

# HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ GEMCITABINE-CAPECITABINE TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TUY TẠI BỆNH VIỆN K

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

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị phác đồ gemcitabine-capecitabine trong ung thư biểu mô tuyến tụy tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến tụy giai đoạn tiến triển hoặc di căn tại bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 57,2 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Bệnh nhân có hạch N1 và N2 lần lượt là 44,4% và 19,4%. Tỷ lệ u giai đoạn T2, T3 và T4 lần lượt là 16,7%, 36,1% và 47,2%. Bệnh nhân di căn xa chiếm 69,4%. Không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng 1 phần là 27,8%, bệnh ổn định là 25,0%, bệnh tiến triển chiếm 47,2%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,5 tháng (khoảng tin cậy 95%: 4,6-6,4 tháng). Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 8,5 tháng (khoảng tin cậy 95%: 7,8-9,2 tháng). Tỷ lệ giảm bạch cầu độ 1/2 là 33,3%, giảm bạch cầu độ 3/4 là 2,8%. Độc tính thiếu máu xảy ra khá thấp chủ yếu là thiếu máu độ 1/2 chiếm 27,8%, không có bệnh nhân nào có thiếu máu độ 3/4. Giảm tiểu cầu cũng xảy ra thấp với 16,7% bệnh nhân giảm tiểu cầu độ 1, không có bệnh nhân nào giảm tiểu cầu độ 2, 3, 4. **Kết luận:** Phác đồ gemcitabine-capecitabine đem lại hiệu quả cao, bệnh nhân dung nạp được, do đó có thể áp dụng áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng điều trị ung thư tụy giai đoạn tiến triển, di căn.

**Từ khóa:** Ung thư tụy, gemcitabine-capecitabine, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ.

## SUMMARY

### THE EFFICACY OF GEMCITABINE-CAPECITABINE REGIMEN IN THE PANCREATIC ADENOCARCINOMA TREATMENT AT K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the efficacy of gemcitabine-capecitabine regimen in the pancreatic adenocarcinoma treatment at K hospital. **Patients and methods:** Retrospective and retrospective descriptive study of 36 patients was diagnosed locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma at K hospital from January 2017 to April 2022. **Results:** The mean age was 57.2 years. The male/female ratio was 1.6/1. Patients with N1 and N2 lymph nodes stage

were 44.4% and 19.4%, respectively. The rate of tumor stage T2, T3 and T4 were 16.7%, 36.1% and 47.2%, respectively. Patients with distant metastases accounted for 69.4%. We found that none of patient showed a complete response, the partial response rate was 27.8%, 25.0% of the patients were stable and 47.2% of the patients had progressive disease. The median progression-free survival was 5.5 months (95% CI, 4.6 to 6.4 months). The median overall survival was 8.5 months (95% CI, 7.8 to 9.2 months). The rate of grade 1/2 neutropenia was 33.3%, grade 3/4 neutropenia was 2.8%. Anemia toxicity occurs quite low, mainly grade 1/2 anemia accounts for 27.8%, no patient had grade 3/4 anemia. Thrombocytopenia also occurred low with 16.7% of patients with grade 1 thrombocytopenia, no patients had grade 2, 3, and 4 thrombocytopenia. **Conclusion:** The gemcitabine-capecitabine regimen is highly effective, tolerable by the patient. So, it can be widely applied in clinical practice in the treatment of locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma.

**Keywords:** Pancreatic cancer, gemcitabine-capecitabine, progression-free survival, overall survival.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy 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]. Tiên lượng của ung thư tuyến tụy rất kém với tỷ lệ sống sót sau 1 năm là khoảng 18% và tỷ lệ sống sót sau 5 năm dưới 8% [4]. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị quan trọng giúp cải thiện tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn nên chỉ có chỉ có 15% đến 20% bệnh nhân có thể được phẫu thuật [4]. Do đó, hóa trị trở thành phương pháp điều trị cơ bản đối với ung thư tuyến tụy giai đoạn muộn và di căn.

