

2. **Horstkotte D, Loogen F.** The natural history of aortic valve stenosis. *Eur Heart J.* 2018;39(suppl E):57-64.
3. **Schwarz F, Baumann P, Manthey J, Hoffmann M, Schuler G, Mehmel HC, et al.** The effect of aortic valve replacement on survival. *Circulation.* nov 1982;66(5):1105-10.
4. **Desai PV, Goel SS, Kleiman NS, Reardon MJ.** Transcatheter Aortic Valve Implantation: Long-Term Outcomes and Durability. *Methodist DeBakey Cardiovasc J.* 2023;19(3):15-25. doi: 10.14797/mdcvi.1201
5. **Windecker S, Okuno T, Unbehaun A, Mack M, Kapadia S, Falk V.** Which patients with aortic stenosis should be referred to surgery rather than transcatheter aortic valve implantation? *Eur Heart J.* 2022 Aug 1;43(29):2729-2750. doi: 10.1093/eurheartj/ehac105. PMID: 35466382.
6. **Ali N, Hildick-Smith D, Parker J, et al.** Long-term durability of self-expanding and balloon-expandable transcatheter aortic valve prostheses: UK TAVI registry. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2023; 101: 932-942. doi:10.1002/ccd.30627
7. **Hans Gustav Hørsted Thyregod, Troels Høisgaard Jørgensen, Nikolai Ihlemann, et al.,** Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. *European Heart Journal,* 2024; ehae043. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae043>
8. **Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al.** 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2021 Feb 2;143(5):e35-e71. doi: 10.1161/CIR.0000000000000932. Epub 2020 Dec 17. Erratum in: *Circulation.* 2021 Feb 2;143(5):e228. Erratum in: *Circulation.* 2021 Mar 9;143(10):e784. PMID: 33332149.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thanh Hà<sup>1</sup>, Hoàng Kim Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 - 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu trên 37 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ điều trị tại Trung tâm Ung bướu từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. Ghi nhận các thông tin về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ độc tính của hoá trị. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp nhất: 60 - 69 chiếm 43,2%. Lý do vào viện phổ biến là đau tức ngực (37,8%), ho kéo dài (27%). Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS 0 - 1 là chủ yếu (86,5%), PS = 2: 13,5%. Bệnh nhân giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, bệnh nhân giai đoạn khu trú là 13,5%. Số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ Etoposide - Cisplatin là nhiều nhất chiếm 48,6% và phác đồ Etoposide - Carboplatin 24,3%. Tỷ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%. Độc tính trên hệ tạo huyết: giảm bạch cầu hạt là 59,5% trong đó giảm độ 3 chiếm 13,5%. Độc tính nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1, 2 chiếm 56,7%, độ 3 chiếm 10,8%. Độc tính tiêu chảy chủ yếu độ 1, 2 chiếm 43,2%. Độc tính trên thần kinh ngoại vi chiếm 24,3%.

**Từ khoá:** Ung thư phổi tế bào nhỏ, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ độc tính của hoá trị.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Thanh Hà

Email: nongthanha.bsnt.k15@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

### SUMMARY

#### RESULTS OF SMALL CELL LUNG CANCER TREATMENT AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate treatment results in small cell lung cancer patients at the Oncology Center - Thai Nguyen Central Hospital in the period of 2018 - 2022. **Methods:** Retrospective study of 37 small cell lung cancer patients treated at the Oncology Center from January 2018 to December 2022. Record information about some clinical and paraclinical characteristics, stages, response rates, and toxicity rates of chemotherapy. **Results:** Most common age: 60 - 69, accounting for 43.2%. Common reasons for hospitalization are chest pain (37.8%), and persistent cough (27%). The general condition index of patients is PS 0 - 1 mainly (86.5%), PS = 2: 13.5%. Patients with extensive stage account for 86.5%, patients with limited stage take up 13.5%. The largest number of patients treated with the Etoposide - Cisplatin regimen is 48.6% and the Etoposide - Carboplatin regimen is 24.3%. The response rate of treatment after 6 cycles reached 16.2%, of which partial response accounted for 13.5% and complete response accounted for 2.7%. Toxicity on the hematopoietic system: neutropenia was 59.5%, of which level 3 was 13.5%. Nausea and vomiting are mainly level 1, 2, accounting for 56.7%, and level 3 accounting for 10.8%. Diarrhea is mainly grade 1, 2 which accounts for 43.2%. Peripheral nerve toxicity accounts for 24.3%.

