

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy

Trương Xuân Long¹, Lê Phan Tường Quỳnh¹, Ngô Thị Diệu Hương¹, Phạm Anh Vũ¹,
Nguyễn Minh Thảo¹, Hồ Hữu Thiện², Đặng Ngọc Hùng², Đặng Như Thành^{1,2}, Vinh Khánh¹, Nguyễn Văn Cầu¹,
Đặng Công Thuận¹, Phạm Nguyên Cường², Lê Trọng Bình¹, Hà Thị Minh Thi^{1*}

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đề tài có hai mục tiêu: (1) Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy; (2) Khảo sát mối liên quan của đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u và giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên cỡ mẫu thuận tiện gồm 50 bệnh nhân ung thư tụy chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,3 \pm 11,1$, nữ giới chiếm 56,0%. Đái tháo đường và thừa cân, béo phì đạt tỷ lệ cao với lần lượt 32,0% và 28,0%. Triệu chứng chủ yếu là đau bụng với 98,0%. CA 19-9 tăng ở 76,0% bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn III và IV theo phân loại TNM với 36,0% ở mỗi giai đoạn. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 98,0%. Vị trí u chủ yếu ở đầu tụy với 66,0%. Có mối liên quan giữa u đầu tụy và vàng da. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy có mối liên quan giữa CA 19-9 với giai đoạn bệnh theo TNM (OR = 1,303, p = 0,022, 95% CI: 1,038 - 1,636). **Kết luận:** Hầu hết là ung thư biểu mô tuyến tụy. Tiền sử đái tháo đường và thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao. Đau bụng là triệu chứng phổ biến. CA 19-9 tăng trong 76% bệnh nhân ung thư tụy và có mối liên quan với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM.

Từ khóa: ung thư tụy, CA 19-9, CEA, TNM, ECOG.

Clinical and paraclinical characteristics of patients with pancreatic cancer

Trương Xuân Long¹, Lê Phan Tường Quỳnh¹, Ngô Thị Diệu Hương¹, Phạm Anh Vũ¹, Nguyễn Minh Thảo¹,
Hồ Hữu Thiện², Đặng Ngọc Hùng², Đặng Như Thành^{1,2}, Vinh Khánh¹, Nguyễn Văn Cầu¹,
Đặng Công Thuận¹, Phạm Nguyên Cường², Lê Trọng Bình¹, Hà Thị Minh Thi^{1*}

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Hue Central Hospital

Abstract

Background: This study aimed to: 1) Investigate some clinical and paraclinical characteristics in patients with pancreatic cancer. 2) Investigate associations of clinical, paraclinical characteristics with tumor characteristics, and with pancreatic cancer stages according to the TNM classification. **Materials and method:** The study was conducted on a convenience sample size of 50 patients diagnosed pancreatic cancer by histopathology. **Results:** The mean age was 64.3 ± 11.1 years, 56.0% of them were female. Diabetes mellitus and overweight, obesity accounted for a high proportion of 32.0% and 28.0%, respectively. The predominant symptom was abdominal pain (98.0% of cases). CA 19-9 levels were elevated in 76.0% of patients. Most patients were in stage III and IV of the TNM classification, accounting for 36.0% each. The most common histological type was adenocarcinoma, accounting for 98.0% of cases. The tumor location was mainly in the head of the pancreas with 66.0%. There was an association between pancreatic head tumors and jaundice. Multivariate regression analysis revealed a significant association between CA 19-9 levels and TNM stages (OR = 1.303, p = 0.022, 95% CI: 1.038 - 1.636). **Conclusion:** Adenocarcinoma was the most prevalent. History of diabetes and overweight, obesity accounts for a high proportion. Tumors in the pancreatic head were the most frequently observed. Abdominal pain is a common symptom. CA 19-9 levels were elevated in 76.0% of patients and associated with TNM stages.

Key words: pancreatic cancer, CA 19-9, CEA, TNM, ECOG.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là bệnh lý khá thường gặp trong các bệnh lý ung thư tiêu hóa. Ung thư tụy bao gồm ung thư biểu mô tuyến và các dạng ung thư tụy hiếm gặp

khác như u tiết insulin, u thần kinh nội tiết... Trên thực tế lâm sàng, phần lớn ung thư tụy chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến [1]. Trong năm 2020, ung thư tụy đứng thứ 14 trên toàn cầu với 495.773 trường

* Tác giả liên hệ: Hà Thị Minh Thi, htmthi@huemed-univ.edu.vn, htmthi@hueuni.edu.vn
Ngày nhận bài: 24/04/2025; Ngày đồng ý đăng: 13/06/2025; Ngày xuất bản: 25/09/2025

hợp mắc mới, xếp thứ 7 trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư với 466.003 trường hợp [2]. Đến năm 2022, ung thư tụy đã tăng lên đứng thứ 12 với 510.566 trường hợp mắc mới, xếp thứ 6 và chiếm đến 5% số bệnh nhân tử vong do ung thư toàn cầu [3].

