

5. Guber I, Mouvet V, Bergin C et al (2016), Clinical Outcomes and Cataract Formation Rates in Eyes 10 Years After Posterior Phakic Lens Implantation for Myopia. JAMA Ophthalmol.
6. Dương Tấn Hùng và Nguyễn Hữu Quốc Nguyễn (2013), Đánh giá kết quả phẫu thuật PHACO điều trị đục thủy tinh thể bằng đường rạch trên giác mạc phía thái dương. Tạp chí Y học thực hành, 870 (5), 30-31.
7. Trần Thị Phương Thu, Võ Đức Dũng, Dương Quốc Cường, et al. (2009), Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco tại khoa Bàn công - Bệnh viện Mắt TP. HCM, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13 (1).
8. Vũ Mạnh Hà (2014), Nghiên cứu phẫu thuật đục thể thủy tinh bằng hai phương pháp phaco và đường rạch nhỏ tại tỉnh Hà Giang, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN T4 HOẶC N1-2 BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG VÀ HÓA TRỊ TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN K

Chữ Quốc Hoàn¹, Mai Tiến Đạt¹,
Dương Chí Thành¹, Nguyễn Văn Hiếu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm sau điều trị ung thư đại tràng giai đoạn T4 hoặc N1-2 bằng phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và hóa trị tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K. **Đối tượng:** 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng giai đoạn T4 hoặc N1-2 chưa có di căn xa, được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và hóa trị tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K trong giai đoạn 2017-2019. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được mổ mở, thời gian mổ trung bình 121,7±16,9 phút, thời gian trung tiện trung bình là 3,5±0,5 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 8,7±1,1 ngày. Chiều dài đoạn ruột trung bình là 31,2±2,4cm, diện cắt trên trung bình 12,8cm, diện cắt dưới trung bình 9,9cm. Số lượng hạch vét được trung bình là 30,9±19,3 hạch, trong đó số lượng hạch chặng 1 trung bình là 12,3 hạch, hạch chặng 2 là 8,9 hạch, hạch chặng 3 là 5,6 hạch, hạch N2O-2A là 4,1 hạch. 50% bệnh nhân có di căn hạch với số lượng hạch di căn trung bình cho mỗi ca là 3,8 hạch, trong 50 bệnh nhân có 40% có di căn hạch chặng 1, 28% có di căn hạch chặng 2, 12% bệnh nhân có di căn hạch chặng 3 và 6% có di căn hạch nhóm N2O-2A. Không gặp các tai biến-biến chứng trong mổ như: tổn thương mạch máu lớn hoặc các tạng lân cận. Một bệnh nhân có nhồi máu phổi sau mổ đã được can thiệp lấy huyết khối, hậu phẫu ổn định sau 17 ngày, 2 trường hợp bệnh nhân (4%) có viêm phổi và rối loạn nhịp tim sau mổ (bệnh nhân có bệnh lý hô hấp hoặc tim mạch trước đó) được điều trị nội khoa ổn định. Không gặp trường hợp nào có biến chứng như chảy máu sau mổ,

rò miệng nối, hẹp miệng nối hoặc chảy máu miệng nối sau mổ. 64% bệnh nhân được hóa trị phác đồ XELOX, 22% sử dụng phác đồ FOLFOX và 14% sử dụng phác đồ Capecitabine đơn thuần. Toàn bộ bệnh nhân đều được hoàn thiện liệu trình hóa trị, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị do độc tính. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu không gặp các biến chứng nặng do hóa trị. Thời gian theo dõi trung bình đến thời điểm hiện tại là 37.1 tháng, ghi nhận 2 trường hợp tái phát chiếm 4% và 1 tử vong chiếm 2%. 1 trường hợp tái phát di căn gan và 1 trường hợp tái phát di căn phúc mạc tiểu khung.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, CME.