**Keywords:** small cell lung cancer, response rate, toxicity rate of chemotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính và là

nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2020), ước tính cho khoảng 2,2 triệu ca UTP mới mắc, chiếm 11,4% tổng số bệnh nhân ung thư và 1,79 triệu người tử vong, chiếm 18% tổng số ca tử vong do ung thư nói chung [7]. Tại Việt Nam, các kết quả ghi nhận cũng cho thấy ung thư phổi có tỷ lệ mắc và tử vong cao ở cả 2 giới [7].

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới WHO, ung thư phổi được chia làm 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 85 – 90% và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN). Hai thể mô bệnh học rất khác nhau về điều trị và tiên lượng bệnh. UTPTBN mang các đặc điểm khác biệt so với các nhóm còn lại bởi tính chất ác tính hơn, tiên lượng xấu hơn, sự phát triển của khối u nhanh hơn, di căn xa sớm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trên lâm sàng, UTPTBN được chia ra làm 2 giai đoạn là khu trú và lan tràn. Trong đó, lan tràn chiếm 2/3 số bệnh nhân UTPTBN tại thời điểm được chẩn đoán [6].

Về điều trị, UTPTBN nhạy cảm điều trị hóa trị, có thể cải thiện triệu chứng và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Trên thế giới và Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về kết quả điều trị hóa chất của UTPTBN giai đoạn khu trú và lan tràn. Tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hiện tại chưa có nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị của ung thư phổi tế bào nhỏ, nhằm tìm hiểu và góp phần cung cấp thêm bằng chứng khoa học về ung thư phổi tế bào nhỏ vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu "Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 – 2022".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 37 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ được điều trị bằng hoá chất tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi tế bào nhỏ bằng mô bệnh học.
- Được chẩn đoán giai đoạn: khu trú, lan tràn.
- Chỉ số toàn trạng PS: 0 - 2.
- Bệnh nhân được điều trị hóa chất.
- Chức năng các cơ quan trong giới hạn cho phép truyền hóa chất.
- Bệnh nhân mới điều trị lần đầu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị hoặc bỏ dở điều trị không phải do chuyên môn.
- Bệnh nhân không được điều trị bằng hóa chất.
- Bệnh nhân không đủ điều kiện truyền hóa chất.
- Bệnh nhân có bệnh lý về tâm thần.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/03/2023 đến 01/03/2024. Địa điểm: Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- **Cách thức tiến hành:** Hồi cứu trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ điều trị tại Trung tâm Ung bướu từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. Chỉ tiêu nghiên cứu chính: Giới, tuổi, lý do đến viện, chỉ số PS, đặc điểm lâm sàng; mức độ đáp ứng điều trị: Phân loại mức độ đáp ứng theo RECIST; phân độ độc tính của điều trị hoá chất theo CTCAE Version 5.0; Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 25.0.

