

V. KẾT LUẬN

HCC/VGC thường gặp ở nam giới và tăng dần theo độ tuổi, song vẫn trẻ hơn nhiều so với một số nước trong khu vực. Mặt khác, tỉ lệ bệnh nhân thường đến muộn khi bệnh đã nặng và gan đã xơ hóa, chức năng gan suy giảm cũng ảnh hưởng tới chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân. Đặc điểm lâm sàng cho thấy rõ điều đó khi tỉ lệ bệnh nhân đến khám khi có triệu chứng cao hơn là không triệu chứng, tỉ lệ xơ gan cao. Nghiên cứu cũng cho thấy những tiến bộ trong phẫu thuật điều trị HCC tại Việt Nam như áp dụng các kĩ thuật cao, phẫu thuật nội soi giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, nâng cao kết quả điều trị. Tạo tiền đề cho kết quả sau phẫu thuật tốt hơn.

VI. KIẾN NGHỊ

Với lịch sử nghiên cứu và đánh giá vai trò của VGC đối với HCC, các nghiên cứu chỉ ra rằng việc quản lí bệnh nhân VGC nên được thực hiện theo cả 3 bước: (1) Điều trị trước khi HCC, (2) điều trị HCC, (3) điều trị sau khi đã điều trị HCC.

Mở rộng sàng lọc VGC đối với các đối tượng có nguy cơ cao. Giúp đỡ người nhiễm VGC có cơ hội được điều trị (cung cấp dịch vụ, giảm chi phí). Tăng cường quản lí sàng lọc để phát hiện sớm HCC đối với những người đã/đang nhiễm VGC.

Đối với các trường hợp HCC/VGC đã được điều trị ngoại khoa, cần tiếp tục điều trị VGC nhằm hạn chế nguy cơ tái phát HCC cũng như tiến triển của quá trình xơ gan, giúp kéo dài thời gian sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 3129/QĐ-BYT** ngày 17 tháng 07 năm 2020.
 2. **Bataller, R. and Brenner D.A.** (2005). Liver fibrosis. *J Clin Invest.* 115(2): p. 209-18.

3. **Nguyễn Ngọc Tuấn, Nguyễn Quang Nghĩa** (2020). Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan dưới 5cm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Vietnam medical journal* N^o2 – August – 2020: 86 – 89.
 4. **Uenishi T, Nishiguchi S, Tanaka S, Yamamoto T, Takemura S, Kubo S.** Response to interferon therapy affects risk factors for postoperative recurrence of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol.* 2008 Oct 1;98(5):358-62. doi: 10.1002/jso.21111. PMID: 18646001.
 5. **Lingala S, Ghany MG.** Natural History of Hepatitis C. *Gastroenterol Clin North Am.* 2015 Dec;44(4):717-34. doi: 10.1016/j.gtc.2015.07.003. Epub 2015 Aug 25. PMID: 26600216; PMCID: PMC5939344.
 6. **Mạnh Hùng, T. ., & Quế Sơn, T. .** (2022). Kết quả gắn cắt gan do ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 514(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2543>
 7. **Sasaki, K., Shindoh, J., Nishioka, Y., Sugawara, T., Margonis, G. A., Andreatos, N., ... Hashimoto, M.** (2018). Postoperative low hepatitis C virus load predicts long-term outcomes after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Journal of Surgical Oncology*, 117(5), 902–911.
 8. **Zhu, H., Xing, H., Yu, B., Yan, W.-T., Zhang, C.-W., Guan, M.-C., ... Yang, T.** (2020). Long-term survival and recurrence after curative resection for hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C virus infection: a multicenter observational study from China. *HPB.* doi:10.1016/j.hpb.2020.04.006
 9. **Quang Tú, T. ., Công Duy Long, T. ., & Thị Hồng Tươi, Đ.** (2021). Đặc điểm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại đơn vị ung thư gan và ghép gan – khoa ngoại gan mật tụy Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 504(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i2.895>
 10. **Trung Kiên Nguyễn** (2017) Khảo sát đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân Y 4. *Tạp chí y – dược học quân sự* số 1, 2017. 105-111.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG TÁ TRÀNG ĐẦU TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Trần Quang Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do ung thư vùng tá tràng, đầu tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân ung thư vùng tá tràng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 09/2016 đến 09/2020. **Kết quả:** Trong ung thư vùng tá tràng đầu tụy đa số là ung thư biểu mô tuyến (75,1%), ung thư biểu mô tuyến ống (12,5%). Xâm lấn khối u ở mức độ T3 chiếm tỷ lệ cao hơn các mức