SUMMARY

THE RESULTS OF COMPLETE MESOCOLIC EXCISION IN STAGE II,III COLON CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objectives: Describe the results of complete mesocolic excision in stage II,III colon cancer treatment at K hospital. **Patients and methods:** 50 patients was diagnosed stage II,III colon cancer at K hospital. **Result:** All patients in this study had opened surgery, the average surgery time was 121,7 ± 16,9 minutes, the time to first flatus was 3,5 ± 0,5 days, the length of hospital stay was 8,7 ± 1,1 days. The average specimen length was 31,2 ± 2,4cm, the proximal resection margin was 12,8cm, the distal resection margin was 9,9cm. The median number of examined lymph nodes was 30,9 ± 19,3, in which the number of lymph nodes in D1 was 12,3, lymph nodes in D2 was 8,9, lymph nodes in D3 was 5,6 lymph nodes and N2O-2A lymph nodes were 4,1 nodes. Fifty percent of patients had lymph node metastases with an average of 3,8 lymph nodes per case, in which 40% had D1 lymph node metastases, 28% had D2 lymph nodes metastases, 12% of patients had D3 lymph node metastases and 6% of N2O-2A lymph node metastases. No complications such as damage to major blood vessels or adjacent organs, bleeding or

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bệnh viện K

Email: quochoan201087@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2021

Ngày duyệt bài: 12.11.2021

respiratory cardiovascular complications during surgery. One patient with postoperative pulmonary infarction was intervened to remove blood clotting, postoperative stabilized after 17 days, 2 cases of patients (4%) had pneumonia and arrhythmia after surgery (all of them had history cardiopulmonary disease) and stabilized after medical treatment. There were no complications such as postoperative bleeding, anastomotic leak or narrow. The average follow-up to the present time is 19,1 months, no cases of relapse or death have been recorded. The average time observation after surgery is 41,1 months; OS 98% and DFS 96%. 1 Case (2%) recurrent peritoneal metastasis an 1 case(2%) live metastasis.

Keyword: Colon cancer, Complete mesocolic excision, CME

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý thường gặp. Theo thống kê của Globocan 2018 công bố, tại Việt Nam hàng năm có khoảng hơn 14.000 ca mới mắc và có khoảng hơn 7.800 ca tử vong do ung thư đại trực tràng, đứng hàng thứ 4 ở nam, thứ 5 ở nữ và thứ 5 ở cả 2 giới sau ung thư gan, phổi, dạ dày và vú. Tỷ lệ mới mắc khoảng 13,4/100.000 dân và tỷ lệ tử vong khoảng 7/100.000 dân ở cả 2 giới [1]. Trên toàn thế giới, ung thư đại tràng đứng hàng thứ 4 trong số tất cả các loại ung thư, với khoảng gần 1.100.000 ca mới mắc hàng năm, chiếm khoảng 6,1% tất cả các loại ung thư, trong số đó có khoảng hơn 550.000 ca tử vong hằng năm và chiếm khoảng 5,8% số ca tử vong do ung thư hàng năm [1].

Hầu hết các triệu chứng lâm sàng của ung thư đại tràng là kín đáo, khi có triệu chứng thường bệnh đã ở giai đoạn muộn. Chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dựa vào nội soi, sinh thiết làm giải phẫu bệnh. Chẩn đoán giai đoạn chủ yếu sử dụng CT Scan và các biện pháp thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác. Điều trị ung thư đại tràng giai đoạn tại chỗ, tại vùng, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, hóa trị có vai trò hỗ trợ sau phẫu thuật là chính, xạ trị ít có vai trò với ung thư đại tràng [2]. Phẫu thuật triệt căn ung thư đại trực tràng, đảm bảo cắt rộng khối u và vét hạch vùng rộng rãi là nguyên tắc căn bản. Tuy nhiên, mức độ vét hạch đến đâu là đủ vẫn còn là vấn đề chưa thống nhất trên toàn thế giới. Tại Nhật Bản, với những tổn thương tại chỗ đánh giá T3-T4 hoặc hạch nghi di căn, chỉ định vét hạch D3 hệ thống là quan điểm thống nhất, mang lại cho Nhật Bản kết quả sống thêm ung thư đại tràng giai đoạn II, III thuộc hàng đứng đầu trên thế giới [3]. Nghiên cứu lớn nhất của châu Âu do Hohenberg công bố năm 2009 trên cơ sở phân tích học, mô học, giải phẫu và chuẩn hóa kỹ thuật vét hạch được tóm tắt tên gọi là cắt

