

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN II, III TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thanh Hà¹, Phạm Cẩm Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị triệt căn ung thư biểu mô thực quản giai đoạn II, III bằng hóa xạ trị đồng thời (HXĐT) phác đồ CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL và nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 40 bệnh nhân UTTQ giai đoạn II, III được điều trị triệt căn HXĐT với hóa chất phác đồ CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL tại Bệnh viện K từ 01/2020 - 08/2022. **Kết quả:** Kết quả điều trị: Toàn bộ bệnh nhân hoàn thành 2 chu kỳ HXĐT đầu tiên và 2 chu kỳ CF bổ trợ tiếp theo. Đánh giá trên CT ngực theo RECIST cho thấy, tỷ lệ đáp ứng sau 4 chu kỳ điều trị đạt 67.5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 37.5%, đáp ứng một phần chiếm 30.0%. Sau 4 chu kỳ điều trị có 2 bệnh nhân tiến triển (5.0%). Độc tính: chủ yếu là độc tính độ I, II, độc tính độ III chiếm tỷ lệ nhỏ, không có độc tính độ IV. Độc tính trên hệ tiêu hóa chủ yếu là nôn và tiêu chảy. Hầu hết bệnh nhân bệnh nhân có bỏng da do tia xạ (90.0%) và viêm thực quản (60.0%) trong quá trình điều trị.

Từ khóa: UTTQ, hóa xạ trị đồng thời, CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL, tỷ lệ đáp ứng, độc tính.

SUMMARY

THE EFFICACY OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH THE CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL REGIMEN IN STAGE II, III ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS

Purpose: Our study aims to assess the response to radical treatment of esophageal cancer stage II, III with concurrent chemoradiotherapy with the CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL regimen and comment on some undesirable effects of the treatment regimen. **Patients and method:** A retrospective descriptive study on 40 patients with esophageal cancer stage II, III who were radically treated by chemoradiotherapy with CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL regimen at Hospital K from/2020 to 08/2022. **Results:** Treatment results: All patients completed the first 2 cycles of concurrent chemoradiotherapy and the next 2 cycles of adjuvant CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL. Evaluation of chest CT by RECIST showed that the

response rate after 4 cycles of treatment reached 67.5%, of which complete response accounted for 37.5%, and partial response accounted for 30.0%. After 4 treatment cycles, 2 patients progressed (5.0%). Adverse events: mainly grade I toxicity, grade II, III toxicity accounts for a small proportion, no grade IV toxicity. Gastrointestinal toxicity is mainly vomiting and diarrhea. Most patients had radiation skin burns (90.0%) and esophagitis (60.0%) during treatment.

Keywords: esophageal cancer, Chemoradiotherapy, CISPLATIN – 5-FLUOROURACIL, response rate, adverse events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, UTTQ (UTTQ) đứng thứ tám trong các bệnh ung thư hay gặp và là nguyên nhân gây tử vong phổ biến thứ sáu trên thế giới¹. Điều trị UTTQ chủ yếu dựa vào vị trí giải phẫu của khối u, giai đoạn bệnh và thể trạng người bệnh. Ba phương pháp điều trị chính là phẫu thuật, hoá trị và xạ trị. Bệnh nhân UTTQ thường đến viện ở giai đoạn bệnh tiến triển tại chỗ, tại vùng nên không phẫu thuật được. Bên cạnh đó, nhiều bệnh nhân UTTQ cao tuổi có các bệnh lý nền về tim mạch và hô hấp nên cũng không thể tiến hành phẫu thuật dù cho giai đoạn bệnh còn tương đối sớm. Điều trị bằng hóa chất Cisplatin – 5-Fluorouracil phối hợp xạ trị cho nhóm bệnh nhân kể trên là một phương pháp điều trị triệt căn và đang được khuyến cáo hàng đầu bởi các hướng dẫn điều trị UTTQ trên thế giới. Như nghiên cứu của Ken Kato và cs trong thử nghiệm pha II JCOG 9906 cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 62,2%². Tuy nhiên tại Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị triệt căn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin – 5-Fluorouracil cho bệnh nhân UTTQ giai đoạn II, III. Vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư biểu mô thực quản giai đoạn II, III tại bệnh viện K” với hai mục tiêu như sau:

1. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ Cisplatin – 5-Fluorouracil trên bệnh nhân UTTQ giai đoạn II, III.

