

- tính số não của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;512(2).
- Hannon N, Sheehan O, Kelly L, Marnane M, Merwick A, Moore A, et al. Stroke associated with atrial fibrillation—incidence and early outcomes in the north Dublin population stroke study. *Cerebrovascular Diseases*. 2010;29(1):43-9.
  - Akanksha WG, Paramdeep K, Gagandeep S, Rajinder B, Birinder SP, Monika S, et al. Clinical features, risk factors, and short-term outcome of ischemic stroke, in patients with atrial fibrillation: Data from a population-based study. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2017;20(3):289.
  - Tanaka K, Yamada T, Torii T, Furuta K, Matsumoto S, Yoshimura T, et al. Pre-admission CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, and R2CHADS<sub>2</sub> scores on severity and functional outcome in acute ischemic stroke with atrial fibrillation. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(7):1629-35.
  - Giralt-Steinhauer E, Cuadrado-Godia E, Ois A, Jiménez-Conde J, Rodríguez-Campello A, Planellas L, et al. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score and prognosis in ischemic strokes with atrial fibrillation. *Journal of neurology*. 2012;259:745-51.
  - Nguyễn Duy Trinh. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1, 5 Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính 2021.
  - Alkhouli M, Alqahtani F, Aljohani S, Alvi M, Holmes DR. Burden of atrial fibrillation—associated ischemic stroke in the United States. *JACC: Clinical Electrophysiology*. 2018;4(5):618-25.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN XA DẠ DÀY, VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Trương Vĩnh Quý<sup>1</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày là một phẫu thuật khó. Được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị trong những năm gần đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vết hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại đây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu tiến cứu. Gồm có 33 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vết hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ 11/2019 đến 9/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 68,06 ± 11,98 tuổi. BMI trung bình là 18,05 ± 3,44 kg/m<sup>2</sup>. Kích thước u trung bình: 3,9 ± 1,6 cm. Giai đoạn AJCC I chiếm 3%, giai đoạn II chiếm 39,4%, giai đoạn III chiếm 57,6%. Lượng máu mất trong phẫu thuật 81,8 ± 33,8 ml. Thời gian phẫu thuật 182 ± 28 phút. Tổng số hạch vét được: 591 hạch, trung bình: 18 ± 9,7 hạch/ BN. Tổng số hạch di căn: 125 hạch. Trung bình di căn 3,7 ± 5 hạch/ BN. Tỷ lệ có tai biến trong khi phẫu thuật là 12,1%. Nằm viện sau phẫu thuật trung bình 12,8 ± 5,3 ngày. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu 31,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, ung thư biểu mô dạ dày.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY, D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC CARCINOMA

**Background:** Laparoscopic gastrectomy for gastric carcinoma is a difficult surgery. Implemented in Quang Tri Provincial General Hospital in recent years. Therefore, we conducted a study to evaluate the results of a group of patients undergoing laparoscopic distal gastrectomy and D2 lymphadenectomy for gastric carcinoma. **Subjects and Methods:** This is a prospective study. Including 33 gastric carcinoma patients who underwent laparoscopic distal gastrectomy, D2 lymph node dissection at Quang Tri Provincial General Hospital from 11/2019 to 9/2022. **Results:** Mean age was 68.06 ± 11.98 years. Mean BMI was 18.05 ± 3.44 kg/m<sup>2</sup>. The stage base on AJCC: Stage III 57.6%; Stage II 39.4%; Stage I 3%. Blood lost intraoperative 81.8 ± 33.8 ml. The mean operative time was: 182 ± 28 minutes. 591 lymph nodes were removed, mean 18 ± 9.7 hạch/ pt. 125 Lymph node metastasis, mean 18 ± 9.7 nodes/pt. Intraoperative complications was 12.1%. The average length of hospital stay were 12.8 ± 5.3 days. Postoperative complications were 31.1%. **Conclusion:** Laparoscopic distal gastrectomy for gastric carcinoma treatment at Quang Tri Provincial General Hospital is safe and effective.