Hiện nay, ung thư tụy được chẩn đoán dựa vào sự phối hợp của lâm sàng, các chỉ điểm hóa sinh và đặc điểm về hình ảnh học. Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân ung thư tụy có triệu chứng khởi phát khá mờ hồ, không điển hình và bệnh thường diễn tiến thầm lặng cho đến khi được phát hiện thì đã ở giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật hoặc chỉ có thể phẫu thuật không triệt để [4]. Xét nghiệm hóa sinh liên quan đến ung thư tụy phổ biến là CA 19-9 và CEA, tuy nhiên độ nhạy và độ đặc hiệu chưa cao nên chỉ có vai trò gợi ý trong chẩn đoán ung thư tụy. Nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan: computed tomography scan), chụp cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) cũng như sự phát triển của siêu âm nội soi (EUS: endoscopic ultrasound) trong chẩn đoán và can thiệp, khả năng phát hiện và tiếp cận tổn thương tại tụy để lấy mẫu bệnh phẩm giúp chẩn đoán mô bệnh học ngày càng được cải thiện.

Mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể về điều trị nhưng tỷ lệ tử vong do ung thư tụy vẫn tiếp tục tăng, điều này cho thấy đây là một bệnh lý cần quan tâm, đặc biệt là các dấu hiệu giúp chẩn đoán sớm và tiên lượng bệnh. Hiện nay, chỉ có một số ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tụy đã được thực hiện tại khu vực miền Bắc và miền Nam [5, 6, 7]. Ở miền Trung cũng như thành phố Huế chưa có nghiên cứu nào. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy.*

2. *Khảo sát mối liên quan của đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u và giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân ung thư tụy đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ 07/2022 đến 11/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ung thư tụy được thăm khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm và kỹ thuật sau:

- Xét nghiệm hoá sinh máu: CA 19-9.
- Hình ảnh khối u tụy trên chụp cắt lớp vi tính (computerized tomography scan: CT scan) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (magnetic resonance

imaging: MRI) và/hoặc siêu âm nội soi (endoscopic ultrasound: EUS).

- Mô bệnh học của mẫu sinh thiết hoặc phẫu thuật khẳng định ung thư tụy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Chúng tôi chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện trong thời gian tiến hành nghiên cứu, sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

Tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, các xét nghiệm của bệnh nhân được thực hiện trên các hệ thống sau:

- CA 19-9: hệ thống Cobas E601, E602 của hãng Roche.

- CT scan: Máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy SOMATOM Scope, Siemens Healthineers, Erlangen, Germany.

- MRI: Máy chụp cộng hưởng từ 1.5T MAGNETOM Amira, Siemens Healthineers, Erlangen, Germany.

- Hệ thống siêu âm nội soi Fuji SU-8000 (Fujifilm Corporation, Tokyo, Nhật Bản). Ống siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm đầu dò radial EG 530UT2 và đầu dò linear EG 530UR2 với tần số từ 7,5 – 12 MHz. Kim chọc hút đường kính 19 G và 22 G của hãng Olympus.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, các xét nghiệm của bệnh nhân được thực hiện trên các hệ thống sau:

- CA 19-9: hệ thống DXI của hãng Beckman Coulter.

- CT scan: Máy chụp cắt lớp vi tính Revolution ACT 32 slices, GE Hangwei Medical Systems, Beijing, China.

- MRI: Máy chụp cộng hưởng từ GE Signa Explorer 1.5T, GE Tianjin Company, China.

- Hệ thống siêu âm nội soi Fuji SU-8000 (Fujifilm Corporation, Tokyo, Nhật Bản). Ống siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm đầu dò radial EG 530UT2 và đầu dò linear EG 530UR2 với tần số từ 7,5MHz – 12MHz. Kim chọc hút đường kính 19 G và 22 G của hãng Olympus.

