

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II, III

Phan Cảnh Duy¹, Nguyễn Thanh Ái², Nguyễn Thanh Xuân²,
Đặng Hoàng An², Nguyễn Cao Dũng²

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 58 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II - III, tuổi trung bình $55,16 \pm 9,1$, tỷ lệ nam : nữ là 3 : 1, đã được mổ cắt bán phần dạ dày và vét hạch D1 hoặc D2, hoàn thành phác đồ xạ - hóa đồng thời hậu phẫu với capecitabin và hóa trị 4 đến 6 chu kỳ theo phác đồ EOX tại Trung tâm Ung Bướu- Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010 đến tháng 12/2015, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: Tái phát thường gặp trước một năm sau điều trị (62,5%), thời gian tái phát, di căn trung bình lần lượt là $13,50 \pm 7,29$ tháng (4 – 27 tháng) và $18,75 \pm 8,97$ tháng (10 – 36 tháng). Sống thêm toàn bộ trung bình là $41,21 \pm 21,06$ (12- 90) tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12 tháng là 98,3%, sau 24 tháng là 77,6% và sau 36 tháng là 63,7%, sau 48 tháng là 58,2% và sau 60 tháng đến 90 tháng là 50,1%. Sống thêm không bệnh trung bình $36,22 \pm 22,64$ (4 – 90) tháng; sau 12 tháng 86,2%, 24 tháng 73,50%, 36 tháng 62,6%. Sống thêm toàn bộ trung bình: Giai đoạn II $41,88 \pm 20,78$ tháng; giai đoạn III $39,59 \pm 22,27$ tháng. Sống thêm toàn bộ trung bình theo mức độ xâm lấn của u nguyên phát: T3 $40,79 \pm 19,61$ tháng; T4 $41,33 \pm 24,80$ tháng. Sống thêm toàn bộ trung bình theo mức độ xâm lấn của hạch: N(-) $41,16 \pm 20,51$ tháng, N(+) $41,26 \pm 22,06$ tháng.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày

ABSTRACT

THE RESULTS OF TREATMENT OF STAGE II-III DISTAL GASTRIC ADENOCARCINOMA

Phan Canh Duy¹, Nguyen Thanh Ai², Nguyen Thanh xuan²
Dang Hoang An², Nguyen Cao Dung²

Methods: Prospective study on 58 patients with stage II-III gastric adenocarcinoma, underwent distal gastrectomy and D1 or D2 dissection, completed postoperative chemoradiation therapy with capecitabine and 4-6 cycles with EOX regimen at Oncology center of Hue central hospital from 2010 to 12/2015.

Results: average age of 55.16 ± 9.1 , male/female ratio: 3/1, recurrence was common in the first year after treatment (62.5%), the average time of recurrence and metastasis were 13.50 ± 7.29 months and 18.75 ± 8.97 months, respectively. The mean overall survival was 41.21 ± 21.06 months, the overall survival of 12 months was 98.3%, of 24 months was 77.6% and of 36 months was 63.7%, of 48 months was 58.2% and of 60 months to 90 months was 50.1%. The mean disease free survival was 36.22 ± 22.64 months. The mean overall survival: stage II was 41.88 ± 20.78 months; stage III was 39.59 ± 22.27 . The mean overall

1. NCS Trường Đại học Y - Ngày nhận bài (Received): 29/7/2018; Ngày phản biện (Revised): 14/8/2018;
Được Huế, Đại học Huế - Ngày đăng bài (Accepted): 27/8/2018
2. Bệnh viện TW Huế - Người phản hồi (Corresponding author): Phan Cảnh Duy
- Email: drphancahduy@gmail.com, ĐT: 0913420320

survival for extention of primary tumors: T3 was 40.79 ± 19.61 months; T4 was 41.33 ± 24.80 months. The mean overall survival for extensive of lymph nodes: N (-) was 41.16 ± 20.51 months, N (+) was 41.26 ± 22.06 months.

