

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Korean Liver Cancer Association, National Cancer Center Korea** (2022). "2022 KLCA-NCC Korea practice guidelines for the management of hepatocellular carcinoma", Clin Mol Hepatol, 28(4): 583-705.
2. **Tung-Ping Poon R, Fan ST, Wong J** (2000). "Risk factors, prevention, and management of postoperative recurrence after resection of hepatocellular carcinoma", Ann Surg, 232: 10-24.
3. **Harimoto N, Yoshizumi T, Sakata K, et al** (2017). "Prognostic significance of combined albumin-bilirubin and tumor-node-metastasis staging system in patients who underwent hepatic resection for hepatocellular carcinoma", Hepatol Res, 47: 1289-1298.
4. **Lee YH, Koh YS, Hur YH, Cho CK, et al** (2018). "Effectiveness of the albumin-bilirubin score as a prognostic factor for early recurrence after curative hepatic resection for hepatocellular carcinoma", Ann Hepatobiliary Pancreat Surg, 22(4): 335-343.
5. **Schwartz JM, Carithers RL**. Epidemiology and etiologic associations of hepatocellular carcinoma. 2018; Available from: www.uptodate.com.
6. **Nguyễn Cường Thịnh** (2014), Ung thư biểu mô tế bào gan: kỹ thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
7. **Chinburen J, Gillet M, Yamamoto M, et al** (2015). "Impact of Glissonean Pedicle Approach for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma in Mongolia", Int Surg, 100(2): 268-274.
8. **Kanda M, Tanaka C, Kobayashi D, Uda H, et al** (2018). "Preoperative albumin-bilirubin grade predicts recurrences after radical gastrectomy in patients with pT2-4 gastric cancer", World J Surg, 42: 773-781.
9. **Lise M, Bacchetti S, Da Pian P, Nitti D, et al** (1998). "Prognostic factors affecting long term outcome after liver resection for hepatocellular carcinoma: results in a series of 100 Italian patients", Cancer, 82: 1028-1036.
10. **Hirokawa F, Hayashi M, Asakuma M, Shimizu T, et al** (2016). "Risk factors and patterns of early recurrence after curative hepatectomy for hepatocellular carcinoma", Surg Oncol, 25: 24-29.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ RĂNG TRƯỚC DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG LEVOBUPIVACAINE 0,25% PHỐI HỢP 4MG DEXAMETHASON SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

Lương Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>, Vũ Thanh Mai<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>1,3</sup>,  
Trần Đức Thọ<sup>4</sup>, Đặng Xuân Huỳnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm bằng levobupivacain 0,25% đơn thuần với levobupivacain 0,25% phối hợp 4mg dexamethason sau phẫu thuật ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 70 bệnh nhân chia làm hai nhóm. Nhóm I: gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng 30ml levobupivacain 0,25%. Nhóm II: gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp 30ml levobupivacain 0,25% và 4mg dexamethason. Bệnh nhân được lặp IV-PCA morphin, với liều bolus 1mg/lần, thời gian khóa giữa 2 lần bolus là 8 phút, liều tối đa 6 lần nhấn /giờ. Đánh giá các tai

biến và các tác dụng không mong muốn khác: nhiễm khuẩn, tụ máu, ngứa, buồn nôn và nôn... so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Tất cả các thời điểm nghiên cứu, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về hô hấp, tuần hoàn, các tác dụng phụ: ngứa, chóng mặt, bí tiểu, đau dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, buồn nôn và nôn. Trong nghiên cứu cũng không gặp các biến chứng nguy hiểm nào của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ răng trước. **Kết luận:** Không xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như chọc vào khoang màng phổi, ngộ độc thuốc tê. Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp levobupivacain 0,25% + 4mg dexamethason không làm tăng sự xuất hiện của một số tác dụng không mong muốn như chóng mặt, nôn buồn nôn, ngứa, đau dạ dày... **Từ khóa:** mặt phẳng cơ răng trước, levobupivacain, dexamethason, ung thư vú

