

các tác giả khác. Phân loại kết quả chung của phẫu thuật phụ thuộc chủ yếu vào hai yếu tố là tái phát và mất tự chủ HM sau mổ, để kết quả điều trị phẫu thuật RHM ngày càng tốt hơn cũng đồng nghĩa với việc ngày càng phải hạn chế 2 biến chứng này. Do đó trong điều trị phẫu thuật RHM ta cần hết sức chú ý đến các yếu tố liên quan đã bàn luận trên đây.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình  $44,86 \pm 13,76$ . Tỷ lệ nam/nữ là 12/1.
- Thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm 77,33%.
- Triệu chứng lâm sàng: Thở áp xe 34,67%, thở rò hậu môn 59,33%.
- Có 45,39% bệnh nhân đã phẫu thuật từ 1 lần trở lên.
- Rò xuyên cơ thắt cao chiếm 91,45%.
- Mở ngò đường rò là phương pháp chính điều trị rò xuyên cơ thắt cao (36,69%), chiếm 55/152 (36,18%) trong các phương pháp phẫu thuật.
- Biến chứng sau mổ: 1,33% bệnh nhân bị chảy máu sau mổ, 8,67% phải thông tiểu, 3,33% viêm tấy lan tỏa.
- Thời gian liền sẹo trung bình là  $7,06 \pm 3,11$  tuần;  $p < 0,05$ .

- Kết quả chung cho thấy tỉ lệ tốt là 81,58%; trung bình là 16,45% và kém là 1,97%. Sự khác biệt kết quả chung theo phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đức Huân, Nguyễn Ngọc Đan.** Bệnh rò hậu môn. Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2021:679-694.
2. **Bùi Sỹ Tuấn Anh, Nguyễn Xuân Hùng, Trịnh Hồng Sơn, Phamarcy.** Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn hình móng ngựa. Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108. 2021; Tập 16, số 4:11-12.
3. **Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD.** A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. Jan 1976;63(1):1-12.
4. **Belizon A, Weiss EGJC. Complex anal fistula.** Coloproctology. 2010;chapter 13(pp):161-168.
5. **Tăng Huy Cường.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.; 2011.
6. **Trịnh Hồng Sơn.** Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.; 2018.
7. **Nguyễn Hoàng Hòa.** Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp. 2016.
8. **Hùng NX, Phương NTJJo-CM, Phamarcy.** Kết quả điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Việt Đức. 2018;

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÒM HỌNG TÁI PHÁT DI CĂN BẰNG GEMCITABINE-CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hiếu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Thái Hòa<sup>3</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn bằng phác đồ Gemcitabine – Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 39 người bệnh ung thư vòm họng di căn, điều trị bước một phác đồ Gemcitabine - Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2019 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Vị trí di căn thường gặp là phổi (43,6%), tiếp theo là gan (38,5%); xương (33,3%). Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 71,7%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 9,0 tháng. Các độc tính hay gặp là hạ bạch cầu 74,3%, thiếu máu 64%, buồn nôn 56,4%, nôn

43,6% trong đó phần lớn các độc tính gặp ở độ 1,2. **Kết luận:** Gemcitabine – Cisplatin cho thấy có hiệu quả và dung nạp được ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng di căn. **Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, Gemcitabine - Cisplatin

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF METASTATIC NASOPHARYNGEAL CANCER BY GEMCITABINE-CISPLATIN AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Aims:** To evaluate the result of Gemcitabine - Cisplatin in patients with metastatic nasopharyngeal cancer in Nghe An Oncology Hospital. **Method:** Retrospective study on 39 metastatic nasopharyngeal cancer patients who received first-line treatment with Gemcitabine - Cisplatin regimen in Nghe An Oncology Hospital from January 2019 to April 2024. **Results:** The most common site of metastasis was lung (43,6%), followed by the liver (38,5%); bone (33,3%). The overall response rate (ORR) was 71,7% and the median PFS was 9,0 months; The most common was neutropenia (74,3%), anemia (64%), nausea (56,4%), vomiting (43,6%) most of them were

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiếu

Email: hn93864@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024

grade 1, 2. **Conclusion:** Gemcitabine-Cisplatin was an effective and tolerable regimen in patients with metastatic nasopharyngeal cancer.

