

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ HẮC TỔ DA GIAI ĐOẠN II, III TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Thanh Phương*, Vũ Hồng Thăng*, Nguyễn Đại Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả sau phẫu thuật triệt căn đơn thuần UTHT da giai đoạn II, III. **Đối tượng, phương pháp:** mô tả tiền cứu và hồi cứu 130 bệnh nhân UTHT da giai đoạn II, III được điều trị bằng phẫu thuật tại viện K từ 2013-2019. **Kết quả:** bệnh hay gặp từ 40 đến 79 tuổi, tuổi TB $56,0 \pm 1,8$, thấp nhất 18 và cao nhất 85, nam/nữ là 1,03. Vị trí hay gặp chi dưới 46,9%, u màu đen 69,9%, thay đổi kích thước hình dạng u 100%, u trên nền da dày sừng hóa 42,3%, vệ tinh 23,8%, loét u 31,6%. Di căn hạch khu vực 48,5%, giai đoạn 2, 3 là 43,1%, 56,9%. Cắt rộng u, vết hạch khu vực 83,8%; cắt cụt chi, tháo khớp, vết hạch khu vực 16,2%. Tạo hình sau cắt u bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi 13,8%, vạt da hoán vị 7,7% và vá da rời 7%. Biến chứng phù bạch mạch sau vết hạch khu vực 11,5%, tái phát u và hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 51,5%, trong đó di căn phổi, gan, não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 3, 5 năm tương ứng là 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ 1, 3, 5 năm là 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%. **Kết luận:** Bệnh hay gặp: trên 40 tuổi, vị trí chi dưới, u màu đen loang lổ, thay đổi kích thước hình dạng, trên nền da dày sừng hóa. Tỷ lệ nam / nữ là 1,03, vệ tinh quanh u 23,8%, loét u 31,6%. Di căn hạch khu vực 48,5%, giai đoạn 2, 3 tương ứng là 43,1%, 56,9%. Kết quả sau phẫu thuật cắt rộng u, vết hạch khu vực 83,8%; cắt cụt chi, tháo khớp, vết hạch khu vực 16,2%. Tạo hình khuyết hổng sau cắt u bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi 13,8%, vạt da hoán vị 7,7% và vá da rời 7%. Biến chứng phù bạch mạch sau vết hạch khu vực 11,5%, tái phát u và hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 51,5%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1, 3, 5 năm tương ứng là 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ sau 1, 3, 5 năm là 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ sau 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%.

Từ khóa: ung thư hắc tố da, kết quả sau phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATION RESULTS AFTER SURGERY OF STAGE II, III CUTANEOUS MELANOMA AT K HOSPITAL

Objective: Study on clinical features and results after adical surgery alone of stage II, III cutaneous melanoma. **Subjects and methods:** A retrospective

and prospective study on 130 cutaneous melanoma patients in stage II, III were treated with surgery at K hospital from 2013 to 2019. **Results:** The average age is $56,0 \pm 1,8$, which is common from 40 to 79 years old, youngest patient 18 year-old and the oldest one 85 year-old, male/female 1,03. Tumors are often located in the lower limbs 46,9%, black tumor 69,9%, change in size, shape 100%, tumors grow on thick skin 42,3%, satellite 23,8%, ulcer 31,6%. Regional lymph node positive 48,5%, stage 2, 3 are 43,1%, 56,9%. Wide excision, lymphadenectomy 83,8%; amputation, disassembling, lymphadenectomy 16,2%. Reconstruction after tumor resection by skin flap with vascular 13,8%, permuted skin flap 7,7% and skin patch 7%. Lymphedema after lymphadenectomy 11,5%, recurred tumor and regional lymph node 9,2%. Distant metastasis after treatment 51,5%, lung metastasis 50,7%, liver metastasis 10,5%, brain metastasis 13,4%, subcutaneous metastasis 6% and multi-organ metastasis 15,9%. The 1, 3, 5 years disease-free survival is 93,8%, 65,9% and 40,7%, respectively. The 1, 3, 5 years overall survival is 100%, 73,1% and 47,1%, respectively. The 5-years overall survival in stages 2, 3 is 75,3%, 28%. **Conclusion:** Cutaneous melanoma is common: > 40 years old, lower limbs, black tumor, change in size, shape, grow on thick skin. Male/female 1,03, satellite 23,8%, ulcer 31,6%. Regional lymph node positive 48,5%, stage 2, 3 are 43,1%, 56,9%. Results after surgery: wide excision, lymphadenectomy 83,8%; amputation, disassembling, lymphadenectomy 16,2%. Reconstruction after tumor resection by skin flap with vascular 13,8%, permuted skin flap 7,7% and skin patch 7%. Lymphedema after lymphadenectomy 11,5%, recurred tumor and regional lymph node 9,2%. Distant metastasis after treatment 51,5%. The 1, 3, 5 years disease-free survival is 93,8%, 65,9% and 40,7%, respectively. The 1, 3, 5 years overall survival is 100%, 73,1% and 47,1%, respectively. The 5-years overall survival in stages 2, 3 is 75,3%, 28%.