2.2.3. Các bước nghiên cứu

- Thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin:
 - + Các đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, BMI (Body Mass Index: chỉ số khối cơ thể), tiền sử đái tháo đường, hút thuốc lá, uống rượu bia.
 - + Triệu chứng lâm sàng: sụt cân, đau bụng, vàng da, đi cầu phân lỏng...
 - + Xét nghiệm hoá sinh: tất cả bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu đều có kết quả CA 19-9, ngoài ra có thể có thêm xét nghiệm CEA.
 - + Ghi nhận các kết quả CT scan và/hoặc MRI và/hoặc EUS đã được chỉ định cho bệnh nhân.
 - + Đánh giá trạng thái hoạt động cơ thể theo thang

điểm của Nhóm Ung thư Hợp tác Phương Đông (ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group) [8].

- Xét nghiệm mô bệnh học:
- + Đối với bệnh nhân có chỉ định EUS, nếu đủ điều kiện sẽ được chọc hút kim nhỏ (EUS-FNA) lấy mẫu mô tụy.
- + Đối với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, lấy mẫu mô phẫu thuật.
- + Xét nghiệm mô bệnh học được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế hoặc Bệnh viện Trung ương Huế, kết quả được đọc bởi ít nhất hai bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

- Phân giai đoạn lâm sàng theo hệ thống TNM (Tumor - Nodes - Metastasis) [9].

2.2.4. Xử lý số liệu

Các biến số nghiên cứu được ghi nhận và tính trung bình, trung vị hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact (nếu có trên 20% các tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5). So sánh các trung vị bằng kiểm định Mann - Whitney U. Các liên quan được kiểm định bằng hồi quy logistic đa biến với phương pháp backward conditional. Các kiểm định thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS 26.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy

3.1.1. Yếu tố nguy cơ của bệnh nhân ung thư tụy

Bảng 1. Phân bố của một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ung thư tụy

Yếu tố nguy cơ		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tuổi (năm)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	64,3 ± 11,1	
Giới tính	Nam	22	44,0
	Nữ	28	56,0
BMI (kg/m ²)	Thiếu cân (< 18,5)	10	20,0
	Bình thường (18,5 - 22,9)	26	52,0
	Thừa cân (23 - 24,9)	11	22,0
	Béo phì (> 25)	3	6,0
Đái tháo đường	Có	16	32,0
	Không	34	68,0
Hút thuốc lá	Có	10	20,0
	Không	40	80,0
Uống rượu bia	Có	9	18,0
	Không	41	82,0
Tổng		50	100,0

Nghiên cứu gồm 50 bệnh nhân với tỷ lệ nữ giới đạt đến 56,0%, tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 64,3 ± 11,1, có 28,0% bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân và béo phì. Tiền sử bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao với 32,0%, tiếp đến là hút thuốc lá và uống rượu bia với tỷ lệ lần lượt là 20,0% và 18,0%.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng, hoá sinh và đặc điểm khối u của bệnh nhân ung thư tụy

Bảng 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng, hoá sinh và đặc điểm khối u ở bệnh nhân ung thư tụy

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng ^(*)	Đau bụng	49	98,0
	Vàng da	17	34,0
	Sụt cân	16	32,0
	Đi cầu phân lỏng	2	4,0

Trạng thái hoạt động cơ thể theo ECOG	0 điểm	1	2,0
	1 điểm	22	44,0
	2 điểm	24	48,0
	3 điểm	3	6,0
CA 19-9	Tăng (> 37 U/mL)	38	76,0
	Không tăng ($\leq$ 37 U/ml)	12	24,0
CEA(**)	Tăng (> 5 ng/mL)	23	46,9
	Không tăng ($\leq$ 5 ng/mL)	26	53,1
Vị trí u	Đầu tụy	31	62,0
	Đầu - thân tụy	2	4,0
	Thân tụy	7	14,0
	Thân - đuôi tụy	8	16,0
	Đuôi tụy	2	4,0
Kích thước u (mm) trên CT scan/MRI/EUS	$\leq$ 40 mm	20	40,0
	> 40 mm	30	60,0
Giai đoạn theo hệ thống phân loại TNM	Giai đoạn I	5	10,0
	Giai đoạn II	9	18,0
	Giai đoạn III	18	36,0
	Giai đoạn IV	18	36,0
Phân loại ung thư tụy theo mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	49	98,0
	Ung thư biểu mô thần kinh nội tiết	1	2,0
Tổng		50	100,0

Chú thích:

* Bệnh nhân có thể đồng thời có nhiều triệu chứng lâm sàng.