**Keywords:** nasopharyngeal cancer, Gemcitabine - Cisplatin

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, ung thư vòm họng (UTVH) là bệnh ung thư không phổ biến, ước tính mỗi năm có hơn 120 000 ca mắc mới và hơn 73.000 ca tử vong trên toàn thế giới, nhiều ở các nước Đông Á và Đông Nam Á.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, đây là một trong mười loại ung thư thường gặp

Lựa chọn điều trị UTVH tùy thuộc vào giai đoạn, loại mô bệnh học, thể trạng chung người bệnh. Điều trị UTVH ở giai đoạn di căn vẫn là một thách thức, hóa chất toàn thân là lựa chọn điều trị chính.<sup>2</sup> Nhiều nghiên cứu, báo cáo trước đây cho thấy phác đồ kết hợp có chứa platinum cho tỉ lệ đáp ứng lên đến 56 -74%.<sup>3-5</sup> Năm 2012, thử nghiệm lâm sàng pha III trên 362 bệnh nhân UTVH giai đoạn di căn cho thấy phác đồ Gemcitabine-cisplatin cho đáp ứng toàn bộ thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn phác đồ CF.<sup>6</sup> Dựa trên kết quả nghiên cứu này, phác đồ Gemcitabine-cisplatin đã trở thành một phác đồ tiêu chuẩn, là lựa chọn bước một trong điều trị UTVH di căn trong một số hướng dẫn thực hành trên thế giới. Tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An, từ năm 2019, chúng tôi bắt đầu tiến hành điều trị phác đồ Gemcitabine - Cisplatin cho bệnh nhân UTVH di căn và chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phác đồ này. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trên bệnh nhân ung thư vòm họng tái phát di căn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân UTVH di căn được điều trị phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2019-03/2024.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán UTVH giai đoạn IVB theo phân loại của AJCC 2017 hoặc được chẩn đoán tái phát di căn sau điều trị triệt căn  $\geq 6$  tháng, có mô bệnh học xác định là: ung thư biểu mô vòm họng (theoWHO 2005), có tổn thương đích xác định theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tuổi  $>18$  tuổi, chỉ số toàn trạng PS 0, 1 theo thang điểm ECOG, chức năng gan, thận và tủy xương, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: bạch cầu  $\geq 3000/ \text{mm}^3$  Hb  $\geq 10\text{g}/ \text{mm}^3$ , tiểu cầu  $\geq 100 000/ \text{mm}^3$ , bilirubin toàn phần  $\leq 1,5 \text{ mg}/ \text{dl}$ ; AST/ ALT  $\leq 2$  lần giới

hạn bình thường, creatinine  $\leq 1,5 \text{ mg}/ \text{dl}$ , điều trị lần đầu cho UTVH di căn bằng phác đồ Gemcitabine-Cisplatin, tối thiểu 03 chu kỳ và tối đa 06 chu kỳ, được đánh giá lại sau điều trị, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Mắc ung thư thứ 2, bệnh nhân bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn, bệnh nhân mắc một số bệnh nội khoa nghiêm trọng ảnh hưởng đến điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

**2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn:** chọn mẫu thuận tiện 39 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2019 đến 03/2024.

### 2.2.3. Các bước tiến hành

- Lựa chọn thông tin trước điều trị: Tuổi, giới, chỉ số toàn trạng ban đầu, giai đoạn bệnh ban đầu, thời gian tái phát, các phương pháp điều trị trước đó, mô bệnh học, lâm sàng, cận lâm sàng.

- Điều trị: Hóa chất Gemcitabine  $1000\text{mg}/\text{m}^2$  da, truyền tĩnh mạch ngày 1,8. Cisplatin  $80 \text{ mg}/\text{m}^2$  da, truyền tĩnh mạch ngày 1; Chu kỳ 21 ngày. Mỗi bệnh nhân được đánh giá lại sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ hoặc bất kì thời điểm nào có dấu hiệu nghi ngờ bệnh tiến triển.

