

2. **Nathoo N, Toms SA, Barnett GH.** Metastases to the brain: current management perspectives. *Expert Rev Neurother.* 2004;4(4):633-640. doi:10.1586/14737175.4.4.633
3. **Eichler AF, Loeffler JS.** Multidisciplinary management of brain metastases. *Oncologist.* 2007;12(7):884-898. doi:10.1634/theoncologist.12-7-884
4. **Smedby KE, Brandt L, Bäcklund ML, Blomqvist P.** Brain metastases admissions in Sweden between 1987 and 2006. *Br J Cancer.* 2009;101(11):1919-1924. doi:10.1038/sj.bjc.6605373
5. **Phuong PC, Luan ND, Trang VTH, Schild SE, Rades D, Khoa MT.** Radiosurgery with a Rotating Gamma System: A Very Effective Treatment for Symptomatic Cerebral Cavernomas. *Anticancer Res.* 2017;37(7):3729-3733. doi:10.21873/anticancer.11746
6. **Đông Văn Hệ PGS.** Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán hình ảnh u di căn não và thái độ xử trí. Published online 2016:781-783.
7. **Arita H, Narita Y, Miyakita Y, Ohno M, Sumi M, Shibui S.** Risk factors for early death after surgery in patients with brain metastases: reevaluation of the indications for and role of surgery. *J Neurooncol.* 2014;116(1):145-152. doi:10.1007/s11060-013-1273-5
8. **Buckner J.** Surgery, radiation therapy, and chemotherapy for metastatic tumors to the brain. *Curr Opin Oncol.* 1992;4(3):518-524. doi:10.1097/00001622-199206000-00016

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Thân Văn Thịnh¹, Bùi Vinh Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả hóa trị Paclitaxel trong ung thư vú tái phát di căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 120 bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn điều trị bằng phác đồ Paclitaxel tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2022. **Kết quả:** 120 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 59,6 ± 8,8 tuổi. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 37,5%, trung bình thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là 8,6±2,34 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 35,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 20,0%. Độ độc tính của phác đồ thường gặp ở độ 1,2. Tác dụng không mong muốn (TDKMM) hay gặp nhất là rụng tóc (37,5%), chán ăn (25,0%); ít gặp hơn là nôn/buồn nôn (6,7%), tiêu chảy (5,8%), dị ứng (1,6%). **Kết luận:** Điều trị ung thư vú tái phát di căn bằng phác đồ Paclitaxel có tỷ lệ đáp ứng tương đối tốt, giúp cải thiện thời gian sống không bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Paclitaxel, ung thư vú di căn, sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

SUMMARY

THE RESULTS OF PACLITAXEL REGIMEN FOR RECURRENT OR METASTATIC IN BREAST CANCER

Objectives: Describe some clinical and subclinical characteristics of metastatic breast cancer

patients and evaluate the results of paclitaxel regimen for recurrent or metastatic in breast cancer. **Patients and methods:** A retrospective study on 120 patients with recurrent or metastatic in breast cancer were treated with paclitaxel chemotherapy regimen at Hanoi Oncology Hospital from 01/2018 to 01/2022. **Results:** 120 patients enrolled, the average age was 59.6 ± 8.8. The overall response rate (ORR) of the regimen was 37.5%. The mean progression-free survival was 8.6±2.34 months. The rate overall survival 3 years was 35.5%. The rate overall survival 5 years was 20,0%. The common toxicity was hair loss (37,5%), anorexia (25.0%), nausea (6.7%), diarrhea (5.8%); allergy (1.6%). **Conclusion:** Treatment of metastatic recurrent breast cancer with Paclitaxel regimen has a relatively good response rate, which improves progression-free survival and overall survival for patients.

