

+ Tổn thương các tạng phổi hợp với CT tụy (Tỷ lệ tử vong 3% với CT tụy đơn thuần, TV lên tới 40% nếu có 4 tạng trong ổ bụng tổn thương).

+ Có tổn thương ống tụy.

+ Có tổn thương vùng đầu tụy (ống tụy, đường mật, tá tràng).

+ Được chẩn đoán chậm: Tỷ lệ TV lên tới từ 40-60% nếu CT tụy chẩn đoán chậm hơn 4 ngày.

Kết quả điều trị cho thấy:

+ Thời gian điều trị trung bình là: 14,39±16,93(ngày)

+ Có 20 BN hoàn toàn hết đau bụng, không sốt, bụng mềm, ra viện.

+ Có 8 BN hình thành nang giả tụy, trong đó có 6/8 trường hợp phải mổ nối nang tụy dạ dày (mổ sau khi đã thành nang giả tụy > 2 tháng), trong đó có 3/6 trường hợp CT eo tụy độ III, 1 BN CT thân tụy độ III, 1 BN CT thân tụy độ II, 1 trường hợp CT đuôi tụy độ II.

2 BN còn lại nang tụy nhỏ (khoảng 2-3cm) điều trị nội khoa (không mổ).

Như vậy tỷ lệ điều trị nội thành công: 22/28 BỆNH NHÂN (78,6%).

Các BN mổ khi CT tụy đã hình thành nang giả tụy: 6/28 BN(11,4%), được mổ nối nang giả tụy-dạ dày, diễn biến thuận lợi, hậu phẫu nhẹ nhàng.

+ Không có TV.

V. KẾT LUẬN

+ Chấn thương eo, thân, đuôi tụy (bên trái bó mạch MTTT) có thể điều trị nội khoa nếu diễn

biến lâm sàng ổn định và cải thiện, đáp ứng với điều trị. Trong NC này tỷ lệ thành công là 78,6%, thời gian điều trị TB: 14,39±16,93 (ngày)

+ Các trường hợp chấn thương tụy có thể hình thành nang giả tụy ở các vị trí tổn thương khác nhau Eo tụy (3/3 BN,100%), thân tụy 2/20 (10%), đuôi tụy 1/20 (5,0%).

+ Mổ muộn sau điều trị nội chấn thương tụy có kết quả tốt, diễn biến thuận lợi, hậu phẫu nhẹ nhàng, tỷ lệ biến chứng thấp (0% trong NC này).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình Giang** (2013). Chấn thương tụy-tá tràng, Chấn thương bụng, NXB khoa học kỹ thuật, Hà Nội, 212-260.
2. **Thái Nguyên Hưng, Đậu Đình Luận** (2017): Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị chấn thương thân đuôi tụy; Y học thực hành số 9 (1057); 93-96.
3. **Trịnh Văn Tuấn và CS** (2006), Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định, xử trí và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật cắt khối tá tụy do chấn thương, Ngoại khoa 4(56),105-112.
4. **Chambon jp.** La tomodesitometre de l'abdomen dans 8 cas de traumatisme pancreatique. Ann Chir 1990, 44: 575-80.
5. **Heitsch RC:** Delineation of cliniccal factors in the treatment of pancreatic injuries. Surgery 1976; 80: 539-9
6. **Jordan GL.** Traumatic transection of the pancreas. South MedJ, 968; 62:90-3.
7. **North WF, Simmons RL.** Pacreatic trauma: A review. Surgery 1972; 71: 27-43
8. **Patton JH et al.** Pancreatic trauma: A simplified management guideline. J Trauma 1997; 43: 243-41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN I TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Việt Anh¹

Vũ Minh Tuấn¹, Mai Văn Tuấn², Phạm Quang Đạo²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật trong Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I (UTPKTBN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang - hồi cứu trên 103 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I được điều trị

phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 05/2022. Ghi nhận đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, OS và DFS. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng là 8,7%, viêm phổi hay gặp nhất chiếm 3,8%. Tỷ lệ DFS tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 86% và 71,5%. Trung bình DFS đạt 5,568 [95%CI: 5,075 – 6,061] năm. Tỷ lệ OS tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 92,2% và 80,2%. Trung bình OS đạt 5,952 [CI 95%: 5,543-6,361] năm. Tỷ lệ DFS và OS tại thời điểm 3 năm, 5 năm của giai đoạn Ia so với nhóm giai đoạn Ib không có sự khác biệt (p= 0,972 và p=0,737). **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là điều trị chuẩn trong UTPKTBN giai đoạn I.