toàn bộ mạc treo đại tràng (Complete Mesocolic Excision -CME) thực hiện trên 1329 bệnh nhân giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ và tăng tỉ lệ sống thêm so với các phẫu thuật của giai đoạn trước [4]. Về cơ bản vét hạch D3 của Nhật Bản gần tương tự như CME. So với các kỹ thuật vét hạch D2 hoặc trước đây, CME giảm thiểu tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng, đặc biệt là tái phát hạch tại vị trí gốc bó mạc treo tràng trên hoặc mạc treo tràng dưới do nó lấy mạc treo rộng hơn, cắt đoạn ruột dài hơn và quan tâm đầy đủ hơn tới tính nguyên vẹn và bề dày mạc treo, nơi chứa các hạch bạch huyết di căn. Tại Việt Nam cũng như tại bệnh viện K chúng tôi gặp khá nhiều những trường hợp tái phát hạch gốc mạc treo như vậy, do đó quan điểm về CME mới được đưa vào thực hành trong phẫu thuật. Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều báo cáo nào thống kê tính an toàn về ngoại khoa cũng như các kết quả về ung thư học, sống thêm của nó. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm Đánh giá kết quả sống thêm sau điều trị ung thư đại tràng giai đoạn T4 hoặc N1-2 bằng phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và hóa trị tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 50 bệnh nhân bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn T4-N1-2M0 được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và hóa trị tại khoa Điều trị theo yêu cầu bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 12 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến của đại tràng giai đoạn T4N1-2M0 (dựa vào đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ). Được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải hoặc trái tùy vị trí tổn thương. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ và có thông tin theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mắc ung thư thứ 2. Bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi do bệnh lý nội khoa cấp tính, nặng nề khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019 được đưa vào nghiên cứu.

Mô tả đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn T, giai đoạn N, hình thức mổ (mổ phiến hay cấp cứu). Phác đồ hóa chất sử dụng

Mô tả kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật, Số ngày nằm viện, Số lượng hạch vét được, Tai biến-biến chứng trong và sau mổ.

Mô tả thời gian sống không bệnh (DFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (Bảng 1). Kết quả cho thấy trong tổng số 50 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 42%, nữ giới chiếm 58%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1.

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 55,3 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi, cao nhất là 81 tuổi.

Số bệnh nhân có bệnh lý toàn thân như tim mạch, tăng huyết áp, hô hấp, bệnh lý chuyển hóa, đái tháo đường... chiếm 24%.

Có 24% bệnh nhân có biến chứng cấp cứu như tắc ruột, bán tắc ruột, lồng ruột hoặc áp-xe quanh u. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được mổ mở, trong đó 94% bệnh nhân mổ phiến, 6% bệnh nhân phải mổ cấp cứu vì các biến chứng nêu trên.

Trên kết quả nội soi, 88% bệnh nhân u chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng, 10% u chiếm nửa chu vi, 2% u chiếm 3/4 chu vi lòng đại tràng.

Trên hình ảnh cắt lớp vi tính, 92% bệnh nhân có u xâm lấn tổ chức mỡ lân cận và/hoặc xâm lấn các cơ quan khác, chỉ có 8% bệnh nhân u còn khu trú ở thành đại tràng. Có 32% bệnh nhân có nghi ngờ di căn hạch trên cắt lớp vi tính.

Có 50% bệnh nhân có u thuộc nửa đại tràng phải, 48% bệnh nhân có u thuộc nửa đại tràng trái, và 2% bệnh nhân có u cả 2 bên đại tràng. Theo đó, 50% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải, 48% phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trái, 2% cắt toàn bộ mạc treo đại tràng 2 bên. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều thực hiện miệng nối, chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 2%) phải làm hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ miệng nối đó là trường hợp mổ cấp cứu cắt toàn bộ đại trực tràng, tạo túi Jpouch, nối hồi tràng-ống hậu môn.