## SUMMARY

### EVALUATION OF SIDES EFFECTS OF ANTERIOR DENTAL PLANE ANALGESIA UNDER ULTRASOUND GUIDANCE WITH LEVOBUPIVACAINE 0,25% PLUS 4MG DEXAMETHASONE AFTER BREAST CANCER SURGERY

**Objective:** Comparison of adverse effects of anterior dental plane anesthesia analgesia under

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Ngọc Vân

Email: ngocvanbill2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

ultrasound guidance with levobupivacaine 0.25% plus 4 mg dexamethasone after breast cancer surgery. **Methods:** RCT study on 70 patients divided two groups. Group 1: Serratus anterior plane block under ultrasound guidance with 30ml levobupivacaine 0,25%. Group 2: Serratus anterior plane block under ultrasound guidance with mixture of 30ml levobupivacaine 0,25% and 4 mg dexamethasone. The patient was fitted with IV-PCA morphine, with a bolus dose of 1mg/time, a lock-in time between 2 bolus injections was 8 minutes, a maximum dose of 6 times/hour and was instructed to start when VAS score  $\leq$  3. **Results:** At the time of the study, there were no differences between the two groups in terms of respiratory, circulatory, side effects: itching, dizziness, urinary retention, stomach pain, gastrointestinal bleeding, nausea and vomiting. In the study, there were also no possible complications when performing analgesic techniques. **Conclusion:** No serious complications such as puncture into the pleural space, anesthetic poisoning Anesthesia of the anterior tooth muscle plane with levobupivacaine 0.25% + 4mg dexamethasone does not increase the occurrence of some undesirable effects such as dizziness, vomiting, nausea, itching, stomach pain...

**Keywords:** Serratus anterior plane block, levobupivacaine, dexamethasone, breast cancer

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ảnh hưởng đến phụ nữ, trên toàn thế giới, phương pháp điều trị chính vẫn là cắt bỏ khối u<sup>1</sup>. Gần 60% bệnh nhân sau cắt bỏ khối ung thư vú xuất hiện tình trạng đau cấp tính, ảnh hưởng không tốt đến khả năng hồi phục sau phẫu thuật<sup>2</sup>. Có nhiều phương pháp giảm đau cho bệnh nhân sau cắt bỏ khối ung thư vú trong đó gây tê mặt phẳng cơ răng trước được mô tả và chứng minh đem lại hiệu quả giảm đau tốt với nhiều ưu điểm như dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao, ít xảy ra tai biến và biến chứng, có tác dụng giảm đau trong và sau mổ, giảm tiến triển thành đau mạn tính. Các thuốc tê sử dụng trong gây tê vùng để giảm đau đều có thời gian tác dụng ngắn, vì vậy để kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê nhiều nghiên cứu đã bổ sung dexamethason vào dung dịch thuốc tê<sup>3</sup>. Tuy nhiên, việc sử dụng dexamethasone có thể dẫn đến các biến chứng, phụ thuộc vào liều lượng. Do đó, để xác định liệu việc bổ sung dexamethasone liều thấp vào thuốc tê có kéo dài thời gian giảm đau đồng thời giảm thiểu các tác dụng không mong muốn của thuốc hay không, vì

vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "So sánh tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau phong bế mặt phẳng cơ răng trước dưới siêu âm bằng levobupivacain 0,25% đơn thuần với levobupivacain 0,25% phối hợp 4mg dexamethasone."

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tình nguyện tham gia nghiên cứu, ASA 1-3, bệnh nhân có chỉ định mổ ung thư vú 1 bên, mổ chương trình, gây mê nội khí quản.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân dị ứng với thuốc nghiên cứu, đang sử dụng thuốc opioid hoặc IMAO, tiền sử đau mạn tính, rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp, bệnh nhân di căn xương hoặc di căn những vị trí khác.

**Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu:** Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu, xuất hiện các biến chứng của phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023

**Quy trình nghiên cứu:**

Nhóm I: Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng 30ml levobupivacain 0,25%.

Nhóm II: Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp 30ml levobupivacain 0,25% với 4 mg dexamethason.

- Tiến hành gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm

- Tiến hành gây mê nội khí quản để phẫu thuật

- Theo dõi và ghi lại các dữ liệu nghiên cứu tại các thời điểm nghiên cứu

**Xử lý và phân tích số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Đại học Y Hà Nội thông qua, các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Phân bố	Nhóm	Nhóm I (n=35)	Nhóm II (n=35)	p
Tuổi (năm) X $\pm$ SD		54,8 $\pm$ 12,57	53,46 $\pm$ 9,97	>0,05
Chiều cao (m) X $\pm$ SD		153,8 $\pm$ 4,39	155,09 $\pm$ 4,65	>0,05

Cân nặng (kg) X ± SD	51,77 ± 5,92	53,4 ± 10,31	>0,05
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) X ± SD	21,85 ± 1,94	22,15 ± 3,93	>0,05
ASA	I	54,3%	57,1%
	II	25,7%	28,6%
	III	20%	14,3%
			>0,05

**Nhận xét:**

- Các đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân: tuổi, cân nặng, chiều cao, BMI không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

- Đa số các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu thuộc ASA 1, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về phân loại sức khỏe theo ASA (p > 0,05).

**Bảng 2. Phân loại phẫu thuật**

Đặc điểm PT		Nhóm	Nhóm I (n=35)	Nhóm II (n=35)	P
Loại phẫu thuật	PT bảo tồn + vét hạch vùng	Nửa ngoài đường giữa vú	28,6%	25,7%	>0,05
		Nửa trong đường giữa vú	0	5,7%	
		Tổng	28,6%	31,4%	
	Phẫu thuật triệt căn + vét hạch toàn bộ	71,4%	68,6%		

**Nhận xét:** Trong số 70 bệnh nhân nghiên cứu có 21 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn kèm vét hạch vùng chiếm 30%, còn lại 49 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn kèm vét hạch toàn bộ bao gồm cả hạch nách. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về phương thức phẫu thuật.

**3.2. Ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn**

**Bảng 3. Một số tác dụng không mong muốn**

Nhóm	Nhóm L (n=35)	Nhóm LD (n=35)	p
	Số BN (%)	Số BN (%)	
TDKMM			>0,05
Ngứa	2 (5,71)	1 (2,86)	
Bí đái	0(0)	0	
Chóng mặt	4 (11,43)	4 (8,57)	
Buồn nôn/Nôn	7 (20)	6 (17,14)	
Đau dạ dày	0 (0)	0 (0)	
Xuất huyết tiêu hóa	0 (0)	0 (0)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ gặp các tác dụng phụ như ngứa, chóng mặt của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với p > 0,05.

**Bảng 5. Thay đổi SpO<sub>2</sub> và tần số thở**

Chỉ số	Nhóm	Nhóm L (n=35)	Nhóm LD (n=35)	P
SpO <sub>2</sub> (%)	Trước gây tê	99,29 ± 0,78	99,31 ± 0,86	>0,05
	Sau gây tê	99,43 ± 0,74	99,49 ± 0,61	
	p	>0,05	>0,05	
Tần số thở (lần/phút)	Trước gây tê	13,82 ± 1,01	13,54 ± 1,12	>0,05
	Sau gây tê	13,68 ± 0,85	13,72 ± 0,91	
	p	>0,05	>0,05	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về nhịp thở, độ bão hòa oxy máu trước và sau khi gây tê với p > 0,05.