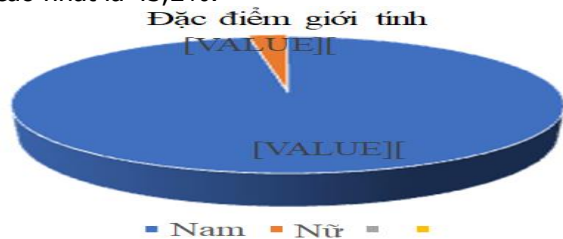
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤ 40 tuổi	1	2.7
41- 49 tuổi	3	8.1
50 – 59 tuổi	14	37.8
60 – 69 tuổi	16	43.2
70 – 79 tuổi	3	8.1
≥ 80 tuổi	0	0
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là:  $59,11 \pm 8,72$  tuổi; trung vị là: 60 tuổi. Tuổi nhỏ nhất: 36 tuổi. Tuổi lớn nhất: 74 tuổi. Nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỉ lệ cao nhất là 43,2%.



**Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính bệnh nhân**

**Nhận xét:** Nam chiếm tỉ lệ chủ yếu với 97,3% tương đương 36 bệnh nhân.

**Bảng 2. Lý do vào viện của bệnh nhân**

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Ho kéo dài	10	27
Ho ra máu	2	5.4
Đau tức ngực	14	37.8
Khó thở	4	10.8
Gầy sút cân	1	2.7

Sờ thấy hạch thượng đòn	6	16.2
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Lý do bệnh nhân đến viện chủ yếu là đau tức ngực chiếm 37,8%, ho kéo dài chiếm 27%, sờ thấy hạch thượng đòn chiếm 16,2%, khó thở chiếm 10,8%, ho ra máu chiếm 5,4% và gầy sút cân chiếm 2,7%.

**Bảng 3. Tình trạng bệnh nhân theo chỉ số toàn trạng PS**

Chỉ số toàn trạng PS	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
0	9	24,3
1	23	62,2
2	5	13,5
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu có chỉ số PS = 1 là chủ yếu chiếm 62,2%, có 9 bệnh nhân có PS = 0 chiếm 24,3% và có 5 bệnh nhân có PS = 2 chiếm 13,5%.

**Bảng 4. Giai đoạn bệnh của bệnh nhân**

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Khu trú	5	13,5
Lan tràn	32	86,5
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân chủ yếu giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, giai đoạn khu trú chiếm 13,5%.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 5. Phác đồ hoá chất**

Phác đồ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Irinotecan – Carboplatin	8	21,6
Etoposide – Carboplatin	9	24,3
Etoposide – Cisplatin	18	48,6
Paclitaxel - Cisplatin	2	5,4
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Bảng 8. Độc tính trên hệ tạo huyết**

	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm Hemoglobin	19	51,4	6	16,2	11	29,7	1	2,7	0	0
Giảm bạch cầu	23	62,2	8	21,6	5	13,5	1	2,7	0	0
Giảm bạch cầu hạt	15	40,5	11	29,7	6	16,2	5	13,5	0	0
Giảm tiểu cầu	35	94,6	1	2,7	1	2,7	0	0	0	0

**Nhận xét:** Có 18 bệnh nhân giảm huyết sắc tố trong đó giảm độ 1 chiếm 16,2%, giảm độ 2 chiếm 29,7%, giảm độ 3 chiếm 2,7%. Có 14 bệnh nhân hạ bạch cầu chiếm 37,8% trong đó giảm độ 1 chiếm 21,6%. Có 59,5% bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt, trong đó giảm độ 1 chiếm 29,7%, giảm độ 2 chiếm 16,2%, giảm độ 3 chiếm 13,5%. Có 2 bệnh nhân giảm tiểu cầu độ độ 1, 2 chiếm 5,4%.

**Bảng 9. Độc tính ngoài hệ tạo huyết**

	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Độc tính trên gan	31	83,8	4	10,8	2	5,4	0	0	0	0
Độc tính trên thận	27	73	8	21,6	2	5,4	0	0	0	0
Nôn, buồn nôn	12	32,4	15	40,5	6	16,2	4	10,8	0	0
Tiêu chảy	21	56,8	13	35,1	3	8,1	0	0	0	0

**Nhận xét:** Có 18 bệnh nhân sử dụng phác đồ Etoposide – Cisplatin chiếm 48,6%, 9 bệnh nhân sử dụng phác đồ Etoposide – Carboplatin chiếm 24,3%, 8 bệnh nhân sử dụng phác đồ Irinotecan – Carboplatin chiếm 21,6%, có 2 bệnh nhân sử dụng phác đồ Paclitaxel – Cisplatin chiếm 2%.