2. Nhận xét một số tác dụng phụ không mong muốn ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân UTTQ giai đoạn II, III được điều

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hà

Email: nguyenthanhha020408@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

trị triệt căn hóa xạ đồng thời với hóa chất phác đồ Cisplatin – 5-Fluorouracil tại Bệnh viện K từ 01/2020 -08/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTQ giai đoạn II, III điều trị theo phác đồ hóa xạ trị đồng thời, với hóa chất là: Cisplatin – 5-FU.
- Các bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại bệnh viện K.
- Các bệnh nhân được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân UTTQ giai đoạn I, được phẫu thuật triệt căn hoặc các bệnh nhân UTTQ giai đoạn sớm được cắt hết niêm mạc thực quản (ER hoặc ESD).
- Các bệnh nhân UTTQ được hóa xạ đồng thời nhưng không dùng hóa chất Cisplatin – 5-FU.
- Bệnh nhân UTTQ giai đoạn muộn hoặc di căn xa (giai đoạn IV)
- Bệnh nhân bỏ điều trị.
- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Chọn mẫu nghiên cứu: Ngẫu nhiên, lấy tất cả hồ sơ bệnh án có đủ điều kiện vào nghiên cứu.
- Phác đồ điều trị: Phác đồ Cisplatin – 5-FU, bao gồm 2 chu kỳ truyền hóa chất cùng với xạ trị và 2 chu kỳ truyền hóa chất sau khi hoàn thành hóa xạ đồng thời. Các chu kỳ cách nhau 4 tuần.
- Phác đồ 5-FU - cisplatin

Cisplatin 75-100mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1

5-FU 750-1.000mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1-4

Chu kỳ 28 ngày

Xạ trị: sử dụng máy xạ trị gia tốc Varian, Elekta.

Kỹ thuật xạ trị 3D

Kỹ thuật xạ trị IMRT

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, giới, triệu chứng vào viện, thời gian phát hiện bệnh, chỉ số toàn trạng PS, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học, phân độ các độc tính theo NCI-CTCAE 5.0, mức độ đáp ứng với điều trị trên phim chụp CT theo RECIST 1.1 và trên nội soi thực quản.

Phân tích số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Những đặc điểm cơ bản của nhóm đối tượng nghiên cứu

Số liệu được thể hiện dưới dạng n (%) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)

Tuổi phát hiện bệnh (năm)	56,03 ± 6,23
Dưới 50 tuổi	7 (17,5%)
- Từ 50 đến 59 tuổi	21 (52,5%)
- Trên 59 tuổi	12 (30%)
Giới tính:	
- Nam	40 (100%)
- Nữ	0
Yếu tố nguy cơ	
- Hút thuốc	38 (95%)
- Uống rượu bia	32 (80%)
- Hút thuốc + uống rượu bia	30 (75%)
Giai đoạn bệnh	
- II	8 (20%)
- III	32 (80%)
Hình ảnh đại thể u	
- Thể sùi	33 (82,5%)
- Thể loét	5 (12,5%)
- Thể thâm nhiễm	2 (5%)
Thể mô bệnh học	
- Ung thư biểu mô vảy	40 (100%)
- Ung thư biểu mô tuyến	0 (0%)
Vị trí u	
- 1/3 trên	14 (35%)
- 1/3 giữa	19 (47,5%)
- 1/3 dưới	7 (17,5%)
- Đa ổ	0 (0%)
Kỹ thuật xạ trị	
- 3D	5 (12,5%)
- IMRT	35 (87,5%)

Nhận xét: - Toàn bộ bệnh nhân là nam giới, với độ tuổi phát hiện bệnh bệnh tại thời điểm chẩn đoán trung bình là 56 tuổi.

- Bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu bia (85%) và thuốc lá (95%) chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt bệnh nhân sử dụng rượu bia và dùng thuốc lá chiếm tới 75%

- Giai đoạn III chiếm đa số với tỷ lệ 80%.
- Phần lớn hình ảnh đại thể u của các bệnh nhân là thể sùi 82,5% và thể mô bệnh học ung thư biểu mô vảy chiếm 100%

- Kỹ thuật xạ trị được sử dụng bao gồm kỹ thuật 3D và IMRT, trong đó chủ yếu là kỹ thuật IMRT (87,5%).

Bảng 2: Đáp ứng của u sau 4 chu kỳ điều trị

	n (%)
Đáp ứng chung theo RECIST	
Có đáp ứng	27 (67,5%)

Đáp ứng hoàn toàn	15 (37,5%)
Đáp ứng một phần	12 (30,0%)
Bệnh ổn định	11 (27,5%)
Bệnh tiến triển	2 (5,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng trên hình ảnh CT ngực theo tiêu chuẩn RECIST sau 4 chu kỳ điều trị đạt 67,5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 37,5%, đáp ứng một phần chiếm 30,0%.

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng sau 4 chu kỳ điều trị

		Đáp ứng bệnh			
		Hoàn toàn	Một phần	Bệnh ổn định	Bệnh tiến triển
Theo phân loại T	T2	9 (90,0%)	0 (0%)	1 (10,0%)	0 (0%)
	T3	6 (20,0%)	12 (40%)	10 (33,3%)	2 (6,7%)
$p < 0,05$ ($p=0,000^*$)					
Theo phân loại N	N0	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	0 (0%)
	N1	9 (34,6%)	10 (38,5%)	6 (23,1%)	1 (3,8%)
	N2	1 (16,7%)	1 (16,7%)	3 (49,9%)	1 (16,7%)
$p > 0,05$ ($p=0,314$)					
Giai đoạn bệnh	II	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	0 (0%)
	III	10 (31,3%)	11 (34,4%)	9 (28,1%)	2 (6,2%)
$p > 0,05$ ($p=0,533$)					
Theo phân loại chiều dài u	< 5 cm	12 (52,2%)	3 (26,1%)	5 (21,7%)	0 (0%)
	≥ 5 cm	3 (15,0%)	9 (45,0%)	6 (30,0%)	2 (10,0%)
$p < 0,05$ ($p=0,01$)					
Độ mô học	1	3 (60,0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	1 (20,0%)
	2	9 (34,6%)	7 (26,9%)	9 (34,6%)	1 (3,9%)
	3	2 (25,0%)	4 (50,0%)	2 (25,0%)	0 (0%)
$p > 0,05$ ($p= 0,388$)					
Kỹ thuật xạ	3D	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
	IMRT	14 (40,0%)	10 (28,6%)	10 (28,6%)	1 (2,8%)
$p > 0,05$ ($p=0,34$)					

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh đáp ứng sau 4 chu kỳ điều trị theo giai đoạn T và chiều dài u có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng sau 4 chu kỳ theo giai đoạn N, giai đoạn bệnh, độ mô học và kỹ thuật xạ không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Độc tính trong quá trình điều trị

		ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV	TỔNG
Độc tính Trên huyết học	Hạ bạch cầu tổng	18 (45,0%)	6 (15,0%)	3 (7,5%)	0	27 (67,5%)
	Hạ bạch cầu trung tính	16(40,0%)	6 (15,0%)	3 (7,5%)	0	25 (62,5%)
	Thiếu máu	11 (27,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	0	13 (32,5%)
	Hạ tiểu cầu	2 (5,0%)	1 (2,5%)	0	0	3 (7,5%)
Độc tính trên sinh hóa	Tăng men gan (AST, ALT)	8 (20,0%)	1 (2,5%)	0	0	9 (22,5%)
	Tăng creatinin	3 (7,5%)	1 (2,5%)	0	0	4 (10,0%)
Độc tính trên hệ tiêu hóa	Nôn	24 (60,0%)	2 (5,0%)	0	0	26 (65,0%)
	Tiêu chảy	24 (60,0%)	0	0	0	24(60%)
Độc tính do xạ trị	Bỏng da	34 (85,0%)	2(5,0%)	0	0	36 (90,0%)
	Viêm phổi	13 (32,5%)	1 (2,5%)	0	0	14(35,0%)
	Viêm thực quản	22 (55,0%)	2 (5,0%)	0	0	24 (60,0%)

Nhận xét: Độc tính xuất hiện trong quá trình điều trị chủ yếu là độ I, độ II, trong đó độ I chiếm đa số.

Về độc tính trên huyết học, chủ yếu là độc tính trên bạch cầu có 67,5% bệnh nhân bị hạ số lượng bạch cầu tổng, 62,5% bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính, 7,5% bệnh nhân hạ bạch cầu độ III. 32,5% bệnh nhân thiếu máu và 7,5% bệnh

nhân hạ tiểu cầu.

Độc tính trên hóa sinh chủ yếu là gây tăng men gan (22,5%), độc tính gây tăng creatinin ít hơn (10,0%).

Nôn và tiêu chảy độ I là độc tính rất hay gặp (60,0%) trên hệ tiêu hóa.

Hầu hết bệnh nhân (90,0%) có biểu hiện bỏng da do tia xạ trong quá trình điều trị, chủ

yếu là bong nhẹ độ I, chỉ có 2 bệnh nhân xuất hiện bong da độ II (5,0%)

Tỷ lệ viêm thực quản do tia xạ gặp ở 60,0% trong đó chủ yếu là viêm thực quản độ 1 chiếm tỷ lệ là 55,0%.

Viêm phổi do tia xạ độ I gặp ở 13 bệnh nhân (32,5%) và độ II gặp ở 1 bệnh nhân (2,5%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân. Ung thư thực quản (UTTQ) thường gặp trên 50 tuổi, nam giới chiếm 3/4. Theo Phạm Đức Huấn, tỷ lệ nam/nữ là 15,8/1³. Nghiên cứu của chúng tôi có 100% số bệnh nhân là nam giới, độ tuổi trung bình tại thời điểm phát hiện bệnh là 56. UTTQ liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá và uống rượu bia. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu bia (85%) và thuốc lá (95%) chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt bệnh nhân sử dụng cả rượu bia và thuốc lá chiếm tới 75%.

Hầu hết bệnh nhân đi khám vì lí do nuốt nghẹn và được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ ung thư giai đoạn II chiếm tỷ lệ 20% và giai đoạn III chiếm tỷ lệ tương 80%. Về vị trí, trong nghiên cứu này UTTQ 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%), điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. Tuy nhiên theo số liệu thống kê từ các nghiên cứu khác, ung thư biểu mô tuyến có thể gặp (10%) và tập trung chủ yếu ở đoạn 1/3 dưới, gắn liền với bệnh trào ngược dạ dày – thực quản mạn tính, phổ biến ở các nước phương Tây.

Kỹ thuật xạ trị chúng tôi áp dụng chủ yếu trong nghiên cứu này là kỹ thuật xạ điều biến liều – IRMT chiếm 87,5%, bên cạnh đó kỹ thuật xạ 3D cũng được sử dụng với tỷ lệ 12,5%.

4.2. Đáp ứng của u với điều trị. Về đáp ứng cơ năng, 40% bệnh nhân không còn nuốt nghẹn sau điều trị, trong khi đó tỷ lệ này trước điều trị là 0%.

