệ tăng men gan là 3%². So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ độc tính huyết học thường gặp ở độ I-II, độc tính độ III-IV rất ít. Nghiên cứu của Valle và cộng sự về phác đồ gemcitabine-cisplatin trong điều trị ung thư đường mật không còn khả năng phẫu thuật cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu độ III-IV là 11%, không ghi nhận thiếu máu độ III-IV, tỷ lệ hạ tiểu cầu độ III-IV là 11%, và tỷ lệ tăng men gan là 17,1%⁸. Tuy nhiên, nghiên cứu BT-22 lại cho thấy độc tính độ III-IV phổ biến nhất là giảm bạch cầu trung tính (56,1%), giảm tiểu cầu (39%), giảm bạch cầu (29,3%), giảm huyết sắc tố (36,6%) và tăng men gan (29,3%)⁶. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về chủng tộc, thể trạng con người và cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị kết hợp Gemcitabine -

Cisplatin là phù hợp với bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển giúp kéo dài thời gian sống thêm, dung nạp tốt và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đăng Bảo, Đỗ Đình Công (2008), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư đường mật", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12, pp 102-106.
2. Nguyễn Thị Bích Phượng (2021), "Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bệnh nhân ung thư đường mật".
3. Trần Quế Sơn (2009), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật bệnh nhân ung thư đường mật trong gan tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".
4. Ninh Thị Thảo, Vũ Hồng Thắng (2021), "Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phác đồ gemcitabine kết hợp cisplatin trong ung thư đường mật giai đoạn muộn", Y học Việt Nam, 506, pp. 108-111.
5. Đoàn Thanh Tùng, Nguyễn Quang Nghĩa, and Nguyễn Tiến Quyết (2005), "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống sau phẫu thuật bệnh nhân ung thư đường mật trong gan", Y học Việt Nam, Số đặc biệt tháng 5, pp. 110-119.
6. Okusaka T, Nakachi K, Fukutomi A, et al. (2010), "Gemcitabine alone or in combination with cisplatin in patients with biliary tract cancer: a comparative multicentre study in Japan", Br J Cancer, 103 (4), pp. 469-74.
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin, 71 (3), pp. 209-249.
8. Valle JW, Furuse J, Jitlal M, et al. (2014), "Cisplatin and gemcitabine for advanced biliary tract cancer: a meta-analysis of two randomised trials", Ann Oncol, 25 (2), pp. 391-8.

VAI TRÒ CỦA CHỤP CẮT LỚP ĐIỆN TOÁN NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN GÂY XƯƠNG SƯỜN DO CHẤN THƯƠNG CÓ MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG

Tiêu Chí Đức¹, Trần Đức Nghĩa²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mỗi năm, thế giới có đến hơn 5 triệu người chết vì chấn thương, chiếm 9% tổng số người chết. Trong đó, chấn thương ngực chiếm khoảng 10% số ca chấn thương phải nhập viện nhưng lại chiếm tới 25-50% số ca tử vong do chấn thương. Trong chấn

thương ngực, gãy xương sườn là tổn thương phổ biến nhất, 10% bệnh nhân nhập viện sau chấn thương ngực kín có gãy một hoặc nhiều xương, tình trạng gãy xương sườn do chấn thương thường có khả năng đe dọa tính mạng khi xảy ra trên người cao tuổi, bệnh nhân có bệnh phổi nền, hoặc có mảnh sườn di động (MSĐĐ). Trên phương diện chẩn đoán hình ảnh học, hai cận lâm sàng được dùng để chẩn đoán là Xquang ngực thẳng và Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực có dựng hình khung sườn. Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực cung cấp nhiều thông tin về xương gãy cũng như tổn thương trong lồng ngực, nhưng hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đầy đủ về vai trò cụ thể của phương tiện cận lâm sàng này trong việc chẩn đoán bệnh lý gãy xương sườn do chấn thương có

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Tiêu Chí Đức

Email: duc_tieu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025