

nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Tuổi trung bình là 55,22+ 8,8 tuổi.
- 100% bệnh nhân là nam giới
- 93,7% bệnh nhân có tiền sử uống rượu và/hoặc hút thuốc lá.
- Triệu chứng nuốt nghẹn ở 87,5% trường hợp, chủ yếu nuốt nghẹn độ 1,2.
- Chiều dài trung bình của u là 5,09±1,51cm.
- 100% mô bệnh học là UTBM tế bào vảy.
- Chủ yếu là giai đoạn III, chiếm 87,5%, trong đó u T3 chiếm 84,4%.

2. Hiệu quả điều trị của phương pháp hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu. Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu phác đồ hóa chất PC (Paclitaxel+ Carboplatin) kết hợp với xạ trị liều 41,4Gy/23Fr có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân UTTQ 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. Phương pháp này giúp 87,5% bệnh nhân cải thiện triệu chứng cơ năng, tỷ lệ đáp ứng theo RECIST là 87,5%, với 37,5% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Sau hóa xạ trị, 100% bệnh nhân được phẫu thuật có diện cắt R0 và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của u và hạch trên mô bệnh học (pCR) là 45,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for

36 Cancers in 185 Countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians. **71**(3): p. 209-249.

2. **Kumar T., Pai E., Singh R., et al.** (2020), Neoadjuvant strategies in resectable carcinoma esophagus: a meta-analysis of randomized trials, World Journal of Surgical Oncology. **18**(1): p. 59.
3. **Nguyễn Thị Hà** (2021), Kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới giai đoạn II, III tại bệnh viện TWQĐ 108, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
4. **Yang H., Liu H., Chen Y., et al.** (2018), Neoadjuvant Chemoradiotherapy Followed by Surgery Versus Surgery Alone for Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus (NEOCRTEC5010): A Phase III Multicenter, Randomized, Open-Label Clinical Trial, J Clin Oncol. **36**(27): p. 2796-2803.
5. **Nguyễn Xuân Hòa**(2018), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt thực quản và nạo vét hạch rỗng hai vùng (ngực- bụng) trong điều trị ung thư thực quản, Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
6. **Phạm Quan Anh**(2021), Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ung thư biểu mô thực quản 1/3 giữa dưới, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
7. **Trần Văn Tiên**(2021), Kết quả và tác dụng không mong muốn của điều trị hóa xạ trị tiền phẫu ở bệnh nhân ung thư thực quản, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
8. **van Hagen P., Hulshof M.C., van Lanschot J.J., et al.** (2012), Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer, N Engl J Med. **366**(22): p. 2074-84.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM 10 NĂM HOÁ - XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Ngọc Tấn¹, Trần Thắng¹, Vũ Hồng Thăng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm lâu dài của hóa xạ trị đồng thời bổ trợ trong ung thư trực tràng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 75 người bệnh ung thư trực tràng giai đoạn (pT₃₋₄, N₀M₀ và pT_{bất kỳ} N₁₋₂ M₀) được điều trị tại Bệnh viện K từ 2012 đến 2017. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 10 năm là 52,0%. Thời gian sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật CEA ≤5 ng/ml là 96,2±6,2 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 54,6±5,8 tháng với p=0,01% và sau phẫu

thuật tại thời điểm 10 năm với CEA ≤5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là 85,4±5,6 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 59,1±10,9 tháng với p=0,2%. Thời gian STTB trung bình cho giai đoạn II và III tương ứng là 96±6,3 tháng và 59,2±6,0 tháng (p=0,006). STTB trung bình theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là 86,2±15,5 tháng, 66,3±5,2 tháng và 75,2±5,9 tháng (p=0,820). STTB trung bình theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là 87,4±6,8 tháng; 74,92±6,9 tháng và 41,9±8,1 tháng (p=0,035). STTB trung bình theo độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là 67,8±10,6 tháng; 83,7±6,3 tháng và 67,7±9,0 tháng (p=0,98). STTB trung bình theo giới tính nam và nữ tương ứng là 89,0±6,7 tháng và 63±6,6 tháng (p=0,118). **Kết luận:** Hóa xạ trị sau mổ kéo dài thời gian sống thêm đối với các trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn II-III, có sự khác biệt thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm theo nồng độ CEA trước và sau mổ, theo giai đoạn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng; điều trị bổ trợ; hóa xạ trị sau phẫu thuật; thời gian sống thêm toàn bộ.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Tấn