Key words: *gastric adenocarcinoma*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý thường gặp nhất trong ung thư đường tiêu hóa, theo Globocan (2012) ghi nhận đứng thứ năm trong 10 loại ung thư phổ biến trên thế giới; tỉ lệ tử vong chuẩn theo tuổi theo giới nam và nữ là 23,6/100.000 dân và 21,9/100.000 dân [10]. Ghi nhận ung thư tại Việt Nam công bố năm 2010, hàng năm có trên 10.000 trường hợp mới mắc; ung thư dạ dày đứng thứ 2 ở nam sau ung thư phổi (tỷ lệ mắc theo tuổi 24,5/100.000 dân) và đứng thứ 3 ở nữ sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung (tỷ lệ mắc theo tuổi 12,2/100.000 dân) [1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản, kỹ thuật phẫu thuật ung thư dạ dày ngày càng tiến bộ, nhưng kết quả sống thêm toàn bộ của bệnh nhân ung thư dạ dày thể tiến triển tại chỗ vẫn thấp, tỷ lệ sống chung 05 năm chỉ đạt 8-34% [7].

Tại Mỹ và một số quốc gia, điều trị hỗ trợ bằng xạ - hóa sau phẫu thuật được chấp nhận là phác đồ điều trị chuẩn đối với ung thư dạ dày có u xâm lấn qua lớp cơ niêm [9]. Nhằm cải thiện thời gian sống thêm, tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã thực hiện điều trị hỗ trợ hóa - xạ đồng thời và hóa trị cho các BN UTDD giai đoạn II và III đã phẫu thuật từ năm 2010.

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị về *tình trạng tái phát, di căn, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 58 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày đã hoàn thành điều trị theo liệu trình 3 bước tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010 – 12/2015, thời gian theo dõi là 90 tháng.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Các bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, III sau phẫu thuật.

- Toàn trạng trước phẫu thuật theo ECOG: 0 và 1.

- Mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

- Không mắc ung thư khác trước đây.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp có tái phát tại chỗ hay di căn xa được ghi nhận trước hoặc trong quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Liệu trình 3 bước: Phẫu thuật – Xạ hóa đồng thời – Hóa trị

2.2.1.1. Phẫu thuật: Cắt bán phần xa dạ dày + vét hạch D1 hoặc D2.

2.2.1.2. Xạ hóa đồng thời: Xạ-hóa trị đồng thời bắt đầu từ 4- 6 tuần sau mổ. Xạ trị bằng máy gia tốc, tổng liều 45Gy vào giường u và hạch vùng, 180cGy/phân liều $\times$ 25 phân liều, kỹ thuật 4 trường chiếu (trước, sau, bên phải, bên trái). Hóa trị bằng uống Capecitabine liều 645mg/m² / lần $\times$ 2 lần/ngày $\times$ 25 ngày.

2.2.1.3. Hóa trị: Tiến hành sau xạ-hóa đồng thời 04-06 tuần. Hóa trị phác đồ EOX từ 04 – 06 chu kỳ, cách nhau 21 – 24 ngày. Phác đồ EOX: Epirubicin 50 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ 1, Oxaliplatin 130 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ 1, Capecitabin 625mg/m² uống lúc đói hoặc sau ăn 02 giờ hai lần/ngày, từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 14.

2.2.2. Vật liệu nghiên cứu

- Xếp giai đoạn TNM theo UICC 2010[10]

- Xạ trị bằng máy gia tốc

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 19.0 for Windows. Phân tích thời gian sống thêm, sử dụng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện Kaplan Meier, so sánh thời gian sống thêm bằng test Log Rank.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu tiền cứu 58 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày đã hoàn thành điều trị theo liệu trình 3 bước tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2010 – 12/2015, thời gian theo dõi là 90 tháng chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
<40	2	3,4
41 – 50	14	24,1
51 – 60	27	46,6
61 – 70	12	20,7
>70	3	5,2
Giới		
Nam	43	74,1
Nữ	15	25,9
Vi thể		
UTBM tuyến ống	37	63,8
UTBM tuyến nhầy	10	17,2
UTBM tuyến nhân	11	19,0
Độ biệt hóa		
Biệt hóa tốt	8	13,8
Biệt hóa vừa	16	27,6
Biệt hóa kém	33	56,9
Không biệt hóa	1	1,7
U nguyên phát (T)		
T2	1	1,7
T3	39	67,3
T4a	9	15,5
T4b	9	15,5
Hạch vùng (N)		
N0	31	53,4
N1	23	39,7
N2	3	5,2
N3a	1	1,7
Giai đoạn lâm sàng		
Giai đoạn II	31	70,7
Giai đoạn III	17	29,3

- Độ tuổi hay gặp chung hai giới là 51 – 60 chiếm 46,6% (27/58).

- Tuổi mắc trung bình $55,16 \pm 9,1$, nhỏ nhất 27 tuổi; lớn nhất 76 tuổi.