¹Bệnh viện K Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: domanhhung304@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

SUMMARY

OUTCOMES FOR STAGE I NON-SMALL CELL

LUNG CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: This observational study evaluated the results of surgical treatment for patients with stage I non-small cell lung cancer (NSCLC). **Methods:** We retrospectively reviewed 103 patients with stage I NSCLC for January 2015 to May 2022 at Vietnam national cancer hospital were treated with surgery. The patients' clinicopathological characteristics were reviewed and disease-free survival (DFS) time and overall survival time (OS) were estimated by the Kaplan-Meier method. **Results:** The overall complication rate was 8,7%, pneumonia was the most common. Three-year DFS and five-year DFS for patients with stage I were 86% and 71,5%, respectively. Medium DFS was 5,568 [95%CI: 5,075 – 6,061] years. Three-year OS and five-year OS for these patients were 92,2% and 80,2%, respectively. Medium OS was 5,952 [CI 95%: 5,543-6,361] years. There was no difference between the DFS, OS ratio at 3 years, 5 years of stage Ia compared to these of stage Ib ($p= 0,972$ và $p=0,737$). **Conclusion:** Surgical resection should be considered as the standard choice for stage I NSCLC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những 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, chiếm 14.4% tổng số ca ung thư mới mắc. Bệnh thường gặp ở nam giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 36.8 ở nam và 11.8 ở nữ, ước tính khoảng 26.260 trường hợp mới mắc và 23.800 ca tử vong mỗi năm.¹

Tiền lượng của UTP ở giai đoạn sớm là tương đối tốt. Với giai đoạn còn khu trú tại chỗ (giai đoạn I), thời gian sống thêm 5 năm trung bình là 59,8%; nhưng chỉ có khoảng 18% các trường hợp UTP được phát hiện và chẩn đoán ở giai đoạn này.²

Điều trị UTPKTBN giai đoạn I chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật hoặc xạ phẫu (SBRT) cho nhóm BN không có khả năng phẫu thuật; hóa chất hỗ trợ chỉ có ý nghĩa ở nhóm BN giai đoạn IB nguy cơ cao. Trong đó, phẫu thuật vẫn là phương án được ưu tiên lựa chọn, với nhiều cách tiếp cận: cắt thùy hoặc hạ phân thùy, bằng phương pháp mổ mở thông thường, qua nội soi dưới hỗ trợ của video (VAST) hoặc robot (RAST). Phẫu thuật UTPKTBN giai đoạn sớm ngày nay có xu hướng can thiệp tối thiểu vừa đảm bảo hiệu quả về mặt ung thư, vừa làm tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Hiện nay, tại nước ta, các nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn I, cũng như thời gian sống thêm và mô hình bệnh tật tái phát ở nhóm bệnh nhân này còn ít. Vậy

nên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang - hồi cứu bệnh nhân Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I (theo AJCC bản 7) được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 05/2022. Thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn: chỉ số toàn trạng tốt ECOG = 0-2; không mắc bệnh ung thư khác; Không mắc các bệnh cấp tính hoặc mạn tính ảnh hưởng đến sống còn của bệnh nhân (suy tim, gan, thận, hen phế quản nặng, đợt cấp COPD...). Nghiên cứu loại trừ bệnh nhân có điều trị ung thư trước đó bao gồm điều trị tân bổ trợ cho UTP và bệnh nhân được điều trị hỗ trợ sau mổ.

Ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị của bệnh nhân. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS): được tính từ ngày bắt đầu điều trị đến thời điểm bệnh nhân tử vong do bất kì nguyên nhân nào hoặc thời điểm theo dõi có thông tin cuối cùng. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS): tính từ ngày bắt đầu điều trị đến ngày bệnh tiến triển hoặc tái phát hoặc không ghi nhận được. OS và DFS được ước tính theo phương pháp Kaplan – Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

| Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu n (%) | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Giới (n = 103) | |
| Nam/ Nữ | 66/37 (64/36) |
| Tuổi, Trung bình | 60,54±7,85(32-81) |
| Tình trạng hút thuốc | |
| Hút thuốc/ Không hút thuốc | 51/51 (50/50) |
| Tiền sử gia đình | |
| Không có UT/ Có mắc UT | 95/8 (92,3/7,8) |
| Mô bệnh học | |
| Carcinoma tuyến | 92 (89,3) |
| Carcinoma vảy | 8 (7,8) |
| Khác | 3 (2,9) |
| Giai đoạn bệnh | |
| Ia | 32 (31,1) |
| Ib | 71 (68,9) |
| Phương pháp phẫu thuật | |
| Mổ mở | 65 (63,1) |
| Mổ VATS | 38 (36,9) |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 60,54±7,85. BN trẻ nhất 32 tuổi, cao nhất 81 tuổi. Có 66 bệnh nhân nam, 37 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ = 1,78/1. Có 51 bệnh nhân hút thuốc, tất cả đều là nam giới, số lượng trung bình 28,73±11,37 bao năm. Trong nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân có tiền sử

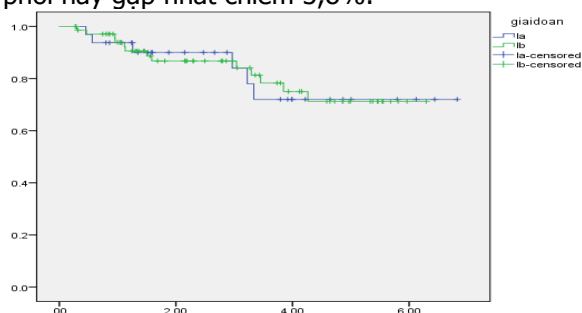
người thân mắc UTP và 4 số bệnh nhân có người thân mắc các loại ung thư khác.

BN có thể mô bệnh học là Carcinoma tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất (89,3%). 3 BN gặp thể khác là: Carcinosarcoma, Carcinoma lympho biểu mô (Lymphoepithelioma-like carcinoma), Carcinoma cơ biểu mô (Epithelial-myoepithelial carcinoma). Giai đoạn Ib chiếm phần lớn (68,9%).

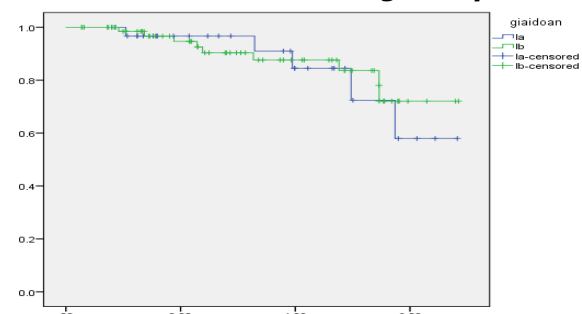
Bảng 3.2 Biến chứng sớm sau mổ

| | Số BN | % |
|--------------------|----------|------------|
| Tràn khí màng phổi | 3 | 2,9 |
| Viêm phổi | 4 | 3,8 |
| Tràn máu màng phổi | 1 | 1 |
| Rò dưỡng chấp | 1 | 1 |
| Tổng | 9 | 8,7 |

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng là 8,7%. Viêm phổi hay gặp nhất chiếm 3,8%.



Biểu đồ 3.3: DFS theo giai đoạn



Biểu đồ 3.4: OS theo giai đoạn

Nhận xét: Có 19 bệnh nhân tái phát. Thời gian theo dõi thực ngắn nhất 3,29 tháng, dài nhất là 81,9 tháng. Tỉ lệ DFS ước lượng theo Kaplan-Meier tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 86% và 71,5%. Trung bình DFS đạt 5,568 [95%CI: 5,075 – 6,061] năm. Tỉ lệ DFS tại thời điểm 3 năm, 5 năm của giai đoạn Ia tương ứng 84%, 72% và giai đoạn Ib là 86,7%, 71,3%. Sống thêm không bệnh ở nhóm giai đoạn Ia là 5,565 năm, ở nhóm giai đoạn Ib là 5,185 năm. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,972$).