+ Đánh giá đáp ứng: Đánh giá đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

+ Đánh giá độc tính: theo CTCAE 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) của Viện ung thư quốc gia Hoa Kỳ.

+ Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS): là thời gian được tính từ khi bắt đầu điều trị hóa chất cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì. Đánh giá PFS và các yếu tố ảnh hưởng đến PFS.

**2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học: tỉ lệ %, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, độ lệch chuẩn, ước tính thời gian sống thêm bệnh không tiến triển bằng phương pháp Kaplan – Meier.

**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Phác đồ hóa chất sử dụng trong nghiên cứu đã được phê duyệt điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn tái phát, di căn theo quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Người bệnh được đảm bảo bí mật thông tin.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng		Số người bệnh	Tỉ lệ %
Giới	Nam	30	76,9
	Nữ	9	23,1
Mô bệnh học	UTBM không sừng hóa tít không biệt hóa	38	17,9
	UTBM vảy sừng hóa	1	2,6

**Nhận xét:** Có 97,4% là ung thư biểu mô không sừng hóa tít không biệt hóa, 2,6% là ung thư biểu mô vảy sừng hóa. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nổi hạch cổ chiếm 51,3%, tiếp theo là ù tai 38,5%, các triệu chứng cơ năng của di căn xa như ho, đau bụng, đau ngực, đau xương ít gặp hơn.

**Bảng 2. Thời gian tái phát di căn và đặc điểm di căn**

Thời gian tái phát di căn	Số người bệnh	Tỉ lệ %
≤ 2 năm	13	54,2
> 2 năm	11	45,8
Trung bình	28,7 ± 4,0 (tháng)	
Di căn nguyên phát	15	38,5
Tái phát di căn	24	61,5
Số cơ quan di căn 1	28	71,8
Trên ≥2 cơ quan di căn	11	28,2
Phổi	17	43,6
Gan	15	38,5
Xương	13	33,3
Hạch ngoài hạch vùng	6	15,4
Vị trí khác	1	2,6
Đơn ổ	12	20,8
Đa ổ	27	69,2

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là tái phát di căn chiếm 61,5%, di căn 1 cơ quan chiếm 71,8%, vị trí di căn hay gặp nhất là phổi 43,6%, tiếp đến là gan 38,5%, xương 33,3%, 1 bệnh nhân di căn lách chiếm 2,6%. Có 69,2% bệnh nhân di căn đa ổ.

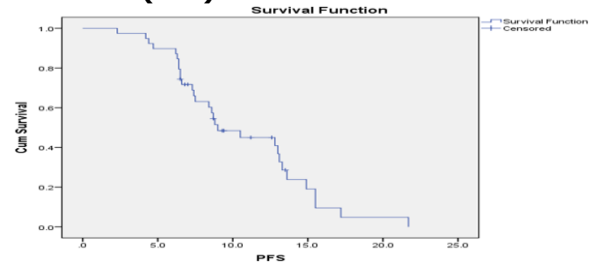
**3.1. Đáp ứng điều trị Gemcitabine – Cisplatin**

**Bảng 3. Đáp ứng khách quan theo RECIST1.1**

Phân loại đáp ứng	Người bệnh	Tỉ lệ %
Có đáp ứng (ORR)	Hoàn toàn	5 (12,8)
	Một phần	23 (58,9)
Không đáp ứng	Ổn định	7 (17,9)
	Tiến triển	4 (10,4)
Tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR)	35	89,6

**Nhận xét:** Tỉ lệ đáp ứng khách quan đạt 71,7% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 12,8%; đáp ứng một phần đạt 58,9%. Kết quả sau điều trị, hầu hết người bệnh đều được kiểm soát bệnh với tỉ lệ là 89,6%.