Email: tan.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

SUMMARY**EVALUATING OVERALL SURVIVAL AT 10 YEARS OF POSTOPERATIVE CHEMORADIATION THERAPY ON PATIENTS WITH STAGE II, III RECTAL CANCER WAS TREATED AT K HOSPITAL**

Purpose: The aim was to evaluate the effectiveness of survival in patients with stage II-III rectal cancer adjuvant given in chemoradiotherapy. **Material/methods:** From 2012 to 2017, a total of 75 patients with stage II-III rectal cancer at K hospital were evaluated retrospectively for the efficacy of postoperative chemoradiation. Survival data and factors affecting survival were analyzed. **Results:** Seventy-five patients received postoperative chemoradiotherapy, OS at 10 years was 52.0%. There was a statistically significant difference in overall survival (OS) according to preoperative CEA concentration ≤ 5 ng/ml was $96,2 \pm 6,2$ months higher than the group with CEA > 5 ng/ml was $54,6 \pm 5,8$ months, with $p=0.01$ and median OS after surgery with CEA ≤ 5 ng/ml after surgery was $85,4 \pm 5,6$ month higher than the group with CEA > 5 ng/ml was $59,1 \pm 10,9$ months with $p=0.2$ %. OS for stages II and III was $96 \pm 6,3$ months vs. $59,2 \pm 6,0$ months. The median OS based on the location of rectal cancer was $86,2 \pm 15,5$ months, $66,3 \pm 5,2$ months, and $75,2 \pm 5,9$ months, respectively ($p=0.820$). According to the LAR, Miles, and Hartmann procedures, the median OS was $87,4 \pm 6,8$ months, $74,9 \pm 26,9$ months, and $41,9 \pm 8,1$ months, respectively ($p=0.035$). The median OS for well differentiated (low grade), moderately differentiated (intermediate grade), and poorly differentiated (high grade) cancers was $67,8 \pm 10,6$ months, $83,76,3$ months, and $67,7 \pm 9,0$ months, respectively ($p=0.98$). Men had a median OS mean number of $89,0 \pm 6,7$ months and women had a median OS mean number of $63 \pm 6,6$ months ($p=0.118$). **Conclusion:** Postoperative chemoradiotherapy prolongs survival for patients with stage II-III rectal, there were significant differences in overall survival at 10 years according to CEA concentration before and after surgery, by stage.

Keywords: Rectal cancer; Adjuvant therapy; Chemotherapy; Postoperative chemoradiation; Survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ghi nhận của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC năm 2018 có khoảng 1,8 triệu ca mới mắc và khoảng 694.000 ca tử vong. Tại Hoa Kỳ, năm 2018 có 140.250 ung thư đại trực tràng bao gồm 97.220 trường hợp ung thư đại trực tràng và trường hợp UTTT mới mắc 43,030 ung thư trực tràng và ước tính 50.630 người chết do UTĐTT [1]. Ở nước ta, ghi nhận ung thư ở Hà Nội, UTĐTT đứng hàng thứ 5 ở cả 2, theo thống kê năm 2000, tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng chuẩn hóa theo tuổi ở nam và nữ tương ứng là 11,4/100.000 và 8,3/100.000 [2].