**Bảng 6. Thay đổi HATB và tần số tim giữa hai nhóm**

Chỉ số	Nhóm	Nhóm L (n=35)	Nhóm LD (n=35)	P
--------	------	---------------	----------------	---

Không gặp trường hợp nào bệnh nhân có biểu hiện bí đái hay đau dạ dày, xuất huyết tiêu hóa.

Tỷ lệ nôn buồn nôn sau mổ có 7 bệnh nhân ở nhóm L và 6 bệnh nhân ở nhóm LD, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**Bảng 4. Tỷ lệ các biến chứng**

Biến chứng	Nhóm	Nhóm L (n=35)	Nhóm LD (n=35)
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)
Chọc vào mạch máu		0	0
Chọc vào thần kinh		0	0
Chọc vào khoang màng phổi		0	0
Thủ thuật thất bại		1 (2,8)	0
Ngộ độc thuốc tê		0	0
Sưng nề vùng chọc kim		0	0

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, chúng tôi không gặp các biến chứng có thể xảy ra khi thực hiện kỹ thuật giảm đau.

Nhóm L có 1 BN thủ thuật thất bại và nhóm LD không có BN nào, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

<b>HATB (mmHg)</b>	Trước gây tê	84,91 ± 1,58	84,73 ± 1,49	>0,05
	Sau gây tê	83,89 ± 1,63	85,14 ± 1,54	
	p	>0,05	>0,05	
<b>Tần số tim (lân/phút)</b>	Trước gây tê	85,79 ± 2,48	84,53 ± 2,18	>0,05
	Sau gây tê	86,09 ± 2,17	85,14 ± 2,09	
	p	>0,05	>0,05	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về nhịp tim và huyết áp trung bình trước và sau khi gây tê với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Phương Dung năm 2015, nhóm tuổi hay gặp ung thư vú nhất là từ 45 - 55 tuổi, và sau đó giảm dần đặc biệt khi mãn kinh. Độ tuổi của hai nhóm nghiên cứu không khác biệt và tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Phương Dung, Bùi Thị Thu Trang<sup>4</sup>. Chiều cao và cân nặng của bệnh nhân ảnh hưởng đến lượng thuốc tê dùng trong mổ cũng như lượng thuốc giảm đau sau mổ cần sử dụng, ảnh hưởng đến sự chuyển hóa và đào thải thuốc tê. Do chiều cao và cân nặng của các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt nên ít làm sai lệch kết quả giảm đau trong nghiên cứu.

**4.2. Các tác dụng không mong muốn và biến chứng.** Nôn, buồn nôn sau phẫu thuật gặp với tỷ lệ nhiều nhất, sau phẫu thuật có 6 bệnh nhân nhóm LD (17,14%) và 7 bệnh nhân nhóm L (20%), và thường đi kèm với triệu chứng chóng mặt có 3 bệnh nhân ở nhóm LD (8,57%) và 4 bệnh nhân ở nhóm L (11,43%), sự khác biệt không có ý nghĩa giữa hai nhóm nghiên cứu với  $p > 0,05$ . Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Bùi Thị Thu Trang<sup>4</sup>

Ngứa cũng là tác dụng không mong muốn không nguy hiểm ngay đến tính mạng nhưng lại gây cảm giác khó chịu đối với bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ngứa xuất hiện rất ít với 2 trường hợp ở nhóm L và 1 trường hợp ở nhóm LD, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với  $p > 0,05$ . Các trường hợp có biểu hiện ngứa trong nghiên cứu chúng tôi không cần can thiệp điều trị gì.

Bí tiểu là một trong những tác dụng không mong muốn hay gặp khi sử dụng các opioid trong giảm đau sau mổ gây lo lắng khó chịu đối với bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân có biểu hiện bí đái vì bệnh nhân được giảm đau tốt và giảm nhu cầu sử dụng morphin.

