

tá tràng và 95,1% loét hành tá tràng. Trong đó, loét mặt trước hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 44,1%, loét mặt sau hành tá tràng chiếm 27,5% và loét cả mặt trước và mặt sau hành tá tràng chiếm 23,5% (Bảng 4). Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nghi nhận tỉ lệ loét hành tá tràng ở mặt trước cao hơn ở mặt sau [2], [3]. Vấn đề này cần được bác sĩ nội soi lưu ý khi quan sát tổn thương. Tuy nhiên, cũng cần quan tâm đến vị trí loét mặt sau hành tá tràng và loét ở đoạn D1 tá tràng vì đây là các tổn thương ít gặp và dễ bỏ sót, nhất là những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không tìm được tổn thương. Về kích thước ổ loét, chúng tôi ghi nhận ổ loét kích thước dưới 1 cm là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 52%, ổ loét kích thước 1-2 cm chiếm 47% và chỉ 1 trường hợp có ổ loét lớn kích thước trên 2 cm. Nghiên cứu của Đặng Thúy Hà tại bệnh viện Nhi trung ương ghi nhận tỉ lệ trẻ có ổ loét lớn cao hơn (15,5%) [1]. Sự khác biệt này có thể giải thích do đề tài của chúng tôi thực hiện ở cơ sở y tế địa phương, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lần đầu (74,6% bệnh nhân không có tiền sử viêm- loét dạ dày tá tràng từ trước). Đa ổ loét và kích thước ổ loét lớn là các yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhi loét tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Loét tá tràng nhiễm *H. pylori* thường có triệu chứng lâm sàng không rõ ràng và không tương xứng với mức độ tổn thương trên nội soi. Cần khám lâm sàng cẩn thận, chỉ định nội soi tiêu hóa phù hợp khi bệnh nhân có các dấu hiệu nghi ngờ viêm loét dạ dày tá tràng để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm

ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hoá tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thúy Hà, Nguyễn Thị Việt Hà.** Liên quan giữa yếu tố độc lực VACA của *H. pylori* với tổn thương trên nội soi và mô bệnh học của bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020; 131(7): 127-134.
2. **Nguyễn Thị Hồng Nhân, Nguyễn Thị Việt Hà.** Triệu chứng lâm sàng và tổn thương trên nội soi của bệnh nhân loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa Saint Paul. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020; 494(2): 202-205
3. **Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Việt Trường và cộng sự.** Loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2014; 18(4): 41-47.
4. **de Martel C, Parsonnet J. Helicobacter pylori Infection and Gender: A Meta-Analysis of Population-Based Prevalence Surveys.** Digestive Diseases and Sciences. 2006; 51(12): 2292-2301.
5. **Graziella Guariso, Marco Gasparetto.** Update on Peptic Ulcers in the Pediatric Age. Ulcers. 2012.
6. **Kalach N, Bontems P.** Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study. European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2010; 22(10): 1174-1181.
7. **Şimşek, H., Tezol, O., et al. (2018).** Peptic Ulcer Disease in Children with Chronic Abdominal Pain. Journal of Gastroenterology, 3(2), 5.
8. **Usta Y, Saltik-Temizel, et al.** Comparison of short- and long-term treatment protocols and the results of second-line quadruple therapy in children with *Helicobacter pylori* infection. Journal of Gastroenterology. 2008; 43(6): 429-433.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Thu Trang*, Lê Thanh Đức*, Hàn Thị Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) giai đoạn III tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

**Bệnh Viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Trang

Email: Drtrangpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

Bệnh nhân và đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân UTMTC giai đoạn III điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020, được điều trị đủ liệu trình phẫu thuật, xạ trị bổ trợ, hóa trị bổ trợ, được theo dõi sau điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56 tuổi, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo bất thường. 60% BN có nồng độ CA12.5 máu trước điều trị ở mức cao (trên 35 U/ml). Ung thư biểu mô (UTBM) tuyến dạng nội mạc là thể mô bệnh học (MBH) hay gặp nhất, 73,34%. BN có ER dương tính chiếm 59,52%, PR dương tính 54,76%. Trung vị thời gian sống không bệnh là 30,86±4,20, với 95%CI (22,63-39,10). BN ở giai đoạn IIIA/B có tiên lượng tốt

hơn BN ở giai đoạn IIIC. BN có TTNT dương tính tiên lượng tốt hơn. Nồng độ CA12.5 tăng cao là yếu tố tiên lượng xấu trong UTMTC. **Kết luận:** UTMTC giai đoạn III sau khi được điều trị đúng và đủ liệu trình sẽ kéo dài thời gian sống thêm không bệnh.