Keywords: Cutaneous melanoma, results after surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hắc tố (UTHT) da là bệnh lý ác tính của các tế bào sinh sắc tố melanin ở da. Các tế bào này phân bố chủ yếu ở lớp đáy của thượng bì (90%), niêm mạc, màng não, võng mạc mắt, sinh dục, đại trực tràng, ống hậu môn. UTHT da là bệnh rất ác tính, tiến triển nhanh, di căn sớm [1]. Tỷ lệ mắc UTHT da tăng liên tục ở hầu hết các nước trong nhiều thập kỷ qua, có xu hướng thành bệnh phổ biến ở các nước châu Âu, châu Mỹ, Úc và Newzealand. Tại Mỹ, theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ, 2020 có 100.350 ca mắc mới trong đó 60.190 nam, 40.160 nữ và 6.850 ca tử

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/10/2021

Ngày phản biện khoa học: 5/11/2021

Ngày duyệt bài: 22/11/2021

vong do bệnh này trong đó 4.610 nam và 2.240 nữ. Là bệnh phổ biến thứ năm ở nam giới và thứ 6 ở nữ giới, là một trong những ung thư phát triển nhanh nhất trong các bệnh ung thư ở Mỹ [2], [3]. Ở Việt Nam, nhiều năm gần đây, chưa có công bố cụ thể về tỷ lệ mắc và tử vong UTHT da, theo ghi nhận của Phạm Hoàng Anh năm 1993, tỷ lệ mắc là 0,3-0,4/100.000 dân. UTHT da là bệnh ít gặp, nhưng đến khám và điều trị tại bệnh viện K tăng lên hàng năm. Do hiểu biết về bệnh này còn hạn chế nên trên 80% bệnh nhân đến khám ở giai đoạn II, III [4],[5]. Điều trị hiện nay, phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu khi bệnh ở giai đoạn tại chỗ, tại vùng, phương pháp điều trị bằng hóa chất kém hiệu quả, mang tính chất điều trị triệu chứng khi bệnh ở giai đoạn muộn. Trong nước, hai thập kỷ qua chưa có nghiên cứu nào về đánh giá kết quả điều trị ung thư hắc tố da. Vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả sau phẫu thuật triệt căn UTHT da giai đoạn II, III tại bệnh viện K” nhằm 2 mục tiêu:

- *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ung thư hắc tố da*

- *Đánh giá kết quả sau phẫu thuật triệt căn đơn thuần ung thư hắc tố da giai đoạn II, III.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 130 bệnh nhân UTHT da giai đoạn II, III, được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn đơn thuần tại bệnh viện K từ 2013-2019.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân bị UTHT da giai đoạn II, III, được chẩn đoán xác định là UTHT da bằng mô bệnh học tại viện K, còn khối u nguyên phát chưa phẫu thuật tuyến dưới, được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn, có đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ, không mắc các bệnh mạn tính khác có nguy cơ tử vong gần, không mắc các bệnh ung thư khác.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tất cả các trường hợp không đủ tiêu chuẩn trên.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu 130 trường hợp (hồi cứu 28, tiến cứu 102), chọn mẫu toàn bộ, có chủ đích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Các biến số, chỉ số: Nhóm tuổi < 20, 20-39, 40-59, 60-79, ≥ 80 tuổi, giới nam, nữ. Vị trí u đầu cổ, thân mình, chi trên, chi dưới. Màu sắc đen, nâu sẫm, không sắc tố. Thay đổi kích thước hình dạng, hình thái loét, sùi, nốt ruồi to, phẳng. Nền u da thường, nốt ruồi, da dày sừng, sắc tố bẩm sinh, vệ tinh, loét u, hạch khu vực,

giai đoạn bệnh 2,3, phương pháp mổ cắt rộng u vét hạch khu vực, cắt cụt chi, tháo khớp chi vét hạch khu vực, mô bệnh học diện cắt u, tạo hình bằng vật da cơ có cuống mạch nuôi, vật da hoán vị, vá da rời. Biến chứng sau mổ nhiễm trùng, chảy máu, hoại tử vật da, phù bạch huyết. Tái phát u, hạch khu vực sau điều trị, di căn phổi, gan, não, dưới da, đa tạng.

2.4. Quy trình nghiên cứu: Thu nhập đặc điểm lâm sàng qua trực tiếp khám bệnh nhân lúc vào viện đối với nhóm tiến cứu, khai thác hồ sơ bệnh án đối với nhóm hồi cứu, làm xét nghiệm cận lâm sàng để phân giai đoạn bệnh theo AJCC 2009 vào bệnh án nghiên cứu mẫu. Mổ cắt rộng u hoặc cắt cụt, tháo khớp chi, vét hạch khu vực cho các trường hợp, theo dõi các biến chứng sau mổ. Làm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch để chẩn đoán và đặc điểm u: bề dày u, nhân vệ tinh, loét u, tỷ lệ nhân chia, số hạch di căn để phân giai đoạn TNM. Theo dõi tái phát u, hạch, di căn xa và sống thêm bằng hẹn bệnh nhân khám định kỳ, gửi thư, gọi điện thoại, tính tỷ lệ sống thêm 1, 3, 5 năm không bệnh, toàn bộ và theo giai đoạn bệnh.

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và phân tích số liệu, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm. Tính tỷ lệ sống thêm theo sự kiện Kaplan - Meier.

2.6. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 1/1/2016 đến 20/11/2021, bệnh viện K.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt. Tất cả biến số, chỉ số nghiên cứu được thu thập một cách trung thực và khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n=130)

| Nhóm tuổi | Số BN | Tỷ lệ % |
|-------------------------|-------|---------|
| < 20 | 1 | 0,5 |
| 20 – 39 | 14 | 11,1 |
| 40 – 59 | 64 | 53,1 |
| 60– 79 | 47 | 30,4 |
| ≥80 | 4 | 4,9 |
| Giới: Nam | 66 | 50,7 |
| Nữ | 64 | 49,3 |
| Vị trí u: Đầu cổ | 19 | 14,6 |
| Thân mình | 29 | 22,3 |
| Chi trên | 21 | 16,2 |
| Chi dưới | 61 | 46,9 |
| Màu sắc u | | |
| Đen tuyền loang lỗ | 87 | 66,9 |
| Nâu sẫm | 35 | 26,9 |
| Không nhiễm sắc | 8 | 6,2 |

