

giới và nữ giới mắc tương đương nhau. Tuổi trung bình là 65,03±15,73 tuổi.

- Giá trị trung bình BC là 11,31±5,36G/l trong đó BC>10G/l chiếm 54,3%; D-dimer ≥500ng/l chiếm 83,8% với Med (IQR) là 1311 (3101) ng/l.

- Tăng PCT, tăng CRP và giảm Albumin máu là xuất hiện ở hầu hết các bệnh nhân. Hay gặp các tình trạng tăng urê máu, tăng creatinin máu và glucose máu.

- Phần lớn căn nguyên VPTM bội nhiễm nấm và vi khuẩn chiếm tỷ lệ 80,1%, tỷ lệ VPTM căn nguyên do nấm chiếm tỷ lệ 19,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guan W.-j., Ni Z.-y., Hu Y., et al. (2020). Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. medRxiv.
2. WHO (2022). COVID-19 Weekly Epidemiological Update 97, 23.
3. Bộ Y tế (2022). Bản tin phòng chống dịch COVID-19 ngày 31/7/2022, 3.
4. Meawed T. E., Ahmed S. M., Mowafy S. M. S., et al. (2021). Bacterial and fungal ventilator associated pneumonia in critically ill COVID-19 patients during the second wave. J Infect Public Health, 14 (10), 1375-1380.

5. Blonz G., Kouatchet A., Chudeau N., et al. (2021). Epidemiology and microbiology of ventilator-associated pneumonia in COVID-19 patients: a multicenter retrospective study in 188 patients in an un-inundated French region. Crit Care, 25 (1), 72.
6. Richards O., Pallmann P., King C., et al. (2021). Procalcitonin Increase Is Associated with the Development of Critical Care-Acquired Infections in COVID-19 ARDS. Antibiotics (Basel), 10 (11),
7. Pickens C. O., Gao C. A., Cuttica M. J., et al. (2021). Bacterial Superinfection Pneumonia in Patients Mechanically Ventilated for COVID-19 Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med, 204 (8), 921-932.
8. Goyal P., Choi J. J., Pinheiro L. C., et al. (2020). Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. N Engl J Med, 382 (24), 2372-2374.
9. Kalil A. C., Metersky M. L., Klompas M., et al. (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis, 63 (5), e61-e111.
10. Sharifipour E., Shams S., Esmkhani M., et al. (2020). Evaluation of bacterial co-infections of the respiratory tract in COVID-19 patients admitted to ICU. BMC Infect Dis, 20 (1), 646.

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI THẦN KINH NỘI TIẾT TẾ BÀO LỚN GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT PHÁC ĐỒ CISPLATIN-ETOPOSIDE

Đỗ Hùng Kiên¹, Trần Thị Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố tiên lượng của bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn tái phát, di căn điều trị phác đồ Cisplatin- etoposide tại Bệnh Viện K từ tháng 1/2018 đến 10/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 33 bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn tái phát, di căn được điều trị hóa chất bước một phác đồ Cisplatin – Etoposide tại Bệnh Viện K từ tháng 1/2018 đến 10/2021. **Kết quả:** Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5 ±0,561 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ là 12 ±1,354 tháng. Bệnh nhân có ≤ 2 cơ quan tại thời điểm điều trị có thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn so với nhóm di căn > 2 cơ quan, cụ thể 14,5 tháng so với 8,9 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,041.

Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị nhóm thể trạng ECOG 0 cao hơn so với nhóm ECOG 1-2 điểm, 15,8 tháng so với 8,2 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,048. Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ. **Kết luận:** Phác đồ Cisplatin- etoposide điều trị bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn tái phát di căn cải thiện thời gian sống thêm với sống thêm toàn bộ 12 ±1,354 tháng và số lượng cơ quan di căn, toàn trạng là hai yếu tố ảnh hưởng sống thêm toàn bộ

Từ khóa: Ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn, cisplatin-etoposide

SUMMARY

ANALYZING PROGNOSTIC FACTORS OF RECURRENT/METASTATIC PULMONARY LARGE CELL NEUROENDOCRINE CARCINOMA PATIENTS TREATED WITH FIRST-LINE CISPLATIN PLUS ETOPOSIDE CHEMOTHERAPY

Objective: Evaluating the survival outcomes and analyzing prognostic factors of recurrent/ metastatic pulmonary large cells neuroendocrine carcinoma patients treated with cisplatin plus etoposide chemotherapy at Vietnam National Cancer Hospital