Từ khóa: Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III, sống thêm không bệnh.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT IN ENDOMETRIAL CANCER STAGE III IN NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: Clinical, paraclinical systems of endometrial cancer (EC) stage III. DFS (Disease free survival) of EC stage III after treatment. **Patients and methods:** 60 patients with EC stage III in National Cancer Hospital from January 2016 to December 2020, who were treated by surgery, radiotherapy and chemotherapy, observing them to their recurrence. **Results:** median age was 56. The most common clinical system is abnormal vaginal bleeding. The rate of high CA12.5 level was 60%. Endometrioid carcinoma was the most common pathology with 73,34%. ER positive rate was 59,52%, PR positive rate was 54,76%. Median DFS was 30,86±4,20 months. EC stage IIIA/B patients had DFS longer than stage IIIC patients. ER/PR positive was a good prognosis factor. High CA12.5 level was a poor prognosis factor. **Conclusion:** The endometrial cancer patients after treatment had DFS with 30,86 months.

Keywords: endometrial cancer stage III, disease free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là loại ung thư thường gặp trong các khối u ác tính vùng tiểu khung ở phụ nữ tại các nước phát triển, thường gặp thứ 2 ở các nước đang phát triển (sau ung thư cổ tử cung). Theo GLOBOCAN năm 2020, số ca mắc mới UTMTC trên toàn thế giới là 417.367, chiếm 4,5% tổng số ca ung thư mắc mới. Theo dữ liệu ung thư quốc gia Việt Nam năm 2020, UTMTC là một trong 10 bệnh ung thư thường gặp ở nữ giới, số ca mắc mới UTMTC chiếm 2,5% tổng số ca mắc ung thư và số ca tử vong do UTMTC là 4.871 ca chiếm 1%¹. Bệnh gặp chủ yếu ở người đã mãn kinh (70%), thường gặp nhất ở khoảng 60-70 tuổi.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong UTMTC. Phẫu thuật áp dụng cho tất cả bệnh nhân là cắt tử cung toàn bộ (típ I) và hai phần phụ. Chỉ cắt tử cung típ II khi u xâm lấn cổ tử cung vì có nguy cơ cắt u R1. Dựa vào đánh giá đại thể ngay trong mổ (giai đoạn FIGO) và thông tin trước mổ (loại mô học, độ mô học) người ta phân ra 3 nhóm ung thư nội mạc tử cung: nguy cơ tái phát thấp, trung bình và cao. Chiến lược điều trị của 3 nhóm là khác nhau.

UTNMTC giai đoạn III được xếp vào nhóm

nguy cơ cao. Khuyến cáo điều trị là cắt toàn bộ tử cung típ I và vét hạch chậu bít & hạch cạnh động mạch chủ. Sau khi phẫu thuật khuyến cáo dùng hóa chất bổ trợ, xạ trị bổ trợ toàn khung chậu (có thể phối hợp tia xạ áp sát hoặc không).

UTNMTC giai đoạn tiến xa giai đoạn III chỉ chiếm khoảng 8- 10%, nhưng việc điều trị gặp nhiều khó khăn hơn và cần phải phối hợp nhiều phương pháp như phẫu thuật kết hợp xạ trị và hóa trị với tỷ lệ sống còn sau 5 năm là 40%.

Tại Việt Nam, cũng đã có một số nghiên cứu về UTMTC tuy nhiên chưa có nhiều và tại bệnh viện K chưa có nghiên cứu nào thống kê được kết quả điều trị bệnh nhân UTMTC giai đoạn III (từ năm 2016 đến 2020). Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III tại bệnh viện K.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán ung thư nội mạc tử cung xác định bằng mô bệnh học.

- Bệnh nhân ở giai đoạn III xác định bằng chẩn đoán sau mổ.

- Bệnh nhân chưa được điều trị gì trước đó cho bệnh UTMTC.

- Bệnh nhân được điều trị đầy đủ phẫu thuật, xạ trị và hóa trị.

Trong đó:

+ Phẫu thuật: Cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ, nạo vét hạch chậu và có thể nạo cả hạch cạnh động mạch chủ bụng.

+ Hóa trị: phác đồ paclitaxel –carboplatin x 6 chu kỳ.