**Bảng 6. Tỉ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ**

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Không đánh giá được đáp ứng	8	21,6
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	23	62,2
Đáp ứng giữ nguyên	1	2,7
Tiến triển	5	13,5
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỉ lệ đáp ứng của điều trị sau 3 chu kỳ đạt 64,9% trong đó đáp ứng một phần chiếm 62,2%; bệnh tiến triển chiếm 13,5% và không đánh giá được đáp ứng chiếm 21,6%.

**Bảng 7. Tỉ lệ đáp ứng sau 6 chu kỳ**

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Không đánh giá được đáp ứng	14	37,8
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,7
Đáp ứng một phần	5	13,5
Đáp ứng giữ nguyên	7	18,9
Tiến triển	10	27
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỉ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%, bệnh giữ nguyên chiếm 18,9%, bệnh tiến triển chiếm 27% và không đánh giá được đáp ứng chiếm 37,8%.

**3.3. Độc tính của điều trị hoá chất**

Độc tính trên thần kinh ngoại vi	28	75,7	9	24,3	0	0	0	0	0	0
----------------------------------	----	------	---	------	---	---	---	---	---	---

**Nhận xét:** Các độc tính của điều trị hoá chất trên gan chủ yếu độ 1 và 2 chiếm 10,8% và 5,4%. Độc tính trên thận chủ yếu độ 1 và độ 2 chiếm 21,6% và 5,4%. Nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1 và 2 chiếm 40,5% và 16,2%, độ 3 chiếm 10,8%. Tiêu chảy chủ yếu độ 1 và 2 chiếm 35,1% và 8,1%. Độc tính trên thần kinh ngoại vi độ 1 chiếm 24,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Về tuổi và giới tính, trong 37 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $59,11 \pm 8,72$  tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 – 69 chiếm 43,2%, bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 74 tuổi. Nam giới chiếm gần như tuyệt đối với 97,3%. Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Thị Thái Hoà (2019) với tuổi trung bình là  $61,4 \pm 7,1$  tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 – 69, tuổi thấp nhất là 38 và tuổi cao nhất là 74 [1].

Về lý do vào viện, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lý do vào viện chủ yếu là đau tức ngực 37,8% và ho kéo dài có 27% bệnh nhân. Một số triệu chứng khác ít gặp hơn như sờ thấy hạch có 16,2%, khó thở có 10,8%, ho ra máu có 5,4% và gầy sút cân có 2,7%. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả của Trần Tuấn Sơn (2019) chủ yếu bệnh nhân đến viện là ho kéo dài 33,3%, đau tức ngực 31,7%, ho ra máu 13,3%, khó thở 8,3% và triệu chứng của cơ quan di căn 13,4% [3]. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng là UTPTBN giai đoạn khu trú và lan tràn, còn trong nghiên cứu của Trần Tuấn Sơn nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân giai đoạn lan tràn.

Về chỉ số PS, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là PS 0 - 1 chiếm 86,5%, PS 2 chiếm 13,5%. Kết quả này tương tự với kết quả của Đoàn Thị Tuyết (2019) chỉ số PS bệnh nhân chủ yếu là PS 0 - 1 có 90,7% và PS 2 có 9,3% [2].

Về giai đoạn bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, bệnh nhân ở giai đoạn khu trú chiếm 13,5%.