** CEA được làm trên 49 bệnh nhân.

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất của bệnh nhân ung thư tụy là đau bụng chiếm 98,0%. Phần lớn bệnh nhân được ghi nhận ở mức ECOG 1 và ECOG 2, chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,0% và 48,0%.

Nồng độ CA 19-9 tăng chiếm 76,0%, CEA tăng trong 46,9% trường hợp.

Vị trí u ở đầu tụy và đầu - thân tụy chiếm đa số trong nghiên cứu với 66,0%. Kích thước u trung bình $44,7 \pm 13,2$ mm, phần lớn u có kích thước lớn hơn 40 mm chiếm 60,0%, không có u nào có kích thước nhỏ hơn 20 mm. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn III và IV theo hệ thống phân loại TNM với tỷ lệ ở cả hai giai đoạn đều là 36,0%. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số với 98% số trường hợp.

3.2. Mối liên quan của đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u và giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM

Bảng 3. Mối liên quan của lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u

Đặc điểm		Vị trí khối u		p	Kích thước khối u		p
		Đầu tụy	KUĐT		20 - 40 mm	> 40 mm	
Giới	Nam	17 (51,5)	5 (29,4)	0,136	8 (40,0)	14 (46,7)	0,642
	Nữ	16 (48,5)	12 (70,6)		12 (60,0)	16 (53,3)	
BMI	$\leq$ 23	26 (78,8)	10 (58,8)	0,187	17 (85,0)	19 (63,3)	0,118
	> 23	7 (21,2)	7 (41,2)		3 (15,0)	11 (36,7)	

Đái tháo đường	Không	22 (66,7)	12 (70,6)	0,778	11 (55,0)	23 (76,7)	0,108
	Có	11 (33,3)	5 (29,4)		9 (45,0)	7 (23,3)	
Hút thuốc lá	Không	25 (75,8)	15 (88,2)	0,461	18 (90,0)	22 (73,3)	0,279
	Có	8 (24,2)	2 (11,8)		2 (10,0)	8 (26,7)	
Uống rượu bia	Không	25 (75,8)	16 (94,1)	0,141	17 (85,0)	24 (80,0)	0,724
	Có	8 (24,2)	1 (5,9)		3 (15,0)	6 (20,0)	
Vàng da	Không	16 (48,5)	17 (100)	0,0001	11 (55,0)	22 (73,3)	0,180
	Có	17 (51,5)	0 (0,0)		9 (45,0)	8 (26,7)	
Sút cân	Không	20 (60,6)	14 (82,4)	0,200	12 (60,0)	22 (73,3)	0,322
	Có	13 (39,4)	3 (17,6)		8 (40,0)	8 (26,7)	
CA 19-9 (U/mL)	Trung vị (IQR)	397,1 (19,5 - 1000,0)	830,0 (126,7 - 1908,8)	0,197	249,0 (41,6 - 807,4)	711,5 (21,4 - 1466,4)	0,337
CEA (ng/mL)	Trung vị (IQR)	4,7 (2,5-17,5)	5,4 (3,4 - 32,5)	0,294	4,0 (2,6 - 6,6)	6,4 (3,0 - 19,1)	0,234

Chú thích: KUDT: Không có u đầu tụy. IQR (interquartile range: khoảng trải giữa)

Nhận xét: Triệu chứng vàng da là đặc điểm duy nhất có liên quan với vị trí u ở đầu tụy: 51,5% bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy có triệu chứng vàng da, trong khi không có bệnh nhân nào trong nhóm còn lại có triệu chứng này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM

Đặc điểm		Giai đoạn theo phân loại TNM		p
		Giai đoạn I - II n = 14, (%)	Giai đoạn III - IV n = 36, (%)	
Giới	Nam	9 (64,3)	13 (36,1)	0,072
	Nữ	5 (35,7)	23 (63,9)	
BMI	≤ 23	11 (78,6)	25 (69,4)	0,729
	> 23	3 (21,4)	11 (30,6)	
Đái tháo đường	Không	10 (71,4)	24 (66,7)	1,000
	Có	4 (28,6)	12 (33,3)	
Hút thuốc lá	Không	10 (64,3)	30 (83,3)	0,436
	Có	4 (35,7)	6 (16,7)	
Uống rượu bia	Không	9 (64,3)	32 (88,9)	0,094
	Có	5 (35,7)	4 (11,1)	
Vàng da	Không	9 (64,3)	24 (66,7)	0,873
	Có	5 (35,7)	12 (33,3)	
Sút cân	Không	11 (78,6)	23 (63,9)	0,501
	Có	3 (21,4)	13 (36,1)	
CA 19-9 (U/mL)	Trung vị (IQR)	84,2 (13,3 - 598,7)	807,4 (102,5 - 1890,5)	0,018
CEA (ng/mL)	Trung vị (IQR)	3,4 (2,2 - 6,8)	5,4 (3,1 - 41,0)	0,036