Về kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, 68% bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, 24% là ung thư biểu mô tuyến nhày, 8% là ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

Về giai đoạn sau mổ, 68% bệnh nhân ở giai đoạn T4a, 30% ở giai đoạn T4b, 2% ở giai đoạn T2; 52% bệnh nhân ở giai đoạn N0, 28% bệnh nhân ở giai đoạn N1, 20% ở giai đoạn N2.

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=50)	%
Giới: Nam	21	42
Nữ	29	58
Tuổi: Trung bình	55,3±13,1	
Giới hạn	24-81	
Bệnh lý đi kèm		
Không có	38	76
Đái tháo đường	3	6
Tăng huyết áp	2	4
Rối loạn nhịp tim	1	2
Bệnh lý hô hấp	1	2
Đái tháo đường + Tăng huyết áp	1	2
Tăng huyết áp+Bệnh lý hô hấp	1	2
Khác	3	6
Biến chứng cấp cứu		
Không có	38	76
Tắc ruột	4	8
Bán tắc ruột	5	10
Áp-xe quanh u	1	2
Tắc ruột+áp-xe quanh u	1	2
Lồng ruột+Bán tắc ruột	1	2
Hình thức phẫu thuật		
Mổ phiến	47	94
Mổ cấp cứu	3	6
Đặc điểm u trên nội soi		
Chiếm toàn bộ chu vi	44	88
Chiếm ½ chu vi	5	10
Chiếm ¾ chu vi	1	2
Đặc điểm trên CT-Scan		
U xâm lấn lớp mỡ xung quanh hoặc các tạng	46	92
U giới hạn ở thành ĐT	4	8
Nghi di căn hạch	16	32
Vị trí u		
Đại tràng phải	25	50
Đại tràng trái	24	48
Cả 2 bên đại tràng	1	2
Mạc treo đại tràng được cắt bỏ toàn bộ		
Mạc treo đại tràng phải	25	50
Mạc treo đại tràng trái	24	48
Mạc treo đại tràng phải+trái	1	2
Đoạn đại tràng cắt bỏ		
Cắt nửa đại tràng phải	22	44
Cắt đoạn đại tràng sigma	20	40
Cắt nửa đại tràng trái	4	8
Cắt toàn bộ đại tràng	3	6
Cắt toàn bộ đại trực tràng	1	2
Giải phẫu bệnh sau mổ		
Carcinoma tuyến biệt	34	68

hóa vữa		
Carcinoma tuyến nhầy	6	12
Carcinoma tuyến kém biệt hóa	4	8
Giai đoạn u sau mổ		
T2	1	2
T4a	34	68
T4b	15	30
Giai đoạn hạch sau mổ		
N0	26	52
N1	14	28
N2	10	20

Điều trị hóa chất phổi hợp:

Phác đồ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
XELOX	32	64
FOLFOX	8	16
5FU – Capecitabin	4	8
Không hóa trị	6	12

2. Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng. Thời gian phẫu thuật trung bình là 121,7±16,9 phút. Thời gian trung tiện trung bình là 3,5±0,5 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 8,7±1,1 ngày.

Chiều dài đoạn ruột cắt trung bình là 31,2±20,4cm (ngắn nhất 16cm, dài nhất 120cm). Diện cắt trên trung bình 12,8cm, diện cắt dưới trung bình 9,9cm.

Số lượng hạch vét được trung bình là 30,9±19,3 hạch, Trong đó số lượng hạch chặng 1 trung bình là 12,3 hạch, hạch chặng 2 trung bình là 8,9 hạch, hạch chặng 3 trung bình là 5,6 hạch và N20-2A là 4,1 hạch. Có 50% bệnh nhân có di căn hạch với số lượng hạch di căn trung bình cho mỗi ca là 3,8 hạch. Trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch, 40% bệnh nhân có di căn hạch chặng 1, 28% có di căn hạch chặng 2, 12% có di căn hạch chặng 3 và 6% có di căn hạch nhóm N20-2A. Tất cả những trường hợp di căn hạch 20-2A đều có di căn hạch chặng 2 và/hoặc chặng 3. Trong số 12% trường hợp có di căn hạch chặng 3, có 10% trường hợp di căn hạch các chặng trước đó và 2% di căn hạch nhầy cóc (không có di căn các chặng hạch khác).