¹Bệnh Viện K, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

from 1/2018 to 10/2021. **Patients and Methods:** A retrospective study of 33 patients diagnosed of recurrent/ metastatic pulmonary large cells neuroendocrine carcinoma were treated with first-line Cisplatin plus etoposide chemotherapy at Vietnam National Cancer Hospital from 1/2018 to 10/2021. **Results:** Median progression-free survival was 5 ±0.61 months, median overall survival was 12 ±1.354 months. Patients diagnosed of ≤ 2 metastatic organs had a higher median OS than one with over 2 metastatic organs, 14.5 months versus 8.9 months, there was a significant difference between two groups with p=0.041. Median OS of patients presented with ECOG 0 and 1-2 were 15.8 months and 8.2 months, respectively and there was a report of a significant difference with p=0.048. Age, gender and smoking condition did not affect the overall survival. **Conclusion:** Cisplatin plus etoposide chemotherapy for recurrent/metastatic stages in large cell neuroendocrine lung carcinoma had a improvement survival outcome with a median of 12 ±1,354 months, and the number of metastatic organs and performance status were two factors affected survival outcome.

Keywords: Pulmonary large cell neuroendocrine, cisplatin plus etoposide.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn là một nhóm bệnh hiếm gặp trong số các bệnh lý ác tính tại phổi. Bệnh chiếm khoảng 15% trong số các u thần kinh nội tiết biểu hiện tại phổi và 3% trong tổng số các khối u ác tính tại phổi [1]. Theo Travis và cộng sự, ung thư thần kinh nội tiết tế bào lớn của phổi là bệnh lý có đặc điểm tế bào khối u có độ ác tính cao và kém biệt hóa, tế bào u có đặc điểm hình thái khác với ung thư phổi tế bào nhỏ, song vẫn giữ các đặc điểm của tế bào thần kinh nội tiết [2]. Bệnh được xếp vào nhóm bệnh lý của tế bào thần kinh nội tiết có độ ác tính cao cùng với ung thư tế bào nhỏ tại phổi. Bệnh có tiên lượng xấu với tỉ lệ sống thêm 5 năm theo giai đoạn lần lượt là: giai đoạn I (33%–62%), giai đoạn II (18%–75%), giai đoạn III (8%–45%), và 0% giai đoạn IV [3].

Theo khuyến cáo, ung thư thần kinh nội tiết tế bào lớn của phổi giai đoạn muộn nên được điều trị giống như ung thư phổi tế bào nhỏ bởi vì cả hai loại đều là ung thư thần kinh nội tiết độ ác tính cao. Trong khi một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đáp ứng với phác đồ là 50-80%, một số nghiên cứu khác lại cho thấy bệnh ít đáp ứng với phác đồ etoposide- cisplatin [4]. Theo Yamazaki và cộng sự phác đồ Etoposide – Cisplatin cho tỉ lệ đáp ứng tương tự trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ với khả năng dung nạp tốt [5]. Phác đồ đã được áp dụng điều trị ở nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tuy nhiên cho đến nay chưa có nhiều báo cáo nào về

kết quả điều trị của phác đồ đối với ung thư phổi thần kinh nội tiết giai đoạn muộn. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

- *Đánh giá kết quả sống thêm của bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ etoposide-cisplatin tại Bệnh viện K.*

- *Phân tích một số yếu tố tiên lượng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn IV, được điều trị hóa chất bước một phác đồ etoposide - cisplatin, tại bệnh viện K từ 1/2018 đến 10/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn bằng kết quả mô bệnh học theo phân loại WHO 2016.

- Được chẩn đoán bệnh giai đoạn tái phát hoặc di căn theo AJCC 2017

- Bệnh nhân được điều trị ít nhất 3 chu kỳ Etoposide- cisplatin.

- Các tổn thương có thể đánh giá được bằng xét nghiệm CDHA: MRI, CT.

- Bệnh nhân chưa điều trị hoá chất trước đó cho giai đoạn muộn.

- Không kể giới. Tuổi > 18 tuổi, chỉ số PS = 0, 1

- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị: Bạch cầu (BC) ≥ 4 (G/l); tiểu cầu (TC) ≥ 100 (G/l); HST ≥ 100 (g/l); AST, ALT ≤ 2 lần giới hạn bình thường; bilirubin toàn phần ≤ 1,5 lần giới hạn bình thường; creatinin ≤ 1,5 lần giới hạn bình thường

- Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp chống chỉ định với thuốc như suy gan, suy thận hoặc dị ứng với các thành phần của thuốc.