**Keywords:** laparoscopic distal gastrectomy, gastric carcinoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là ung thư phổ biến hàng thứ 5 trong các loại ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 3 do ung thư với ước

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Trị

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

tính 723.100 người năm 2018. Theo Globocan 2018, tại Việt Nam có thêm 17.527 ca mắc mới và 15.065 người tử vong vì căn bệnh này.<sup>1</sup> Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu vẫn là phẫu thuật cắt bỏ dạ dày kèm vét hạch. Hóa trị liệu gần đây có nhiều tiến bộ, cũng góp phần vào tăng tỷ lệ phẫu thuật điều trị triệt căn (hóa trị tân bổ trợ) và tăng thời gian sống thêm sau mổ (hóa trị bổ trợ). Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày đã được các tác giả trên thế giới chứng minh là có kết quả tốt và nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở. Nhiều báo cáo cho thấy những lợi ích của PTNS cắt dạ dày như giảm mất máu, ít đau sau phẫu thuật, hồi phục nhanh, ít tai biến và biến chứng. Bên cạnh đó vẫn đảm bảo nguyên tắc cơ bản điều trị về mặt ung thư học.<sup>1-3</sup> Tại Việt Nam, năm 2004 Trịnh Hồng Sơn đã thực hiện PTNS hỗ trợ cắt dạ dày lần đầu tại Bệnh viện Việt Đức. Đến nay đã có nhiều nơi áp dụng phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 để điều trị cho các bệnh nhân UTDD. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị áp dụng phương pháp này từ năm 2019 và tuân thủ theo hướng dẫn của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản.<sup>4</sup> Nhằm đúc rút kinh nghiệm để nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vét hạch D2 do ung thư biểu mô dạ dày".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 33 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày được PTNS cắt phần xa dạ dày kèm vét hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị từ 11/2019 đến 9/2022.

### - Tiêu chuẩn chọn bệnh

- + Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày.
- + Được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày, vét hạch D2 để điều trị.
- + Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô dạ dày.
- + Gia đình và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### - Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật nội soi.
- + Bệnh nhân PTNS cắt dạ dày và kèm với cơ quan khác.

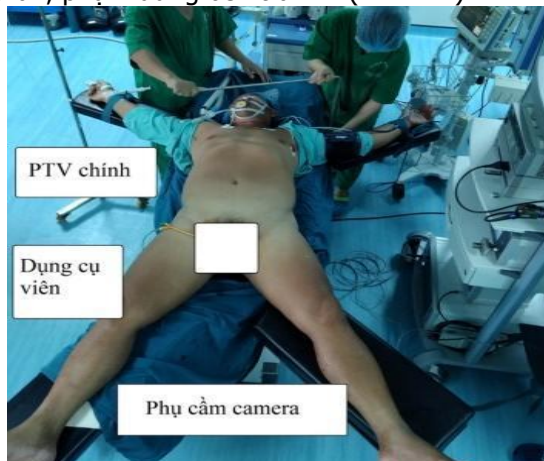
## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** đây là một nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc.

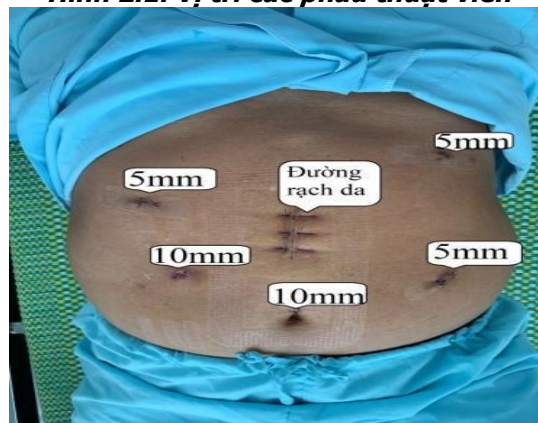
- **Mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn

bệnh nằm trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2019 đến tháng 9/2022.

- **Kỹ thuật mổ:** Tư thế BN nằm ngửa, dạng 2 chân 30 độ, hai tay dang ra hai bên, trong quá trình phẫu thuật có thể điều chỉnh tư thế BN bằng bàn phẫu thuật. Phẫu thuật viên chính đứng bên phải BN, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ 2 đứng bên trái BN (hình 2.1).