Về phác đồ hoá chất, bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bởi 4 phác đồ, phác đồ chủ yếu bệnh nhân sử dụng phác đồ Etoposide – Cisplatin 48,6%, phác đồ Etoposide – Carboplatin 24,3%, phác đồ Irinotecan – Carboplatin 21,6%, phác đồ Paclitaxel – Cisplatin 2%. Điều này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác như nghiên cứu của Trần Tuấn Sơn

(2019) với phác đồ Irinotecan – Cisplatin hoặc Đoàn Thị Tuyết (2019) với phác đồ Etoposide – Carboplatin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do tình trạng nguồn cung hoá chất tại cơ sở chưa đầy đủ và đều đặn; do đó, bệnh nhân được điều trị bằng tất cả 4 phác đồ như trên.

Về đáp ứng điều trị, tỉ lệ đáp ứng điều trị sau 3 chu kỳ đạt 64,9% trong đó đáp ứng một phần chiếm 62,2%; bệnh tiến triển chiếm 13,5% và không đánh giá được đáp ứng chiếm 21,6%. Tỉ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%, bệnh giữ nguyên chiếm 18,9%, bệnh tiến triển chiếm 27% và không đánh giá được đáp ứng chiếm 37,8%. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả của nghiên cứu của Đoàn Thị Tuyết (2019) với tỉ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ đạt 87%, tỉ lệ đáp ứng sau 6 chu kỳ đạt 78,7% [2]. Kết quả nghiên cứu này cũng có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Yilmaz và Cs (2011) với kết quả đáp ứng hoàn toàn và một phần lần lượt là 23,9% và 45,5% [8]. Sự khác biệt này có thể được giải thích một phần do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá được đáp ứng sau điều trị.

Về độc tính trên hệ tạo huyết, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ giảm bạch cầu là 37,8%, giảm bạch cầu hạt là 59,5% trong đó giảm bạch cầu hạt độ 3 chiếm 13,5%; giảm huyết sắc tố độ 2 là chủ yếu 29,7%, có 16,2% bệnh nhân giảm huyết sắc tố độ 1 và chỉ có 2,7% bệnh nhân giảm huyết sắc tố độ 3. Tỉ lệ giảm tiểu cầu là 5,4% trong đó không có trường hợp nào giảm tiểu cầu độ 3,4. Kết quả này có sự khác biệt với kết quả của Hoàng Trọng Tùng (2022) với tỉ lệ giảm bạch cầu là 90,6% trong đó giảm bạch cầu độ 3, 4 gặp lần lượt là 18,6% và 12,5%. Giảm huyết sắc tố chỉ gặp 29,7%. Giảm tiểu cầu gặp ở 54,9% [4]. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là bệnh nhân ở giai đoạn lan tràn và được điều trị bằng hoá chất đơn thuần. Còn trong nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UTPTBN giai đoạn khu trú, được điều trị bằng hoá chất kết hợp xạ trị nên độc tính lên tủy xương nặng hơn. Kết quả nghiên cứu này cũng có sự khác biệt với kết quả của nghiên cứu của Hanna Naser (2006) với tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 là 36,2% với phác đồ IP, 86,5% với phác đồ EP [5]. Sự khác biệt này có thể do tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn (59,11 tuổi) so với nghiên cứu

của Hanna Naser (63 tuổi).

Về độc tính ngoài hệ tạo huyết, chúng tôi thấy rằng độc tính trên gan chủ yếu độ 1, 2 chiếm 16,2%; độc tính trên thận chủ yếu độ 1, 2 chiếm 27%. Nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1 và 2 chiếm 40,5% và 16,2%, độ 3 có 4 bệnh nhân chiếm 10,8%. Tiêu chảy chủ yếu gặp ở độ 1 và 2 chiếm 35,1% và 8,1%. Độc tính trên thần kinh ngoại vi độ 1 có 9 bệnh nhân chiếm 24,3%. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Trần Tuấn Sơn (2019) với 100% bệnh nhân có nôn và buồn nôn trong đó 31,7% gặp nôn, buồn nôn độ 3. Độc tính tiêu chảy có 68,3% trong đó 18,4% tiêu chảy độ 3, 4 [3].