- Tỷ lệ bệnh nhân Nam: Nữ = 3: 1 (43/15).

- Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm cao nhất 63,8%. Loại biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 56,9%.

- Ung thư xâm lấn đến thanh mạc (T3) chiếm tỷ lệ 67,3%.

- Hạch vùng không bị xâm lấn (N0) chiếm tỷ lệ 53,4%.

- Giai đoạn lâm sàng thường gặp là giai đoạn II (70,7%).

3.2. Tình trạng tái phát

Bảng 1. Tình trạng tái phát theo thời gian

Thời gian (tháng)	n	%
6	1	12,5
7-12	4	50,0
13-18	1	12,5
19-24	1	12,5
25-30	1	12,5

- Tái phát thường gặp trước một năm, chiếm tỷ lệ 62,5%.

- Thời gian tái phát trung bình $13,50 \pm 7,29$ tháng (4 – 27 tháng)

3.3. Tình trạng di căn

Bảng 2 Tình trạng di căn theo thời gian

Thời gian (tháng)	n	%
7-12	6	37,5
13-18	5	31,3
25-30	2	12,5
31-36	3	18,8

-Thời gian di căn trung bình $18,75 \pm 8,97$ tháng (10 – 36 tháng)

3.4. Sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 3. Tình trạng sống thêm không bệnh tiến triển

	6 (tháng)	12 (tháng)	18 (tháng)	24 (tháng)	30 (tháng)	36 (tháng)
Số BN tái phát, di căn tích lũy	1	8	14	15	14	20
Sát xuất sống thêm bệnh không tiến triển (%)	98,3	86,20	75,50	73,50	74,7	62,60
Thời gian sống thêm không bệnh trung bình (tháng)	36,22 ± 22,64 (4 – 90)					

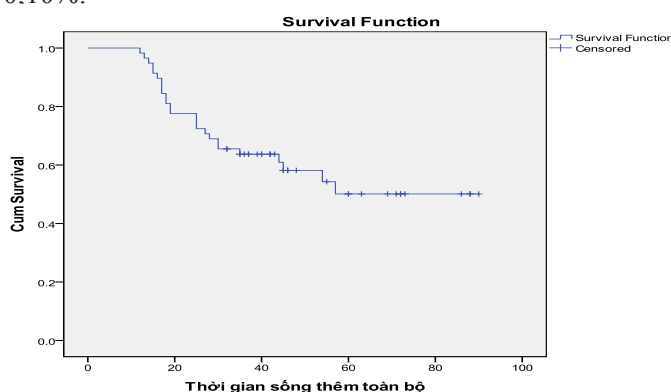
Sống thêm không bệnh (DFS) trung bình là 36,22 ± 22,64 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 12 tháng là 86,20%, 24 tháng là 73,50%, 36 tháng là 62,6% và 90 tháng là 62,60%.

3.5. Sống thêm toàn bộ

Bảng 4. Tình trạng sống thêm toàn bộ

	12 (tháng)	24 (tháng)	36 (tháng)	48 (tháng)	60 (tháng)	90 (tháng)
Số BN tử vong tích lũy	1	13	21	23	25	25
Tỷ lệ sống sót (%)	98,30	77,60	63,70	58,20	50,1	50,1
Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình (tháng)	41,21 ± 21,06 (12-90)					

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 41,21 ± 21,06 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 12 tháng là 98,30%, 24 tháng là 77,60%, 36 tháng là 63,70%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 48 tháng là 58,20%, 60 tháng là 50,10% và 90 tháng là 50,10%.



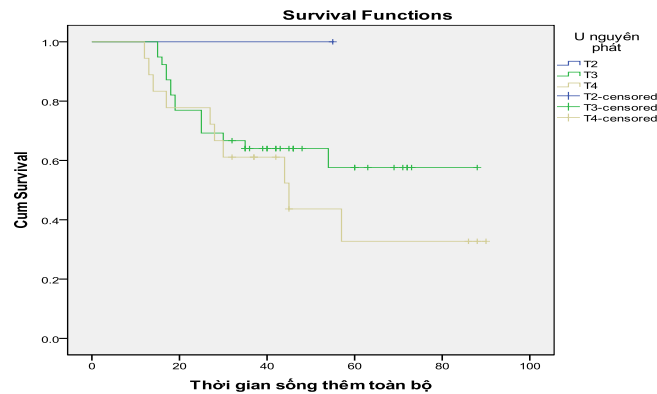
Biểu đồ 3.1 : Tình trạng sống thêm toàn bộ theo thời gian