| Thay đổi kt, hình dạng u | | |
|---------------------------------|-----|------|
| Có | 130 | 100 |
| Không | 0 | 0 |
| Hình thái u: Loét | | |
| Loét sùi | 25 | 19,2 |
| Nốt ruồi to | 51 | 39,2 |
| Sùi | 26 | 20 |
| Phẳng | 12 | 9,2 |
| Nền u | | |
| Da thường | 19 | 14,6 |
| Nốt ruồi | 52 | 40 |
| Da sừng hóa | 55 | 42,3 |
| Sắc tố bẩm sinh | 4 | 3,1 |
| Vệ tinh quanh u | | |
| Có | 31 | 23,8 |
| Không | 99 | 76,2 |
| Hạch khu vực | | |
| Chưa di căn | 67 | 51,5 |
| Di căn 1 hạch | 20 | 15,4 |
| Di căn 2-3 hạch | 18 | 13,9 |
| Di căn > 3 hạch | 25 | 19,2 |
| Giai đoạn | | |
| Giai đoạn 2 | 56 | 43,1 |
| Giai đoạn 3 | 74 | 56,9 |

Tuổi trung bình là 56,0±1,8, thấp nhất 18 và cao nhất 85; độ tuổi hay gặp từ 40 đến 79 tuổi 83,5%, nam/nữ là 1.03, vị trí gặp nhiều ở chi dưới 46,9%, màu đen gặp nhiều 66,9%. Thay đổi kích thước hình dạng u 100%, loét + loét sùi 31,6%. U xuất hiện trên da dày sừng hóa 42,3%, có vệ tinh 23,8%, chưa di căn hạch khu vực 51,5%. Giai đoạn 2, 3 là 43,1% và 56,9%.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật triệt căn UHTT da giai đoạn 2, 3

3.2.1. Phương pháp mổ, diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát u hạch, di căn xa

Bảng 2. Phương pháp mổ, diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát, di căn xa

| Phương pháp mổ (n = 130) | Số BN | Tỷ lệ % |
|------------------------------------|-------|---------|
| Cắt rộng khối u + vét hạch khu vực | 109 | 83,8 |

Bảng 3. Sống thêm 1, 3, 5 năm không bệnh, toàn bộ và giai đoạn 2, 3

| Theo dõi | BN không TPDC | BN TPDC | Mất theo dõi | Sống thêm Kaplan-Meier |
|------------------|---------------|---------|--------------|------------------------|
| 1 năm không bệnh | 122 | 8 | 0 | 93,8 |
| 3 năm không bệnh | 79 | 51 | 0 | 65,9 |
| 5 năm không bệnh | 63 | 67 | 0 | 40,7 |
| Theo dõi | BN sống | BN chết | Mất theo dõi | Sống thêm Kaplan-Meier |
| 1 năm toàn bộ | 130 | 0 | 0 | 100 |
| 3 năm toàn bộ | 98 | 32 | 0 | 73,1 |
| 5 năm toàn bộ | 80 | 50 | 0 | 47,1 |
| Giai đoạn | BN sống | BN chết | Số BN | Sống thêm |

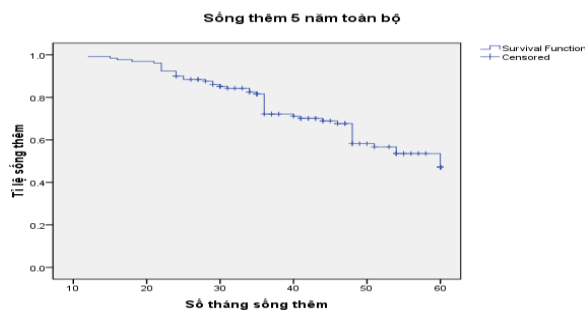
| | | |
|--|-----|------|
| Cắt cụt chi, tháo khớp bàn ngón + vét hạch khu vực | 21 | 16,2 |
| Mô bệnh học diện cắt u (n = 124) | | |
| Số BN | | |
| Còn ung thư | 0 | 0 |
| Không còn ung thư | 124 | 100 |
| Tạo hình khuyết hồng (n = 130) | | |
| Số BN | | |
| không tạo hình | 93 | 71,5 |
| vạt da cơ có cuống mạch nuôi | 18 | 13,8 |
| vạt da hoán vị | 10 | 7,7 |
| vá da rời | 9 | 7 |
| Biến chứng sau mổ (n=130) | | |
| Số BN | | |
| Không biến chứng | 112 | 86,2 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 1,5 |
| Chảy máu vết mổ | 1 | 0,8 |
| Phù bạch mạch sau vét hạch | 15 | 11,5 |
| Hoại tử vạt da | 0 | 0 |
| Tái phát u, hạch khu vực (n = 130) | | |
| Số BN | | |
| Không tái phát | 118 | 90,8 |
| Tái phát | 12 | 9,2 |
| Di căn xa (n = 67) | | |
| Số BN | | |
| Phổi | 34 | 50,7 |
| Gan | 7 | 10,5 |
| Não | 9 | 13,4 |
| Dưới da | 4 | 6 |
| Đa tạng | 13 | 19,4 |