¹*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
²*Bệnh viện Thanh Nhàn*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng
 Email: drhoangnt29@gmail.com
 Ngày nhận bài: 12.10.2022
 Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022
 Ngày duyệt bài: 15.12.2022

độ khác (chiếm 86,7%). Biến chứng chung sau phẫu thuật gồm có 19/32 trường hợp: có 6 BN có nhiều hơn một biến chứng, có 6 BN nhiễm trùng vết mổ (18,8%), 8 BN có ứ đọng dịch sau mổ (25%), 3 BN chảy máu ống tiêu hóa, 4 BN chảy máu muộn, 1 BN chảy máu vết mổ và 1 trường hợp ứ trệ dạ dày. Thời gian phẫu thuật trung bình là $250 \pm 30,7$ phút (180-240 phút). Thời gian sống thêm sau phẫu thuật theo mức độ xâm lấn: mức độ T2: $35 \pm 0,7$ tháng, mức độ T3: $45,7 \pm 3,2$ tháng, T4: $27,7 \pm 6,8$ tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị ung thư vùng tá tràng đầu tụy được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho kết quả tốt, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt khối tá tụy, ung thư vùng tá tràng đầu tụy.

SUMMARY

RESULT OF PANCREATODUODENECTOMY FOR PERIUMPELLARY AND PANCREATIC CARCINOMA IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Evaluation of results of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer at Hanoi Medical University Hospital from September 2016 to September 2020. **Subjects and Methods:** Retrospective, cross-sectional descriptive method of 32 pancreatic cancer patients undergoing pancreaticoduodenectomy at Hanoi Medical University Hospital from September 2016 to September 2020. **Results:** In the pancreatic head and duodenum, the majority were adenocarcinoma (75.1%), ductal adenocarcinoma (12.5%). Tumor invasion at T3 level accounted for a higher rate than other levels (accounting for 86.7%). General complications after surgery included 19/32 cases: 6 patients had more than one complication, 6 patients had wound infection (18.8%), 8 patients had postoperative fluid retention (25%), 3 patients with gastrointestinal bleeding, 4 patients with late bleeding, 1 patient with incisional bleeding and 1 case of gastric stasis. The average surgical time was 250 ± 30.7 minutes (180-240 minutes). Survival time after surgery according to the degree of invasion: T2 level: 35 ± 0.7 months, T3 level: 45.7 ± 3.2 months, T4: 27.7 ± 6.8 months. **Conclusion:** The pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer was performed at Hanoi Medical University Hospital with good results, contributing to improving the quality of cancer treatment.

Keywords: Pancreatic duodenal blockectomy, pancreatic head and duodenal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng tá tràng đầu tụy là tập hợp những tổn thương ác tính của vùng tá tràng đầu tụy, bao gồm ung thư biểu mô tuyến của đầu tụy, bóng Vater, đoạn cuối ống mật chủ và tá tràng. Các ung thư vùng tá tràng đầu tụy được mô tả chung do biểu hiện lâm sàng và nguyên tắc điều trị giống nhau.

Trên thế giới phẫu thuật cắt khối tá tràng đầu tụy lần đầu tiên được thực hiện bởi Whipple

năm 1935¹.

Phẫu thuật cắt khối tá tụy hiện nay vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất trong ung thư vùng tá tràng đầu tụy. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm của các ung thư vùng tá tràng đầu tụy khá thấp: khoảng 15% đối với ung thư đầu tụy, ung thư bóng Vater (39%), ung thư đoạn cuối ống mật chủ (27%) và ung thư tá tràng (59%) và chỉ có khoảng 10-20% bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật đã giảm nhiều, dưới 2%, song biến chứng vẫn còn cao, chiếm từ 30- 50%.

Tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội chưa có một nghiên cứu nào đánh giá đầu đủ về bệnh lý này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư vùng tá tràng, đầu tụy được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân ung thư vùng tá tràng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2020 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 32 bệnh nhân có Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ xấp xỉ 1,5 lần. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%). Tuổi trung bình là $60,4 \pm 3,7$ tuổi (11-70). Lý do vào viện vì mệt mỏi (93,8%) và chán ăn (78,1%), sút cân (75%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải (chiếm 50%), đầy bụng (31,3%). Còn lại là các triệu chứng tiêu hóa khác chiếm như gan to (12,5%), túi mật to (28,1%), vàng da (25%)

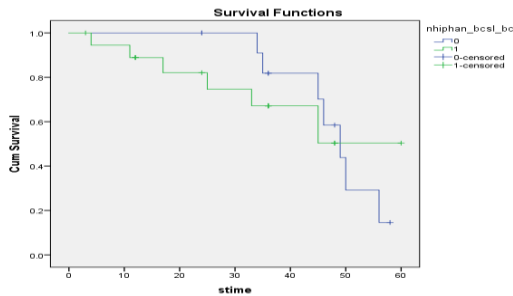
Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

Các thông số	Kết quả (N=32)
Thời gian phẫu thuật (phút)	$250 \pm 30,7$ phút (180-240)
Số lượng máu truyền	250 ml
Mức độ xâm lấn khối u	T3 chiếm 86,7%
Mức độ di căn hạch	53,1% di căn hạch
Thời gian phục hồi lưu thông ruột (giờ)	$58 \pm 14,1$
Tai biến và biến chứng sau mổ	19/32 trường hợp (59,4%), trong đó 18,8% nhiễm trùng vết mổ, 25% ứ đọng dịch sau mổ,

	9,4% chảy máu ống tiêu hóa, 12,5% chảy máu muện, 1 trường hợp chảy máu vết mổ, 1 trường hợp ứ trệ dạ dày
--	--

Thời gian sống thêm toàn bộ. Trong 32 bệnh nhân, còn sống 17 bệnh nhân, chết 13 bệnh nhân, 2 trường hợp mất tin. Sử dụng phương pháp tính tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: Thời gian sống thêm dự đoán theo Kaplan-Meier của nhóm có biến chứng được theo dõi trong suốt quá trình nghiên cứu là $44,1 \pm 5,1$ tháng. Nhóm không có biến chứng (màu xanh lá cây) có thời gian là $48,0 \pm 2,5$ tháng.

Thời gian sống thêm của 2 nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ của nghiên cứu là 64,7%.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm theo dự đoán của Kaplan - Meier

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ bằng 1,5:1 tương đương với các nghiên cứu của tác giả như Trịnh Hồng Sơn (2010)², Nguyễn Văn Cường (2009)³. Về độ tuổi, ung thư biểu mô tuyến tụy liên quan chặt chẽ đến tuổi cao, khoảng 80% các trường hợp xảy ra ở bệnh nhân từ 60-80 tuổi, dưới 40 tuổi là rất hiếm. Nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn, độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,28$ (cao nhất là 88, thấp nhất 15)⁴. Đa số bệnh nhân vào viện vì mệt mỏi (93,8%) và chán ăn (78,1%), sút cân (75%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải (chiếm 50%), tiếp đến là đầy bụng (31,3%). Kết quả này cũng tương tự kết quả của một số tác giả như trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Cường: đau bụng (94,8%), ăn kém (70,7%), sút cân (87,9%)³

Ngoài ra các triệu chứng như gan to (12,5%), túi mật to (28,1%), vàng da (25%)

chiếm tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Cường tỷ lệ này lần lượt là túi mật to (63,8%), vàng da (70,7%)³. Tỷ lệ của nghiên cứu trên cao hơn của chúng tôi là do các nghiên cứu trên hầu hết là các bệnh nhân phát hiện muộn, có chỉ định phẫu thuật và không phẫu thuật. Các triệu chứng này không khó chẩn đoán nhưng thường là triệu chứng muộn.

Biểu hiện tình trạng tắc mật chiếm đa số bệnh nhân khi vào viện với chỉ số bilirubin toàn phần TB: $163,1 \pm 113,6$. Glucose TB: $7,2 \pm 2,4$, men gan tăng cao: SGOT $89,2 \pm 64,4$ U/L, SGPT $118,7 \pm 112,3$ U/L. Tỷ lệ SGOT và SGPT có tăng nhưng không cao do vàng da tắc mật từ từ, làm có thể người bệnh thích nghi dần với hiện tượng này.