**Hình 2.1. Vị trí các phẫu thuật viên**



**Hình 2.2. Vị trí các lỗ trocar**

Đặt 4 đến 5 trocar như hình 2.2, quan sát toàn bộ ổ phúc mạc và đánh giá tổn thương. Cắt mạc nối lớn khối thành đại tràng cùng hạch nhóm 4sb, 4d và kết thúc bằng cắt động mạch vị mạc nối trái. Cắt bó mạch vị mạc nối phải và tạo vét hạch nhóm 6. Phẫu tích động mạch vị phải đến tận vị trí phân chia từ động mạch gan riêng, cặp clips động mạch vị phải tận gốc, cắt và vét hạch nhóm 5. Cắt và đóng tá tràng bằng máy stapler nội soi. Phẫu tích vét hạch nhóm 8a, 11p, 12a, sau đó thắt và cắt bó mạch vị trái cùng với vét các nhóm hạch số 7, 9. Tiếp tục phẫu tích ngược lên tâm vị để vét hạch nhóm 1 và nhóm 3. Cắt dạ dày bằng stapler qua nội soi hoặc mở nhỏ bụng, diện cắt dạ dày cách bờ trên khối u tối

thiếu 5 cm. Tái lập lại lưu thông tiêu hóa phương pháp nối mòm dạ dày với quai hồng tràng đầu tiên, phía trước đại tràng ngang bằng stapler. Kiểm tra lại miệng nối, lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan phải cạnh mòm tá tràng. Bệnh phẩm dạ dày và các nhóm hạch nạo vét phải được ghi chú chi tiết gửi giải phẫu bệnh.

**- Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- + Một số đặc điểm chung của BN như tuổi, giới tính, chỉ số BMI, tiền sử bệnh...
- + Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.
- + Kết quả trong mổ như thời gian mổ, tai biến, lượng máu mất...
- + Kết quả sau mổ như thời gian hồi phục lưu thông đường tiêu hóa, thời gian cho ăn lại, tính chất đau và thuốc giảm đau, các biến chứng, thời gian nằm viện và thời gian theo dõi...

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng: tỷ lệ %, trung bình cộng ± độ lệch chuẩn.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đề tài được thông qua hội đồng y đức của bệnh viện. Mọi thông tin trong hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung.** Số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 33 bệnh nhân trong đó nam 23(69,7%) và nữ 10(30,3%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,06 ± 11,98 tuổi, nhỏ nhất là 37 tuổi và lớn nhất là 99 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là 18,05 ± 3,44 kg/m<sup>2</sup>.

**Đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh:** Siêu âm bụng phát hiện tổn thương dạ dày ở 12% trường hợp, hạch ổ bụng ở 6,1% trường hợp và không phát hiện được bất thường ở dạ dày hay hạch ổ bụng ở 81,9% trường hợp. Tỷ lệ này ở chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là 84,8%; 39,4% và 15,2%. Hình ảnh tổn thương đại thể dạ dày được trình bày trong bảng 3.1.

**Bảng 3.1. Hình ảnh đại thể trên nội soi dạ dày**

		n	Tỷ lệ (%)
Dạng tổn thương theo JGCA	Sùi	7	21,2
	Loét không xâm lấn	15	45,5
	Loét xâm lấn	11	33,3
	Thâm nhiễm	0	0
	Tổng	33	100
Chảy máu tại u		14/33	42,4
Hẹp môn vị		10/33	30,3