+ Xạ trị: xạ bổ trợ khung chậu liều 40- 50Gy, có thể kết hợp xạ trị áp sát hoặc không.

- Được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có hồ sơ ghi chép đầy đủ.

- Bệnh nhân mắc bệnh đang mắc bệnh cấp tính hoặc mạn tính trầm trọng khác.

- Bệnh nhân có chống chỉ định điều trị phẫu thuật/ hóa chất/ tia xạ.

- Bệnh nhân không tuân thủ đầy đủ liệu trình điều trị, bỏ dở điều trị.

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

Quy trình nghiên cứu:

- Các bệnh nhân UTMTC giai đoạn III thỏa mãn các tiêu chuẩn trên được điều trị phẫu thuật

cắt hóa trị bổ trợ và xạ trị bổ trợ. Kết thúc điều trị bệnh nhân được theo dõi định kỳ, ghi nhận thời điểm phát hiện bệnh tái phát để tính thời gian sống không bệnh.

- Thu thập các thông tin cần thiết có trong bệnh án của bệnh nhân theo bệnh án nghiên cứu có sẵn.

- Ghi nhận thời điểm bệnh tái phát bằng cách liên lạc với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân qua điện thoại.

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu

Z: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ tra bảng $Z = 1,96$

p: tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu tương tự trước đó, $p = 0,54^{48}$.

ϵ : giá trị tương đối, thường chọn trong khoảng (0,1-0,4). Chọn $\epsilon = 0,25$

Ước tính cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu cần phải đạt được là 53 bệnh nhân.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân UTMTC giai đoạn III điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020, thỏa mãn các tiêu chuẩn trên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi

Bảng 1. Phân bố tuổi

| | Trung bình | Tuổi nhỏ nhất | Tuổi lớn nhất |
|-------------|------------|---------------|---------------|
| Tuổi | 56±8,21 | 27 | 77 |

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 56 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 27, BN lớn tuổi nhất là 77.

Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

| Cơ năng | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|-----------|
| Đau bụng | 23 | 38,33 |
| Ra máu âm đạo | 54 | 90,00 |
| Ra dịch nhầy âm đạo | 3 | 5,00 |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đến viện với triệu chứng cơ năng ra máu âm đạo bất thường, 54 BN (chiếm 90%), đây cũng là lý do bệnh nhân đến viện khám bệnh. Ngoài ra còn 1 số triệu chứng khác gặp với tỷ lệ ít hơn, đau bụng (38,33%), ra dịch nhầy âm đạo nhiều (5%).

Triệu chứng thực thể

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

| Thực thể | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|--------------|-----------|
| Tử cung to | 12 | 20,00 |
| Ra máu âm đạo | 52 | 86,67 |
| Không triệu chứng | 4 | 6,67 |

Nhận xét: Khi thăm khám thực thể (khám phụ khoa), triệu chứng gặp nhiều nhất là có máu trong âm đạo, 52 BN (chiếm 86,67%). Các triệu chứng khác gặp ít hơn như tử cung to hơn bình thường (20%) và có 4 BN không phát hiện triệu chứng gì khi thăm khám (chiếm 6,67%).

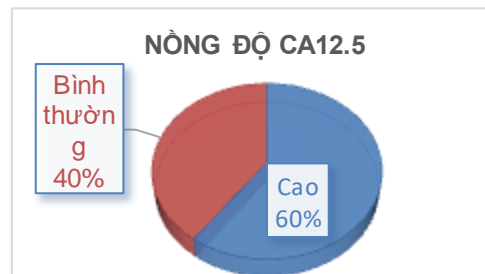
Dấu hiệu trên chẩn đoán hình ảnh (CTOB/MRI tiểu khung):

Bảng 4. Dấu hiệu trên chẩn đoán hình ảnh

| CTOB/MRI | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|------------------|-----------|
| Khối TC/dày niêm mạc TC | 25 | 41,67 |
| Khối TC, hạch chậu | 35 | 58,33 |
| Tổng | 60 | 100 |

Nhận xét: Tất cả các BN đều được chụp CTOB hoặc MRI tiểu khung đánh giá sơ bộ giai đoạn trước phẫu thuật. Số BN có thấy hạch chậu trên phim chụp CT hoặc MRI tiểu khung là 35 BN (chiếm 58,33%). Đa số BN có hình ảnh khối trong TC hoặc niêm mạc tử cung dày hơn so với bình thường.