Keywords: Paclitaxel, metastatic breast cancer, progression-free survival, overall survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2020, lần đầu tiên trên toàn cầu ung thư vú vượt qua ung thư phổi trở thành bệnh ung thư phổ biến nhất có 2.261.419 ca mắc mới và khoảng 684.996 trường hợp tử vong vì UTV¹. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị hỗ trợ UTV tái phát, di căn vẫn là một vấn đề lâm sàng lớn ảnh hưởng đến số lượng lớn bệnh nhân. Trong UTV tái phát di căn, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ yếu, điều trị vùng theo từng cá thể. Việc lựa chọn phác đồ hóa chất dựa trên nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, các phác đồ hóa chất đã dùng trước đó, hiệu quả điều trị và độc tính

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Văn Thịnh

Email: drthinhungbuou@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

của phác đồ. Mặc dù không điều trị khỏi nhưng lợi ích cải thiện thời gian sống thêm là rất rõ ràng².

Phác đồ Paclitaxel đã được áp dụng trên toàn thế giới và đem lại hiệu quả trong điều trị UTV tái phát di căn. Năm 1997, James F. Bishop và cộng sự đã nghiên cứu trên 208 bệnh nhân UTV di căn điều trị Paclitaxel đơn thuần, kết quả thu được tỷ lệ đáp ứng là 31%, thời gian sống thêm toàn bộ là 17,3 tháng³. Hiện tại ở bệnh viện Ung Bướu Hà Nội đang sử dụng Paclitaxel trong thực hành lâm sàng điều trị ung thư vú tái phát di căn, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả hóa trị Paclitaxel trong điều trị ung thư vú tái phát, di căn"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 120 Bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn điều trị bằng phác đồ paclitaxel tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTV bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Chẩn đoán tái phát di căn bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc tế bào học hoặc mô bệnh học.
- Có các tổn thương đích đủ tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng điều trị đối với các khối u đặc (RESIST)
- Bệnh nhân UTV tái phát di căn không còn chỉ định điều trị tại chỗ, tại vùng.
- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 3
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất
- Bệnh nhân không mắc các bệnh cấp tính và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ và chẩn đoán và điều trị trước đó

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng khác
- BN miễn cảm với Paclitaxel
- BN ngừng điều trị thuốc không phải vì lý do bệnh tiến triển, độc tính, kết thúc nghiên cứu
- Không có hồ sơ lưu trữ, hoặc hồ sơ không đủ các thông tin cần thiết

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Hồi cứu hồ sơ BA sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu
- **Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý

bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=120)	(%)
Tuổi trung bình (SD)		59,6 ± 8,8 năm	
Giai đoạn chẩn đoán ban đầu	Giai đoạn I	22	18,3
	Giai đoạn II	39	32,5
	Giai đoạn III	32	26,7
	Giai đoạn IV	27	22,5
Thể mô bệnh học	UTBM thể ống xâm nhập	77	64,2
	UTBM thể tiểu thùy xâm nhập	33	27,5
	Thể khác	10	8,3
Thụ thể nội tiết (ER/PR)	Âm tính	52	43,3
	Dương tính	68	56,7
Her2	Âm tính	67	55,8
	Dương tính	35	29,2
	Không rõ	18	15,0
Vị trí tái phát di căn	Tại chỗ, tại vùng	69	57,5
	Xương	46	38,3
	Phổi	41	34,2
	Gan	24	20,0
	Khác	16	13,3
Số cơ quan tái phát di căn	1 cơ quan	76	63,3
	2 cơ quan	24	20,0
	3 cơ quan	14	11,7
	> 3 cơ quan	6	5,0
Chỉ số toàn trạng	PS 0	28	23,3
	PS 1	86	71,7
	PS 2	6	5,0