Trung vị của nồng độ CEA và CA 19-9 ở bệnh nhân giai đoạn III - IV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân giai đoạn I - II. Các đặc điểm còn lại không có sự khác biệt giữa các nhóm giai đoạn theo hệ thống phân loại TNM.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định mối liên quan của các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM

Các yếu tố		Giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM			
		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Giới	Nam	1		1	
	Nữ	3,185 (0,879 - 11,540)	0,078	2,913 (0,378 - 22,451)	0,305
BMI (kg/m²)	≤ 23	1		-	
	> 23	1,613 (0,375 - 6,949)	0,521	-	
Đái tháo đường	Không	1		-	
	Có	1,250 (0,324 - 4,826)	0,746	-	
Hút thuốc lá	Không	1		-	
	Có	0,500 (0,117 - 2,139)	0,350	-	
Uống rượu bia	Không	1		1	
	Có	0,225 (0,050 - 1,017)	0,053	0,123 (0,006 - 2,414)	0,168
Vàng da	Không	1		1	
	Có	0,900 (0,247 - 3,284)	0,873	0,357 (0,048 - 2,666)	0,315
Sút cân	Không	1		1	
	Có	2,072 (0,488 - 8,804)	0,323	8,999 (0,881 - 91,970)	0,064
CA 19-9 (+100 U/mL)		1,177 (1,006 - 1,377)	0,042	1,303 (1,038 - 1,636)	0,022
CEA (+1 ng/mL)		1,046 (0,980 - 1,117)	0,177	1,038 (0,972 - 1,109)	0,268

Chú thích: (-) Các yếu tố không đưa vào mô hình hồi quy đa biến.

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy logistic đa biến với phương pháp backward conditional ($p < 0,25$), sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố khác trong mô hình, CA 19-9 là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh theo hệ thống phân loại TNM, trong đó nguy cơ bệnh nhân ở giai đoạn III - IV cao hơn 30,3% với mỗi 100 U/mL tăng thêm của CA 19-9 ($p = 0,022$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 50 bệnh nhân ung thư tụy với tuổi trung bình là $64,3 \pm 11,1$ (Bảng 1). Độ tuổi này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Phạm Mỹ Lệ (2021) với tuổi trung bình $63,5 \pm 11,1$, nghiên cứu của Ko (2022) với tuổi trung bình $64,2 \pm 10,9$, nghiên cứu của Luo (2025) với tuổi trung bình $62,7 \pm 11,3$ [6, 10, 11]. Qua đó có thể thấy tuổi của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán của các nghiên cứu thường xấp xỉ 60 tuổi. Điều này phù hợp với nhận định của Grigorescu (2024) rằng ung thư tụy thường được phát hiện trong khoảng từ 60 đến 80 tuổi [12].

Ung thư tụy là một bệnh lý với nhiều yếu tố nguy cơ, trong đó nam giới được xem là một yếu tố gây tăng nguy cơ mắc ung thư tụy. Thật vậy, theo thống kê của GLOBOCAN 2022, tỷ lệ mắc mới ung thư tụy ở

nam là 5,5% và ở nữ là 4,0% [3]. Đáng lưu ý, nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy trong 50 bệnh nhân ung thư tụy, nữ giới chiếm tỷ lệ đến 56,0%, trong khi tỷ lệ nam giới chỉ chiếm 44,0%. Một nghiên cứu của Gehrels (2024) trên 6.855 bệnh nhân ung thư tụy ở Hà Lan từ năm 2015 đến 2020 cũng có tỷ lệ nữ giới cao đến 51,2% [13]. Ngoài ra, nghiên cứu gần đây của Abboud (2023) trên 454.611 bệnh nhân ung thư tụy tại Mỹ từ 2001 - 2018 đã nhận thấy tỷ lệ mắc mới ở nữ giới dưới 55 tuổi có xu hướng tăng nhanh hơn qua từng năm so với nam giới [14]. Sự thay đổi về tỷ lệ giới trong ung thư tụy cần được nghiên cứu sâu rộng hơn, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ liên quan giới tính trong bệnh lý này.