3.6. Sống thêm toàn bộ theo mức độ tổn thương dạ dày(T)

Bảng 5. Tình trạng sống thêm toàn bộ theo giai đoạn xâm lấn u (T)

Tình trạng xâm lấn u	T3	T4
Số lượng bệnh nhân	39	18
Số BN tử vong tích lũy (N)	15	10
Xác suất sống thêm tích lũy (%)	57,6	32,7
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)	40,79 ± 19,61	41,33 ± 24,80

Kiểm định LogRank: $\chi^2 = 1,816$. bậc tự do= 2. p= 0,403



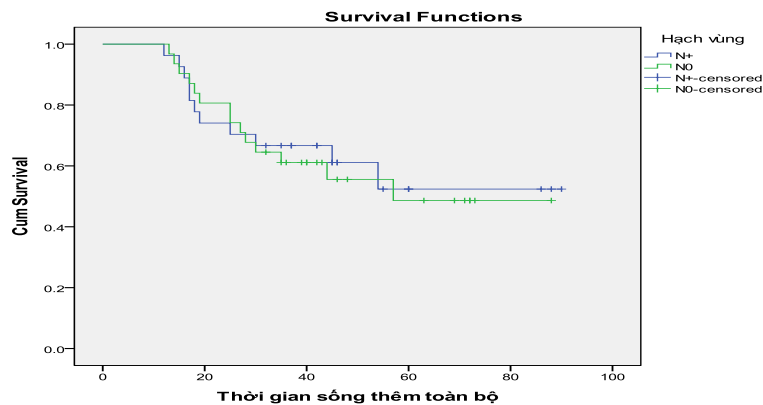
Biểu đồ 3.2. Tình trạng sống thêm toàn bộ theo mức độ xâm lấn u nguyên phát (T)

3.7. Sống thêm toàn bộ theo mức độ xâm lấn của hạch vùng(N)

Bảng 6. Tình trạng sống thêm toàn bộ theo mức độ xâm lấn hạch vùng (N)

Tình trạng hạch	N (-)	N (+)
Số lượng bệnh nhân	31	27
Số BN tử vong tích lũy	14	11
Xác suất sống thêm tích lũy (%)	48,60	52,40
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)	41,16 ± 20,51	41,26 ± 22,06

Kiểm định LogRank: $\chi^2 = 0,53$. bậc tự do= 1. p= 0,818



Biểu đồ 3.3. Tình trạng sống thêm toàn bộ theo hạch vùng (N)

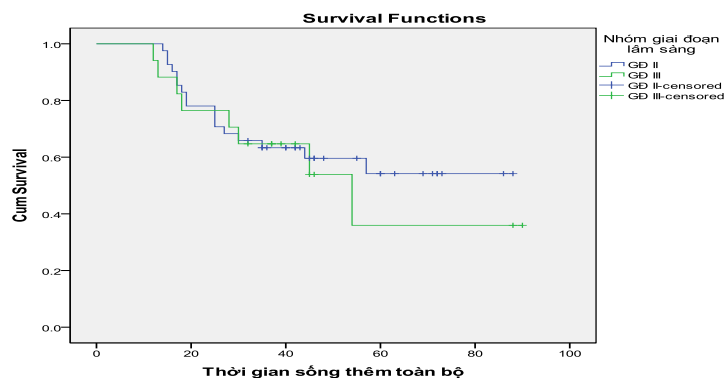
3.8. Sống thêm toàn bộ theo giai đoạn lâm sàng

Bảng 7. Tình trạng sống thêm theo giai đoạn lâm sàng

	Giai đoạn II	Giai đoạn III
Số lượng bệnh nhân	41	17
Số BN tử vong tích lũy	17	8
Tỉ lệ sống sót (%)	54,2	35,9
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)	41,88 ± 20,78	39,59 ± 22,27

Kiểm định LogRank: $\chi^2 = 0,239$. bậc tự do= 1; p=0,625

- Khác biệt thời gian sống thêm toàn bộ liên quan đến giai đoạn bệnh không có ý nghĩa thống kê p= 0,625.