**Kết quả trong quá trình phẫu thuật.** Số

lượng trocart sử dụng mổ, 4 trocart chiếm 57,6%, 5 trocart chiếm 42,4%. Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình: 81,8 ± 33,8 ml (40 ml - 180 ml). Không có BN nào phải truyền máu trong phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật: Trung bình: 182 ± 28 phút ( 130 - 240). Tổng số hạch vét được là 591 hạch. Số hạch vét được trung bình là 18 ± 9,7 hạch, ít nhất là 6 hạch và nhiều nhất là 43 hạch. Tỷ lệ có tai biến trong khi phẫu thuật là 12,1%, chủ yếu là chảy máu ở 3(9,1%) BN; cả 3 BN này được xử lý cầm máu, đánh giá tình trạng thiếu máu trong và ngay sau mổ, không có BN nào chỉ định chuyển máu trong mổ. Tổn thương mạch máu lớn ở 1 BN (3,0%), đây là 1 trường hợp tổn thương mạch máu đại tràng giữa gây thiếu máu nên phải cắt đoạn đại tràng ngang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/33 BN (3,0%) chuyển phẫu thuật mở do tổn thương mạch máu đại tràng giữa.

**Kết quả sau phẫu thuật.** Thời gian vận động bình thường lại sau phẫu thuật trung bình 3,4 ± 1,6 ngày. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật trung bình 4,1 ± 1,4 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình 7,6 ± 3,1 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 12,8 ± 5,3 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 31,1%, kết quả biến chứng được trình bày trong bảng 3.2.

**Bảng 3.2. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng vết mổ (lấy bệnh phẩm)	1	3,1
Chảy máu ổ phúc mạc sau phẫu thuật	1	3,1
Bục mòm tá tràng	1	3,1
Xuất huyết tiêu hoá	1	3,1
Tổn thương đường mật	1	3,1
Biến chứng khác liên quan tim mạch, hô hấp...	3	9,4
Tử vong sau phẫu thuật	2	6,2
<b>Tổng</b>	<b>10</b>	<b>30,3</b>

**Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**

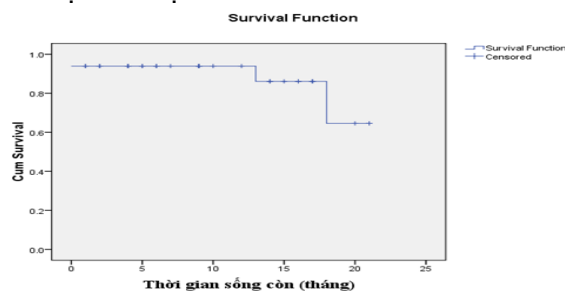
Dạng tổn thương: loét không xâm lấn 51,5%; loét xâm lấn 36,4%; dạng thâm nhiễm và dạng sùi là 12,1%. Kích thước u trung bình: 3,9 ± 1,6 cm. Độ xâm khối u: pT3 51,5%; pT4 36,4%; pT1 và pT2 là 12,1%. Di căn hạch pN0 chiếm 33,4%; pN1 24,2%; pN2 21,2%; pN3a 18,2%; pN3b 3%. Tổng số hạch di căn: 125 hạch. Trung bình di căn 3,7 ± 5 hạch. Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật được trình bày trong bảng 3.3.

**Bảng 3.3. Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.**

Giai đoạn		n	%	
I	IA	1	3	3

	IB	0	0	
II	IIA	6	18,2	39,4
	IIB	7	21,2	
III	IIIA	12	36,4	57,6
	IIIB	6	18,2	
	IIIC	1	3	
IV		0	0	0
	<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	

**Thời gian sống còn.** Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,6 tháng và được thể hiện ở biểu đồ 3.1.



**Biểu đồ 3.1.** Thời gian sống hem sau phẫu thuật

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 68,06 ±11,98 tuổi. Tuổi thấp nhất là 37 tuổi, tuổi cao nhất là 88 tuổi. Điều này cho thấy PTNS cắt phần xa dạ dày có thể chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi nhằm giảm thời gian hậu phẫu, bệnh nhân nhanh hồi phục, tránh các biến chứng do nằm lâu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước về UTDD là nam nhiều hơn nữ.<sup>2,3</sup>