Cắt rộng u và vét hạch khu vực chiếm 83,8%, có 124 trường hợp làm giải phẫu bệnh diện cắt u đều không còn tế bào ung thư (100%). Tạo hình khuyết hồng sau cắt u bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi 13,8%, vạt da hoán vị 7,7% và vá da rời 7%. Phù bạch mạch sau vét hạch khu vực 11,5%, tái phát u, hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 67 TH(51,5%), trong đó di căn phổi, gan, não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%.

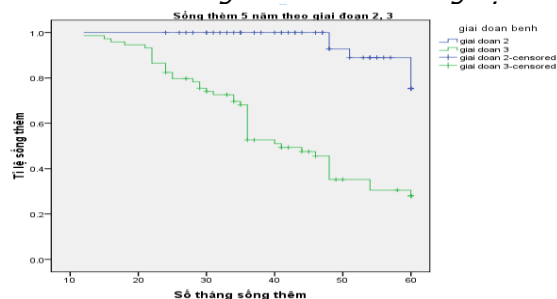
3.2.2. Tỷ lệ sống thêm 1, 3, 5 năm không bệnh, toàn bộ và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật triệt căn (n = 130)

| | | | | Kaplan-Meier |
|-------------|----|----|----|---------------------|
| Giai đoạn 2 | 51 | 5 | 56 | 75 3 |
| Giai đoạn 3 | 29 | 45 | 74 | 28 |

Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 3, 5 năm tương ứng 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ 1, 3, 5 năm tương ứng 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%.



Biểu đồ 1. Sống thêm 5 năm không bệnh



Biểu đồ 2. Sống thêm toàn bộ 5 năm theo giai đoạn 2, 3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tuổi, giới: Tuổi trung bình là 56,0±1,8, trẻ nhất 18 tuổi, già nhất 85 tuổi, nhóm gặp nhiều từ 40 đến 79 tuổi chiếm 83,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,03. Kết quả này tương tự kết quả của Đào Tiến Lục, tuổi trung bình là 55,4, nhóm hay gặp 40 đến 80 là 84,8%, tỷ lệ nữ/ nam là 1,24. Kết quả nghiên cứu của Masback A, tuổi trung bình là 53,2, trẻ nhất 12 tuổi, già nhất 86 tuổi; nhóm hay gặp 50 đến 80 là 76,6%, tỷ lệ nữ/ nam 1/2[5],[6].

4.1.2. Vị trí, màu sắc u: Nghiên cứu của chúng tôi hay gặp ở chi dưới 46,9%, chi trên 16,2%, thân mình 22,3% và đầu cổ 14,6%. Màu đen 69,9%, nâu sẫm 26,9%, không nhiễm sắc 6,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đào Tiến Lục, có 50,4% gặp ở chi dưới, 17,9% ở chi trên, 16,6% ở thân mình, 14,7% ở đầu cổ, màu đen 55%, nâu sẫm 29,5%, không nhiễm sắc 15,5%. Nghiên cứu của chúng tôi vị trí gặp ở chi dưới tỷ lệ cao hơn kết quả của Masback A là 34,9%[5], [6]. Sự khác nhau này có thể do bệnh nhân thuộc chủng tộc và địa lý khác nhau.