Nồng độ CA19-9 trong máu bình thường giới hạn ở mức <37 U/L. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ CA19-9 trung bình là $208,5 \pm 227,9$ U/L, cao nhất là 1000 U/L, cao gấp khoảng 7 lần mức bình thường. So sánh với các tác giả trong nước và nước ngoài thấy nồng độ CA19-9 của chúng tôi thấp hơn: của tác giả Đỗ Trường Sơn là $3609,1 \pm 10178,6$ (n=76)⁴, của Nguyễn Văn Cường là $3078,5 \pm 965,1$ (n=58)³, của tác giả Giulianotti là $775,6 \pm 2054$ (n=61), Pleskow là 349 (n=54). Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ (n=32) và thực hiện trên các bệnh nhân phát hiện sớm nên trung bình nồng độ CA19-9 ở mức thấp.

Các hình ảnh trên siêu âm cho thấy đa phần khối u nằm ở đầu tụy (21,9%), ống mật chủ giãn trên 7mm chiếm 87,5%, túi mật căng to chiếm 75%, hạch vùng bụng chiếm 15,6%. Ngoài các hình ảnh trực tiếp về khối u, siêu âm còn cung cấp các dấu hiệu gián tiếp của u vùng tá tràng đầu tụy, đặc biệt là khối u vùng đầu tụy. Đó là dấu hiệu giãn đường mật và giãn ống tụy (87,5%).

Chụp CLVT hoặc cộng hưởng từ giúp phát hiện các khối u nhỏ mà siêu âm không phát hiện được, tình trạng di căn hạch (chiếm 65,6%). Kết quả chụp cắt lớp vi tính có giá trị lớn trong việc đánh giá hình thái mức độ xâm lấn các tổ chức xung quanh đánh giá giai đoạn khối u.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng chung sau phẫu thuật chiếm 59,4% gồm có 19/32 trường hợp: có 6/32 BN có nhiều hơn một biến chứng, có 6/32 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (chiếm 18,8%), 8/32 trường hợp có ứ đọng dịch sau mổ (chiếm 25%), 3/32 trường hợp chảy máu ống tiêu hóa, 4/32 trường hợp chảy máu muện, 1 trường hợp chảy máu vết mổ và 1 trường hợp ứ trệ dạ dày và không có BN tử vong.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

tỷ lệ xâm lấn khối u ở mức độ T3 cao hơn các mức độ khác (chiếm 86,7%). U xâm lấn nhu mô tụy. Có 17/32 trường hợp di căn hạch (chiếm 53,1%). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Cường (2009), mức độ xâm lấn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất (60,3%), mức độ xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ thấp hơn (38%); tỷ lệ có di căn hạch chiếm 67,2%³. Theo kết quả của tác giả Hồ Văn Linh (2016) độ xâm lấn của khối u cho thấy T2 chiếm đa số với tỷ lệ 59,1% và T3: 15,6%, thấp nhất là T1 chiếm 13,6%, tỷ lệ di căn hạch vùng rất thấp chiếm 13,6%⁵.

Báo cáo của Choi S.B (2011) với 78 BN cắt đầu tụy tá tràng do ung thư bóng Vater trong đó độ xâm lấn của khối u ở T1 (17,1%), T2 (22,2%), T3 (31,4%) và T4 (24,3%). Tác giả kết luận rằng: độ biệt hóa và độ xâm lấn của ung thư là yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến thời gian sống sau phẫu thuật. Thời gian sống không có bệnh của những bệnh nhân không có di căn hạch hoặc có một hạch dương tính thì tốt hơn những bệnh nhân có hai hạch di căn trở lên. Tuy nhiên hạch di căn và số lượng hạch ảnh hưởng không có ý nghĩa đến thời gian sống⁶.