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,6 ± 8,8 tuổi. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn II và III tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, chiếm 59,2%. Thể mô bệnh học là UTBM thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%). Thụ thể nội tiết ER và/hoặc PR dương tính chiếm tỷ lệ 56,7% (68/120 BN), BN có cả ER và PR âm tính chiếm tỷ lệ 43,3% (52/120 BN). Tình trạng yếu tố Her2 âm tính chiếm tỷ lệ 55,8%, tình trạng Her2 dương tính chiếm tỷ lệ 29,2%. Tổn thương di căn hay gặp nhất là tại vùng vú đối bên, xương, phổi, gan chiếm lần lượt 57,5%, 38,3%, 34,2% và 20%. Phần lớn bệnh nhân có tái phát di căn ở 1 cơ quan, chiếm tỷ lệ 63,3%. BN có thể trạng chung còn tốt trong đó PS 0 chiếm tỷ lệ 23,3% (28/120) và PS 1 là 71,7% (86/120 BN)

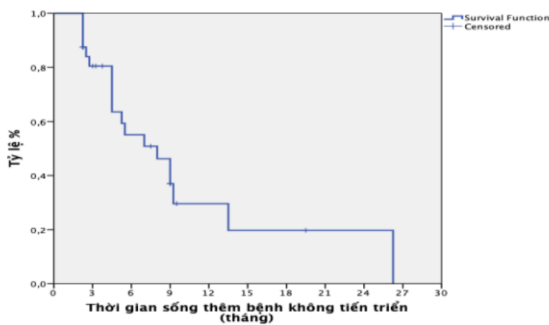
Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng và một số yếu tố liên quan

Yếu tố	Đáp ứng		Không đáp ứng		p
	n1	%	n2	%	

Tuổi					
<40 tuổi	4	57,1	3	42,9	0,312
40-49 tuổi	9	42,9	12	57,1	
50-59 tuổi	11	40,7	16	59,3	
60-69 tuổi	15	36,6	26	63,4	
>69 tuổi	6	25,0	18	75,0	
Di căn tạng					
Có di căn tạng	21	30,9	47	69,1	0,334
Không di căn tạng	24	46,2	28	53,8	
Thụ thể nội tiết					
ER(+) và/hoặc PR(+)	22	42,3	30	57,7	0,781
ER(-) và PR(-)	23	33,8	45	66,2	
HER2					
Âm tính	21	31,3	46	68,7	0,652
Dương tính	18	51,4	17	48,6	
Không rõ	6	33,3	12	66,7	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 37,5% (45/120 BN), trong đó đáp ứng hoàn toàn là 10,0% (12/120 BN). Có 45,0% bệnh nhân đạt bệnh giữ nguyên. Có 8 bệnh nhân bệnh tiến triển sau điều trị, chiếm 17,5%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 82,5%. Tỷ lệ đáp ứng cao nhất ở nhóm tuổi <40 với 57,1%, tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp nhất ở nhóm tuổi >69 tuổi, với tỷ lệ 25,0%. Tỷ lệ đáp ứng ở bệnh nhân không di căn tạng là 46,2%, ở bệnh nhân có di căn tạng là 30,9%. Tỷ lệ đáp ứng nhóm TTNT dương tính và âm tính là 42,3% và 33,8%. Tỷ lệ đáp ứng nhóm Her2 dương tính, âm tính, không rõ lần lượt là 31,3%, 51,4% và 33,3%.

Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng với tuổi, tình trạng di căn tạng, thụ thể nội tiết và giữa các nhóm HER2 ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển

Nhận xét: Trung bình thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là $8,6 \pm 2,34$ tháng, thấp nhất là 2,3 tháng, nhiều nhất là 28,1 tháng

Bảng 3. Thời gian sống thêm toàn bộ

Biến cố	Thời gian	N	Tỷ lệ (%)
---------	-----------	---	-----------

Chết	12 tháng	38	31,7
	24 tháng	21	17,5
	36 tháng	19	15,8
Sống đến 36 tháng		42	35,0
Tổng số		120	100
Trung bình thời gian sống thêm $23,12 \pm 8,72$ (tháng)			