Nội soi ống soi mềm kết hợp với sinh thiết là biện pháp quan trọng trong chẩn đoán UTDD. Nội soi cho biết vị trí và tính chất của khối u. Độ chính xác của nội soi trên 95% với những trường hợp ung thư tiến triển. Khi sinh thiết qua nội soi từ 6 đến 8 mảnh cho kết quả chẩn đoán đúng trên 95%. Nhờ các tiến bộ như nội soi phóng đại, nội soi ánh sáng xanh, nội soi kết hợp với phương pháp nhuộm màu để chỉ điểm vùng bám sinh thiết cho độ chính xác cao, phát hiện các tổn thương còn rất nhỏ, giúp cho chẩn đoán sớm UTDD. Các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài đều soi dạ dày cho BN UTDD, sinh thiết làm mô bệnh học trước phẫu thuật. Tác giả Trần Văn Phôi<sup>5</sup> tập hợp 123 bệnh án các bệnh nhân được mổ vì UTDD tại Bệnh viện Đại học Y Dược từ 1-1999 đến 12-2001 thì ghi nhận 13% trường hợp ung thư thực sự nhưng kết quả giải phẫu bệnh qua nội soi là mô viêm, tỉ lệ chung của chẩn đoán đúng qua nội soi là 90,2%, theo tác giả thì nội soi là phương pháp giúp chẩn đoán sớm UTDD nhưng phải làm đúng qui cách. Trong điều kiện chỉ lấy 1-2 mẫu làm

sinh thiết như hiện nay kết quả giải phẫu bệnh không phải lúc nào cũng đúng.

Các nghiên cứu các tác giả trong nước phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi ghi nhận giai đoạn II,III chiếm phần lớn, trong khi đó các tác giả nước ngoài ghi nhận giai đoạn I và II chiếm tỷ lệ cao hơn. Có thể là tại các nước khác thì chương trình tầm soát được triển khai nên khả năng phát hiện bệnh giai đoạn sớm tăng lên.

Số lượng hạch vét được trung bình của nghiên cứu chúng tôi đảm bảo được yêu cầu của hiệp hội phẫu thuật ung thư Mỹ (AJCC) về số hạch tối thiểu cần vét. Theo khuyến cáo của AJCC 8<sup>th</sup>, việc vét ít nhất 16 hạch bạch huyết là yêu cầu tối thiểu đối với việc bóc tách hạch bạch huyết và việc vét 30 hạch bạch huyết cần được cân nhắc.<sup>6</sup> Một số nghiên cứu cho thấy sự gia tăng số lượng các hạch bạch huyết vét được có thể kéo dài hơn thời gian sống vì nhiều hạch bạch huyết được vét ra có thể cho thấy quá trình bóc tách hạch bạch huyết triệt để hơn và có thể ngăn ngừa tế bào ung thư di căn xa hơn. Do đó, một số nghiên cứu đã đưa ra khuyến cáo nâng cao hơn số lượng hạch cần vét ra. Tuy nhiên, cũng có một số nghiên cứu nói rằng sự gia tăng số lượng hạch vét chỉ có lợi cho một số nhóm bệnh nhân nhất định.

Tỷ lệ có tai biến trong khi mổ là 12,1% cao hơn nhiều so với các tác giả trong và ngoài nước, và tỷ lệ biến chứng cũng vậy.<sup>3</sup> Nguyên nhân có thể là do chúng tôi mới triển khai PTNS những ca tai biến xảy ra chủ yếu ở thời gian đầu, khi chúng tôi triển khai, về sau thì phương tiện đầy đủ, kinh nghiệm hơn thì tai biến cũng hiếm hơn, cỡ mẫu ít và thời gian triển khai của chúng tôi còn ngắn nên khó đánh giá hết được tai biến trong mổ tại cơ sở chúng tôi.<sup>3</sup>

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày, vét hạch điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng trị cho kết quả khả thi và an toàn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., et al** (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA Cancer J Clin, 68(6), pp. 394-424.
2. **Bozzetti F., et al** (1999), "Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. Italian Gastrointestinal Tumor Study Group", Annals of surgery, 230(2), pp. 170-178.
3. **Lee H.J., et al** (2019), "Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy

for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT)", *Annals of surgery*, 270(6), pp. 983-991.

4. **Japanese Gastric Cancer Association** (2017), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)", *Gastric Cancer*, 20(1), pp. 1-19.