Biểu đồ 3.4. Tình trạng sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

IV BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi và giới

Tuổi và giới là hai yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc UTDD, thường gặp nam giới và tuổi trên 40. Theo số liệu báo cáo về tình hình mắc ung thư Việt Nam giai đoạn 2004-2008 thì tỷ lệ mắc ung thư tăng dần theo tuổi, nhưng bắt đầu tăng nhiều từ độ tuổi 40-44 ở cả hai giới và nam tăng cao hơn nữ [1]; tại Thừa Thiên Huế, theo số liệu ghi nhận dịch tễ học một số bệnh ung thư giai đoạn 2001-2004 thì tuổi mắc bệnh UTDD chủ yếu là sau 40 tuổi, nam có xu hướng tăng nhanh và cao hơn nữ giới [4].

Báo cáo của Trịnh Tuấn Dũng (2009) khi nghiên cứu 628 bệnh nhân UTDD cho kết quả: tuổi trung bình 56,26 trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ 89,81%; tỷ lệ nam:nữ là 2,6:1 [2],

Nhiều nghiên cứu ngoài nước như Qing Zhang (2012): tuổi trung bình 58 (dao động:35-74) và tỷ lệ nam:nữ là 1,86:1[14]. Ghi nhận của E.P.H Jansen năm 2010 ở 31 BN cho thấy tuổi mắc trung bình 56 (33 – 73) tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 23/8 [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi từ 51-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,6%, tuổi trung bình của cả hai giới là $55,16 \pm 9,1$ (dao động:27- 76), nam giới (71,1%) mắc bệnh cao hơn nữ giới (25,9%). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi mắc trung bình và độ tuổi hay gặp phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và ngoài nước.

4.1.2. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Lê Thị Huỳnh Trang và CS (2015) nghiên cứu 111 BN phân bố giai đoạn lâm sàng I, II, IIIA, IIIB tương ứng 7%, 26%, 41%, 25%[6]; nghiên cứu 152 BN của Vũ Quang Toàn và Đoàn Hữu Nghị (2016) cho kết quả giai đoạn bệnh IIB, IIIa, IIIB, IIIC chiếm tỉ lệ tương ứng 22,4%, 19,7%, 30,9%, 27% [5].

Một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả không mấy khả quan hơn, Mattia Falchetto Osti (2012) nghiên cứu 55 bệnh nhân hóa xạ đồng thời hậu phẫu cho thấy giai đoạn IB :13%, II :29%, IIIA :24%, IIIB :9%, IV : 5% [12] ; Theo Mitsuru Sasako (2008) nghiên cứu trên 1034 cho thấy giai đoạn IIA chiếm 52,03%, giai đoạn IIIA: 30,75%; IIIB: 10,25% và giai đoạn IV chiếm 6,96% [13]. Như vậy, dù với nhiều kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại và các kỹ thuật mô bệnh học đạt độ nhạy và đặc hiệu cao; hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài đều cho kết quả giai đoạn lâm sàng chủ yếu từ giai đoạn III trên 55%, điều này phần nào giải thích tỷ lệ sống thêm toàn bộ của căn bệnh này là thấp. Nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,7%, giai đoạn III chiếm 29,3%, chẩn đoán giai đoạn sớm hơn so với nhiều nghiên cứu.

4.2. Tái phát và di căn

4.2.1. Tình trạng tái phát tại chỗ, tại vùng

Nghiên cứu Sup Kim (2011) hóa xạ đồng thời 80 bệnh nhân với 5FU-LV, trung vị thời gian theo dõi 48 tháng (dao động: 3 - 83 tháng) cho kết quả tái phát tại chỗ 6%[15]. Nghiên cứu của Qing Zhang

(2012) hóa xạ đồng thời với 5FU-LV kết quả tái phát tại miệng nổi: 17,6% [14]

Theo dõi 90 tháng, nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ chỉ tái phát chiếm 13,79%(8/58), thời gian tái phát trung bình $13,50 \pm 7,29$ tháng (4 – 27 tháng), tương đương với một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

4.2.2. Tình trạng di căn

Jeeyun Lee (2011) nghiên cứu 458 bệnh nhân cho tỷ lệ di căn xa là 20,4%[11]; Sup Kim (2011) hóa xạ đồng thời 80 bệnh nhân với 5FU-LV, trung vị thời gian theo dõi 48 tháng (dao động: 3-83 tháng) cho kết quả di căn xa là 23%[15]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ di căn chung 27,58%(16/58); không khác biệt so với các nghiên cứu nước ngoài; diễn tiến nhanh trong 12 – 18 tháng, thời gian di căn trung bình $18,75 \pm 8,97$ tháng.