Trong tất cả các trường hợp trong nghiên cứu, chúng tôi không gặp bất kì trường hợp nào có các tai biến, biến chứng trong mổ như: chảy máu trong mổ, tổn thương mạch máu lớn hoặc các tạng lân cận, mất máu hay các biến chứng tim mạch hô hấp trong mổ. Có 1 trường hợp bệnh nhân xuất hiện nhồi máu phổi sau mổ đã được can thiệp mạch cấp cứu lấy huyết khối thành công và hậu phẫu ổn định sau 17 ngày, 2

trường hợp có viêm phổi và rối loạn nhịp tim sau mổ (trên cơ địa có các bệnh lý tim mạch, hô hấp trước đó) được điều trị nội khoa ổn định.

Đồng thời, chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào xuất hiện các biến chứng như chảy máu sau mổ, rò miệng nổi, hẹp miệng nổi hay chảy máu miệng nổi.

Thời gian theo dõi trung bình cho tới tháng 8/2021 là 41,1 tháng, trong quá trình theo dõi chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp nào tái phát chiếm tỉ lệ 4%, trong đó 1 trường hợp di căn nhân phúc mạc tiểu khung 1 trường hợp di căn gan và 1 trường hợp tử vong sau khi xuất hiện tái phát nhưng không đáp ứng với hóa trị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian phẫu thuật trung bình là 121,7 phút, ít hơn so với nghiên cứu của Kang (2014) với thời gian phẫu thuật trung bình là 192 phút [5]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Kang, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng được tiến hành qua nội soi và chỉ thực hiện trên nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng phải. Thời gian trung tiện trung bình là 3,5 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 8,7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với trong nghiên cứu của Kang (2014) (5 ngày) có lẽ do 100% các bệnh nhân của chúng tôi đều được tiến hành mổ mở, trong khi toàn bộ các bệnh nhân trong nghiên cứu của Kang đều được phẫu thuật nội soi [5]. Chiều dài đoạn ruột cắt bỏ trung bình là 31,2 cm, diện cắt trên trung bình là 12,8 cm, diện cắt dưới trung bình là 9,9 cm. So với nghiên cứu của Kang và cộng sự, chiều dài đoạn ruột cắt bỏ của chúng tôi dài hơn, có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên tất cả các bệnh nhân mắc ung thư đại tràng (ở mọi vị trí), trong đó có 3 bệnh nhân (chiếm 6%) cắt toàn bộ đại tràng, 1 bệnh nhân (chiếm 2%) cắt toàn bộ đại trực tràng. Diện cắt trên và dưới trong nghiên cứu cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Kang và cộng sự [5].

Số lượng hạch vét được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,9 hạch, kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Hohenberger (2009) với số lượng hạch vét được trung bình là 32 hạch [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào gặp tai biến, biến chứng trong mổ. Có 1 trường hợp bệnh nhân xuất hiện nhồi máu phổi sau mổ đã được can thiệp kịp thời lấy huyết khối thành công, 2 trường hợp bệnh nhân có viêm phổi và rối loạn nhịp sau mổ đều được

điều trị nội khoa ổn định. Đồng thời trong nghiên cứu cũng không gặp các biến chứng sau mổ như chảy máu, rò miệng nối, hẹp miệng nối... Các kết quả này đều thấp hơn so với nghiên cứu của Hohenberger (2009) và nghiên cứu của Kang (2014) với tỉ lệ biến chứng chung lần lượt là 19,7% và 4,6% [4], [5].