Chúng tôi thực hiện đánh giá đáp ứng của u với điều trị dựa trên hình ảnh CT theo tiêu chuẩn RECIST. Tuy nhiên có một số khó khăn trong việc đánh giá trên CT kém chính xác như dày thành thực quản sau điều trị. Do đó chúng tôi kết hợp cả CT ngực và nội soi để đánh giá đáp ứng u, chỉ khi nội soi không thấy u mới được đánh giá đáp ứng hoàn toàn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 67,5% bệnh nhân có đáp ứng, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 37,5%, đáp ứng một phần là 30,0%, tỷ

lệ bệnh ổn định là 27,5%. Có 2 bệnh nhân tiến triển (5,0%).

So sánh với nghiên cứu JCOG 9906 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên pha 2/3 về hiệu quả và tính an toàn của phương pháp HXĐT với phác đồ CF trên bệnh nhân ung thư biểu mô thực quản giai đoạn II và III, tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn (62% so với 37,5%). Sự khác biệt này có thể đến từ phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các bệnh nhân UTTQ ở các vị trí 1/3 trên, giữa và dưới với liều xạ cho UTTQ 1/3 trên là 60 Gy còn liều xạ trị triệt căn UTTQ 1/3 giữa – dưới là 50,4 Gy. Trong nghiên cứu JCOG 9906, tất cả các bệnh nhân UTTQ không kể vị trí u đều được xạ với liều 60 Gy. Đây có thể là nguyên nhân khiến cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của nghiên cứu JCOG 9906 lớn hơn.

So sánh với các nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi⁴, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 31,1%.

Về các yếu tố tiên lượng đáp ứng điều trị ở bệnh nhân, chúng tôi có phân tích sự đáp ứng trên các nhóm phân loại T, N, giai đoạn bệnh. Qua đó nhận thấy rằng ở những giai đoạn thấp hơn thì tỷ lệ đáp ứng cao hơn. Giai đoạn II có tỷ lệ đáp ứng là 75%, ở giai đoạn III là 65,7% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,384$). Điều này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu còn thấp, do đó lực kiểm định chưa đủ mạnh, cần nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn để kiểm tra tính chính xác của giả thuyết này. Ngoài ra nghiên cứu cho thấy các yếu tố khác như độ mô học, kỹ thuật xạ trị cũng không có ý nghĩa tiên lượng trong việc đáp ứng với điều trị.

4.3. Độc tính trong quá trình điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độc tính thường gặp khi HXĐT phác đồ CF chủ yếu là độc tính độ I, độc tính độ II, III chiếm tỷ lệ nhỏ, không có độc tính độ IV.

Về độc tính trên huyết học, có 67,5% bệnh nhân gặp tác dụng phụ hạ bạch cầu (độ I là 45,0%, độ II là 15,0%, độ III là 7,5%), 62,5% bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính (độ I là 40,0%, độ II là 15,0%, độ III là 7,5%), 32,5% bệnh nhân thiếu máu (độ I là 27,5%, độ II là 2,5%, độ III là 2,5%) và 7,5% bệnh nhân hạ tiểu cầu (độ I là 5,0%, độ II là 2,5%). Độc tính trên hóa sinh chủ yếu là gây tăng men gan (22,5%, trong đó độ I là 20,0%, độ II là 2,5%), độc tính gây tăng creatinin ít hơn (10,0%, độ I là 7,5%, độ II là 2,5%). Độc tính trên hệ tiêu hóa chủ yếu là nôn (65,0%, độ I là 60,0%, độ II là 5,0%), và tiêu chảy (60,0%,

đều là độ I). Kết quả này tương đồng với kết quả về độc tính trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Hưng (2022)⁵.

Về tác dụng phụ của tia xạ, hầu hết bệnh nhân (90,0%) có biểu hiện bỏng da do tia xạ trong quá trình điều trị, chủ yếu là bỏng nhẹ độ I (85,0%), chỉ có 2 bệnh nhân xuất hiện bỏng da độ II (5,0%). Tỷ lệ viêm thực quản do tia xạ gặp ở 60,0% bệnh nhân, trong đó chủ yếu là viêm thực quản độ I (55,0%). Viêm phổi ít gặp hơn (35,0%, trong đó độ I là 32,5%, độ II là 2,5%). Kết quả này tương đồng với kết quả về độc tính trong nghiên cứu của Phan Hữu Kiệm (2021)⁶.