4.1.3. Thay đổi kích thước, hình dạng u:

Nghiên cứu của chúng tôi tất cả khối u đều có thay đổi kích thước hình dạng (100%), Hình thái loét và loét sùi 31,6, nốt ruồi to 39,2%. Sùi và phẳng là 20%, 9,2%. Kết quả này tương tự kết quả của Đào Tiến Lục, loét và loét sùi là 39,7 và nốt ruồi to 42,6%, sùi đơn thuần 12,4%, khác với kết quả của Masback A, với loét đơn thuần và thể loét sùi 26,2% [5], [6]. Sự khác nhau này có thể bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện muộn hơn, nên tỷ lệ thể loét, loét sùi cao hơn.

4.1.4. Nền u, vệ tinh quanh u: Nghiên cứu của chúng tôi u xuất hiện trên da sừng hóa 42,3%, nốt ruồi 40%, da thường 14,6%. Khối u xuất hiện nhiều trên nền da sừng hóa như gan bàn tay, gan bàn chân đặc biệt ở gót chân. Có nhân vệ tinh 23,8%. Kết quả của Đào Tiến Lục, u xuất hiện trên da sừng hóa là 50,3%, trên nốt ruồi 38,6%, nhân vệ tinh quanh u là 23,4%. Kết quả nghiên cứu của Masback A, u trên da sừng hóa 40,6%, vệ tinh quanh u là 6,04%[5], [6], kết quả của chúng tôi tỷ lệ nhân vệ tinh cao hơn là do bệnh nhân của chúng tôi thường đến viện chủ yếu là giai đoạn 3.

4.1.5. Di căn hạch, giai đoạn 2, 3: Nghiên cứu của chúng tôi di căn hạch khu vực là 48,5%, chưa di căn hạch 51,5%, giai đoạn 2, 3 tương ứng là 43,1% và 56,9%. Kết quả nghiên cứu của Đào Tiến Lục di căn hạch khu vực là 57,2%, giai đoạn 2, 3 tương ứng là 39,4% và 57,2%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Masback A di căn hạch khu vực chỉ có 18,8% và giai đoạn 3 chỉ 18,8% [5], [6]. Nguyên nhân là bệnh nhân của chúng tôi thường đến viện ở giai đoạn 3, đó là giai đoạn đã có sự di căn hạch khu vực.

4.2. Kết quả sau phẫu thuật triệt căn UHTT da giai đoạn 2, 3

4.2.1. Phương pháp mổ, mô bệnh học diện cắt u, tạo hình, biến chứng, tái phát, di căn xa: Nghiên cứu của chúng tôi cắt rộng khối u và vét hạch khu vực chiếm 83,8%, cắt cụt chi, tháo khớp bàn ngón và vét hạch khu vực 16,2%. Có 124 trường hợp làm xét nghiệm giải phẫu bệnh diện cắt u đều không còn tế bào ung thư (100%). Tạo hình khuyết hồng sau cắt u bằng vạt da cơ có cuống mạch nuôi 13,8%, bằng vạt da hoán vị 7,7%, vá da rời 7% và không phải tạo hình 71,5%. Biến chứng phù bạch mạch là 11,5%. Tái phát tại u, hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 51,5%, trong đó di căn phổi, gan,

não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%. Kết quả nghiên cứu của Đào Tiến Lục cắt rộng u và vét hạch khu vực 80,4%, cắt cụt chi, tháo khớp bàn ngón và vét hạch khu vực 19,6%, biến chứng phù bạch mạch sau vét hạch khu vực 16,8%, tái phát tại u, hạch khu vực 25,6%, di căn xa sau mổ 54,5% [5].

4.2.2. Sống thêm 1, 3, 5 năm không bệnh, toàn bộ và theo giai đoạn 2, 3: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1, 3, 5 năm tương ứng 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ 1, 3, 5 năm tương ứng 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Đào Tiến Lục trên 157 bệnh nhân sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 24,6% cho giai đoạn 2,3 sau phẫu thuật, sống thêm 5 năm toàn bộ sau phẫu thuật của giai đoạn 2, 3 tương ứng là 59% và 12,5%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh hay gặp: trên 40 tuổi, vị trí chi dưới, u màu đen loang lổ, thay đổi kích thước hình dạng, trên nền da dày sừng hóa.