Nồng độ CA12.5 máu trước phẫu thuật



Biểu đồ 1. Nồng độ CA12.5 máu

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 36 BN có nồng độ CA12.5 trong máu trước phẫu thuật ở mức cao (trên 35 U/ml), chiếm 60%, 24 BN có nồng độ CA12.5 bình thường.

Mô bệnh học

Bảng 5. Thể mô bệnh học

| Thể MBH | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|------------------|-----------|
| UTBM tuyến dạng nội mạc | 44 | 73,34 |
| Các thể khác | 16 | 26,66 |
| Tổng | 60 | 100 |

Nhận xét: UTBM tuyến dạng nội mạc là thể MBH gặp với tỷ lệ cao nhất, 44 BN (chiếm 73,34%).

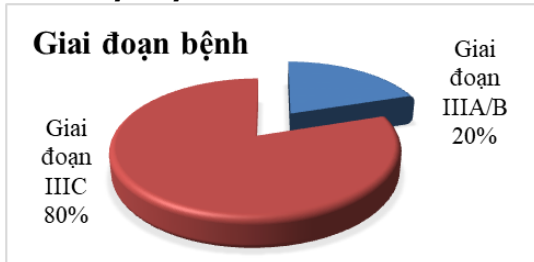
Đặc điểm thụ thể nội tiết

Bảng 6. Đặc điểm thụ thể nội tiết

| TTNT | | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|------------|------------------|------------|
| ER | Dương tính | 25 | 59,52 |
| | Âm tính | 17 | 40,48 |
| PR | Dương tính | 23 | 54,76 |
| | Âm tính | 19 | 42,24 |
| Tổng | | 42 | 100 |

Nhận xét: trong tổng số 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 42 BN đã làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch để xác định tình trạng thụ thể nội tiết. Trong đó ER dương tính chiếm 59,52%, PR dương tính 54,76%.

Giai đoạn bệnh

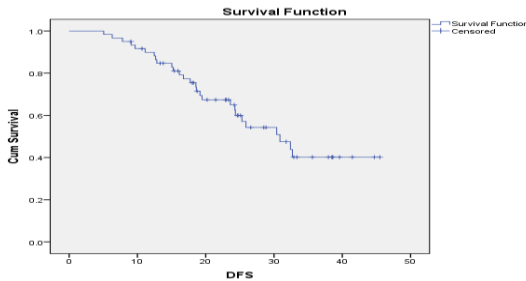


Biểu đồ 2. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Trong số 60 BN UTNMTC giai đoạn III, có 48 BN giai đoạn IIC (chiếm 80%), và 12 BN giai đoạn IIIA và IIIB.

Kết quả điều trị

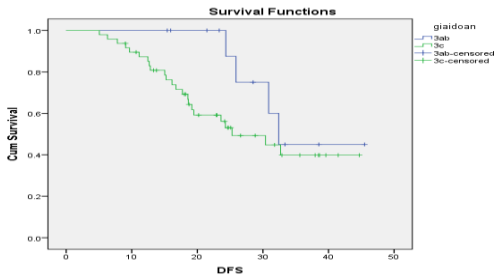
Thời gian sống không bệnh (DFS)



Biểu đồ 3. Thời gian sống không bệnh (tháng)

Nhận xét: Tại thời điểm dừng nghiên cứu (30/4/2021) có 33 bệnh nhân chưa tái phát, chiếm 55,0%. Trung vị thời gian sống không bệnh là 30,86±4,20, với 95%CI (22,63-39,10).

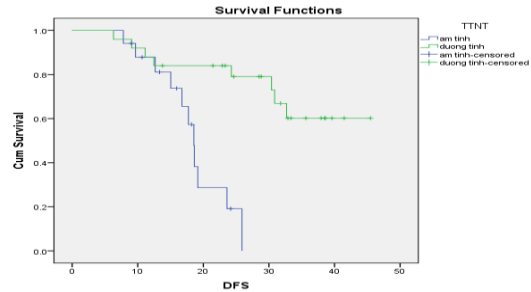
Liên quan giữa DFS và giai đoạn bệnh



Biểu đồ 4. DFS và giai đoạn bệnh

Nhận xét: BN UTNMTC giai đoạn IIIA/B có thời gian DFS dài hơn BN giai đoạn IIC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p =0,031.