Sau phẫu thuật, thời gian hồi phục lưu thông ruột trung bình là 58±14,1 giờ. Thời gian rút dẫn lưu bụng trung bình là 12 ± 4,4 ngày. Thời gian ăn lại sau mổ trung bình là 7,9±2,1 ngày. Gần đây quan điểm nuôi dưỡng sớm sau phẫu thuật đã được nhiều tác giả quan tâm, đặc biệt đối với một phẫu thuật nặng của đường tiêu hóa càng được chú trọng đến vấn đề dinh dưỡng. Theo Chu Thị Tuyết (2015) nghiên cứu 124 BN được chia thành hai nhóm để so sánh. Tác giả nhận xét rằng: nhóm nuôi dưỡng toàn diện (nuôi ăn sớm trung bình 37,7 giờ sau phẫu thuật) bằng sản phẩm có năng lượng cao từ 1,5 đến 2 kcal/ml, cải thiện các chỉ số lâm sàng như thời gian trung tiện cũng sớm hơn 67,0 giờ và biến chứng nhiễm trùng rất thấp: không có trường hợp nào bị dò hoặc bục miệng nối; 1,6% nhiễm trùng vết mổ; 1,6% nhiễm khuẩn hô hấp và có số ngày nằm viện giảm. Gerritsen A (2012), nghiên cứu 129 BN cắt đầu tụy tá tràng chia thành 3 nhóm: nhóm 44 BN nuôi dưỡng hoàn toàn qua sonde dạ dày ngay sau phẫu thuật; nhóm 48 BN nuôi dưỡng qua sonde mở thông hồng tràng và nhóm 37 BN nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường TM. Kết quả: các biến chứng chung khác nhau giữa các nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê (nhóm nuôi dưỡng qua sonde dạ dày sonde mở thông hồng tràng và nuôi dưỡng TM lần lượt (45%), (54%) và (39%); riêng biến chứng nhiễm trùng vết mổ

của nhóm nuôi dưỡng hoàn toàn bằng TM cao hơn rất nhiều (30%) so với hai nhóm còn lại.

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố như: loại tế bào độ xâm lấn (T), di căn hạch (N), giai đoạn phát triển, độ biệt hoá tế bào, bờ cắt tụy và tình trạng xâm lấn mạch máu của khối u.

Sử dụng phương pháp Kaplan-Meier tính thời gian sống thêm sau mổ của nhóm có biến chứng được theo dõi trong suốt quá trình nghiên cứu là 44,1 ± 5,1 tháng. Nhóm không có biến chứng có thời gian là 48,0 ± 2,5 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật theo mức độ xâm lấn: mức độ T2: 35±0,7 tháng, mức độ T3: 45,7±3,2 tháng, T4: 27,7±6,8 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự khác biệt này có thể giải thích rằng do cỡ mẫu nhỏ ($n=32$) và thời gian sống thêm phụ thuộc vào nhiều yếu tố thực tế ngoài mức độ xâm lấn như tuổi, bệnh lý kèm theo, chế độ chăm sóc,...

Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu ngày 31/12/2020 có 17/32 bệnh nhân sống thêm được 2-5 năm sau phẫu thuật (chiếm 64,3%), thời gian sống thêm trung bình toàn bộ là 33,6±15,8 tháng, có 73,8% bệnh nhân sống thêm được 2 năm sau phẫu thuật. Theo tác giả Ngô Vi Tiến, tỷ lệ sống thêm sau 2 năm là 20,3%⁷, trong nghiên cứu của Kuhlmann trên 343 BN ung thư tụy thấy thời gian sống thêm 2 năm là 34%⁸.

Thời gian sống sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với các nghiên cứu trước đây chứng tỏ phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm, kỹ thuật mổ ngày càng hoàn thiện mang lại hiệu quả cao trong điều trị và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt khối tá tụy trong điều trị ung thư vùng tá tràng đầu tụy là phẫu thuật lớn, tỷ lệ tai biến, biến chứng còn cao, các biến chứng này chủ yếu liên quan đến rò tụy. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong thấp với tỷ lệ sống 5 năm sau mổ là 66,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whipple AO, Parsons WB, Mullins CR. Treatment of carcinoma of the ampulla of vater. *Ann Surg.* 1935;102(4):763-779.
2. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh. Kết Quả Cắt Khối Tá Tụy - Kinh Nghiệm Cá Nhân qua 79 Trường Hợp", *Y Học Thực Hành*, 2010; 713(4): 89-92.
3. Nguyễn Văn Cường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u đầu tụy