Điều trị UTTT phối hợp đa mô thức: trong đó

phẫu thuật có vai trò chính trong điều trị triệt căn, tia xạ có vai trò kiểm soát tại vùng, hóa chất có thể kiểm soát vi di căn. Hóa xạ trị tiền phẫu là phác đồ chuẩn điều trị cho BN UTTT giai đoạn II, III cải thiện thời gian sống thêm, làm tăng tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, giảm tác dụng phụ [3]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh, hóa xạ trị đồng thời hỗ trợ sau phẫu thuật cho các BN ung thư trực tràng giai đoạn II, III cho kết quả thời gian sống thêm và thời gian sống thêm không bệnh tương đương với hóa xạ trị tiền phẫu. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của hóa xạ trị hỗ trợ sau mổ sau 10 năm trong UTTT tại Bệnh viện K. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả thời gian sống thêm lâu dài của hóa xạ trị đồng thời hỗ trợ trợ ung thư trực tràng giai đoạn II, III sau phẫu thuật, đồng thời phân tích một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 75 người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn II, III (pT_{3-4}, N_0M_0 và $pT_{bất\ ký}N_{1-2}M_0$) được phẫu thuật sau đó được hóa xạ trị đồng thời từ Tháng 01/2012 đến Tháng 12/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định ung thư trực tràng, giai đoạn II,III. Người bệnh tham gia đầy đủ liệu trình điều trị. Chỉ số toàn trạng PS 0-1. Được theo dõi đầy đủ thời gian sống thêm sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư trực tràng giai đoạn I, IV; người bệnh mắc các bệnh ung thư khác; không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Mắc các bệnh khác: như suy thận, suy tim, suy gan.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

Phương pháp tiến hành: Người bệnh ung thư trực tràng sau mổ giai đoạn II-III lấy vào nghiên cứu. Đánh giá người bệnh trước điều trị hóa xạ đồng thời: thăm khám lâm sàng, ghi nhận các thông tin về tuổi giới, giai đoạn bệnh, vị trí u, loại GPB, nồng độ CEA huyết thanh. Điều trị hóa xạ đồng thời sau mổ: xạ trị: 45-50,4 Gy, phân liều 1,8 Gy/ngày x 5 ngày/tuần kết hợp Capecitabin 825 mg/m² x 2 lần/ngày, uống liên tục trong các ngày xạ trị. Kết hợp phác đồ hóa chất Xelox x 6 chu kỳ.

Đánh giá kết quả: BN được tiến hành đánh giá lại qua thăm khám lâm sàng, chụp CT-Scan / MRI tiểu khung, định lượng nồng độ CEA huyết thanh. Đánh giá theo dõi thời gian sống thêm

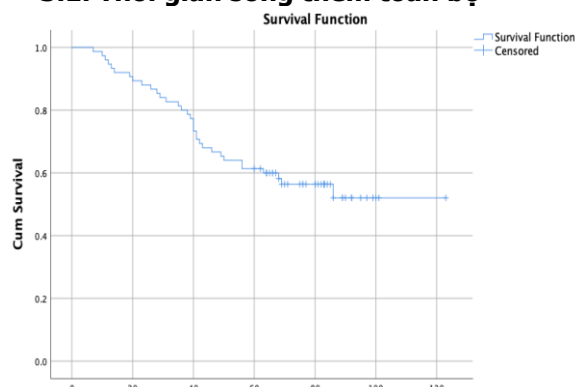
toàn bộ (gọi điện, gửi thư), thời gian sống thêm liên quan đến một số yếu tố tiên lượng.

Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt của các biến định tính giữa hai nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$. Thời gian sống thêm được tính bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier, so sánh sự khác biệt bằng log-rank test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 75 người bệnh nghiên cứu với chẩn đoán UTTT giai đoạn II, III được phẫu thuật sau đó được hóa xạ trị đồng thời từ Tháng 01/2012 đến Tháng 12/2017 cho một số kết quả như sau:

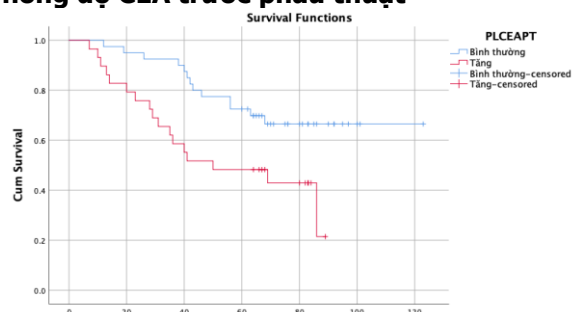
3.1. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo thời gian (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 52,0%, Thời gian sống thêm trung bình 83,5±2,0 tháng với 95% CI (76,20-93,8).