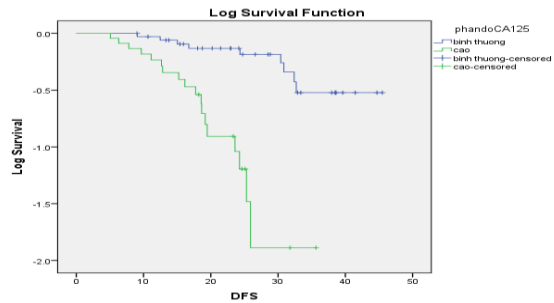
Liên quan giữa DFS và tình trạng thụ thể nội tiết



Biểu đồ 5. DFS và tình trạng TTNT

Nhận xét: BN có TTNT dương tính có DFS dài hơn BN có TTNT âm tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p=0,000.

Liên quan giữa DFS và nồng độ CA12.5 trước điều trị



Biểu đồ 6. DFS và nồng độ CA12.5

Nhận xét: các BN có nồng độ CA12.5 trong máu trước phẫu thuật tăng cao có DFS thấp hơn đáng kể so với các BN có nồng độ CA12.5 trong giới hạn bình thường, p =0,000.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi. Theo kết quả ở bảng 1. tuổi trung bình là 56 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tài liệu là bệnh gặp chủ yếu ở người đã mãn kinh (75%)².

Triệu chứng cơ năng. Đa số các BN có triệu chứng cơ năng là ra máu âm đạo bất thường (90%) và đây cũng là lý do hàng đầu khiến BN đi khám bệnh. Các triệu chứng cơ năng khác ít gặp hơn là đau bụng (38,33%) và ra nhiều khí hư, dịch nhầy âm đạo (5%). Đối với các BN đã mãn kinh việc ra máu âm đạo là một dấu hiệu bất thường mà hầu hết các BN gặp phải đều có thể dễ dàng nhận ra được và nhanh chóng đi khám bác sỹ. Nghiên cứu của Vũ Đình Giáp (2016) cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu

của chúng tôi, ra máu âm đạo là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất, chiếm 89,1%³.

Triệu chứng thực thể. Chúng tôi ghi nhận được khi thăm khám thực thể (khám phụ khoa), triệu chứng gặp nhiều nhất là có máu trong âm đạo, 52 BN (chiếm 86,67%). Các triệu chứng khác gặp ít hơn như tử cung to hơn bình thường (20%) và có 4 BN không phát hiện triệu chứng gì khi thăm khám (chiếm 6,67%). Kết quả này phù hợp với kết quả chúng tôi thu được khi thống kê về các triệu chứng cơ năng, đó là ra máu âm đạo là triệu chứng hay gặp nhất ở người bệnh UTMTC.

Triệu chứng trên chẩn đoán hình ảnh. Tất cả các BN đều được chụp CTOB hoặc MRI tiểu khung đánh giá sơ bộ giai đoạn trước phẫu thuật. Tác giả Vũ Đình Giáp (2016) nghiên cứu BN UTMTC từ năm 2010 đến 2015 cho thấy chỉ có 50% BN được chụp CT hoặc MRI trước điều trị³. Có thể thấy, theo thời gian cùng với sự tiến bộ của y học, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại ngày càng trở nên phổ biến, được áp dụng thường quy trong chẩn đoán bệnh trước, trong và sau điều trị. Việc áp dụng CT/MRI trước phẫu thuật giúp các nhà lâm sàng tiếp cận một cách chính xác nhất có thể về giai đoạn bệnh của BN bởi MRI và CT cho phép đánh giá u tại chỗ, các mức độ xâm nhập u, hạch vùng cũng như những tổn thương nghi ngờ di căn. Độ chính xác tổng thể của MRI trong chẩn đoán UTMTC được báo cáo là 83- 92%⁴. Từ đó giúp các nhà lâm sàng đưa ra các quyết định điều trị đúng đắn và phù hợp nhất đối với BN. Theo kết quả ở bảng 4 số BN có thấy hạch chậu trên phim chụp CT hoặc MRI tiểu khung 35 BN (chiếm 58,33%). Đa số BN có hình ảnh khối trong TC hoặc niêm mạc tử cung dày hơn so với bình thường.

Nồng độ CA12.5 máu trước phẫu thuật. Tất cả các BN đều được làm CA12.5 trước điều trị và trong đó có 36 BN có nồng độ CA12.5 trong máu trước phẫu thuật ở mức cao (trên 35 U/ml), chiếm 60%. Nghiên cứu của JM Duk và CS (2016) cho thấy CA12.5 tăng trong 55% BN UTMTC giai đoạn III⁵.