4.3. sống thêm sau điều trị

4.3.1. Sống thêm toàn bộ

Theo ghi nhận của Trịnh Thị Hoa (2009) điều trị hỗ trợ phác đồ ECX cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ sau 03 năm là 81,8%[3]. Theo báo cáo trên 138 trường hợp của Vũ Quang Toàn và CS (2016) giai đoạn IIB-IIIC cho thấy điều trị hỗ trợ phác đồ EOX tỉ lệ sống thêm 03 năm, 04 năm, 05 năm tương ứng 64,5%, 54,2%, 50,8%; thời gian sống thêm trung bình toàn bộ $51 \pm 2,3$ tháng [5]. Mattia Falchetto Osti (2012) nghiên cứu trên 55 bệnh nhân hóa xạ đồng thời với Capecitabine cho kết quả sống thêm toàn bộ sau 2 năm là 83%, sau 3 năm là 59,3%, sau 5 năm là 48%[12]. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $41,21 \pm 21,06$ tháng, như vậy về kết quả sống thêm toàn bộ của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu có uống Capecitabin.

4.3.2. Sống thêm không bệnh tiến triển

Báo cáo của Vũ Quang Toàn và CS (2016) ghi nhận tỉ lệ sống không bệnh sau 03 năm, 04 năm, 05 năm tương ứng là 53,9%, 49,8% và 42,9% [5].

Theo Mattia Falchetto Osti (2012) thời gian sống thêm không bệnh sau 2 năm là 75%, sau 3 năm là

60% và sau 5 năm là 44,5%[12]. Theo Qing Zhang (2012) sống thêm không bệnh sau 5 năm là 15% [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm không bệnh. Sau 1,2,3 năm lần lượt là 86,2%, 73,5% và 62,6% cao hơn các nghiên cứu trước đây khi hỗ trợ xạ hóa hay hóa trị.

4.3.3. Sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh sau mổ

Nguyễn Tuyết Mai (2010) nghiên cứu hóa trị hỗ trợ bệnh nhân từ giai đoạn II-IV với phác đồ ECX cho kết quả sống thêm toàn bộ sau 2 năm theo giai đoạn II: 100%, giai đoạn IIIa: 80,9%, giai đoạn IIIb: 75%. Park S. H (2003) nghiên cứu 290 bệnh nhân giai đoạn Ib-IV hóa xạ đồng thời với 5FU-LV, trung vị thời gian theo dõi là 49 tháng cho kết quả sống thêm sau 3 năm theo giai đoạn lâm sàng: giai đoạn I là 94%, giai đoạn II: 76%, giai đoạn III: 54% và giai đoạn IV là 13% ($p < 0,001$) [106].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ của giai đoạn II là 54,2% và giai đoạn III là 35,9%; không khác biệt với các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình giai đoạn II: $41,88 \pm 20,78$ tháng, giai đoạn III: $39,59 \pm 22,27$ tháng; khác biệt thời gian sống toàn bộ giai đoạn II và giai đoạn III không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định LogRank: $\chi^2=1,067$, bậc tự do=1, $P=0,302$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến cứu 58 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II, III điều trị hỗ trợ hóa xạ đồng thời với capecitabin và hóa trị phác đồ EOX sau phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày kèm vét hạch D1 hoặc D2; trong khoảng thời gian từ 2010– 12/2015 tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Huế; thời gian theo dõi là 90 tháng chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi mắc trung bình hai giới $55,16 \pm 9,1$ (27 - 76 tuổi).

- Tỉ lệ : Nam : Nữ = 3 : 1

Bệnh viện Trung ương Huế

- Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%), trong đó loại kém biệt hóa chiếm hơn một nửa số bệnh nhân (56,9%).

- Giai đoạn lâm sàng thường gặp là giai đoạn II (70,7%).

5.2. Kết quả điều trị

- Tái phát/di căn

+ Tái phát thường gặp trước một năm sau điều trị (62,5%).

+ Thời gian tái phát, di căn trung bình lần lượt là $13,50 \pm 7,29$ tháng (4 – 27 tháng) và $18,75 \pm 8,97$ tháng (10 – 36 tháng).

- Thời gian sống thêm

+ Sống thêm toàn bộ trung bình là $41,21 \pm 21,06$

(12-90)tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12 tháng là 98,3%, sau 24 tháng là 77,6% và sau 36 tháng là 63,7%, sau 48 tháng là 58,2% và sau 60 tháng đến 90 tháng là 50,1%.