- Bệnh nhân có di căn não chưa được kiểm soát ổn định

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ hai

- Bệnh nhân từ chối hợp tác hoặc không theo dõi được

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị, thời gian sống bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ.

Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, chúng tôi tiến hành trên 33 BN đủ tiêu chuẩn vào đề tài.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm

SPSS 22.0

Thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn. Ước lượng thời gian sống thêm theo Kaplan-Meier.

Đạo đức nghiên cứu. Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 1/2018 đến 10/2021, chúng tôi tiến hành trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn IV, được điều trị bằng phác đồ etoposide-cisplatin, tại bệnh viện K.

3.1. Kết quả sống thêm

3.2. Phân tích một số yếu tố tiên lượng liên quan sống thêm toàn bộ

Bảng 3.1. Thời gian sống thêm và nhóm tuổi

Yếu tố tiên lượng		Thời gian OS trung vị (tháng)	Giá trị p
Tuổi	≤ 65 tuổi	13,7 ± 1,9	0,413
	> 65 tuổi	11,2 ± 2,63	

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ nhóm trẻ tuổi cao hơn nhóm lớn tuổi (mốc 65 tuổi), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Thời gian sống thêm và giới tính

Yếu tố tiên lượng		Thời gian OS trung vị (tháng)	Giá trị p
Giới tính	Nam	10,7 ± 2,1	0,531
	Nữ	12,8 ± 3,1	

Nhận xét: Thời gian trung vị sống thêm toàn bộ giữa hai nhóm giới tính tương đương nhau, không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Thời gian sống thêm và chỉ số toàn trạng

Yếu tố tiên lượng		Thời gian OS trung vị (tháng)	Giá trị p
Chỉ số toàn trạng	ECOG 0	15,8 ± 2,35	0,048
	ECOG 1,2	8,2 ± 3,4	

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị nhóm thể trạng ECOG 0 cao hơn so với nhóm ECOG 1-2 điểm, cụ thể 15,8 tháng so với 8,2 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,048.

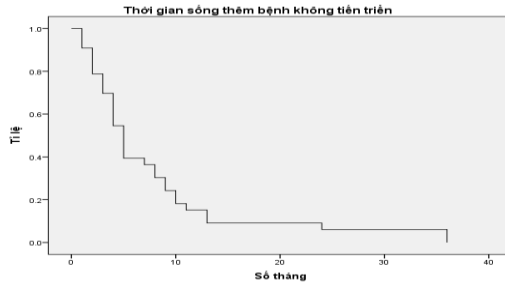
Bảng 3.4. Thời gian sống thêm và tình trạng hút thuốc

Yếu tố tiên lượng		Thời gian OS trung vị (tháng)	Giá trị p
Tình trạng hút thuốc	Không	12,6 ± 2,39	0,971
	Có	12,1 ± 2,8	

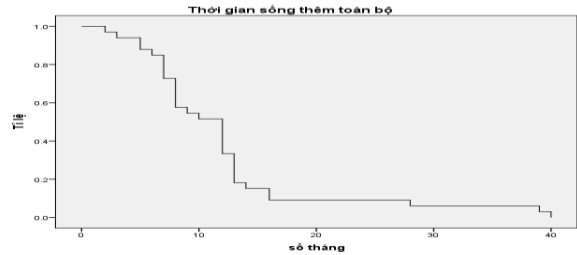
Nhận xét: Không khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ khi so sánh về tình trạng hút thuốc của bệnh nhân với p=0,971.

Bảng 3.5. Thời gian sống thêm và số lượng cơ quan di căn xa

Yếu tố tiên lượng		Thời gian OS trung vị (tháng)	Giá trị p
Số lượng cơ quan di căn xa	≤ 2 cơ quan	14,5 ± 2,8	0,041
	> 2 cơ quan	8,9 ± 3,4	



Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm không bệnh
Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5 ± 0,561 tháng.



Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm toàn bộ
Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 12 ± 1,354 tháng.

Nhận xét: Bệnh nhân có ≤ 2 cơ quan tại thời điểm điều trị có thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn so với nhóm di căn > 2 cơ quan, cụ thể 14,5 tháng so với 8,9 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,041$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là $5 \pm 0,561$ tháng. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là $12 \pm 1,354$ tháng. Kết quả của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn trên thế giới.