3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nồng độ CEA trước phẫu thuật

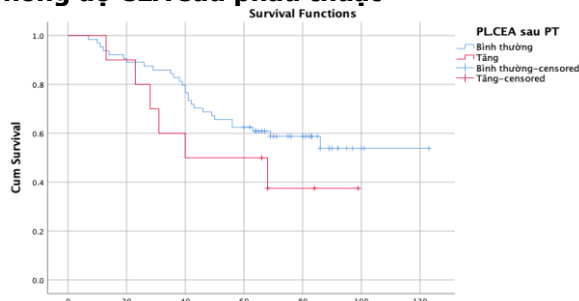


Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA trước phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm CEA ≤ 5 ng/ml là 96,2±6,2

(95%CI: 84,0– 108,4) tháng và nhóm CEA > 5 là 54,6±5,8 (95%CI: 43,1 – 66,4) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$.

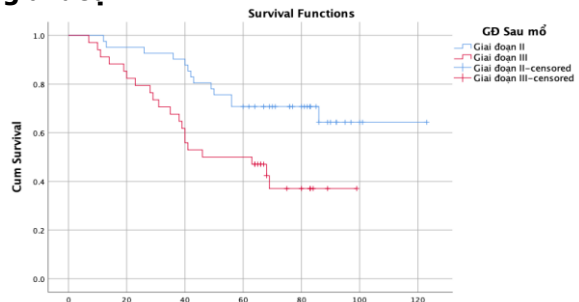
3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo nồng độ CEA sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.3: Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA sau phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình với CEA ≤ 5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là 85,4±5,6 tháng cao hơn nhóm có CEA > 5ng/ml là 59,1±10,9 tháng với $p=0,20$.

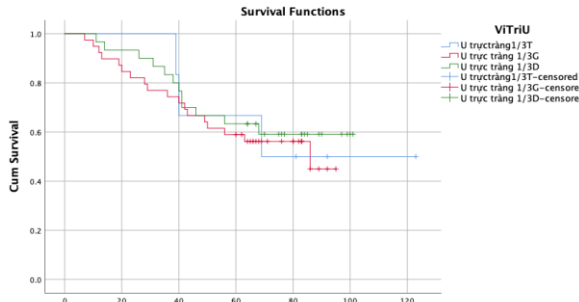
3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn



Biểu đồ 3.4: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn (n=75)

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn II là 96,0±6,3 (95% CI: 93,5 – 108,3) tháng, và giai đoạn III là 59,2±6,0 (95%CI: 47,5 – 71,0) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0060$.

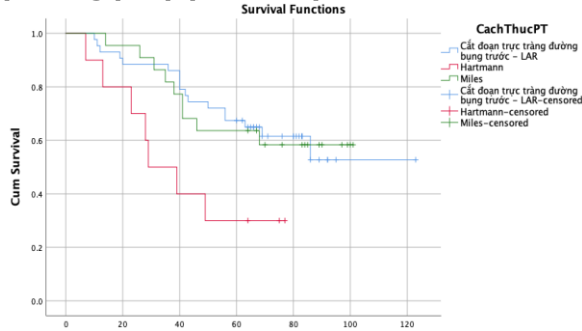
3.5. Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u



Biểu đồ 3.5: Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là 86,2±15,5 tháng, 66,3±5,2 tháng và 75,2±5,9 tháng (p=0.820).

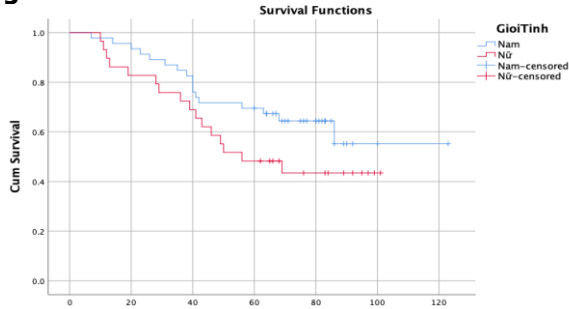
3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật:



Biểu đồ 3.6: Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là 87,4±6,8 tháng; 74,92±6,9 tháng và 41,9±8,1 tháng (p=0.035).

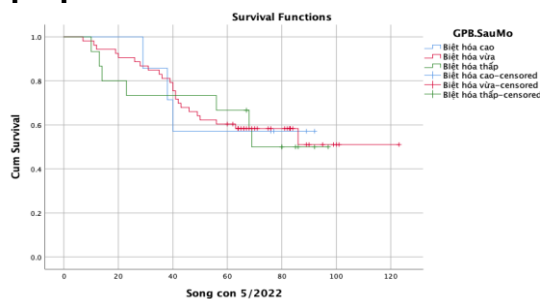
3.7. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính:



Biểu đồ 3.7: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính (n=75)

Nhận xét: STTB theo giới tính nam và nữ tương ứng là 89,0±6,7 tháng và 63±6,6 tháng (p=0.118).