Thể mô bệnh học. Kết quả ở bảng 5. cho thấy thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc (chiếm 73,34%). Theo nhiều nghiên cứu, thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc chiếm chủ yếu trong UTMTC, chiếm 75-82%. Nghiên cứu của Lê Văn Phúc (2011), thể UTBM tuyến dạng nội mạc chiếm 82,04%⁶.

Đặc điểm thụ thể nội tiết. Có 42 BN đã làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch để xác định tình trạng thụ thể nội tiết. Trong đó ER dương

tính chiếm 59,52%, PR dương tính 54,76%. Theo nghiên cứu của Caifeng Wang năm 2020, tỷ lệ ER, PR dương tính lần lượt là 59,8% và 75,0%⁷.

Giai đoạn bệnh. Chúng tôi nghiên cứu trên 60 BN UTMTC giai đoạn III, trong đó đa số BN thuộc giai đoạn IIIC (chiếm 80%), còn 20% BN thuộc giai đoạn IIIA/B. Như vậy, đa số BN trong nghiên cứu có di căn hạch vùng sau phẫu thuật. Một nghiên cứu của Ulas Solmaz và Cs (2015) nghiên cứu trên 827 BN UTMTC sau phẫu thuật, tỷ lệ BN có di căn hạch chậu là 62,7%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi vì đối tượng nghiên cứu của Ulas Solmaz là BN UTMTC ở nhiều giai đoạn khác nhau, chúng tôi chỉ nghiên cứu trên BN giai đoạn III⁸.

Kết quả điều trị

Thời gian sống không bệnh (DFS). Trung vị thời gian sống không bệnh là 30,86±4,20, với 95%CI (22,63-39,10). Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả DFS thấp hơn một số nghiên cứu khác có thể do thời gian theo dõi chưa đủ dài, tại thời điểm dừng nghiên cứu (30/4/2021) có 33 bệnh nhân chưa tái phát, chiếm 55,0%, các BN này sẽ tiếp tục được theo dõi để đánh giá DFS chính xác hơn và sẽ được báo cáo lại ở báo cáo tiếp theo.

Liên quan giữa DFS và giai đoạn bệnh.

Khi so sánh DFS giữa 2 nhóm giai đoạn IIIA/B và IIIC, thời gian DFS (tháng) ở nhóm giai đoạn IIIA/B dài hơn nhóm giai đoạn IIIC (32,40 tháng và 25,30 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Ở giai đoạn IIIA/B, UTMTC chỉ xâm lấn vượt qua thành tử cung, chưa có di căn hạch vùng, có tiên lượng tốt hơn các BN đã có di căn hạch vùng (giai đoạn IIIC). Nghiên cứu của Jen-Ruei Chen (2016) cũng cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa giai đoạn bệnh và DFS, BN giai đoạn IIIA/B có DFS là 39 tháng, giai đoạn IIIC có DFS là 28,5 tháng⁹.

Liên quan giữa DFS và tình trạng thụ thể nội tiết. BN có TTNT dương tính có DFS dài hơn BN có TTNT âm tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,000$. Yanli Zhang và CS (2015) đã phân tích từ 44 nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra rằng các thụ thể hormon có thể có giá trị trong việc dự đoán khả năng sống sót ở bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung¹⁰. Mức ER và PR cao hơn có liên quan đáng kể đến khả năng sống sót. Như vậy TTNT có giá trị trong tiên lượng bệnh UTMTC, TTNT dương tính là một yếu tố tiên lượng tốt cho BN UTMTC.

Liên quan giữa DFS và nồng độ CA12.5 trước điều trị. Các BN có nồng độ CA12.5 trong máu trước phẫu thuật tăng cao có DFS thấp hơn

đáng kể so với các BN có nồng độ CA12.5 trong giới hạn bình thường, $p = 0,000$. Sự tăng nồng độ CA12.5 trong máu trước điều trị như một dự báo về sự xâm lấn của ung thư ra xung quanh và ra các cơ quan khác, đồng thời dự báo xấu về thời gian sống thêm không bệnh, khả năng tái phát của UTMTC.