Nghiên cứu của tác giả Le Treut trên 42 bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn cho thấy với thời gian theo dõi trung vị 37,2 tháng, trung vị sống thêm không tiến triển là 5,2 tháng (95% CI, 3,1-6,6 tháng), và trung vị sống thêm toàn bộ là 7,7 tháng (95% CI, 6,0-9,6 tháng). Tỷ lệ sống thêm PFS tại thời điểm 1 năm là 14,3% và tỷ lệ OS 1 năm là 26,8 tháng. Trong nghiên cứu, ít nhất một chu kỳ hóa chất được chỉ định cho 98% bệnh nhân, trung vị số chu kỳ hóa trị là 4 chu kỳ [6]. Nghiên cứu của tác giả Niho S cho thấy trung vị sống thêm toàn bộ đạt 15,1 tháng (95% CI, 11,2-19,0 tháng), tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 và 2 năm lần lượt là 62,1% và 18,4%. Trung vị sống thêm PFS đạt 5,9 tháng (95% CI, 5,5-6,3 tháng) [7]. Nghiên cứu trên 81 bệnh nhân của tác giả Elisa Andrini báo cáo tại ASCO 2021 cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung vị 9,17 tháng (95% CI, 7,17-13,87 tháng) và trung vị PFS 4,87 tháng (95% CI, 4,21-6,02 tháng).

4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến sống thêm toàn bộ. Nghiên cứu của tác giả Christian Roesel trên đối tượng ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn giai đoạn mô được, tác giả ghi nhận giới tính không liên quan đến khác biệt sống thêm với $p=0,295$. Bệnh nhân trên 65 tuổi có mối liên quan ảnh hưởng đến sống thêm khác biệt với $p=0,017$ trong phân tích đa biến, tuy nhiên trong phân tích đơn biến không có sự khác biệt với $p>0,05$. Đối với nhóm bệnh nhân giai đoạn di căn hạch hoặc không di căn hạch có liên quan đến sự khác biệt về thời gian sống thêm cả về phân tích đơn biến và phân tích đa biến với $p<0,05$ [9]. Nghiên cứu trên 81 bệnh nhân của tác giả Elisa Andrini báo cáo tại ASCO 2021 cho thấy, trong phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến sống thêm bao gồm ECOG ($p=0,049$), di căn gan ($p=0,004$), di căn xương ($p=0,009$), hơn 2 vị trí

di căn xa ($p<0,001$), tăng nồng độ NSE ($p=0,009$) và tăng nồng độ CEA tại thời điểm chẩn đoán ($p=0,011$), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong phân tích đa biến, các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến kết quả sống thêm bao gồm: ECOG ($p=0,02$), di căn hơn 2 cơ quan ($p=0,002$) và tăng nồng độ NSE tại thời điểm chẩn đoán (0,009), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến sống thêm bệnh không tiến triển, các yếu tố ảnh hưởng bao gồm: di căn não ($p=0,017$), di căn trên 2 cơ quan ($p=0,006$), tăng nồng độ CEA ($p=0,026$), tuy nhiên khi phân tích đa biến chỉ có yếu tố di căn não là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng PFS, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,043$ [10]. Trong một phân tích tổng hợp các bệnh nhân ung thư phổi thần kinh nội tiết tế bào lớn của tác giả Yanqi He năm 2019 cho thấy các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến OS bao gồm tuổi tại thời điểm chẩn đoán, giới tính, giai đoạn T-N, kích thước khối u. Nghiên cứu của tác giả Hui Jiang năm 2021 cho thấy trong phân tích đơn biến cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm bao gồm giới tính ($p=0,036$), tình trạng hút thuốc ($p=0,008$), xạ phổi do tắc nghẽn ($p=0,032$), di căn hạch vùng ($p=0,02$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích trung vị sống thêm toàn bộ và các yếu tố chúng tôi ghi nhận số lượng cơ quan di căn xa và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến kết quả sống thêm toàn bộ có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố khác như tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ.