Đái tháo đường cùng với chỉ số khối cơ thể là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc ung thư tụy với cơ chế liên quan đến tăng nồng độ insulin và yếu tố tăng trưởng dạng insulin 1 (IGF-1: insulin

like growth factor 1), từ đó kích thích tăng sinh tế bào và giảm chết tế bào theo chương trình [15], [16]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đái tháo đường và thừa cân béo phì tương đối cao, lần lượt là 32,0% và 28,0%. Thừa cân, béo phì là vấn đề cần quan tâm trong thực hành lâm sàng bởi theo Park (2022) khi theo dõi 7.445.947 người Hàn Quốc trong 11,5 năm có 22.543 người mắc ung thư tụy đã cho thấy cứ mỗi 5 kg/m² tăng lên của BMI liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng nguy cơ mắc ung thư tụy [17]. Đái tháo đường cũng tương tự bởi theo Huang (2020) khi nghiên cứu 2002 ca mắc mới ung thư tụy, những bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường trong vòng một năm có nguy cơ mắc ung thư tụy cao hơn đến 7 lần so với nhóm không bị đái tháo đường [18].

Về triệu chứng lâm sàng, ung thư tụy là một bệnh lý có biểu hiện đa dạng, trong đó nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau bụng, vàng da và sụt cân là những triệu chứng nổi bật với tỷ lệ lần lượt là 98,0%, 34,0% và 32,0% (Bảng 2). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Phạm Mỹ Lệ (2021) với đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 89,7%, sụt cân 37,9%, vàng da 20,7% [6], nghiên cứu của Luo (2025) với 500 bệnh nhân ung thư tụy cũng cho thấy triệu chứng chủ yếu là đau bụng với 68%, sụt cân 52% và vàng da 35% [11].

Theo Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia Hoa Kỳ (NCCN: National Comprehensive Cancer Network), CA 19-9 là chỉ điểm sinh học duy nhất được khuyến cáo ứng dụng trên lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi trong điều trị ung thư tụy [19]. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng tập trung vào chỉ số này và nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có CA 19-9 tăng chiếm 76,0% trường hợp. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn (2017) với 71,2%, Trịnh Phạm Mỹ Lệ (2021) với 69,0% và Lê Thanh Đức (2023) với 77,7% [20], [6], [5]. Mặc dù CA 19-9 không phải là một chỉ điểm đặc hiệu cho ung thư tụy nhưng với tỷ lệ tăng CA 19-9 tương đối cao qua các nghiên cứu như vậy cho thấy đây vẫn là một chỉ điểm có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý này. Hơn nữa, để hỗ trợ cho chẩn đoán, CEA cũng được nhiều tác giả đề cập gần đây, chúng tôi đã ghi nhận kết quả CEA của 49 bệnh nhân với 46,9% trường hợp có CEA tăng, tương đồng với tỷ lệ tăng CEA trong nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2023) với 42,4% và nghiên cứu của Lee (2013) với 39% [5, 21].

Chúng tôi đã khảo sát vị trí khối u dựa vào kết quả CT scan, MRI và EUS, kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cho thấy phần lớn bệnh nhân ung thư tụy có vị trí khối u ở đầu tụy với tỷ lệ 66,0% (bao gồm cả 4,0% trường hợp u đầu - thân tụy). Điều này tương đồng

với tỷ lệ u đầu tụy của các tác giả trong nước như nghiên cứu của Trịnh Phạm Mỹ Lệ (2021) là 60,3% (n = 58) [6], nghiên cứu của Nguyễn Thành Lam (2022) là 72,1% (n = 43) [7], nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2023) là 51,8% (n = 170) [5] và nghiên cứu của Porta (2005) là 61,6% (n = 185) [22]. Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã ở giai đoạn III và IV với tỷ lệ đều là 36,0%, tương tự với nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2022) cũng cho thấy giai đoạn tiến xa lên đến 62,9% [5].

Về mặt mô bệnh học, nhiều thống kê trên thế giới đã cho thấy ung thư biểu mô tuyến ống trong nhóm ung thư tụy ngoại tiết chiếm đa số với hơn 90% các ung thư tụy [23]. Cùng nhận định này, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cũng lên đến 98,0%, ung thư biểu mô thần kinh nội tiết chỉ chiếm 2,0% trường hợp.