**3.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)**



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Nhận xét:** Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 9,0 tháng, 95% CI (6,4 – 11,5)

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến PFS**

Đặc điểm	Số người bệnh	Median PFS (tháng)	Phân tích đơn biến (log-rank test) p
Tuổi	≤ 50	8,6	0,491
	>50	12,0	
Giới	Nam	8,7	0,441
	Nữ	13,0	
Thời gian tái phát	≤ 2 năm	8,6	0,588
	>2 năm	12,8	
Giai đoạn	Di căn nguyên phát	13,1	0,280
	Tái phát di căn	8,7	
Số vị trí di căn	1	10,5	0,763
	≥2	8,8	
Số ổ di căn	Đơn ổ	10,5	0,097
	Đa ổ	6,4	
Di căn phổi	Có	13,0	0,739
	Không	8,8	
Di căn gan	Có	8,7	0,278
	Không	10,5	
Di căn xương	Có	7,3	0,067
	Không	12,8	
Di căn hạch	Có	6,5	0,129
	Không	10,5	
Đáp ứng khách quan	Có	13,1	0,000
	Không	6,3	

**Nhận xét:** yếu tố liên quan đến PFS đó là đáp ứng điều trị khách quan với p = 0,000. Ngoài ra, không có mối liên quan giữa thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố: tuổi, giới, thời gian tái phát, giai đoạn, số vị trí di căn, số ổ di căn, vị trí di căn.

**Bảng 5. Tác dụng không mong muốn**

Tác dụng không mong muốn	Độ 1 n(%)	Độ 2 n(%)	Độ 3 n(%)	Độ 4 n(%)
Thiếu máu	16(41,0)	7(17,9)	2(5,1)	0
Hạ bạch cầu	13(33,3)	10(25,6)	4(10,3)	2(5,1)

trung tính				
Hạ tiểu cầu	8(20,5)	2(5,1)	2 (5,1)	0
Tăng creatinin	6(15,4)	0	0	0
Tăng men gan	11(28,2)	0	0	0
Buồn nôn	20(51,3)	2(5,1)	0	0
Nôn	15(38,5)	2(5,1)	0	0

**Nhận xét:** Tác dụng không mong muốn độ 4 chỉ gặp ở 2 bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính chiếm 5,1%. Tác dụng không mong muốn độ 3 gặp ở 9 bệnh nhân, trong đó 4 bệnh nhân (10,3%) hạ bạch cầu, 2 bệnh nhân thiếu máu và 3 bệnh nhân giảm tiểu cầu. Các tác dụng không mong muốn khác đều chỉ ở độ 1, 2.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp là các triệu chứng tại chỗ tại vùng như nổi hạch cổ 51,3%, ù tai 38,5%, ngạt mũi 17,9%. Các triệu chứng tại cơ quan di căn xa ít gặp hơn và có 17,9% bệnh nhân không có triệu chứng chỉ được phát hiện thông qua khám định kỳ.

Trong tổng số 39 bệnh nhân, có 15 (38,5%) bệnh nhân di căn nguyên phát, 24 bệnh nhân (61,5%) tái phát di căn, tỉ lệ bệnh nhân tái phát trong 2 năm đầu sau điều trị chiếm 54,2%. Tỉ lệ bệnh nhân di căn 1 cơ quan là 71,8%, di căn  $\geq 2$  cơ quan 28,2%. Tỉ lệ bệnh nhân di căn đơn ổ và đa ổ lần lượt là 20,8% và 69,2%. Các vị trí di căn hay gặp theo thứ tự là phổi 43,6%, gan 38,5%, xương 33,3%, hạch ngoài hạch vùng 15,4%. Mô bệnh học UTBMV không sàng hóa, typ không biệt hóa chiếm 97,4%.

Các kết quả này phù hợp các nghiên cứu trước đây như Nguyễn Thị Phương Anh (2021)<sup>7</sup> triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là nổi hạch cổ (39,4%), di căn 1 cơ quan chiếm 83,3%. Hay theo Jin & CS (2012)<sup>3</sup> tỉ lệ di căn nguyên phát 38,4%, tỉ lệ các vị trí di căn hay gặp lần lượt là xương 62%, phổi 41,5%, gan 39,3%, với nghiên cứu của Zhang & CS (2016),<sup>6</sup> tỉ lệ di căn nguyên phát chiếm 25%, di căn 1 cơ quan chiếm 53%, tỉ lệ các vị trí di căn thường gặp là phổi 45%, gan 37%, xương 30%.