Biến chứng về gây tê: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không xảy ra trường hợp nào chọc

kim vào mạch máu, thần kinh gây tổn thương mạch máu, dị cảm cho người bệnh, không chọc vào khoang màng phổi gây biến chứng suy hô hấp, tím tái, tụt huyết áp hay nhịp tim chậm. Mặt phẳng cơ răng trước là một khoang ảo, không có dây thần kinh hay mạch máu lớn nào đi qua nên khả năng chọc vào dây thần kinh hay mạch máu gần như bằng không. Bên cạnh đó chúng tôi lựa chọn vị trí đi kim gây tê ở phía trên mặt phẳng cơ răng trước là vị trí nông, cách màng phổi, xương sườn dải cơ răng trước đồng thời quan sát trên màn hình máy siêu âm vì thế không có khả năng chọc vào khoang màng phổi hay vào thần kinh liên sườn. Cho đến nay, chỉ có một báo cáo trường hợp của Desai mô tả về tai biến gây tràn khí màng phổi sau SABP ở một bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ vú toàn bộ dưới hướng dẫn siêu âm<sup>5</sup>.

Trong số các bệnh nhân được thêm dexamethasone vào dung dịch thuốc tê để gây tê mặt phẳng cơ răng trước, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện đau dạ dày, xuất huyết tiêu hóa trong suốt thời gian nằm viện. Một số các biến chứng, phụ thuộc vào liều lượng của dexamethasone như tăng đường huyết, nhiễm trùng, ức chế trục vùng dưới đồi-tuyến yên, làm chậm quá trình lành vết thương không được đánh giá. Tuy nhiên đã có một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng: dùng dexamethasone đường tĩnh mạch 8mg hay 10mg sẽ gây tăng đường máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng liều dexamethasone liều thấp 4mg, dung dịch thuốc tê được tiêm vào mặt phẳng khoang mạc nên dexamethason không được hấp thu hoàn toàn tại một thời điểm mà được các mạch máu nhỏ trong mặt phẳng cơ răng trước hấp thu từ từ vào hệ thống tuần hoàn. Hơn thế nữa, với liều dexamethasone chúng tôi sử dụng cũng chỉ tương đương với liều dexamethasone tiêm tĩnh mạch được sử dụng trong gây mê để dự phòng nôn, buồn nôn sau phẫu thuật.

Trong số các tác dụng không mong muốn được ghi nhận, chúng tôi nhận thấy về tỷ lệ gặp các tác dụng phụ này ở nhóm có sử dụng dexamethasone thấp hơn nhóm không sử dụng dexamethasone nhưng không khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhưng theo nghiên cứu của tác giả Tandoc<sup>6</sup> khi thêm dexamethasone vào

dung dịch thuốc tê để gây tê vùng giảm đau sau phẫu thuật thì có dexamethasone cũng như dexamethasone liều 4 mg hay 8 mg đều không làm tăng tỷ lệ các tác dụng không mong muốn gặp phải trên bệnh nhân. Có lẽ trong nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu chưa đủ lớn và thời gian nghiên cứu kéo dài hơn để đánh giá một cách chính xác rằng dexamethasone 4mg có làm giảm bớt các tác dụng không mong muốn hay không.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thông số về hô hấp, tuần hoàn được theo dõi liên tục tại các thời điểm nghiên cứu bằng monitor. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng suy hô hấp, hay biến chứng tim mạch. Mặt phẳng cơ răng trước là khoang nghèo mạch máu nên khi gây tê thuốc cũng ngấm rất ít vào hệ tuần hoàn nên ít xảy ra hiện tượng ức chế cơ tim, ít nguy cơ ngộ độc thuốc tê. Hơn nữa, chúng tôi thực hiện kỹ thuật này dưới hướng dẫn của siêu âm nên không xảy ra các tai biến chọc vào khoang màng phổi,... nên không có biến chứng trên hô hấp cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp levobupivacain 0,25% + 4mg dexamethasone không xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng như chọc vào khoang màng phổi,