Nhận xét: Thời gian sống thêm năm trung bình của bệnh nhân là $23,12 \pm 8,72$ tháng. Tỷ lệ BN có thời gian sống thêm toàn bộ 3 năm là 35,0%.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Độc tính chung		Độ III/IV	
	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	47	39,2	11	9,2
Hạ Hb	47	39,2	2	1,7
Hạ tiểu cầu	14	11,7	0	0
Tăng AST/ALT	32	26,7	6	5,0
Tăng Ure/Creatinin	0	0	0	0
Triệu chứng cơ năng				
Nôn/ buồn nôn	8	6,7	2	1,7
Tiêu chảy	7	5,8	3	2,5
Chán ăn	30	25,0	0	0
Rụng tóc	45	37,5	3	2,5
Đau cơ khớp	5	4,1	0	0
Dị ứng	2	1,6	0	0

Nhận xét: TDKMM hay gặp ở độ I và độ II. Tổng số BN có giảm bạch cầu ở các mức độ là 39,2%. Trong đó chủ yếu là giảm bạch cầu độ 1 và độ 2, giảm bạch cầu độ 3/4 là 9,2%. Độc tính thiếu máu xảy ra khá thấp trong NC của chúng tôi. Có 2 BN thiếu máu độ 3 chiếm 1,7%, không có BN nào có thiếu máu độ 4. Độc tính giảm tiểu cầu cũng xảy ra thấp với 11,7% BN giảm tiểu cầu độ 1, không có BN nào giảm tiểu cầu độ 2, 3, 4. Ngoài ra, các độc tính ngoài hệ tạo huyết cũng thường gặp như rụng tóc (37,5%), chán ăn (25,0%), tăng men gan là 26,7% trong đó tăng men gan độ 3 là 5,0%, không có BN tăng men gan độ 4. Không có BN bị ảnh hưởng chức năng thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi là yếu tố quan trọng liên quan đến tỷ lệ mắc ung thư vú, khả năng dung nạp hóa trị và sống thêm. Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $59,6 \pm 8,8$ tuổi. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi tương đồng với nhóm đối tượng nghiên cứu trong NC của tác giả Siegel R và cộng sự, trên 1.600.000 BN ung thư cho thấy trước 49 tuổi, nguy cơ phụ nữ mắc ung thư vú ước tính là 1/53. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc ung thư vú tăng lên 1/43 ở độ tuổi 50-

59, tăng cao hơn ở độ tuổi 60-69 với tỷ lệ 1/23 và nguy cơ mắc ung thư vú cao nhất ở độ tuổi >70 với tỷ lệ 1/15⁴.

Phân loại giai đoạn ban đầu là yếu tố quan trọng giúp lên kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh, tiên lượng khả năng tái phát bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân tái phát chủ yếu gặp ở những bệnh nhân có giai đoạn chẩn đoán ban đầu là giai đoạn II, III chiếm lần lượt là 32,5% và 26,7%. Ung thư vú giai đoạn sớm thường không có triệu chứng lâm sàng nổi bật ảnh hưởng đến sinh hoạt của BN. Như vậy, thường khi nào có triệu chứng gây khó chịu bệnh nhân mới đi khám, mới phát hiện. Khi BN ung thư vú xuất hiện triệu chứng, một trong những câu hỏi lâm sàng chính là triệu chứng này có phải là biểu hiện của tái phát di căn hay không. Thể mô bệnh học chủ yếu trong nghiên cứu là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ 64,2%, sau đó là ung thư biểu mô thể tiểu thùy xâm nhập chiếm tỷ lệ 27,5%. Theo Tạ Văn Tờ nghiên cứu trên 1.744 bệnh nhân có 79% bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô ống xâm nhập⁵. Trong NC của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng thụ thể nội tiết dương tính chiếm 43,3%, HER2 dương tính là 29,2% thấp hơn các số liệu báo cáo về tình trạng thụ thể nội tiết trong quần thể UTV khoảng 65-75%. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu NC của chúng tôi nhỏ, các bệnh nhân thất bại với điều trị nội tiết hoặc có thụ thể nội tiết âm tính là ứng viên phù hợp cho điều trị paclitaxel đơn trị.

