

World J Gastroenterol 2021, 27(24): 3466-3482.  
7. **Liaw YF, Tai DI, Chu CM, et al.** The development of cirrhosis in patients with chronic type B hepatitis: a prospective study. *Hepatology*

1988, 8(3): 493-496.  
8. **Lok AS.** Hepatitis B: liver fibrosis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterol Clin Biol* 2009, 33(10-11): 911-915.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUY GIỚI ĐOẠN TIẾN TRIỂN, DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức<sup>1</sup>, Bùi Thành Lập<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển, di căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 170 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến tụy giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn xa tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 49,2 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá, uống rượu, đái tháo đường lần lượt là 42,4%, 44,1%, 25,9%. Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì lý do đau bụng chiếm 80,0%. Có 88 bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy chiếm 51,8%, 82 bệnh nhân u vùng đuôi và thân tụy chiếm 48,2%. Ung thư biểu mô tuyến của ống tụy chiếm chủ yếu (85,3%), các loại khác chiếm tỷ lệ thấp (14,7%). Tỷ lệ xuất bệnh nhân có hạch ổ bụng bất thường trong nghiên cứu là 62,4% trong đó có 75 bệnh nhân có hạch N1 chiếm 44,1% và 31 bệnh nhân có hạch N2 chiếm 18,2%. Tỷ lệ u giai đoạn T2, T3 và T4 lần lượt là 15,9%, 31,8% và 52,4%. Bệnh nhân di căn xa chiếm 62,9%. Tại thời điểm chẩn đoán có 42,4% bệnh nhân có tăng nồng độ CEA, 78,7% bệnh nhân có tăng nồng độ CA19.9. Trong đó 42,1% bệnh nhân có CA19.9 tăng trên 500 U/mL. **Kết luận:** Ung thư tụy giai đoạn tiến triển di căn có tỷ lệ di căn gan và di căn phúc mạc cao trong khi đó tỷ lệ di căn phổi và di căn xương ít gặp hơn.

**Từ khóa:** Ung thư tụy, tiến triển, di căn

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ADVANCED OR METASTATIC PANCREATIC CANCER AT K HOSPITAL

**Objectives:** Clinical and subclinical characteristics of patients with advanced and metastatic pancreatic cancer at K hospital. **Patients and methods:** Retrospective descriptive study of 170 patients were diagnosed locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma at K hospital. **Results:** The mean age was 49.2 years. The

male/female ratio was 1.3/1. The proportion of patients with a history of smoking, alcohol, and diabetes were 42.4%, 44.1%, and 25.9%, respectively. Patients admitted to the hospital mainly because of abdominal pain accounted for 80.0%. There were 88 (51.8%) patients with pancreatic head cancer, 82 (48.2%) patients with tumors in the tail and body of the pancreas. Pancreatic ductal adenocarcinoma accounted for the majority (86.4%), other types accounted for a low percentage (13.6%). The rate of abdominal lymph nodes was 62.4%, of which 75(44.1%) patients had N1 nodes and 31(18.2%) patients had N2 nodes. The rate of tumor stage T2, T3 and T4 were 15.9%, 31.8% and 52.4%, respectively. Patients with distant metastases accounted for 62.9%. At the time of diagnosis, 78.7% of patients had elevated CA19.9 levels, 44.7% of patients had elevated CEA levels. In which 42.1% of patients had CA19.9 increased over 500 U/mL. **Conclusion:** Advanced or metastatic pancreatic cancer has a high rate of liver and peritoneal metastases, while lung and bone metastases are less common. **Keywords:** Pancreatic cancer, advanced, metastatic

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy (UTT) là một ung thư rất ác tính, có nguồn gốc từ các tế bào của mô tụy, trong đó hơn 95% là ung thư biểu mô tuyến tụy xuất phát từ phần tụy ngoại tiết. 5% còn lại phát triển từ tế bào đảo tụy thuộc tụy nội tiết và được xếp vào nhóm u thần kinh nội tiết. U liên kết của mô tụy gặp với tỷ lệ rất hiếm [1]. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư tụy có tỷ lệ mắc đứng thứ 12 trên thế giới, tuy nhiên, số bệnh nhân tử vong do ung thư tụy lại đứng thứ 7 trong tất cả các loại ung thư [2]. Năm 2020, tại Việt Nam có 1.113 ca ung thư tụy mới chẩn đoán và 1.066 ca tử vong [3]. Độ tuổi trung bình mắc ung thư tụy là 65 tuổi, tỷ lệ mắc cao nhất gặp ở tuổi 70-89, dưới 50 tuổi tỷ lệ mắc chỉ <10%. Các yếu tố: hút thuốc lá, uống rượu, béo phì, đái tháo đường, viêm tụy mạn... cũng có liên quan đến bệnh sinh ung thư tụy [4]. Nhờ những tiến bộ của y học nên việc chẩn đoán ung thư tụy đã có nhiều cải thiện. Tuy vậy do các triệu chứng bệnh thường xuất hiện muộn và không đặc hiệu mà 80% bệnh nhân ung thư tụy được chẩn đoán ở giai đoạn