3.8. Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào



Biểu đồ 3.8: Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào (n=75)

Nhận xét: STTB trung bình theo độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là 67,8±10,6 tháng; 83,7±6,3 tháng và 67,7±9,0 tháng (p=0,98).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 56,0%, Thời gian sống thêm trung bình 83.5±2,0 tháng với 95% CI (76,20-93.8). Theo dõi sau 24-60 tháng, BN thường tái phát tại thời điểm này. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số nghiên cứu của một số tác giả khác như nghiên cứu của các giả Rolf Sauer và cộng sự (2012) báo cáo tỷ lệ sống thêm toàn bộ của nhóm hóa xạ trị sau mổ là 59.9% [4]. Cũng theo tác giả Yu Jin Lim và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 28.320 người bệnh ung thư cho thấy người bệnh ung thư trực tràng được hoá xạ trị hậu phẫu thời gian sống thêm toàn bộ là 49,8%, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn vì người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn II, III lần lượt là: 54.7% và 45.3%, trong khi nghiên cứu này là 41% và 69% [5].

4.2. Thời gian sống thêm liên quan đến một số yếu tố tiên lượng:

Sống thêm theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Kháng nguyên ung thư bào thai: CEA (Carcinoembryonic Antigen) là một trong những chất chỉ điểm khối u chính của UTĐTT. Những nghiên cứu xét nghiệm CEA trong huyết thanh người cho thấy giới hạn cao nhất ở người bình thường là 5ng/ml. Hiện nay, xét nghiệm CEA đã mang lại nhiều ích lợi trong chẩn đoán và điều trị UTĐTT. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống thêm toàn bộ (STTB) theo nồng độ CEA trước phẫu thuật. Thời gian sống thêm trung bình 10 năm của nhóm CEA ≤5 ng/ml là 96,2±6,2 (95%CI: 84,0– 108,4) tháng và nhóm CEA >5 ng/ml là 45,6±5,8 tháng (95%CI: 43.1 – 66,4) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,01. Các nghiên cứu đều chỉ ra, thời gian giống thêm liên quan đến nồng độ CEA

Theo nghiên cứu của Trần Hoàng Điệp tỷ lệ sống 5 năm của nhóm có CEA ≤ 5ng/ml (77,4%) cao hơn so với nhóm có CEA>5ng/ml (69,8%). Tác giả Hoàng Mạnh Thắng (2009) cũng có nhận định tương tự với tỉ lệ sống thể 3 năm của nhóm CEA ≤ 5ng/ml (67,6%); CEA>5 ng/ml (47,8%) và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê [6].

Sống thêm theo nồng độ CEA sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 10 năm với giai đoạn II, III tương ứng 68,3% và 41,3%). Thời

gian sống thêm trung bình với CEA ≤ 5 ng/ml sau phẫu thuật ng/ml là $85,4 \pm 5,6$ tháng cao hơn nhóm có CEA > 5 ng/ml là $59,1 \pm 10,9$ tháng với $p=0,2\%$.

Nồng độ CEA tăng sau phẫu cũng là một yếu tố tiên lượng xấu trên BN UTTT. Các nghiên cứu cũng chỉ ra, nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng cao và trở về bình thường sau phẫu thuật làm giảm nguy cơ tái phát 7,4% tại thời điểm 3 năm. Theo tác giả Jeong Yeon Kim và cộng sự (2009) nghiên cứu trên 122 bệnh nhân UTTT cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm của BN UTTT giai đoạn III có nồng độ CEA tăng trước mổ, 7 ngày sau mổ và 30 ngày sau mổ lần lượt là 58,6%, 52,7% và 25,0% với $p = 0,027$ và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm lần lượt là 62,8%, 48,1% và 25,0% với $p = 0,014$ [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ.