- tại bệnh viện Việt Đức- Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
4. **Đỗ Trường Sơn.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư tụy ngoại tiết, Luận văn tiến sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2004
 5. **Hồ Văn Linh.** "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy- tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater", Luận văn tiến sỹ y học, trường Đại học y dược Huế. 2016.
 6. **Choi SB, Kim WB and Song TJ** "Surgical outcomes and prognostic factors for ampulla of Vater cancer", Scandinavian Journal of Surgery. 2011; 100: 92-98.
 7. **Ngô Vi Tiên.** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư đầu tụy tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn Thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2016.
 8. **K.F.Kuhlmann, S.M.de Castro, J.G.Wesseling et al.** Surgical treatment of pancreatic adenocarcinoma, actual survival and prognostic factors in 343 patients. Euro J cancer, 2004; 40(4), 549-558.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE-CARBOPLATIN-BEVACIZUMAB

Nguyễn Thị Thanh Nhân¹, Đoàn Hữu Nghị¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hóa chất phác đồ Gemcitabine-Carboplatin-Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn nhạy platin tại Bệnh viện K. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu. Từ 1/2017 đến tháng 8/2022 có 43 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn được điều trị hóa chất phác đồ Gemcitabine-Carboplatin-Bevacizumab tại Bệnh viện K; bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc" (RECIST) và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. **Kết quả:** Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi trung bình mắc bệnh là 57,8 tuổi. Nhóm tuổi từ 50-59 là nhóm hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 41.9%. Ung thư biểu mô tuyến thanh dịch là thể mô học phổ biến nhất với 81,4%. Có 55,8% số bệnh nhân tái phát trong vòng 6-12 tháng sau điều trị triệt căn và 44,2% tái phát sau trên 01 năm. Nồng độ CA12.5 tăng ở 81,4% số bệnh nhân. 39,5% số bệnh nhân được phẫu thuật giảm tổng khối u khi tái phát. Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng là 72,1%, 03 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn chiếm 7,0%, đáp ứng một phần 65,1%. Tỉ lệ đáp ứng có liên quan với chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG) và thời gian tái phát sau khi kết thúc điều trị ban đầu. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình tính theo Kaplan-Meier là 10,8 tháng, tại thời điểm đóng nghiên cứu còn 07 bệnh nhân sống không tiến triển. **Kết luận:** Phác đồ có Gemcitabine-Carboplatin- Bevacizumab là phác đồ có hiệu quả và giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cho bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn nhạy platin

Từ khóa: ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn, điều trị hóa chất, Gemcitabine- Carboplatin- Bevacizumab

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Nhân
Email: ngthithanhnhannbve@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022
Ngày duyệt bài: 12.12.2022

SUMMARY

OUTCOME OF GEMCITABINE-CARBOPLATIN PLUS BEVACIZUMAB IN RECURRENT OVARIAN CANCER

Objectives: to evaluate outcome of gemcitabine-Carboplatin plus Bevacizumab in Platine- Sensitive- Recurrent Ovarian Cancer . **Patients and Method:** Descriptive, retrospective and prospective study. From January 2017 to August 2022, we enrolled 43 patients with platine sensitive - recurrent ovarian cancer at K Hospital. All patients were used chemotherapy with Gemcitabine Carboplatin plus Bevacizumab regimens. Tumor response and survival were determined. **Results:** Clinical features: The median of age was 57.8. The age group from 50-59 is the most common group, accounting for 41.9%. Serous adenocarcinoma was the most common histological form with 81.4%. The most common physical symptom is ascites, accounting for 55.8%, 30.2% of patients have no functional symptoms at relapse, which is detected through periodic examination. 55.8% of patients relapsed within 6-12 months after radical treatment and 44.2% relapsed after the end of initial treatment over 1 year. **Results of treatment:** The response rate was 72.1%, 03 patients achieved complete response accounting for 7.0 %, partial response 65.1%. Response rates were associated with ECOG and time to relapse after completion of initial treatment. The mean progression-free survival according to Kaplan-Meier was 10.8 months, at the time of study closure there were 07 progression-free patients. **Conclusion:** Gemcitabine-Carboplatin- Bevacizumab regimen is effective treatment and helps prolong progression-free survival for patients with platinum-sensitive recurrent ovarian carcinoma.

Keywords: recurrent ovarian carcinoma, chemotherapy, Gemcitabine - Carboplatin - Bevacizumab

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp nhất và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong nhiều