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

tiến triển tại chỗ và di căn xa, không còn khả năng điều trị triệt căn [1]. Với ung thư tụy ở giai đoạn muộn, tùy vào triệu chứng lâm sàng, thể trạng và mong muốn của bệnh nhân, sẽ có nhóm bệnh nhân được thực hiện các phẫu thuật/thủ thuật chăm sóc giảm nhẹ, điều trị hóa chất, hoặc từ chối điều trị. Hóa chất toàn thân là phương pháp điều trị cơ bản với mục đích giảm nhẹ triệu chứng và cải thiện thời gian sống thêm. Tuy nhiên, các nghiên cứu và thống kê về ung thư tụy còn chưa nhiều đặc biệt trên nhóm bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển và di căn. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn tại Bệnh viện K"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 170 bệnh nhân UTT giai đoạn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn (AJCC 2017) được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 4/2022.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTT biểu mô tuyến tụy ngoại tiết.
- Giai đoạn không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn (AJCC 8<sup>th</sup>).

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán mô bệnh học không phải ung thư biểu mô tụy ngoại tiết.
- Ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.
- Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

**Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu:** Cỡ mẫu thuận tiện. Thu thập tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 4/2022.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS 22.0. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến liên tục có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị, khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả theo số lượt và tỷ lệ %

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm sai lệch

hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi</b>		
≤40	5	2,9
41 – 50	18	10,6
51 – 60	55	32,4
>60	92	54,1
Trung bình (lớn nhất-nhỏ nhất)	58,1(82-31) tuổi	
<b>Giới</b>		
Nam	97	57,1
Nữ	73	42,9
<b>Tiền sử</b>		
Hút thuốc lá	72	42,4
Uống rượu	75	44,1
Đái tháo đường	44	25,9
Viêm gan B	21	12,3
Viêm gan C	2	1,2
Viêm tụy	5	2,9
<b>Lý do vào viện</b>		
Đau bụng	136	80,0
Gầy sút cân	7	4,1
Vàng da	29	17,1
Khám định kỳ	6	3,5

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 58,1. Tuổi cao nhất là 82 và thấp nhất là 31 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 54,1%, lứa tuổi ít gặp nhất là dưới 40 tuổi, chiếm 2,9%. Trong 170 bệnh nhân có 97 nam chiếm 57,1% và 73 nữ chiếm 42,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Có 42,4% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, có 44,1% bệnh nhân có tiền sử uống rượu, số bệnh nhân có tiền sử tiểu đường là 25,9%. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B và viêm gan C lần lượt là 12,3% và 1,2%. Các bệnh nhân chủ yếu vào viện vì đau bụng (80,0%), 29 bệnh nhân vào viện vì vàng da (17,1%).

### 3.2. Đặc điểm UTT trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

**Bảng 2. Đặc điểm UTT trên phim chụp CLVT**

	Số bệnh nhân (n=170)	Tỷ lệ %
<b>Vị trí u</b>		
Đầu tụy	88	51,8
Thân và đuôi tụy	82	48,2
<b>Kích thước u (cm)</b>		

Kích thước trung bình	5,8	
Kích thước nhỏ nhất	2,5	
Kích thước lớn nhất	11,5	
<b>Hạch ổ bụng</b>		
N0	64	37,6
N1	75	44,1
N2	31	18,2
<b>Giai đoạn T</b>		
T2	27	15,9
T3	54	31,8
T4	89	52,4
<b>Giai đoạn bệnh</b>		
Tiến triển tại chỗ	63	37,1
Di căn xa	107	62,9

**Nhận xét:** Vị trí u đầu tụy gặp nhiều nhất với tỷ lệ 51,8%, u thân đuôi tụy chiếm 48,2%. Kích thước u tụy trung bình là 5,8cm, u lớn nhất kích thước 11,5cm, u nhỏ nhất kích thước 2,5cm. Tỷ lệ xuất hiện hạch ổ bụng trong nghiên cứu là 62,4% trong đó có 75 bệnh nhân có hạch N1 chiếm 44,1% và 31 bệnh nhân có hạch N2 chiếm 18,2%. Tỷ lệ u giai đoạn T2,T3 và T4 lần lượt là 15,9%, 31,8% và 52,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn xa chiếm 62,9%.