Về hóa trị, chúng tôi sử dụng các phác đồ kinh điển cho hỗ trợ như FOLFOX, XELOX hay Capecitabin đơn thuần, đây là các phác đồ được sử dụng phối hợp tương tự như các tác giả châu Âu, châu Á khác. Tất cả bệnh nhân đều được hoàn thành liệu trình điều trị và không có trường hợp nào xuất hiện các độc tính nặng dẫn tới phải dừng điều trị hoặc chuyển phác đồ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sống thêm không bệnh sau thời gian theo dõi trung bình 41,1 tháng là 96% tương tự như các kết quả của tác giả Hohenberg là 95,1% và của các tác giả Nhật Bản là 92,4% sau thời gian theo dõi 5 năm[6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, hiện tại tuy chỉ thực hiện trên 50 bệnh nhân, nhưng bước đầu đã cho thấy tính khả thi, an toàn và mang lại kết quả sống thêm tốt của phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và hóa trị hỗ trợ trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn T4 hoặc N1-2 chưa

di căn xa.

Tỉ lệ sống thêm không bệnh sau thời gian theo dõi trung bình 41,1 tháng là 96% và sống thêm toàn bộ là 98%. Tỉ lệ tái phát chiếm 4% trong đó 2% tái phát di căn gan và 2% tái phát di căn phúc mạc tiểu khung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, **68(6)**, 394–424.
2. **Watanabe T., Muro K., Ajioka Y. và cộng sự. (2018).** Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*, **23(1)**, 1–34.
3. **Hohenberger W., Weber K., Matzel K. và cộng sự. (2009).** Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation - technical notes and outcome. *Colorectal Dis*, **11(4)**, 354–364.
4. **Kang J., Kim I., Kang S.I. và cộng sự. (2014).** Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision. *Surg Endosc*, **28(9)**, 2747–2751.
5. **Yojiro Hashiguchi, Kei Muro, Yutaka Saito, Kenichi Sugihara** Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. 29 May 2019.. *International Journal of Clinical Oncology Vol.:(0123456789)*. 1 3.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG CÓ KHỐI UNG THƯ NGUYÊN PHÁT THỨ HAI

Tô Thị Trang Anh¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư hạ họng có khối ung thư nguyên phát thứ hai. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 41 bệnh nhân ung thư hạ họng có khối ung thư nguyên phát thứ hai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện khối ung thư nguyên phát thứ hai là 4,7%. 41 bệnh nhân ung thư hạ họng có khối ung thư nguyên phát thứ hai toàn bộ là nam giới, tuổi trung bình $57,34 \pm 6,95$, hầu hết có tiền sử sử dụng thuốc lá và rượu nhiều năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp

nhất là rối loạn nuốt (97,6%): nuốt vướng 80,5%, nuốt đau 53,7%, nuốt nghẹn 14,6%, khàn tiếng 34,1%, bệnh nhân gầy sút cân rõ 24,4%. Hay gặp nhất khối u hạ họng ở giai đoạn T2 chiếm 46,3% và giai đoạn T3 chiếm 36,6%, 12,2% ở giai đoạn T1. Trên lâm sàng, có 90,2% bệnh nhân không nghi ngờ hạch di căn, có 7,3% bệnh nhân ở giai đoạn N1 và chỉ có 1 bệnh nhân ở giai đoạn N2. 97,6% bệnh nhân có khối ung thư nguyên phát thứ hai ở thực quản, chỉ có 1 bệnh nhân khối ung thư nguyên phát thứ hai ở họng miệng. 1/3 giữa thực quản là vị trí hay gặp tổn thương ung thư nhất ở 56,8%. 100% bệnh nhân ung thư biểu mô vảy, đa phần độ mô học III. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư hạ họng nói riêng và ung thư biểu mô vùng đầu cổ có nguy cơ có khối ung thư nguyên phát thứ hai, làm tăng tiên lượng xấu, ảnh hưởng tới phương án điều trị và khả năng sống sót của bệnh nhân. Khối ung thư nguyên phát thứ hai thường nằm ở đường hô hấp tiêu hóa trên và phổi. Triệu chứng lâm sàng đa dạng thường bị che lấp bởi triệu chứng tại khối ung thư nguyên phát. Trong chiến lược quản lý bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Tô Thị Trang Anh

Email: tranganh929@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2021

Ngày duyệt bài: 11.11.2021