Ung thư vú di căn có tiên lượng xấu trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương di căn hay gặp nhất là vú đối bên, xương, phổi, gan chiếm 42,5%, 38,3%, 34,2% và 20%. Đặc điểm di căn này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả như: tác giả Bishop J.F trên BN UTV TPDC so sánh hiệu quả điều trị giữa phác đồ Paclitaxel đơn thuần và CMFP, nhóm BN dùng phác đồ Paclitaxel đơn thuần có tỷ lệ di căn hay gặp ở các vị trí xương, phổi⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng toàn thân phổ biến nhất là mệt mỏi (81,7%), chán ăn (76,7%), gầy sút cân (64,2%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu có sức khỏe khá tốt, các triệu chứng lâm sàng có tuy nhiên chưa ảnh hưởng đến chức năng sống của bệnh nhân.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

4.2.1 Đáp ứng điều trị. Nghiên cứu trên 120 BN ung thư vú tái phát DC bằng phác đồ paclitaxel có tỷ lệ đáp ứng chung là 37,5% (45/120 BN). Tỷ lệ kiểm soát bệnh bao gồm đáp

ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên đạt 82,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Sledge GW và cộng sự trên 739 bệnh nhân UTV tái phát di căn điều trị theo 3 nhóm doxorubicin 60 mg/m², paclitaxel 175 mg/m² và doxorubicin-paclitaxel (AT) liều 50 mg/m² và 150 mg/m² cho tỷ lệ đáp ứng khách quan lần lượt là 36%, 34%, 47%⁷. NC của Phạm Thị Dịu tại bệnh viện K trên 39 BN ung thư vú tái phát di căn điều trị bằng phác đồ paclitaxel cho tỷ lệ đáp ứng là 33,3%⁸. Sự khác biệt này có thể do BN trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn chẩn đoán ban đầu sớm hơn với tỷ lệ BN có giai đoạn 1 là 18,3% so với 7,7% trong NC của Phạm Thị Dịu.

NC của chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng với tuổi, tình trạng di căn tạng, thụ thể nội tiết và giữa các nhóm HER2 ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài do các nghiên cứu này có tỷ lệ di căn tạng lớn hơn, tỷ lệ di căn xương và tái phát tại chỗ tại vùng thấp hơn và NC của tác giả Sledge⁷. Đây là một trong những yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Trong NC của chúng tôi, trung bình thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 8,6±2,34 tháng. Thời gian sống thêm 3 năm trung bình của bệnh nhân là 23,12 ± 8,72 tháng. Tỷ lệ BN có thời gian sống thêm toàn bộ 3 năm là 35,0%. NC Bishop JF và cộng sự trên 107 BN sử dụng paclitaxel cho thấy trung vị PFS là 5,3 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 17,3 tháng³. NC pha III của Sledge GW cũng cho thấy trung vị PFS và OS lần lượt là 6,3 tháng và 22 tháng⁷. NC của chúng tôi cho kết quả PFS và OS lớn hơn các nghiên cứu trên là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ các yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả điều trị hơn như tình trạng di căn tạng, tỷ lệ di căn xương, di căn não...

4.2.2. Tác dụng không mong muốn.

Trong quá trình điều trị, TDKMM chúng tôi gặp nhiều nhất là giảm bạch cầu (39,2%) và rụng tóc (37,5%). Các độc tính ở cơ quan khác chủ yếu ở mức độ nhẹ, thường gặp ở độ 1 và độ 2. Như vậy, BN dung nạp thuốc tương đối tốt, do vậy có thể áp dụng trong điều trị cho các bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn trong điều kiện nước ta hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ paclitaxel trong điều trị bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn cho tỷ lệ đáp ứng khá tốt, khả năng dung nạp thuốc tương đối tốt, giúp