4.2. Mối liên quan của đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u và giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM

Khi khảo sát mối liên quan của các đặc điểm khối u với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi nhận thấy chỉ có đặc điểm u đầu tụy có mối liên quan với triệu chứng vàng da của bệnh nhân, trong đó triệu chứng vàng da xuất hiện nhiều hơn ở nhóm u đầu tụy (Bảng 3). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Porta (2005) [22]. Về vị trí giải phẫu, đầu tụy là vùng nằm sát với ống mật chủ, khi khối u phát triển thường sẽ xâm lấn hoặc đè ép vào ống mật chủ, gây nên tình trạng tắc mật dẫn đến vàng da trên lâm sàng. Đây cũng chính là lý do giúp u đầu tụy thường được phát hiện sớm hơn so với các u tụy ở vị trí khác, đồng thời vàng da không đau được xem là triệu chứng gợi ý u đầu tụy trong thực hành lâm sàng [24].

Chúng tôi ghi nhận được trung vị của nồng độ CA 19-9 và CEA đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở giai đoạn lâm sàng nặng hơn (giai đoạn III - IV so với giai đoạn I - II) theo phân loại TNM, các đặc điểm còn lại không có sự khác biệt giữa các giai đoạn khác nhau của ung thư tụy (Bảng 4). Điều này cũng tương đồng với kết quả của Park (2013) khi nghiên cứu trên 944 bệnh nhân ung thư tụy cho thấy giai đoạn bệnh theo TNM tốt hơn ở nhóm có CA 19-9 thấp [25], kết quả của Lee (2013) khi nghiên cứu trên 187 bệnh nhân ung thư tụy cho thấy CEA sẽ tăng lên khi giai đoạn của khối u nặng hơn [21], kết quả của Ermiah (2022) khi nghiên cứu trên 123 bệnh nhân ung thư tụy cho thấy CEA tăng liên quan có ý nghĩa với giai đoạn tiến triển bệnh [26]. Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy logistic đa biến, kết quả ở Bảng 5 cho thấy CA 19-9 là yếu tố độc lập có liên quan ý nghĩa với các nhóm

giai đoạn bệnh ($p = 0,022$), cụ thể cứ mỗi 100 U/mL tăng thêm của CA 19-9 sẽ làm tăng thêm 30,3% khả năng bệnh nhân đã mắc bệnh ở giai đoạn III - IV. Như vậy, nồng độ CA 19-9 tại thời điểm chẩn đoán có liên quan với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân ung thư tụy đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ 07/2022 đến 11/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tụy

Phần lớn bệnh nhân ung thư tụy được chẩn đoán ở tuổi trên 60, nữ giới chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ đái tháo đường và thừa cân, béo phì tương đối cao.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng. CA 19-9 tăng trong 76,0% bệnh nhân, CEA tăng trong 46,9% bệnh nhân.

Đa số bệnh nhân có giai đoạn bệnh theo TNM là

III và IV với tỷ lệ đều là 36,0%.

Phần lớn bệnh nhân ung thư tụy có khối u ở đầu tụy. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm 98,0%.

5.2. Mối liên quan của đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm khối u và giai đoạn ung thư tụy theo hệ thống phân loại TNM

Triệu chứng vàng da có liên quan có ý nghĩa với vị trí u ở đầu tụy.

Mô hình hồi quy đa biến cho thấy CA 19-9 là yếu tố liên quan có ý nghĩa với giai đoạn bệnh theo hệ thống phân loại TNM: nguy cơ bệnh nhân ở giai đoạn III - IV tăng thêm 30,3% với mỗi 100 U/mL tăng thêm của CA 19-9.