Gần đây, sự kết hợp của fluorouracil, irinotecan, oxaliplatin, và leucovorin (FOLFIRINOX) và gemcitabine kết hợp với nab-paclitaxel giúp cải thiện đáng kể về tỷ lệ sống toàn bộ. Tuy nhiên, do độc tính nhiều, nên việc

<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: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

áp dụng các phác đồ điều trị này được xem xét cho những bệnh nhân có thể trạng tốt, bệnh nhân dung nạp được. Gemcitabine đã được sử dụng như một liệu pháp tiêu chuẩn để điều trị ung thư tuyến tụy giai đoạn tiến triển di căn, giúp cải thiện sống còn so với 5-fluorouracil (5-FU). Sự kết hợp giữa gemcitabine và capecitabine cho thấy có khả năng hiệp đồng chống khối u. Hơn nữa, cả hai loại thuốc đều ít có độc tính và được dung nạp tốt. Các nghiên cứu trước đây cho thấy gemcitabine kết hợp capecitabine đã cải thiện tỷ lệ sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cũng như tỉ lệ đáp ứng với khối u so với việc sử dụng đơn trị bằng gemcitabine [5],[6]. Cunningham và cộng sự [5] báo cáo việc kết hợp hóa chất gemcitabine-capecitabine giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ đáp ứng cũng như thời gian sống thêm toàn bộ (HR=0,86; p= 0,08) so với điều trị bằng gemcitabine đơn thuần. Tại Việt Nam, phác đồ hóa chất gemcitabine-capecitabine cũng đã được sử dụng điều trị cho bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn muộn nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của phác đồ này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của phác đồ gemcitabine-capecitabine trong điều trị ung thư biểu mô tuyến tụy tại Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 36 bệnh nhân ung thư tụy 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:**

❖ Các bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc di căn xa (theo AJCC 2017) gồm nhóm bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển tại chỗ: T4 - N bất kì- M0 hoặc nhóm bệnh nhân ở giai đoạn di căn xa: giai đoạn IV.

❖ Có bằng chứng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến tụy (sinh thiết u tụy hoặc vị trí di căn).

❖ Chưa điều trị hóa chất trước đó.

❖ Chỉ số toàn trạng từ 0-2.

❖ Có tổn thương đích đánh giá được theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

❖ Được điều trị ít nhất 2 chu kỳ gemcitabine-capecitabine và được theo dõi sau điều trị.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

❖ Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính đe dọa tính mạng.

❖ Di căn thần kinh trung ương.

❖ Phụ nữ có thai.

❖ Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

**2.2.2. 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.

**2.2.3. 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

- **Phác đồ điều trị:** Gemcitabin 1000 mg/m<sup>2</sup> da, truyền tĩnh mạch 30 phút, ngày 1,8. Capecitabine 650 mg/m<sup>2</sup> da, uống 2 lần/ngày, liên tục từ ngày 1-14.

- **Đánh giá độc tính của phác đồ:** Độc tính trên huyết học và độc tính trên thần kinh ngoại biên (Theo NCI-CTCAE 5.0)

- **Đánh giá đáp ứng điều trị:** Sau mỗi 3 chu kỳ điều trị hoặc nếu lâm sàng có chỉ định (ngghi ngờ bệnh tiến triển) bệnh nhân được đánh giá theo RECIST 1.1.

- **Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS):** là khoảng thời gian từ lúc bắt đầu điều trị ở thời điểm nghiên cứu tới lúc bệnh tiến triển hoặc tới ngày có thông tin theo dõi cuối cùng ở bệnh nhân còn sống mà không có tiến triển.

- **Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ (OS):** là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu được điều trị cho tới thời điểm bệnh nhân tử vong vì bất kì nguyên nhân gì.

## 2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu:

+ Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

+ Ước tính thời gian sống không bệnh, thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan-Meier.

**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 | 1            | 2,8       |

|                          |           |      |
|--------------------------|-----------|------|
| 41 – 50                  | 4         | 11,1 |
| 51 – 60                  | 11        | 30,6 |
| >60                      | 20        | 55,6 |
| Trung bình               | 57,2 tuổi |      |
| <b>Giới:</b> Nam         | 22        | 61,1 |
| Nữ                       | 14        | 38,9 |
| <b>Vị trí u:</b> Đầu tụy | 19        | 52,8 |
| Thân và đuôi tụy         | 17        | 47,2 |
| <b>Kích thước u (cm)</b> |           |      |
| Kích thước trung bình    | 5,1       |      |
| Kích thước nhỏ nhất      | 2,7       |      |
| Kích thước lớn nhất      | 11,0      |      |
| <b>Hạch ổ bụng:</b> N0   | 13        | 36,1 |
| N1                       | 16        | 44,4 |
| N2                       | 7         | 19,4 |
| <b>Giai đoạn T:</b> T2   | 6         | 16,7 |
| T3                       | 13        | 36,1 |
| T4                       | 17        | 47,2 |
| <b>Giai đoạn bệnh</b>    |           |      |
| Tiến triển               | 11        | 30,6 |
| Di căn xa                | 25        | 69,4 |

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy trong tổng số 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 61,1%, nữ giới chiếm tỉ lệ 38,9%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 57,2 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển tại chỗ là 30,6% và ở giai đoạn di căn là 69,4%. Trong số các bệnh nhân di căn, tỉ lệ di căn gan là 64%. Kích thước u tụy trung bình là 5,1cm, nhỏ nhất 2,7cm, lớn nhất 11cm.