**Đáp ứng điều trị.** Trong nghiên cứu này của chúng tôi, sau 6 chu kì hóa chất Gemcitabine-cisplatin, tỉ lệ đáp ứng chung là 71,7% trong đó 12,8% đáp ứng hoàn toàn, 58,9% đáp ứng một phần, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 89,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhang & CS<sup>6</sup> với tỉ lệ đáp ứng chung và tỉ lệ kiểm soát bệnh lần lượt là 64% và 90%. Nghiên cứu của Hsiel (2015)<sup>5</sup> cho thấy tỉ lệ đáp ứng chung là 56,2% và tỉ lệ kiểm soát bệnh là 91,6%.

Theo nghiên cứu, không có mối liên giữa

đáp ứng điều trị với các yếu tố: tuổi, giới, tiền sử điều trị platinum, giai đoạn (di căn nguyên phát/tái phát di căn), số vị trí di căn, số ổ di căn hay vị trí di căn với  $p > 0,05$ . Như vậy, các yếu tố này không phải là yếu tố tiên lượng cho đáp ứng với hóa chất trong điều trị.

Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển của nhóm nghiên cứu là 9 tháng với 95% CI (6,48 – 11,51). Trung vị PFS theo nghiên cứu của Zhang & CS (2016)<sup>6</sup> 7 tháng, nghiên cứu của Ngan & CS (2002)<sup>4</sup> 10,6 tháng, nghiên cứu Hsiel (2015)<sup>5</sup> 9,8 tháng. Như vậy, kết quả của chúng tôi là tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trên.

Theo nghiên cứu của Ngan & CS (2002)<sup>4</sup> thời gian tái phát  $>2$  năm kể từ khi kết thúc xạ trị là một yếu tố tiên lượng thuận lợi đối với PFS. Nghiên cứu Hsiel (2015)<sup>5</sup> cho thấy số lượng vị trí di căn xa là một yếu tố tiên lượng kém với PFS ( $p = 0,049$ ), ngoài ra nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các yếu tố tuổi, giới, thể trạng, giai đoạn bệnh (di căn nguyên phát/ tái phát di căn), vị trí di căn không có mối liên quan với PFS. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có đáp ứng sau điều trị hóa chất là một yếu tố tiên lượng tốt đối với PFS ( $p = 0,000$ ). Điều này cũng phù hợp khi mà bệnh nhân có tác dụng của hóa chất ban đầu nhạy hơn, tiêu diệt được nhiều tế bào ung thư hơn thì khả năng duy trì hiệu quả của hóa chất lâu dài hơn so với những bệnh nhân không đạt được đáp ứng ban đầu sau hóa chất. Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy không có mối liên quan giữa PFS với các yếu tố: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, thời gian tái phát, số vị trí di căn, số ổ di căn và vị trí di căn.

**Tác dụng không mong muốn.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 10 trường hợp gặp độc tính từ độ 3 trở lên, trong đó 2 trường hợp thiếu máu, 5 trường hợp hạ BC từ độ 3 trở lên, 2 trường hợp hạ tiểu cầu. Các độc tính khác chỉ ghi nhận ở độ 1, độ 2.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 39 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn được điều trị hóa chất Gemcitabine – cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, chúng tôi thu được kết quả đáp ứng chung 71,7% trong đó đáp ứng hoàn toàn 12,8%, đáp ứng một phần 58,9%, tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 89,6%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 9,0 tháng. Tác dụng không mong muốn độ 3-4 gặp ở 10 trường hợp chiếm 25,6%. Các tác dụng không mong muốn khác ngoài hệ tạo huyết chỉ gặp ở độ nhẹ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, 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(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **BỘ Y TẾ.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Ung Bướu.; 2020:164-173.
3. **Jin Y, Cai XY, Shi YX, et al.** Comparison of five cisplatin-based regimens frequently used as the first-line protocols in metastatic nasopharyngeal carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2012; 138(10): 1717-1725. doi:10.1007/s00432-012-1219-x
4. **Ngan RKC, Yiu HHY, Lau WH, et al.** Combination gemcitabine and cisplatin chemotherapy for metastatic or recurrent nasopharyngeal carcinoma: report of a phase II study. *Ann Oncol.* 2002;13(8):1252-1258. doi:10.1093/annonc/mdf200
5. **Hsieh JCH, Hsu CL, Ng SH, et al.** Gemcitabine plus cisplatin for patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma in Taiwan: a multicenter prospective Phase II trial. *Jpn J Clin Oncol.* 2015;45(9): 819-827. doi:10.1093/jjco/hyv083
6. **Zhang L, Huang Y, Hong S, et al.** Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Lond Engl.* 2016; 388(10054): 1883-1892. doi:10.1016/S0140-6736(16)31388-5
7. **Nguyễn TPA, Đỗ HK.** KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VỌM MŨI HONG GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỘ GEMCITABINE – CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;507(2). doi:10.51298/vmj.v507i2.1435

## MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH: KHÁC BIỆT GIỮA MỘT BÊN VÀ HAI BÊN

Đỗ Khắc Hậu<sup>1</sup>, Lê Ngọc Vũ<sup>3</sup>,  
Phạm Ngọc Hào<sup>2</sup>, Nguyễn Thành Bắc<sup>2</sup>

**Từ khoá:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, phẫu thuật khoan sọ một lỗ.

### SUMMARY

#### CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA: DIFFERENCES BETWEEN UNILATERAL AND BILATERAL

**Objectives:** Clarify the difference between unilateral and bilateral chronic subdural hematomas related to historical factors, epidemiology, clinical manifestations, and imaging diagnosis. **Methods and results:** We conducted research on all patients with chronic subdural hematoma operated on at Military Hospital 103 and Central Military Hospital 108 during January 2022- January 2024. Among 146 patients, 47 cases (32.2%) had bilateral hematoma. Symptoms of hemiplegia and cognitive disorders in the unilateral hematoma group were 71.7% and 13.1%, significantly higher than the bilateral hematoma group at 53.2% and 2.1% ( $p = 0.039$  and  $p = 0.037$ ). On CT scan: Hematoma thickness and midline pressure in the unilateral group were higher than in the bilateral group ( $p = 0.001$  and  $p = 0.000$ ). In the unilateral chronic DMC hematoma group, the lesions mainly had reduced density (41.4%), while in the bilateral chronic DMC hematoma group, the lesions were mainly mixed density. **Conclusion:** Clinically, there are no differences in characteristics of age, sex, or underlying pathology between the one- and two-hemisphere damage groups; However, the unilateral hematoma group often shows signs of hemiplegia and cognitive disorders. Lesion characteristics on computed tomography (thickness, midline displacement, density) were different between these two groups.

**Keywords:** Chronic subdural hematoma, single-hole craniotomy.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** làm rõ sự khác biệt giữa máu tụ dưới màng cứng mạn tính một bên và hai bên liên quan đến các yếu tố tiền sử, dịch tể, biểu hiện trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tất cả các bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103 và bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian 1/2022-1/2024. **Kết quả:** Trong 146 bệnh nhân, 47 trường hợp (32,2%) có máu tụ hai bên bán cầu. Triệu chứng liệt nửa người và rối loạn nhân thức ở nhóm máu tụ một bên là 71,7% và 13,1%, cao hơn đáng kể so với nhóm máu tụ hai bên là 53,2% và 2,1% ( $p=0,039$  và  $p=0,037$ ). Trên phim chụp CLVT: Độ dày máu tụ và đè đẩy đường giữa ở nhóm một bên cao hơn ở nhóm hai bên ( $p = 0,001$  và  $p = 0,000$ ). Ở nhóm máu tụ DMC mạn tính một bên, chủ yếu gặp tổn thương giảm tỷ trọng (41,4%) trong khi ở nhóm máu tụ DMC mạn tính hai bên tổn thương chủ yếu là hỗn hợp tỷ trọng. **Kết luận:** Về lâm sàng, không có sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, bệnh lý nền giữa nhóm tổn thương một và hai bán cầu; tuy vậy nhóm tụ máu một bên thường có biểu hiện liệt nửa người và rối loạn nhân thức hơn. Đặc điểm tổn thương trên cắt lớp vi tính (độ dày, di lệch đường giữa, tỷ trọng) có sự khác biệt giữa hai nhóm này.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khắc Hậu

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024