## V. KẾT LUẬN

Độ tuổi thường gặp nhất: 60 – 69 chiếm 43,2%. Đau tức ngực là triệu chứng hay gặp nhất 37,8%, sau đó là ho kéo dài chiếm 27%. Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS 0 – 1 là chủ yếu chiếm 86,5%, PS = 2 chiếm 13,5%. Bệnh nhân giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, bệnh nhân có giai đoạn khu trú có 5 bệnh nhân chiếm 13,5%. Số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ Etoposide – Cisplatin là nhiều nhất chiếm 48,6% và phác đồ Etoposide – Carboplatin 24,3%.

Tỉ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%. Độc tính trên hệ tạo huyết: hạ bạch cầu hạt là 59,5% trong đó giảm độ 3 chiếm 13,5%. Nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1, 2 chiếm 56,7%, độ 3 chiếm 10,8%. Tiêu chảy chủ yếu độ 1, 2 chiếm 43,2%. Độc tính

trên thần kinh ngoại vi chiếm 24,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thái Hoà, Đoàn Thị Tuyết (2019), "Kết quả sống thêm của bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn điều trị phác đồ Etoposide - Carboplatin tại Bệnh viện K", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 212-215.
2. Đoàn Thị Tuyết, Nguyễn Thị Thái Hoà (2019), "Đánh giá đáp ứng của phác đồ Etoposide – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 216-219.
3. Trần Tuấn Sơn, Nguyễn Thị Hào (2019), "Đánh giá hiệu quả phác đồ Irinotecan - Cisplatin trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn tại Bệnh viện ung bướu Hà Nội", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 174-179.
4. Hoàng Trọng Tùng, Bùi Công Toàn (2022), "Đánh giá một số tác dụng không mong muốn phác đồ điều trị hoá xạ đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại Bệnh viện K.", Tạp chí Y Dược học Bộ Y tế, (43), tr. 9-14.
5. Hanna N, Bunn PA, Jr., Langer C, et al. (2006), "Randomized phase III trial comparing irinotecan/cisplatin with etoposide/cisplatin in patients with previously untreated extensive-stage disease small-cell lung cancer", J Clin Oncol, 24 (13), pp. 2038-2043.
6. DeVita HRs (2018), "Cancer-Principles & Practice of Oncology 11 ed. New York: LWW".
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin, 71 (3), pp. 209-249.
8. Yilmaz U, Polat G, Anar C, et al. (2011), "Carboplatin plus etoposide for extensive stage small-cell lung cancer: an experience with AUC 6 doses of carboplatin", Indian J Cancer, 48 (4), pp. 454-459.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ TỪ NĂM 2023 ĐẾN NĂM 2024

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng Guillain – Barré là thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên gây tình trạng liệt mềm tứ chi cấp tính hoặc bán cấp thường gặp nhất và có nhiều biến thể càng làm khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng,

Mã Chí Toàn<sup>1</sup>, Lê Văn Minh<sup>1</sup>, Lý Ngọc Tú<sup>2</sup>

cận lâm sàng và xác định tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56.74 ± 20.58. Tỷ lệ nam và nữ là 58.8% và 41.2%. Nông thôn chiếm 79.4%. Lâm sàng: yếu liệt chi, dị cảm (97.1%), đau (88.2%) và giảm đến mất phản xạ gân xương ở chi trên và chi dưới (91.2% và 100%). Điểm MRC trung bình là 37.47±11.16 và điểm Hughes trung bình là 3.44 ±0.82. Có 38.2% nhiễm trùng hô hấp trước đó. Phân ly đạm tế bào dịch não tủy chiếm 70%. Nhóm tổn thương sợi trục chiếm 76.4% so với AIDP chiếm 20.6%. **Kết luận:** Bệnh mắc ở mọi lứa tuổi, nam cao hơn nữ và nông thôn cao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Mã Chí Toàn

Email: toanmh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024