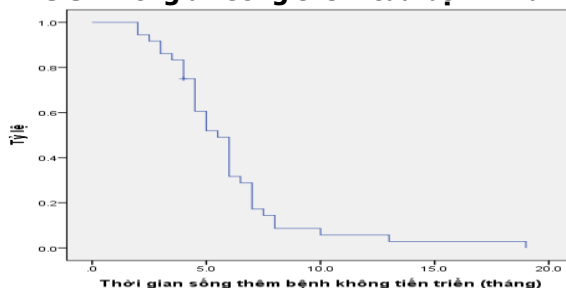
**3.2. Đáp ứng với điều trị và 1 số yếu tố liên quan.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào đạt được đáp ứng hoàn toàn. Đáp ứng 1 phần đạt 27,8% (10/36 bệnh nhân), bệnh ổn định đạt 25,0% (9/36 bệnh nhân), bệnh tiến triển chiếm 47,2% (17/36 bệnh nhân). Như vậy tỷ lệ kiểm soát bệnh là 52,8%. Mỗi liên quan giữa đáp ứng điều trị với một số yếu tố được trình bày trong bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng ở giai đoạn tiến triển và giai đoạn IV không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có CA19.9 giảm hoặc không đổi sau điều trị là 76,2% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có CA19.9 tăng sau điều trị (20,0%),  $p = 0,002$ . Ngoài ra, chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ đáp ứng giữa nhóm nhóm tuổi, giới tính, vị trí u, thay đổi nồng độ CEA sau điều trị.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng với với các yếu tố liên quan**

|  | Bệnh đáp ứng hoặc giữ nguyên | Bệnh tiến triển | p |
|--|------------------------------|-----------------|---|
|--|------------------------------|-----------------|---|

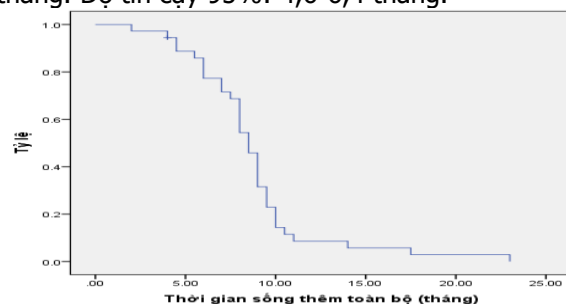
|   | Số BN | %    | Số BN | %    |       |
|---|-------|------|-------|------|-------|
| <b>Tuổi</b>                                 |       |      |       |      |       |
| ≤60   | 10    | 62,5 | 6     | 37,5 | 0,335 |
| >60   | 9     | 45,0 | 11    | 55,0 |       |
| <b>Giới</b>                                 |       |      |       |      |       |
| Nam   | 13    | 59,1 | 9     | 40,9 | 0,495 |
| Nữ  | 6     | 42,9 | 8     | 57,1 |       |
| <b>Vị trí u</b>                             |       |      |       |      |       |
| U đầu tụy                                   | 12    | 63,2 | 7     | 36,8 | 0,316 |
| U thân đuôi tụy                             | 7     | 41,2 | 10    | 58,8 |       |
| <b>Giai đoạn bệnh</b>                       |       |      |       |      |       |
| Tiến triển                                  | 6     | 54,5 | 5     | 45,5 | 1,000 |
| Di căn xa                                   | 13    | 52,0 | 12    | 48,0 |       |
| <b>Thay đổi nồng độ CA19.9 sau điều trị</b> |       |      |       |      |       |
| Tăng  | 3     | 20,0 | 12    | 80,0 | 0,002 |
| Giảm/không đổi                              | 16    | 76,2 | 5     | 23,8 |       |
| <b>Thay đổi nồng độ CEA sau điều trị</b>    |       |      |       |      |       |
| Tăng  | 6     | 40   | 9     | 60   | 0,311 |
| Giảm/không đổi                              | 13    | 38,1 | 8     | 61,9 |       |

**3.3. Thời gian sống thêm của bệnh nhân**



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)**

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,5 tháng. Độ tin cậy 95%: 4,6-6,4 tháng.



**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)**

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 8,5 tháng. Độ tin cậy 95%: 7,8-9,2 tháng.