**3.3. Vị trí di căn xa**

**Bảng 3. Vị trí di căn xa**

	Số bệnh nhân (n=107)	Tần suất %
Gan	86	80,3
Phúc mạc	34	31,8
Phổi	14	13,1
Xương	7	6,5
Hạch thượng đòn	7	6,5
Vị trí khác	17	15,9

**Nhận xét:** Trong 107 bệnh nhân có di căn xa, di căn gan có tần suất thường gặp nhất chiếm 80,3%. Di căn phúc mạc gặp ở 31,8% số bệnh nhân. Tần suất gặp di căn phổi là 13,1%, di căn xương và hạch thượng đòn gặp với tỷ lệ ít hơn 6,5%.

**3.4. Nồng độ CA19.9, CEA trước điều trị**

**Bảng 4. Nồng độ CA19.9 và CEA trước điều trị**

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Nồng độ CA19.9</b>		
≤37 (U/mL)	38	22,3
38-500 (U/mL)	62	36,5
>500 (U/mL)	70	41,2
<b>Nồng độ CEA</b>		
≤5 (ng/mL)	98	57,6
>5 (ng/mL)	72	42,4

**Nhận xét:** Cả 170 bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thông tin về chỉ số CA19.9 và CEA. Tại thời điểm chẩn đoán có 22,3% bệnh nhân có

CA 19.9 bình thường. Có 132 bệnh nhân tăng nồng độ CA19.9 chiếm 78,7%, trong đó có 42,1% bệnh nhân có CA19.9 tăng trên 500 U/mL. Tại thời điểm chẩn đoán có 57,6% bệnh nhân có nồng độ CEA bình thường và 42,4% bệnh nhân có nồng độ CEA tăng.

**3.5. Liên quan giữa giai đoạn bệnh và nồng độ CA19.9, CEA trước điều trị**

**Bảng 5. Liên quan giữa giai đoạn và nồng độ CA19.9, CEA trước điều trị**

	Giai đoạn tiến triển tại chỗ (n=63)	Giai đoạn di căn (n=107)	P
<b>Nồng độ CA19.9</b>			
≤37 (U/mL)	21	17	0,008
>37 (U/mL)	42	90	
<b>Nồng độ CEA</b>			
≤5 (ng/mL)	35	63	0,126
>5 (ng/mL)	28	44	

**Nhận xét:**

- Sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa nhóm bệnh tiến triển tại chỗ và nhóm di căn xa là có ý nghĩa thống kê với p=0,008.

- Sự khác biệt về nồng độ CEA ở thời điểm chẩn đoán của nhóm di căn xa và nhóm tiến triển tại chỗ là không ý nghĩa thống kê với p=0,126.

**3.6. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

**Bảng 6. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

	Số bệnh nhân (n=170)	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến ống tụy	145	85,3
Ung thư biểu mô tế bào chùm nang	7	4,1
Ung thư biểu mô tuyến nang chề nhầy	6	3,5
Ung thư biểu mô tuyến nhú nội ống	5	2,9
Ung thư biểu mô tuyến vảy	2	1,2
Ung thư biểu mô không biệt hóa	5	2,9

**Nhận xét:** Ung thư biểu mô tuyến của ống tụy là chủ yếu chiếm 85,3%, các loại khác chiếm 14,7%.

**IV. BÀN LUẬN**

Ung thư tụy thường ít gặp ở độ tuổi 30-40 tuổi, tuy nhiên tăng cao một cách rõ rệt sau 50 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 170 bệnh nhân được chẩn đoán UTT giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn, không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. Tuổi trung bình của

các bệnh nhân trong nghiên cứu là 58,1 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về mặt dịch tễ với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn (2014) là 60,6 tuổi và các nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của Louvet và CS (2002) tuổi trung bình là 59,5 tuổi, Conroy và CS (2013) tuổi trung bình là 61 [5],[6],[7]. Tuy nhiên so với một số tác giả trong nước, thì tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn, có thể do nhóm bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn di căn, trong khi những nghiên cứu của các tác giả trong nước chủ yếu ở giai đoạn tiến triển tại chỗ.