Như vậy nhìn chung độc tính của phác đồ HXĐT triệt căn với CF trên bệnh nhân UTTQ là có thể chấp nhận được, điều này cũng tương tự như kết quả trong nghiên cứu JCOG 9906².

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời triệt căn với phác đồ CF cho UTTQ cho thấy tính hiệu quả và an toàn với tỷ lệ độc tính chấp nhận được. Cần thêm các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của phác đồ lên thời gian sống thêm cũng như so sánh với các phác đồ phối hợp khác nhằm tìm ra phương pháp điều trị tối ưu cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. n/a(n/a). doi:https://doi.org/ 10.3322/caac.21660.
2. **Kato K, Muro K, Minashi K, et al.** Phase II study of chemoradiotherapy with 5-fluorouracil and cisplatin for Stage II-III esophageal squamous cell carcinoma: JCOG trial (JCOG 9906). Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011; 81(3):684-690. doi:10.1016/j.ijrobp.2010.06.033.
3. **Phạm Đức Huân.** Nghiên Cứu Điều Trị Phẫu Thuật UTTQ. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.
4. **Nguyễn Đức Lợi.** Đánh Giá Hiệu Quả Phác Đồ Hóa Xạ Trị Đồng Thời và Một Số Yếu Tố Tiên Lượng Ung Thư Biểu Mô Thực Quản Giai Đoạn III, IV Tại Bệnh Viện K. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Nguyễn Quang Hưng.** So Sánh Kết Quả Lâu Dài Giữa Hoá Xạ Trị Đồng Thời Phác Đồ FOLFOX So Với Phác Đồ CF Trong Điều Trị UTTQ Giai Đoạn Không Mổ Được Tại Bệnh Viện K Và Bệnh Viện Ung Bướu Tỉnh Thanh Hoá. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội; 2022.
6. **Phan Hữu Kiệm.** Nhân Xét Đáp Ứng Bước Đầu Của Phác Đồ FOLFOX6 Kết Hợp Đồng Thời Xạ Trị Ung Thư Xạ Trị Tại Bệnh Viện K. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội; 2021.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY GẦN TOÀN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN CT1-2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Hà Hải Nam¹, Lê Văn Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn cT1-2N0M0 tại khoa Ngoại Bụng I bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng trên 52 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 2 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 54,1 tuổi, với chủ yếu thời gian khởi phát < 3 tháng (76,9%). Tất cả bệnh nhân trước mổ được chẩn đoán là T1-T2N0, sau phẫu thuật có 9,6% bệnh nhân ở giai đoạn T3-T4 và 28,9% bệnh nhân có di căn hạch. Thời gian phẫu

thuật trung bình là 192 phút Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian hồi phục sớm sau mổ. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến hay biến chứng trong và sau mổ như chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, rò móm tá tràng, rò miệng nối, tắc ruột hay phải nhập viện trở lại trong 30 ngày. **Kết luận:** PTNS cắt GTBD đạt kết quả tốt thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất trung bình, số lượng hạch vét được, cũng như chưa ghi nhận các trường hợp tai biến và biến chứng.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, ung thư dạ dày

SUMMARY

EVALUATION OF THE EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SUBTOTAL GASTRECTOMY IN THE TREATMENT OF STOMACH CANCER CT1-2N0M0 STAGE AT K HOSPITAL

Objective: Evaluation of clinical signs and paraclinical characteristics and early results of laparoscopic subtotal gastrectomy of patients with cT1-2N0M0 gastric cancer at the Abdominal Surgery Department I, K Hospital. **Subjects and Methods:** A

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hải Nam

Email: dr.nam.k@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022