**3.4. Độc tính.** Đánh giá về độc tính của phác đồ, nghiên cứu của chúng tôi thường gặp chủ yếu là độc tính độ 1, 2. Tổng số bệnh nhân có giảm bạch cầu ở các mức độ là 36,1%. Trong đó chủ yếu là giảm bạch cầu độ 1/2 là 33,3%, giảm bạch cầu độ 3/4 là 2,8%. Độc tính thiếu máu xảy ra khá thấp trong nghiên cứu của chúng tôi. Chủ yếu là BN thiếu máu độ 1/2 chiếm 27,8%, không có BN nào có thiếu máu độ 3/4. Độc tính giảm tiểu cầu cũng xảy ra thấp với 16,7% bệnh nhân giảm tiểu cầu độ 1, không có bệnh nhân nào giảm tiểu cầu độ 2, 3, 4.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có trường hợp đáp ứng hoàn toàn sau điều trị, tỉ lệ đáp ứng là 36,7% thấp hơn nghiên cứu của Lee và cộng sự (2017) với tỉ lệ đáp ứng là 43,7% [7]. Xiao và cộng sự (2020) phân tích tổng hợp từ 13 thử nghiệm lâm sàng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng là 22,9% (KTC 95%: 17,6–28,3%), tỷ lệ kiểm soát bệnh là 65,7% (KTC 95%: 56,7–74,8%) [8]. Theo Đặng Thị Vân Anh và Hoàng Minh Lý cho thấy tỷ lệ bệnh đáp ứng hoặc giữ nguyên của phác đồ gemcitabine kết hợp hóa chất lần lượt là 61,2% và 54,7% [9],[10].

**Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng của của một số nghiên cứu trong và ngoài nước**

| Tác giả               | Phác đồ                      | Bệnh đáp ứng hoặc giữ nguyên (%) | Bệnh tiến triển (%) |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Cunningham (2009) [5] | Gemcitabine                  | 80,5                             | 19,5                |
|                       | Gemcitabine-capecitabine     | 84,3                             | 15,7                |
| Lee (2017) [7]        | Gemcitabine                  | 53,9                             | 46,2                |
|                       | Gemcitabine-capecitabine     | 72,4                             | 27,6                |
| Đ.T.V.Anh (2012) [9]  | Gem-gem kết hợp phác đồ khác | 61,2                             | 38,8                |
| H.M.Lý (2021) [10]    | Gemcitabine                  | 42,9                             | 57,1                |
|                       | Gemcitabine-capecitabine     | 54,7                             | 45,3                |
| Heinemann [11]        | Gem                          | 57,5                             | 42,5                |
|                       | Gem-Cis                      | 79,3                             | 20,7                |
| Chúng tôi             | Gemcitabine-capecitabine     | 52,8                             | 47,2                |

Theo nghiên cứu, nồng độ CA19.9 tăng sau điều trị thì tỉ lệ đáp ứng càng thấp (tỉ lệ đáp ứng giữa nhóm CA19.9 không đổi hoặc giảm và nhóm CA19.9 tăng lần lượt là 76,2% và 20,0%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê,  $p=0,002$ .

Như vậy, CA19.9 giảm sau điều trị là 1 yếu tố tiên lượng đáp ứng với hóa chất điều trị. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,5 tháng, trong đó bệnh nhân có tiến triển nhanh nhất là 2 tháng từ lúc bắt đầu điều trị hóa chất và bệnh nhân tiến triển chậm nhất là 19 tháng. Kết quả này thấp hơn của 2 nghiên cứu: Lee và cộng sự (2017), Stathopoulos và cộng sự (2004) với kết quả lần lượt là 6,2 và 6,5 tháng [7],[12]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến số bệnh nhân đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong nghiên cứu thấp, và có thể liên quan đến chủng tộc, điều kiện kinh tế và điều kiện chăm sóc kém hơn. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 8,5 tháng, thấp hơn trong nghiên cứu Lee (2017) và Stathopoulos (2004) với kết quả là 9,0 tháng và 8 tháng [7],[12].

#### V. KẾT LUẬN

Phác đồ gemcitabine-capecitabine giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cao cho bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển hoặc di căn. Bệnh nhân dung nạp thuốc tương đối tốt do vậy đây cũng là phác đồ cần nhắc được lựa chọn đối với những bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn muộn.