- Tỷ lệ nam / nữ là 1,03, vệ tinh quanh u 23,8%, loét u 31,6%. Di căn hạch khu vực 48,5%, giai đoạn 2, 3 tương ứng là 43,1%, 56,9%.

5.2. Kết quả sau phẫu thuật triệt căn

- Cắt rộng u, vét hạch khu vực 83,8%; cắt cụt chi, tháo khớp, vét hạch khu vực 16,2%. Tạo hình khuyết hồng sau cắt u bằng vật da cơ có củng mạch nuôi 13,8%, vạt da hoán vị 7,7% và vá da rời 7%.

- Biến chứng phù bạch mạch sau vét hạch khu vực 11,5%, tái phát u và hạch khu vực 9,2%. Di căn xa sau điều trị 51,5%, trong đó di căn phổi, gan, não, dưới da và đa tạng tương ứng là 50,7%, 10,5%, 13,4%, 6% và 19,4%.

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1, 3, 5 năm tương ứng là 93,8%, 65,9% và 40,7%. Sống thêm toàn bộ sau 1, 3, 5 năm là 100%, 73,1% và 47,1%. Sống thêm toàn bộ sau 5 năm giai đoạn 2, 3 là 75,3% và 28%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albino A.P, Reed J.A., McNutt N.S et al. (1997).** Molecular Biology of Cutaneous Melanoma, Principles and practice of Oncology. Lippincott Raven, 2, 46.
2. **Cutaneous melanoma: Etiology and therapy (2017).** Chapter 1: Epidemiology of melanoma. Brisbane (AU): Codon Publications.
3. **Marc Hurlbert (2020).** 2020 Melanoma mortality rates decreasing despite ongoing increase in incidence. Melanoma research Alliance.
4. **Phạm Hoàng Anh và cộng sự (1993),** Ung thư Hà Nội 1991- 1992, y học Việt Nam; chuyên đề ung thư, tập 173, số 7, 14-21.
5. **Đào Tiến Lục (2001),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố tiên lượng của ung thư hắc tố. Luận văn bác sỹ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
6. **Masback A, Westerdahl J, Ingvar et al. (1997).** Cutaneous malignant melanoma in southern Sweden 1965, 1975 and 1985 – prognostic factors and histologic correlations. Cancer, 83, 275-83.
7. **Barnhill RL, Fine JA, Roush GC, Berwick M. (1996).** Predicting five-year outcome for patients with cutaneous melanoma in a population-based study. Cancer, 78, 427-432.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỤI PHỔI SILIC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2019-2020

Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Hương, Phạm Thị Quân, Nguyễn Thị Quỳnh(*)

TÓM TẮT

Bệnh bụi phổi silic cho đến hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, người bệnh thường vào viện điều trị bởi những ảnh hưởng của bệnh lên cơ quan hô hấp với các triệu chứng không khác biệt so với các bệnh hô hấp thông thường khác. Nhằm giúp cho các bác sỹ

lâm sàng có những nhìn nhận về bụi phổi silic một cách rõ ràng hơn, từ đó giúp cho hướng chẩn đoán bệnh sớm, một nghiên cứu hồi cứu mô tả các triệu chứng lâm sàng thu nhận được ở 103 bệnh nhân bụi phổi silic được điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương năm 2019-2020. Kết quả cho thấy: 98% bệnh nhân bụi phổi silic điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương là nam giới; 33,7% lao động khai thác vàng; 25,5% khai thác đá. Khó thở là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (98,8%). Triệu chứng thực thể: Rì rào phế nang giảm chiếm 91,2%, rale nổ là 75,7%, rale ẩm là 73,8%. Cần khai thác tiền sử nghề nghiệp để có thể chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại các cơ sở điều trị bệnh hô hấp. Cần thực hiện giám sát phát hiện và

(*)Viện ĐT YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: anhnn@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021