Thời gian sống thêm theo giai đoạn. Giai đoạn bệnh có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh, quyết định thời gian sống thêm của BN. Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn II là $96,0 \pm 6,3$ (95%CI: 93,5 – 108,3) tháng, và giai đoạn III là $59,2 \pm 6,0$ (95%CI: 47,5 – 71,0) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,0060$. Theo J.E. Tepper và cộng sự (2002) nghiên cứu trên 1.695 bệnh nhân UTTTT với thời gian theo dõi trung bình 7,4 tháng cho kết quả thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm và 7 năm đối với nhóm nguy cơ cao và nguy cơ thấp ([T1 to N2+]) lần lượt là 70 và 45% đối với nhóm có nguy cơ cao ([T3N+, T4N])[9].

Thời gian sống thêm toàn bộ theo vị trí u. STTB theo vị trí ung thư trực tràng cao, trung bình, thấp tương ứng là $86,2 \pm 15,5$ tháng, $66,3 \pm 5,2$ tháng và $75,2 \pm 5,9$ tháng ($p=0,820$);

Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư trực tràng cao tiên lượng về thời gian sống thêm tốt nhất, ung thư trực tràng trung bình có tiên lượng về thời gian sống thêm toàn bộ tốt hơn trực tràng thấp. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp phẫu thuật. STTB theo cách thức phẫu thuật LAR, Miles và Hartmann tương ứng là $87,4 \pm 6,8$ tháng; $74,92 \pm 6,9$ tháng và $41,9 \pm 8,1$ tháng ($p=0,035$). Tỷ lệ sống thêm ở nhóm Phẫu thuật Hartmann có thể được giải thích là do phẫu thuật Hartmann thường áp dụng cho người bệnh ung thư có thể trạng yếu, mắc các bệnh kèm theo, phẫu thuật cấp cứu...

Thời gian sống thêm toàn bộ theo giới tính. Giới tính là một trong những yếu tố tiên

lượng của một số bệnh ung thư. Trong UTĐTT tỷ lệ mắc ở nam cao hơn và yếu tố giới tính ảnh hưởng đến thời gian sống thêm chưa rõ ràng.

STTB theo giới tính nam và nữ tương ứng là $89,0 \pm 6,7$ tháng và $63 \pm 6,6$ tháng. Theo J.E. Tepper và cộng sự (2002) nghiên cứu trên 1,695 bệnh nhân UTTTT với thời gian theo dõi trung bình 7,4 tháng cho thấy nam giới cho thời gian sống thêm toàn bộ 7 năm kém hơn so với nữ giới [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế so với tác giả.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hoá của tế bào. STTB độ biệt hoá của tế bào cao, vừa và thấp tương ứng là $67,8 \pm 10,6$ tháng; $83,7 \pm 6,3$ tháng và $67,7 \pm 9,0$ tháng ($p=0,98$).

Trong ung thư nói chung và UTTT nói riêng, mức độ biệt hóa của tế bào ung thư là một yếu tố tiên lượng, ung thư biệt hóa càng cao, tiên lượng càng tốt. Theo nghiên cứu McDermott (1984) thì tỷ lệ tái phát tại chỗ của nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hoá thấp gấp 2 lần nhóm biệt hoá vừa và biệt hoá cao và tỷ lệ sống 5 năm sau mổ của nhóm biệt hoá thấp, vừa, cao tương ứng là 51%, 71%, 75%, còn tỷ lệ tái phát tại chỗ theo nhóm biệt hoá tương ứng là 31%, 17% và 14%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác với tác giả có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn hạn chế và đối tượng nghiên cứu khác nhau, và như đã phân tích độ biệt hóa tế bào còn phụ thuộc vào yếu tố chủ quan bác sỹ giải phẫu bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 75 người bệnh ung thư trực tràng giai đoạn pT₃,T₄N₀M₀ và pT bất kỳ N₁,N₂M₀ được điều trị xạ trị gia tốc liều 46-54Gy kết hợp Capecitabine sau mổ tại Bệnh viện K cho thấy: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm là 56,0%, Thời gian sống thêm trung bình $83,5 \pm 2,0$ tháng với 95% CI (76,20-93,8). Theo dõi sau 24-60 tháng, BN thường tái phát tại thời điểm này. Hóa xạ trị đồng thời sau mổ cải thiện sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh ở những người bệnh ung thư trực tràng sau mổ giai đoạn II, III. Giai đoạn III, nồng độ CEA tăng trước, sau mổ là các yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả sống thêm toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R.L., Miller K.D., and Jemal A. (2018). Cancer statistics, 2018. CA: A Cancer Journal for Clinicians, **68**(1), 7–30.
2. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Ung thư đại trực tràng. Ung thư học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 198-213.

3. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
4. **Sauer R., Liersch T., Merkel S., et al. (2012).** Preoperative Versus Postoperative Chemoradiotherapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Results of the German CAO/ARO/AIO-94 Randomized Phase III Trial After a Median Follow-up of 11 Years. *JCO*, **30(16)**, 1926–1933.
5. **Lim Y.J., Kim Y., and Kong M. (2018).** Comparative survival analysis of preoperative and postoperative radiotherapy in stage II-III rectal cancer on the basis of long-term population data. *Scientific Reports*, **8(1)**, 17153.
6. **Hoàng Mạnh Thắng, (2009),** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K, Luận án tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Arnaud J.P., Koehl C., and Adloff M. (1980).** Carcinoembryonic antigen (CEA) in diagnosis and prognosis of colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*, **23(3)**, 141–144.
8. **Kim J.Y., Kim N.K., Sohn S.K., et al. (2009).** Prognostic Value of Postoperative CEA Clearance in Rectal Cancer Patients with High Preoperative CEA Levels. *Ann Surg Oncol*, **16(10)**, 2771–2778.
9. **Adjuvant Therapy in Rectal Cancer: Analysis of Stage, Sex, and Local Control—Final Report of Intergroup 0114 | Journal of Clinical Oncology.** <<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2002.07.132>>, accessed: 12/20/2020.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ HỖN HỢP TẾ BÀO GAN ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019

Nguyễn Văn Dinh¹, Trịnh Hồng Sơn², Hoàng Ngọc Hà³, Vũ Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu NC: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019. **Đối tượng và phương pháp NC:** NC hồi cứu mô tả trên 30 BN được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019. **Kết quả:** Kết quả sớm sau mổ: Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, biến chứng sau mổ là 53,3% (ổ đọng dịch 36,7%, tràn dịch màng phổi 33,3%, suy gan sau mổ 3,3% và chảy máu sau mổ 10%). Thời gian nằm viện trung bình là 9,9 ngày. Kết quả dài hạn cho thấy: Thời gian sống thêm trung bình sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 37,14±6,35 tháng, tỉ lệ sống thêm 13 tháng là 50%. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật mang lại kết quả khả quan cho BN bị ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật.

Từ khóa: ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật, phẫu thuật.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED HEPATOCELLULAR CHOLANGIOCARCINOMA AT VIET DUC HOSPITAL PERIOD OF 2014 - 2019

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dinh

Email: dinhcaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

Objectives of the study: To evaluate the results of surgical treatment of Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHC) at Viet Duc Hospital in the period 2014-2019. **Subjects and methods of study:** A retrospective study described more than 30 patients undergoing liver resection at Viet Duc hospital with CHC period from 2014 - 2019. **Results:** Early postoperative results: There were no cases of postoperative mortality, postoperative complications 53,3% (fluid accumulation was 36,7%, pleural effusion was 33,3%, liver failure after surgery was 3,3% and bleeding after surgery was 10%). Median hospital stay was 9,9 days. Long-term results showed that: The mean survival time after surgery up to the end of the study was 37,14±6,35 months, the survival rate of 13 months was 50%. **Conclusion:** Surgical treatment of mixed hepatobiliary tract hepatobiliary system brings positive results for patients with hepatocellular carcinoma.

Keywords: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật (CHC: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma) là một loại ung thư gan nguyên phát (UTGNP) hiếm gặp với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của cả ung thư biểu mô tế bào gan (HCC: Hepatocellular carcinoma) và ung thư đường mật (CCA: Cholangio-carcinoma)[7].

Có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân CHC: hóa chất, xạ trị, đốt sóng cao tần, nút mạch chọn lọc khối u, tuy nhiên phẫu thuật vẫn là lựa chọn điều trị hàng đầu cho những trường hợp giai đoạn sớm: cắt bỏ phần gan có u kèm nạo vét hạch, thay ghép gan. Tính khả thi của