V. KẾT LUẬN

UTMTC giai đoạn III sau khi được điều trị đúng và đủ liệu trình có thời gian sống thêm không bệnh khá dài 30,86 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh có liên quan đến các yếu tố như giai đoạn bệnh, tình trạng TTNT, nồng độ CA 12.5 trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/corp.html>.
2. **Trần Văn Thuấn**. Ung Thư Học Đại Cương.
3. **Vũ Đình Giáp**. Nhận xét kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III, IV tại bệnh viện K. Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2016.
4. **H. Hricak, L. V. Rubinstein, G. M. Gherman, et**

- al (1991). MR imaging evaluation of endometrial carcinoma: results of an NCI cooperative study. *Radiology*, 179 (3), 829-832.
5. **J M Duk et al**, " CA 125: a useful marker in endometrial carcinoma". *Am J Obstet Gynecol* 2016 Nov;155:1097-102 Doi 10.1016/0002-9378(6)90358-3.
6. **Lê Văn Phúc (2011)**. Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và tỷ lệ bộc lộ các thụ thể ER, PR trong ung thư biểu mô nội mạc tử cung, Luận văn thạc sỹ Y học, chuyên ngành Giải phẫu bệnh, Trường Đại học Y Hà Nội
7. **Caifeng Wang et al**, " Estrogen Receptor, Progesterone Receptor, and HER2 Receptor Markers in Endometrial Cancer", *J Cancer*. 2020 Jan 16;11(7):1693-1701
8. **Ulas Solmaz**. Lymphovascular space invasion and positive pelvic lymph nodes are independent risk factors for para-aortic nodal metastasis in endometrioid endometrial cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015 Mar;186:63-7 Doi 10.1016/j.ejogrb.2015.01.006 Epub 2015 Jan 23.
9. **Outcomes of patients with surgically and pathologically staged IIIA-IVB pure endometrioid-type endometrial cancer: a Taiwanese Gynecology Oncology Group (TGOG-2005) Retrospective Cohort Study (A STROBE-Compliant Article)**. *April 2016 Medicine* 95:15e3330 DOI10.1097/MD.0000000000003330. Published online 2016.

TÌM HIỂU ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nguyễn Công Long*, Nguyễn Thị Minh Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục tiêu đánh giá đặc điểm vi khuẩn học, lâm sàng, và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thu nhận 37 bệnh nhân chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết thời gian nghiên cứu từ 01/2018 to 7/2020 tại trung tâm Tiêu hóa-Gan mật bệnh viện Bạch mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình khi chẩn đoán bệnh nhóm nghiên cứu là 50 tuổi, 32(86,5%) là nam. Nguyên nhân thường gặp nhất của xơ gan là do rượu và do viêm gan virus B kết hợp với rượu chiếm tỷ lệ lần lượt là 55,3%, 23,7% các trường hợp. 68,4% các bệnh nhân được chẩn đoán là giai đoạn xơ gan Child-pugh B. Vi khuẩn cấy máu thường gặp nhất là *Escherichia coli*. Tỷ lệ tử vong sau 1 tháng theo dõi bệnh nhân là 18,4%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy cần phải có một chiến lược dự phòng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng.

Từ khóa: xơ gan, nhiễm khuẩn huyết, vi khuẩn

*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long
Email: nguyenconglongbvb@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022
Ngày duyệt bài: 15.4.2022

SUMMARY

EVALUATED ON BLOODSTREAM INFECTION, CLINICAL FEATURE AND SUBCLINICAL IN CIRRHOTIC PATIENTS

Objectives: The aim of this study was the evaluation of bloodstream infection, clinical features and subclinical of liver cirrhosis patients. **Method:** A total of 37 patients were enrolled with cirrhosis from 01/2018 to 7/2020 in Bachmai hospital. **Results:** Mean age at diagnosis was 50 years, 32(86.5%) were male. Common causes of cirrhosis are alcohol, hepatitis B combined with alcoholic accounted for 55.3%, 23.7%, respectively. 68.4% of patients were diagnosed in Child-pugh B stages. In addition, the majority of bacterial infection was *Escherichia coli*. Mortality rate after one month was 18.4% **Conclusion:** Our data suggest that improved prevention bacterial infections are urgently needed in the liver cirrhosis patients.

Key words: Liver Cirrhosis, Bloodstream infections, Bacterial infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân xơ gan thường nhạy cảm với vi khuẩn hơn là những người khỏe mạnh bình thường. Điều đó là do một vài các yếu tố, thứ nhất ở người xơ gan thường có sự suy giảm miễn