Có 14 bệnh nhân đã tử vong. Tỉ lệ OS theo Kaplan-Meier tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5

năm lần lượt là 92,2% và 80,2%. Trung bình OS đạt 5,952 [CI 95%: 5,543-6,361] năm. Tỉ lệ OS tại thời điểm 3 năm, 5 năm của nhóm giai đoạn Ia tương ứng là 96,7%, 72,4% so với nhóm giai đoạn Ib là 90,3%, 83,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,737$.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ biến chứng của chúng tôi là 8,7%, trong đó chủ yếu là viêm phổi (3,8%). Thông thường BN sẽ được đặt 1 dẫn lưu và rút sau 3 ngày. Hầu hết BN có biến chứng chỉ cần đặt dẫn lưu dài ngày để rút khí và dịch máu tồn dư sau phẫu thuật, không có BN phải mổ lại để khâu lỗ rò khí phế quản hoặc ống ngực. Chúng tôi không có BN nào phải bị rối loạn nhịp tim. Kết quả biến chứng thấp này do cỡ mẫu chúng tôi còn nhỏ, cùng với BN ở giai đoạn I nên thuận lợi cho quá trình phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Park và cộng sự (2007) trên 244 BN cho thấy tỉ lệ biến chứng ở nhóm mổ VATS là 17,2% và mổ mở là 27,9%, hầu hết các biến chứng viêm phổi, tràn khí đều thấp 1-5%.³ Điều đó cho ưu điểm của mổ VATS làm giảm biến chứng, rút ngắn thời gian đặt dẫn lưu và giảm thời gian nằm viện. Một số tác giả còn ưu tiên sử dụng VATS cho bệnh nhân cao tuổi không có khả năng mở ngực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ DFS ước lượng theo Kaplan-Meier tại thời điểm nghiên cứu 3 năm, 5 năm lần lượt là 86% và 71,5%. Trung bình DFS đạt 5,568 [95%CI: 5,075 – 6,061] năm. Tác giả Nguyễn Khắc Kiểm cho thấy DFS 5 năm đạt 85% ở phân tích nhóm BN giai đoạn I có kết quả tương đồng với chúng tôi.⁴ Kết quả tương tự của tác giả Landreuneau (2014) trên 624 BN UTP giai đoạn I cho thấy DFS 5 năm là 70%.⁵ Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trên thế giới, tác giả Higuchi nghiên cứu trên 160 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I được phẫu thuật cho kết quả DFS 5 năm ở nhóm phẫu thuật VAST là 88%, và cao hơn nhóm mổ mở đạt 77,1% tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p=0,15$.

Tỉ lệ DFS tại thời điểm 3 năm, 5 năm của giai đoạn Ia tương ứng 84%, 72% và giai đoạn Ib là 86,7%, 71,3%. Sống thêm không bệnh ở nhóm giai đoạn Ia là 5,57 năm, ở nhóm giai đoạn Ib là 5,19 năm. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p=0,972$.

Trong nghiên cứu chúng tôi có 19 bệnh nhân chiếm 18,45% tái phát di căn xa sau điều trị (gan, xương, phổi, não), đặc điểm di căn này

tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Theo Kelsey và cộng sự tổng (2009) kết kinh nghiệm trong 11 năm với 975 BN UTP giai đoạn I-II được phẫu thuật thì tỉ lệ tái phát di căn sau 5 năm lên đến 36%.⁶ Mặc dù tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là vẫn còn cao, các phương pháp điều trị hỗ trợ như hoá chất hay xạ trị cũng không đem lại hiệu quả đáng kể. Hóa chất hỗ trợ nền tảng cisplatin bộ đôi vẫn còn tranh cãi cho các bệnh nhân ở giai đoạn I. Nhiều nghiên cứu và thực hành lâm sàng sử dụng điểm "cut-off" 4 cm về kích thước u cho điều trị hỗ trợ, dựa vào sự phân tích dưới nhóm của 2 thử nghiệm với OS-HR = 0.66 (p = 0.04) ở nhóm u kích thước từ 4 cm trở lên nhưng không cải thiện về DFS.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả BN đều được điều trị "tối ưu" bằng cắt trọn thùy phổi và không có diện cắt dương tính, tỉ lệ tái phát tại chỗ là 6,8%, di căn xa 13,6%. Tác giả Kelsey tổng kết các yếu tố nguy cơ cho tái phát tại chỗ là kích thước U (HR 1,13 mỗi cm), cắt phân thùy phổi (HR 1,64), không đánh giá hạch trung thất (HR 1,65), xâm nhập màng phổi tạng (HR 1,93), diện cắt dương tính (HR 1,85) và tỉ lệ tái phát ở nhóm được điều trị "tối ưu" là 27% và di căn xa là 42%.⁶ Kết quả này cao hơn nghiên cứu chúng tôi do nhóm BN có cả giai đoạn II và thời gian nghiên cứu từ 1995 đến 2005.

V. KẾT LUẬN

Từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phẫu thuật vẫn là điều trị chuẩn cho ung thư phổi giai đoạn I với kết quả tỷ lệ sống thêm không bệnh và tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 5 năm cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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. doi:https://doi.org/10.3322/caac.21660
2. **Duma N, Santana-Davila R, Molina JR.** Non-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Screening, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(8):1623-1640. doi:10.1016/j.mayocp.2019.01.013
3. **Park BJ, Zhang H, Rusch VW, Amar D.** Video-assisted thoracic surgery does not reduce the incidence of postoperative atrial fibrillation after pulmonary lobectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;133(3):775-779. doi:10.1016/j.jtcvs.2006.09.022
4. **Nguyễn Khắc Kiêm.** Nghiên Cứu Nao Vết Hạch Theo Bản Đồ Trong Phẫu Thuật Điều Trị Ung Thư Phổi Không Tế Bào Nhỏ Giai Đoạn I-II-IIIA. Luận Văn Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
5. **Landreneau RJ, Normolle DP, Christie NA, et al.** Recurrence and survival outcomes after anatomic segmentectomy versus lobectomy for clinical stage I non-small-cell lung cancer: a propensity-matched analysis. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2014;32(23):2449-2455. doi:10.1200/JCO.2013.50.8762
6. **Kelsey CR, Marks LB, Hollis D, et al.** Local recurrence after surgery for early stage lung cancer: an 11-year experience with 975 patients. *Cancer.* 2009;115(22):5218-5227. doi:10.1002/cncr.24625
7. **Strauss GM, Herndon JE, Maddaus MA, et al.** Adjuvant paclitaxel plus carboplatin compared with observation in stage IB non-small-cell lung cancer: CALGB 9633 with the Cancer and Leukemia Group B, Radiation Therapy Oncology Group, and North Central Cancer Treatment Group Study Groups. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2008;26(31):5043-5051. doi:10.1200/JCO.2008.16.4855

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGỘ ĐỘC DIQUAT TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Quốc Thái Bình¹, Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Ngộ độc thuốc diệt cỏ Diquat là mặt bệnh ngộ độc mới nổi trong khoảng thời gian vài năm trở lại đây, với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phức tạp, tổn

thương nặng nề biểu hiện trên đa cơ quan dẫn đến kết cục tử vong nhanh chóng cho người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc Diquat điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu tất cả các bệnh nhân ngộ độc Diquat điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Tổng số 68 bệnh nhân ngộ độc Diquat trong nghiên cứu, có 44 bệnh nhân nam (70,6%) và 24 bệnh nhân nữ (29,4%), hay gặp nhất ở độ tuổi 30-39 tuổi (32,4%). Tỷ lệ tử vong là 64,7%. Đặc điểm sàng là biểu hiện tổn thương ở đa cơ quan: triệu chứng tiêu hóa biểu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quốc Thái Bình

Email: hqthaibinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022