Theo y văn, hút thuốc lá làm tăng tỷ lệ mắc UTT lên 1,5-3 lần tùy thuộc số lượng và thời gian hút thuốc, nguy cơ mắc UTT giảm dần theo thời gian ngừng thuốc lá. Uống rượu cùng với béo phì làm tăng nguy cơ mắc viêm tụy mạn và UTT. Một số nghiên cứu cũng đưa ra mối liên quan giữa viêm gan B, viêm gan C với UTT. Đái tháo đường có thể là biểu hiện và cũng là một yếu tố nguy cơ của UTT; nguy cơ mắc cao nhất đối với nhóm đối tượng có thời gian mắc từ 2-8 năm [4]. Viêm tụy mạn cũng là 1 yếu tố nguy cơ của UTT, tuy cơ chế chuyển từ viêm tụy mạn sang ung thư là chưa rõ ràng [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,4% trường hợp có hút thuốc, 44,1% trường hợp có uống rượu. Tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường typ 2 trong nghiên cứu là 25,9%. Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B là 12,3%. Chỉ có 5 bệnh nhân có tiền sử chẩn đoán viêm tụy mạn trước đó (2,6%). Triệu chứng thường gặp gây khó chịu và khiến bệnh nhân đi khám là đau bụng thượng vị tăng dần, thường kèm gầy sút cân không rõ nguyên nhân. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 80,0% bệnh nhân tới khám vì đau bụng. Các triệu chứng tắc mật (vàng da, vàng mắt, tiểu sẫm màu, phân bạc màu) gợi ý ung thư đầu tụy. Triệu chứng đau bụng lan sau lưng, sờ thấy u bụng thường gặp trong ung thư thân và đuôi tụy báo hiệu bệnh đã lan rộng. Chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, có giá trị cao trong chẩn đoán UTT, đánh giá chính xác vị trí u, kích thước, tình trạng xâm lấn mạch, các cơ quan xung quanh, tính trạng di căn gan, xương, phổi... Trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư đầu tụy chiếm 51,8% (88/170 trường hợp), u thân và đuôi tụy chiếm 48,2% (82/170 trường hợp). So với 1 số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Von Hoff và CS (2013) trên 861 bệnh nhân UTT giai đoạn IV, u đầu tụy và thân-đuôi tụy chiếm lần lượt là 43,0% và 56,0% [8]. Conroy và CS (2011) trên 341 bệnh nhân UTT

giai đoạn IV, u đầu tụy và thân-đuôi tụy và toàn bộ tụy chiếm lần lượt là 36,8%, 60,2% và 3,0% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ ung thư thân-đuôi tụy thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài trên bệnh nhân giai đoạn IV, sự khác biệt này có thể liên quan đến việc lựa chọn nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân giai đoạn tiến triển và di căn xa, mà ung thư thân và đuôi tụy khi phát hiện thường ở giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật.

Di căn xa trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 62,9% (107/170 bệnh nhân). Trong đó, tần suất gặp di căn gan ở 80,3% số trường hợp, di căn phúc mạc gặp ở 31,8%, di căn phổi 13,1%, di căn xương và hạch thượng đòn gặp với 6,5. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ di căn gan trong UTT là rất cao phù hợp với y văn và với nghiên cứu của 1 số tác giả trong nước như của Đỗ Trường Sơn (2004) [5] và Đặng Thị Vân Anh (2012) [9] cũng như nghiên cứu của Conroy và CS (2013) có tỷ lệ di căn gan là 87,6%, di căn phúc mạc là 19,1%, di căn phổi là 24,0% [7]. Di căn hạch ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi gặp với tỷ lệ 62,8%. Trong đó tỷ lệ di căn hạch N1 là 44,1% và di căn hạch N2 là 18,2%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đặng Thị Vân Anh (2012) với tỷ lệ di căn hạch là 61,2%, và nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn (2004) với tỷ lệ di căn hạch xác định bằng giải phẫu bệnh sau mổ lên tới 82% [5],[9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36,5% và 41,2% bệnh nhân có tăng nồng độ CA19.9 38-500 U/mL và CA19.9 >500 U/mL. Chỉ có 22,3% bệnh nhân có nồng độ CA19.9 trong máu bình thường. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đặng Thị Vân Anh (2012) với tỷ lệ bệnh nhân tăng CA19.9 >37 U/mL và CA19.9 >500 U/mL lần lượt là 61,9% và 37,5% [9]. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có di căn xa cao hơn (63,0% so với 26,5%). Sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa nhóm bệnh tiến triển tại chỗ và nhóm di căn xa là có ý nghĩa thống kê với  $p=0,008$ . Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wang và CS (2018) sự khác biệt về nồng độ CA19.9 giữa 2 nhóm bệnh nhân là có ý nghĩa thống kê [10]. Về nồng độ CEA tại thời điểm phát hiện bệnh, có 57,6% bệnh nhân có tăng nồng độ CEA >5 ng/mL. Sự khác biệt về nồng độ CEA ở thời điểm chẩn đoán của nhóm di căn xa và nhóm tiến triển tại chỗ là không ý nghĩa thống kê với  $p$  lần lượt là  $p=0,126$ . Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wang và CS (2019) [10].

Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm 85,3%, các thể mô bệnh học khác của UTT chiếm 14,7%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng (2001), UTBM tuyến ống tụy chiếm 89,1% [11]. Nghiên cứu của Đặng Thị Vân Anh (2012), ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm 83,7% [9]. Cấu trúc bình thường của tụy mang đặc trưng cấu trúc của một tuyến ngoại tiết. Tế bào nang tụy chiếm xấp xỉ 80% số lượng tế bào tụy và thể tích tụy, tế bào đảo tụy chiếm 1-2%. Hệ thống ống tụy với những tế bào hình lập phương chiếm 10 - 15% cùng với mạng lưới mạch máu, bạch huyết, thần kinh và tổ chức liên kết. Hầu hết (95%) UTT nguyên phát có nguồn gốc phát sinh từ tổ chức tụy ngoại tiết, trong đó ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm ưu thế, ngoài ra còn có ung thư biểu mô tuyến nang chế nhầy, ung thư biểu mô tế bào chùm nang tụy, ung thư biểu mô tuyến nang thanh dịch, ung thư nguyên bào tụy, ung thư đặc giả nhú.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tụy giai đoạn tiến triển di căn có tỷ lệ di căn gan và di căn phúc mạc cao trong khi đó tỷ lệ di căn phổi và di căn xương ít gặp hơn. Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân >50 tuổi (86,5%) với thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến của ống tụy chiếm 85,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Ung thư tụy. Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, 189 - 199

2. 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 Cancer J Clin. 2021; 71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
3. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Pancreatic cancer in Viet Nam. CA Cancer J Clin. 2021.
4. Genkinger J.M., Spiegelman D., Anderson K.E. và cộng sự. (2009). ALCOHOL INTAKE AND PANCREATIC CANCER RISK: A POOLED ANALYSIS OF FOURTEEN COHORT STUDIES. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol, 18(3), 765-776.
5. Nguyễn Trường Sơn. Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy. Luận án tiến sỹ. Đại học Y Hà Nội.2014
6. Louvet C, Labianca R, Hammel P, et al. Gemcitabine in Combination With Oxaliplatin Compared With Gemcitabine Alone in Locally Advanced or Metastatic Pancreatic Cancer: Results of a GERCOR and GISCAD Phase III Trial. J Clin Oncol. 2005;23(15):3509-3516.
7. Conroy T, Desseigne F, Ychou M, et al. FOLFIRINOX versus Gemcitabine for Metastatic Pancreatic Cancer. N Engl J Med. 2011; 364(19):1817-1825. doi:10.1056/NEJMoa1011923
8. Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, et al. Increased Survival in Pancreatic Cancer with nab-Paclitaxel plus Gemcitabine. N Engl J Med. 2013;369(18):1691-1703..
9. Đặng Thị Vân Anh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hóa trị trên bệnh nhân ung thư tụy tại bệnh viện K. Luận văn Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội.2012.
10. Wang Y, Xiao X, Wang T, et al. A Survival Model in Locally Advanced and Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. J Cancer. 2018; 9(7):1301-1307. doi:10.7150/jca.23984

# PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT GIAI ĐOẠN MUỘN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT PHÁC ĐỒ CAP

Đỗ Hùng Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Như Hoa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm trên bệnh nhân bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:**

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kienc@kcc.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biên khoa học: 17.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

Hồi cứu kết hợp tiến cứu 21 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất tân CAP tại Bệnh viện K từ từ 01/2015 đến 08/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ CAP được phân tích với các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học, thể trạng ECOG, thời gian tái phát và số lượng di căn xa. Không có yếu tố nào gây ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Qua phân tích thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình và các yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, thể trạng ECOG, số lượng di căn xa, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học đều không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. **Kết luận:** Phác đồ