5. **Trần Văn Phơi** (2002), "Ứng thư dạ dày: đổi chiều kết quả nội soi và phẫu thuật", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 6(4), tr. 209-214.

6. **J.A. Ajani, et al** (2017), "Stomach", *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th, pp. 203.

## KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN KẾT HỢP BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI GIAI ĐOẠN IV

Phùng Thị Huyền<sup>1</sup>, Đặng Văn Mạnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm với các yếu tố liên quan của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. 62 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 bằng Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K từ T1/2016 đến hết tháng T4/2020. Tiêu chí chính là đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm với các yếu tố liên quan. Tiêu chí phụ: độc tính của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng một phần là 35,5%, bệnh ổn định là 43,5%, bệnh tiến triển là 21%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 7,0 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 15 tháng, có ảnh hưởng bởi tình trạng đáp ứng của bệnh. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng là: 66,13%, thời điểm 24 tháng là 20,97%. Tác dụng phụ hay gặp nhất là rụng tóc 82,3%, hạ huyết sắc tố 62,9%, thần kinh ngoại biên 40,3%, hạ bạch cầu hạt 38,6%, đau cơ khớp 35,5%, hạ tiểu cầu 14,5%, tăng men gan 11,3%. Hầu hết tác dụng phụ ở độ I, II ít gặp độ III, IV. **Kết luận:** Điều trị Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab bước 1 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, không có đột biến EGFR mang lại tỷ lệ đáp ứng, kiểm soát bệnh cao, cải thiện PFS, OS, các độc tính ở mức độ nhẹ có thể dung nạp được.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn IV, phác đồ Carboplatin/Paclitaxel kết hợp Bevacizumab

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF STAGE IV ADENOCARCINOMA LUNG CANCER BY BEVACIZUMAB-CARBOPLATIN-PACLITAXEL

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

**Objectives:** Describe clinical and laboratory features and assess treatment results of patients with stage IV adenocarcinoma lung cancer without EGFR mutations treated with paclitaxel/ carboplatin/ bevacizumab regimen. **Patients and methods:** Descriptive cohort study on 62 adenocarcinoma lung cancer patients without EGFR mutations treated with paclitaxel/ carboplatin/ bevacizumab regimen in first line setting at the National Cancer Hospital (K hospital) from January 2016 to April 2020. Primary study end-points included PFS. Secondary end-point was toxicity profile. **Results:** The rate of patients achieved partial response and stable disease was 35.5% and 43.5% respectively. There were 21.0% of the patients had disease progression. The Median PFS was 7.0 months. Median overall survival was 15 months, and was associated with response status. Overall survival rate at 12 months was 66.13%, at 24 months was 20.97%. The most common toxicities included alopecia (82.3%), anemia (62.9%) peripheral neural toxicity (40.3%), neutropenia (38.6%), arthralgia (35.5%), thrombocytopenia (14.5%) and elevated liver enzymes (11.3%), hypertension (4,8). Most of the toxicities were at grade 1 or 2. Grade 3-4 toxicities were rare. **Conclusion:** Paclitaxel/ carboplatin/ bevacizumab regimen in first-line treatment for adenocarcinoma stage IV lung cancers without EGFR mutations yielded high response and disease control rates, improved PFS, OS with tolerable toxicities.

**Keywords:** Adenocarcinoma lung cancer stage IV, Carboplatin/Paclitaxel plus Bevacizumab.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, theo GLOBOCAN 2018 có khoảng hơn 2 triệu ca mới mắc, chiếm 11,6% các loại ung thư nói chung với số ca mới mắc mỗi năm khoảng 2.093.876 ca, tăng trung bình 0,5% và cũng là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở cả 2 giới, với tỷ lệ tử vong là hơn 1,7 triệu ca.

UTP có 2 nhóm giải phẫu bệnh lý chính là UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 85% và UTP tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm khoảng 15%. Khoảng 3/4 các bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ đến viện trong giai đoạn muộn, điều trị chủ yếu là các phương pháp điều trị toàn thân, điều trị triệu chứng.