Lời cảm ơn

Đây là kết quả của đề tài khoa học và công nghệ cấp Tỉnh (mã số TTH.2021-KC.22) được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên - Huế (thành phố Huế) đầu tư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Huy. Giáo trình sau đại học Bệnh học gan mật tụy. Huế: Nhà xuất bản Đại học Huế. 2017.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71:209–49.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74:229–63.
4. Wangermez M. Endoscopic ultrasound of pancreatic tumors. Diagn Interv Imaging 2016;97:1287–95.
5. Lê Thanh Đức, Bùi Thành Lập. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy giai đoạn tiến triển, di căn tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;524:911–5.
6. Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Văn Huy. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y Dược Huế. 2021;11:60–5.
7. Nguyễn Thành Lam, Vi Trần Doanh, Trần Bảo Ngọc, Hoàng Minh Tú, Lê Duy Sơn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên. Tạp chí Y học Lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Huế. 2022;82:111–8.
8. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982;5:649–55.
9. Sanjay Kakar, Timothy M. Pawlik, Peter J. Allen, Jean-Nicolas Vauthey. Exocrine Pancreas. In: Mahul B. Amin, Stephen B. Edge, Frederick L. Greene, David R. Byrd, Robert K. Brookland, Mary Kay Washington, et al., editors. AJCC Cancer Staging Manual. Springer. 2017. page 337–47.
10. Ko SW, Kim TH, Song TJ, Kim SH, Seo DW, Yoon JH, et al. Prognosis and Clinical Characteristics of Patients with Pancreatic Ductal Adenocarcinoma Diagnosed by Endoscopic Ultrasonography but Indeterminate on Computed Tomography. Gut Liver. 2022;16:474–82.
11. Luo YG, Wu M, Chen HG. Retrospective analysis of pathological types and imaging features in pancreatic cancer: A comprehensive study. World J Gastrointest Oncol. 2025;17:99153.
12. Grigorescu RR, Husar-Sburlan IA, Gheorghe C. Pancreatic Cancer: A Review of Risk Factors. Life. 2024;14:980.
13. Gehrels AM, Wagner AD, Besselink MG, Verhoeven RHA, van Eijck CHJ, van Laarhoven HWM, et al. Gender differences in tumor characteristics, treatment allocation and survival in stage I–III pancreatic cancer: a nationwide study. Eur J Cancer. 2024;206:114117.
14. Abboud Y, Saman JS, Oh J, Jiang Y, Randhawa N, Lew D, et al. Increasing Pancreatic Cancer Incidence in Young Women in the United States: A Population-Based Time-Trend Analysis, 2001–2018. Gastroenterology 2023;164:978-989.e6.
15. Stolzenberg-Solomon RZ, Graubard BI, Chari S, Limburg P, Taylor PR, Virtamo J, et al. Insulin, Glucose,

Insulin Resistance, and Pancreatic Cancer in Male Smokers. JAMA. 2005;294:2872–8.

16. Giovannucci E, Michaud D. The Role of Obesity and Related Metabolic Disturbances in Cancers of the Colon, Prostate, and Pancreas. Gastroenterology. 2007;132:2208–25.

17. Park BK, Seo JH, Chung JB, Choi JK. Lifestyle, body mass index, diabetes, and the risk of pancreatic cancer in a nationwide population-based cohort study with 7.4 million Korean subjects. British Journal of Cancer. 2022;127:32022;127:549–57.

18. Huang BZ, Pandol SJ, Jeon CY, Chari ST, Sugar CA, Chao CR, et al. New-Onset Diabetes, Longitudinal Trends in Metabolic Markers, and Risk of Pancreatic Cancer in a Heterogeneous Population. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2020;18:1812–1821.e7.

19. Tempero MA, Malafa MP, Al-Hawary M, Behrman SW, Benson AB, Cardin DB, et al. Pancreatic Adenocarcinoma, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2021;19:439–57.

20. Nguyễn Trường Sơn. Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy. [Luận án Tiến sĩ Y học], Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.

21. Lee KJ, Yi SW, Chung MJ, Park SW, Song SY, Chung JB, et al. Serum CA 19-9 and CEA Levels as a Prognostic Factor in Pancreatic Adenocarcinoma. Yonsei Med J. 2013;54:643–9.

22. Porta M, Fabregat X, Malats N, Guarner L, Carrato A, De Miguel A, et al. Exocrine pancreatic cancer: Symptoms at presentation and their relation to tumour site and stage. Clinical and Translational Oncology. 2005;7:189–97.

23. Hu JX, Lin YY, Zhao CF, Chen WB, Liu QC, Li QW, et al. Pancreatic cancer: A review of epidemiology, trend, and risk factors. World J Gastroenterol. 2021;27:4298–321.

24. Meslar E. Pancreatic adenocarcinoma. JAAPA. 2020;33:50–1.

25. Park JK, Paik WH, Ryu JK, Kim YT, Kim YJ, Kim J, et al. Clinical Significance and Revisiting the Meaning of CA 19-9 Blood Level Before and After the Treatment of Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: Analysis of 1,446 Patients from the Pancreatic Cancer Cohort in a Single Institution. PLoS One. 2013;8:e78977.

26. Ermiah E, Eddfair M, Abdulrahman O, Elfagieh M, Jebriel A, Al-Sharif M, et al. Prognostic value of serum CEA and CA19-9 levels in pancreatic ductal adenocarcinoma. Mol Clin Oncol. 2022;17:126.