cải thiện thời gian sống thêm cho BN. Nên cần nhắc lựa chọn phác đồ này để điều trị đối với những bệnh nhân UTV tái phát di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., 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)**, 394–424.
2. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng và cs. (2017). Kết quả bước đầu nghiên cứu đánh giá hiệu quả phác đồ AC-T trên bệnh nhân ung thư vú ở bệnh viện K giai đoạn 2015-2016. *Tạp chí Y học thực hành*, **489**, tr 10-17.
3. Jame F.Bishop., Joanna Dewar., Guy C. Toner and et al (1999). Initial Paclitaxel improves outcome compared with CMFP combination chemotherapy as front line therapy in untreated metastatic Breast cancer. *J Clin Oncol*, **17(8)**, 2355 – 2364.
4. Siegel R, Ma J, Zou Z, et al (2014). Cancer statistics. *CA cancer J.Clin*. 2014, **64**: 9-29.
5. Tạ Văn Tở (2004). Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. *Luận án Tiến sỹ Y học*. 34-6
6. Bishop J.F., Dewar J., Toner G.C. và cộng sự. (1999). Initial paclitaxel improves outcome compared with CMFP combination chemotherapy as front-line therapy in untreated metastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **17(8)**, 2355–2364.
7. Sledge G.W., Neuberg D., Bernardo P. và cộng sự. (2003). Phase III trial of doxorubicin, paclitaxel, and the combination of doxorubicin and paclitaxel as front-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an intergroup trial (E1193). *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **21(4)**, 588–592.
8. Phạm Thị Diệu, Lê Thanh Đức (2022). Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel trong ung thư vú tái phát di căn. **517(1)**, 308-312

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II-IIIIC ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Đỗ Anh Tú¹, Phonesavanh Thammavong²

CHARACTERISTICS OF GASTRIC CARCINOMA STAGE II-IIIIC UNDERGOING RADICAL SURGERY

Stomach cancer remains a disease with a poor prognosis. Clinical symptoms are often poor and vague. Diagnosis is mainly based on endoscopy and biopsy for histopathological examination. **Purpose:** To comment on some clinical and pathological characteristics of gastric cancer stage II - IIIIC treated with radical surgery at K Hospital from January 2013 to December 2015. **Methods:** 109 gastric cancer patients after radical surgery were retrospectively reviewed the clinical and pathological characteristics. **Results:** Epigastric pain is the most common symptom, accounting for 88.1%. Tumors are mainly located in the lesser curvature (62.4%). The most common adenocarcinoma was 75.2%. The majority of patients are stage II, accounting for 56.9% (IIA: 26.6 and IIB: 30.3%). **Conclusion:** The status of lymph node metastasis tends to increase with the degree of invasion of the tumor tissue into the stomach wall (pT stage).

Keywords: Gastric cancer, clinical symptom, histopathology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư (UT) phổ biến nhất ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan nghiên cứu UT toàn cầu IARC (Globocan 2012), bệnh thường gặp thứ 6 trên thế giới, tính theo giới bệnh đứng hàng thứ 4 ở nam và thứ 6 ở nữ. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc và chết do UTDD

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày vẫn là bệnh có tiên lượng xấu. Các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và mơ hồ. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi và sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học. **Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của bệnh ung thư dạ dày giai đoạn II – IIIIC được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2013 – 12/2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 109 bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn được hồi cứu các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh. **Kết quả nghiên cứu:** Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 88,1%. U ở chủ yếu nằm ở bờ cong nhỏ chiếm (62,4%). Typ tuyến hay gặp nhất là 75,2%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II gặp nhiều nhất, chiếm 56,9% (IIA: 26,6 và IIB: 30,3%). **Kết luận:** Tình trạng di căn hạch có xu hướng tăng theo mức độ xâm nhập vào thành dạ dày của tổ chức u (giai đoạn pT).

Từ khóa: Ung thư dạ dày, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh.

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGY

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023