#### 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.
3. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Pancreatic cancer in Viet Nam. CA Cancer J Clin. 2021.
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin 2018;68:07–305. Brune K.A., Lau B., Palmisano E. và cộng sự. (2010). Importance of Age of Onset in Pancreatic Cancer Kindreds. JNCI J Natl Cancer Inst.
5. Cunningham D, Chau I, Stocken DD, et al. Phase III randomized comparison of gemcitabine versus gemcitabine plus capecitabine in patients with advanced pancreatic cancer. J Clin Oncol 2009;27:5513–8.
6. Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, et al. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet (London, England) 2017;389:1011–24
7. Lee HS, Chung MJ, Park JY, et al. A randomized, multicenter, phase III study of gemcitabine combined with capecitabine versus gemcitabine alone as first-line chemotherapy for advanced pancreatic cancer in South Korea. Medicine (Baltimore). 2017;96(1):e5702.

8. **Xiao BY, Wang BC, Lin GH, Li PC.** Efficacy and safety of gemcitabine plus capecitabine in the treatment of advanced or metastatic pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* 2020;9(4):1631642-1631642.
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 sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội.2012.
10. **Hoàng Minh Lý.** Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Luận văn Bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội.2021.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ SOI BUỒNG TỬ CUNG BỆNH NHÂN VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc<sup>1</sup>, Đặng Quang Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả soi buồng tử cung những bệnh nhân điều trị vô sinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Buồng tử cung bình thường chiếm 64,5%, dính buồng tử cung và polype lần lượt 18,3 % và 9,2%. Các can thiệp có thể thực hiện khi soi buồng tử cung gồm: Gỡ dính buồng tử cung 18,3% và 22% trường hợp cắt Polype. Sinh thiết niêm mạc và nạo buồng tử cung 5,8%. Cắt vách ngăn 1,1% và cắt nhân xơ tử cung 0,4%. Tỷ lệ tai biến thấp: Có 1 trường hợp thủng tử cung chiếm tỷ lệ 0,4%. **Kết luận:** Soi buồng tử cung là kỹ thuật có giá trị chẩn đoán chính xác cao và có thể kết hợp can thiệp một thì với tỷ lệ biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Vô sinh, soi buồng tử cung, X quang tử cung vòi trứng, siêu âm tử cung, buồng tử cung.

### SUMMARY

#### A STUDY ON HYSTEROSCOPY AMONG INFERTILE PATIENTS IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To describe the results of hysteroscopy in patients treated for infertility. **Methods:** This is a retrospective study among infertile 225 patients who indicated for hysteroscopy. **Results:** Normal uterine cavity accounted for 64.5%, uterine adhesions and polyps 18.3% and 9.2%, respectively. Interventions that can be performed during hysteroscopy include Removal of uterine adhesions in 18.3% and 22% of cases of polypectomy. Mucosal biopsy and curettage 5.8%. Separation removal was 1.1% and fibroid removal was 0.4%. This study recorded a low complication rate. There was 1 case of uterine perforation, accounting for 0.4%. **Conclusion:** Hysteroscopy is a technique with high diagnostic accuracy and can be combined with one-stage intervention with low complication rate. **Keywords:** Infertility, hysteroscopy, X-ray of the uterus and fallopian tubes, ultrasound of the uterus, uterus cavity.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Soi buồng tử cung (BTC) là phương pháp sử dụng ống soi đưa qua cổ tử cung vào buồng tử cung, làm tách thành tử cung ra để quan sát trực tiếp toàn bộ buồng tử cung, nhằm mục đích chẩn đoán và xử trí các tổn thương trong buồng tử cung, có làm đầy buồng tử cung bằng dịch hoặc khí trong quá trình thực hiện kỹ thuật. Bằng cách nhìn trực tiếp qua soi buồng tử cung, có thể quan sát được niêm mạc tử cung, xác định được các tổn thương trong buồng tử cung như dính, vách ngăn, polyp, u xơ, chẩn đoán sớm các tổn thương ung thư và tiền ung thư niêm mạc tử cung. Hơn nữa, qua soi buồng tử cung có thể xử trí nhiều tổn thương bằng phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật qua soi buồng tử cung bảo tồn được tử cung, không có sẹo mổ ở thành bụng như các phương pháp phẫu thuật cổ điển qua đường bụng, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sau mổ nhanh.

Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, nội soi vô sinh phát triển mạnh từ năm 2004 với số lượng người bệnh vô sinh đến được phẫu thuật nội soi ngày càng đông. Cho đến nay soi buồng tử cung được sử dụng rộng rãi, đặc biệt ở các người bệnh vô sinh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nhận xét kết quả soi buồng tử cung bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Là những bệnh đến khám vì vô sinh, được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2017.

- Bệnh nhân có kết quả soi buồng tử cung.

- Có phim chụp X quang buồng tử cung hoặc siêu âm tử cung.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân mắc các bệnh có chống chỉ định soi buồng tử cung: mắc bệnh tim phổi,