ngộ độc thuốc tê

Gây tê mặt phẳng cơ răng trước bằng hỗn hợp levobupivacain 0,25% + 4mg dexamethasone không làm tăng sự xuất hiện của một số tác dụng không mong muốn như chóng mặt, nôn buồn nôn, ngứa, đau dạ dày...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loibl S, Poortmans P, Morrow M, Denkert C, Curigliano G.** Breast cancer. Lancet 2021;397:1750-69.
2. **Cianfrocca M, Goldstein LJ.** Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer. Oncologist 2004;9:606-16.
3. **Kirkham KR, Jacot-Guillarmod A, Albrecht E.** Optimal Dose of Perineural Dexamethasone to Prolong Analgesia After Brachial Plexus Blockade: A Systematic Review and Meta-analysis. Anesth Analg 2018;126:270-9.
4. **Bùi Thị Thu Trang.** Đánh Giá Tác Dụng Giảm Đau Của Phong Bể Cơ Răng Trước Dưới Hướng Dẫn Siêu Âm Bằng Ropivacaine Phối Hợp Dexamethasone Cho Phẫu Thuật Ung Thư Vú: Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Desai M, Narayanan MK, Venkataraju A.** Pneumothorax following serratus anterior plane block. Anaesth Rep 2020;8:14-6.
6. **Tandoc MN, Fan L, Kolesnikov S, Kruglov A, Nader ND.** Adjuvant dexamethasone with bupivacaine prolongs the duration of interscalene block: a prospective randomized trial. J Anesth 2011;25:704-9.

# CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN KHÔNG THỂ CẮT BỎ HOẶC DI CĂN XA

Nguyễn Thu Phương<sup>1</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1</sup>, Vũ Văn Định<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Bài này nhằm nhìn lại và cập nhật vấn đề điều trị trong ung thư thực quản giai đoạn tiến triển không thể cắt bỏ hoặc di căn xa. Trong những thập niên gần đây vấn đề chẩn đoán và điều trị ung thư thực quản đã có những tiến bộ vượt bậc cho phép chẩn đoán điều trị sớm, triệt để mang lại lợi ích về thời gian sống thêm cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Mặc dù gần đây những tiến bộ trong hoá trị đã góp phần cải thiện kết quả điều trị, tuy nhiên thời gian sống trung bình trong các thử nghiệm lâm sàng ở giai đoạn tiến triển chỉ từ 6-13 tháng. Do đó mục tiêu điều trị hiện tại là trì hoãn sự biểu hiện của các triệu chứng liên quan đến bệnh và / hoặc kéo dài thời gian sống thêm. Ung thư thực quản dạ dày tiến

triển tại chỗ, không thể cắt bỏ và di căn là không thể chữa khỏi và mục tiêu của điều trị là giảm nhẹ triệu chứng và kéo dài thời gian sống. Các phương pháp điều trị giảm nhẹ cho bệnh ung thư thực quản tiến triển có thể là tại chỗ hoặc toàn thân. Liệu pháp toàn thân là phương thức điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhân mắc bệnh di căn và nó có thể làm giảm nhẹ chứng khó nuốt và các triệu chứng khác, chẳng hạn như buồn nôn, đau, tắc nghẽn, thủng hoặc chảy máu do khối u nguyên phát tiến triển cục bộ hoặc tái phát cục bộ, nhưng hiệu quả chưa cao, đòi hỏi phải có sự thay đổi tiến bộ hơn nữa trong các phác đồ điều trị hiện có. **Từ khóa:** SCC, ung thư thực quản, PDL1

## SUMMARY

### UPDATE ON SYSTEMIC TREATMENT IN ADVANCED-STAGE ESOPHAGUS CANCER THAT CAN NOT BE REMOVED OR THAT METASTASES DISTRIBUTED

This article aims to review and update treatment issues in advanced esophageal cancer that cannot be removed or has metastasized distantly. In recent

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Phương

Email: phuongutit@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024