+ Sống thêm không bệnh trung bình $36,22 \pm 22,64$ (4 – 90) tháng; sau 12 tháng 86,2%, 24 tháng 73,50%, 36 tháng 62,6%.

+ Sống thêm toàn bộ trung bình: Giai đoạn II $41,88 \pm 20,78$ tháng; giai đoạn III $39,59 \pm 22,27$ tháng. Xác suất sống thêm toàn bộ sau 90 tháng là 50,1%

+ Sống thêm toàn bộ trung bình: T3 $40,79 \pm 19,61$ tháng; T4 $41,33 \pm 24,80$ tháng.

+ Sống thêm toàn bộ trung bình N(-) $41,16 \pm 20,51$ tháng, N(+) $41,26 \pm 22,06$ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2010), “Ung thư dạ dày”, Điều trị nội khoa bệnh ung thư, Nxb Y học, tr.29 - 46, 66 - 74, 127 - 141.
2. Trịnh Tuấn Dũng (2009), “Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 754-759
3. Trịnh Thị Hoa (2009), “Đánh giá hiệu quả của hóa trị hỗ trợ ECX trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày sau phẫu thuật tại bệnh viện K (2006 - 2009)”, *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
4. Nguyễn Duy Thăng và CS (2006), “Nghiên cứu dịch tễ học mô tả một số bệnh ung thư tại Thừa Thiên Huế giai đoạn 2001-2004”, *Tạp chí Y học thực hành*, 541, tr. 18-32
5. Vũ Quang Toàn, Đoàn Hữu Nghị, Đỗ Anh Tú (2015), “Điều trị Ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ bằng phẫu thuật và hóa trị hỗ trợ phác đồ EOX”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Số 29 -2015, tr 270- 278.
6. Lê Thị Huỳnh Trang, Lê Đông Nhật Nam, Bùi Chí Viết (2015), “ Khảo sát liên quan biểu hiện quá mức HER2 với đặc điểm lâm sàng và bệnh học trong carcinom tuyến dạ dày”, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, Số 4-2015, tr 204 –210.
7. Daniel T. Dempsey (2006), “Stomach”, *Schwartz's Manual OfSurgery Eighth Edition, Chapter 25*, pp. 650 – 684
8. E. P. M. Jansen, H. Boot et al (2010), “Postoperative chemoradiotherapy in gastric cancer - a phase I-II study of radiotherapy with dose escalation of weekly cisplatin and daily capecitabine chemotherapy”, *Annals of Oncology* 21: 530-534
9. F. De Vita, F. Giuliani, M. Orditura (2007), “Adjuvant chemotherapy with epirubicin, leucovorin 5-fluorouracil and etoposide regimen in resected gastric cancer patients: a randomized phase III trial by the Gruppo Oncologico Italia Meridionale (GOIM 9602 Study)”. *Annals of Oncology* 18: pp 1354–1358
10. Globocan (IARC) (2012), “Stomach Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012”, *Section of Cancer Surveillance (21/8/2014)*.
11. Jeeyun Lee, Do Hoon Lim, Sung Kim et al (2011), “Phase III Trial Comparing Capecitabine Plus Cisplatin Versus Capecitabine Plus Cisplatin With Concurrent Capecitabine Radiotherapy in Completely Resected Gastric Cancer With D2 Lymph Node Dissection: The ARTIST Trial”, *J Clin Oncol*, 30, pp. 268-273.

12. Mattia Falchetto Osti et al (2012), "Adjuvant Chemoradiation with 5-Fluorouracil or Capecitabine in Patients with Gastric Cancer after D2 Nodal Dissection", *Anticancer journal*, Chapter 32, pp. 1397-1402.
13. Mitsuru Sasako (2008), "Surgery and adjuvant chemotherapy", *Int J Clin Oncol*, 13, pp. 193 - 195.
14. Qing Zhang, Jeremy Tey, Lihua Peng (2012), "Adjuvant chemoradio-therapy with or without intraoperative radiotherapy for the treatment of resectable locally advanced gastric adenocarcinoma", *Radiotherapy and Oncology Journal*, 102, pp. 51-55.
15. Sup Kim et al (2011), "Retrospective analysis of treatment outcomes after postoperative chemoradiotherapy in advanced gastric cancer", *Radiat Oncol J*, 29(4), pp. 252-259.