V. KẾT LUẬN

- Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là $5 \pm 0,561$ tháng.
- Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là $12 \pm 1,354$ tháng.
- Số lượng cơ quan di căn xa và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến kết quả sống thêm toàn bộ có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fasano M, Della Corte CM và cộng sự. Pulmonary large-cell neuroendocrine carcinoma: from epidemiology to therapy. J Thorac Oncol. 2015;10:1133-4.
2. Travis WD, Linnoila RI và cộng sự. Neuroendocrine tumors of the lung with proposed criteria for large-cell neuroendocrine carcinoma. An ultrastructural, immunohistochemical, and flow cytometric study of 35 cases. Am J Surg Pathol. 1991;15:529-53.
3. Travis WD, Rush W và cộng sự. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors

- with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:934–44.
4. **Lara PN, Jr, Natale R và cộng sự.** Phase III trial of irinotecan/cisplatin compared with etoposide/cisplatin in extensive-stage small-cell lung cancer: clinical and pharmacogenomic results from SWOG S0124. *J Clin Oncol.* 2009;27:2530–5.
 5. **Yamazaki S, Sekine I và cộng sự.** Clinical responses of large cell neuroendocrine carcinoma of the lung to cisplatin-based chemotherapy. *Lung Cancer.* 2005;49:217–23.
 6. **Le Treut J, Sault MC và cộng sự.** Multicentre phase II study of cisplatin-etoposide chemotherapy for advanced large-cell neuroendocrine lung carcinoma: the GFPC 0302 study. *Ann Oncol.* 2013;24:1548–52
 7. **Niho S, Kenmotsu H, Sekine I, et al.** Combination chemotherapy with irinotecan and cisplatin for large-cell neuroendocrine carcinoma of the lung: a multicenter phase II study. *J Thorac Oncol.* 2013;8:980–4.
 8. **Shimada Y, Niho S, Ishii G, et al.** Clinical features of unresectable high-grade lung neuroendocrine carcinoma diagnosed using biopsy specimens. *Lung Cancer.* 2012;75:368–73.
 9. **Christian Roesel, Stefan Welter, Karl-Otto Kambartel et al.** Prognostic markers in resected large cell neuroendocrine carcinoma: a multicentre retrospective analysis. *J Thorac Dis.* 2020 Mar; 12(3): 466–476.
 10. **Elisa Andriani, Valentina Tateo, Dario De Biase et al.** Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung: Prognostic factors to predict clinical outcomes. Meeting Abstract, 2021 ASCO Annual Meeting I.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Phạm Đắc Đông¹, Phan Lê Thắng²

RESULTS OF SURGERY FOR THE TREATMENT OF LUNG CANCER PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trên bệnh nhân ung thư phổi tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 59 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,90 ± 9,32 (35 - 72 tuổi). Nam chiếm 49,2% số bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực chiếm 45,7%; có 40,6% bệnh nhân có ho khạc đờm. Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng thiếu máu chiếm 8,5%. Đa số khối u nằm ở phổi phải chiếm 61%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn Ib chiếm 37,3%; tiếp theo là giai đoạn IIb chiếm 23,7%. Tỷ lệ bệnh nhân được mổ mở là 55,9%. Có 1 bệnh nhân bị tai biến rách tĩnh mạch đơn trong mổ. Ghi nhận 6,8 % bị dò khí kéo dài, 3,4% bị viêm phổi trong thời gian hậu phẫu. **Kết luận:** Ung thư phổi triệu chứng thường gặp đau ngực và ho, điều trị phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIIa mang lại kết quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Ung thư phổi, giai đoạn I-IIIa, phẫu thuật, Ung bướu Hà Nội.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND

Objective: Describing several clinical and subclinical features and assessing the results of surgery for the treatment of non-small cell lung cancer patients at Hanoi Oncology Hospital from 05/2019 to 04/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 59 patients diagnosed of staged I-IIIa non-small cell lung carcinoma and treated with surgery at Hanoi Oncology Hospital from 05/2019 to 04/2022. **Results:** The mean age was 58.90 ± 9.32 years old (range, 35 - 72), male patients accounted for 49.2%. Patients presented with chest pain for 45.7%, then 40.6% of cases had cough. Rate of anemia was 8.5%. Most of patients presented with a right lung cancer (61%). Most of patients diagnosed of stage Ib (37.3%), then stage IIb (23.7%). Rate of open surgery was 55.9% of cases. There was a report of one patient experienced of rupture of azygos vein during operation. There was 6.8% of patients presented with prolong pneumothorax and 3.4% of pneumonitis during post-operation. **Conclusion:** Lung cancer patients presented with the common symptoms of chest pain and cough, and the surgery of staged I-IIIa non-small cell lung cancer had a good result with a low complication.

Keywords: lung cancer, stage I-IIIa, surgery, Hanoi Oncology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đắc Đông

Email: phamdacdong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022