dài hơn để theo dõi và đánh giá thêm.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả điều trị 31 bệnh nhân có tổn thương phức hợp dây chằng chéo sau và góc sau ngoài khớp gối cho thấy chức năng khớp gối sau mổ có sự cải thiện đáng kể so với trước mổ. Chúng tôi kiến nghị tái tạo đồng thời hai tổn thương này khi phát hiện với kĩ thuật tái tạo dây chằng chéo sau dạng một bó và góc sau ngoài theo Larson cải biên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **DeLee J. C., Riley M. B., Rockwood C. A., Jr.** (1983), Acute posterolateral rotatory instability of the knee, Am J Sports Med, 11(4), 199-207.
2. **Lê Thanh Tùng** (2020), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo sau khớp gối qua nội soi bằng mảnh ghép gân đồng loại, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
3. **Petrillo S., et al.** (2017), Management of combined injuries of the posterior cruciate ligament and posterolateral corner of the knee: a systematic review, Br Med Bull, 123(1), 47-57.
4. **Tuấn Phùng Văn** (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau khớp gối bằng gân cơ bán và gân cơ thon qua nội soi, Luận án tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học Viện Quân Y.
5. **Đỗ Văn Minh** (2018), Nghiên cứu ứng dụng tạo hình dây chằng chéo sau qua nội soi kỹ thuật tất cả bên trong, Luận văn Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. **LaPrade R. F., et al.** (2008), The reproducibility and repeatability of varus stress radiographs in the assessment of isolated fibular collateral ligament and grade-III posterolateral knee injuries. An in vitro biomechanical study, J Bone Joint Surg Am, 90(10), 2069-76.
7. **Lee D. Y., et al.** (2018), The role of isolated posterior cruciate ligament reconstruction in knees with combined posterior cruciate ligament and posterolateral complex injury, Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 26(9), 2669-2678.
8. **Kim S. J., et al.** (2013), Clinical outcomes for reconstruction of the posterolateral corner and posterior cruciate ligament in injuries with mild grade 2 or less posterior translation: comparison with isolated posterolateral corner reconstruction, Am J Sports Med, 41(7), 1613-20.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BƯỚC 2 BỆNH NHÂN CAO TUỔI UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG DOCETAXEL

Nguyễn Thị Hồng Ngọc[1], Trịnh Lê Huy[1], Lê Thị Khánh Tâm[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bước 2 bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng Docetaxel tại bệnh viện Hữu Nghị. **Phương pháp:** Thiết kế mô tả lâm sàng theo dõi dọc trên 42 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị từ 2/2019-4/2024. Tiêu chí đánh giá đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh đáp ứng 1 phần sau 3 chu kỳ và sau 6 chu kỳ lần lượt là 16,7% và 14,3%, tỷ lệ bệnh ổn định lần lượt là 52,4% và 35,7%, tỷ lệ bệnh tiến triển lần lượt là 31% và 50%, trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 4,64 tháng (95% CI, 4,113-5,157). **Kết luận:** Docetaxel là lựa chọn thích hợp cho điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV ở bệnh nhân cao tuổi. ***Từ khóa:*** ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa trị bước 2.

SUMMARY

RESULT OF SECOND-LINE CHEMOTHERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER USING DOCETAXEL AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Evaluate the result of second-line chemotherapy in elderly patients with stage IV non-small cell lung cancer using Docetaxel at Friendship hospital. **Methods:** Clinical descriptive design, longitudinal follow-up on 42 patients treatment at Friendship Hospital from February 2019 to April 2024. Evaluation criteria was RECIST 1.1 criteria (physical response). **Result:** The response rate after 3 cycles is 16,7%, and after 6 cycles, 14,3%. The stable disease rate is 52,4% and 35,7%, respectively. The progression rate is 31% and 50%. The median progression-free survival is 4,64 months (95% CI, 4,113 to 5,157). **Conclusion:** Docetaxel is an appropriated selection for the second-line chemotherapy which treats stage IV non-small cell lung cancer in elderly patients. ***Keywords:*** non-small cell lung cancer, second step chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu ở hầu hết các nước trên thế giới. Theo Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2020), toàn thế giới có khoảng 2,2 triệu người mới mắc ung thư phổi (xếp thứ 2 sau ung thư vú) và 1,79 triệu người

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Hữu Nghị*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Ngọc
Email: drngocnth@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024
Ngày duyệt bài: 25.9.2024

tử vong do ung thư phổi (xếp thứ 1).[1] Trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm chủ yếu 80-85%. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn và không đặc hiệu ở giai đoạn đầu, nên khoảng 2/3 số trường hợp UTPKTBN được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn tiến xa hoặc di căn. Mặt khác, tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của ung thư phổi, hơn 50% trường hợp phát hiện bệnh trên 60 tuổi.[2] Bệnh nhân cao tuổi là nhóm bệnh nhân đặc biệt do thể trạng yếu, biến đổi sinh lý phức tạp, và thường mắc nhiều bệnh mạn tính phối hợp gây khó khăn hơn trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng.[3] Dù y học hiện đại đã có nhiều tiến bộ, nhưng điều trị hóa chất vẫn là điều trị cơ bản. Trong đó, Docetaxel là thuốc đầu tiên được chấp nhận trong điều trị bước hai và đã chứng minh được hiệu quả trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn đã thất bại với các liệu pháp điều trị bước 1.[4]

Tại bệnh viện Hữu Nghị, phác đồ Docetaxel đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị bước 2 UTPKTBN giai đoạn IV nhiều năm nay. Bệnh nhân ở đây có đặc điểm là cao tuổi, thể trạng yếu và mắc nhiều bệnh phối hợp. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phác đồ này ở nhóm bệnh nhân cao tuổi tại đây. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả hóa trị bước 2 bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng Docetaxel.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 42 bệnh nhân Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tiến triển bệnh sau điều trị bước 1 tại bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 2/2019 đến 4/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư phổi không phải tế bào nhỏ
- Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo AJCC 8th năm 2017)
- Tiến triển sau khi đã được điều trị bước 1 với hóa trị hoặc TKIs và có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
- Tuổi ≥ 60 tuổi (theo pháp lệnh người cao tuổi Việt Nam sửa đổi năm 2009), chỉ số PS từ 0-2 (theo thang điểm ECOG)
- Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn bình thường
- Không mắc các bệnh cấp tính, mãn tính trầm trọng trong thời gian gần
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp đã dùng phác đồ có taxan tiến triển trước 3 chu kỳ
- Chống chỉ định sử dụng Docetaxel
- Có di căn não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả lâm sàng, theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

Phương pháp tiến hành:

- Áp dụng phác đồ với liều: Docetaxel 60mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ 21 ngày.
- Cách truyền: Docetaxel được pha với 250ml nước muối sinh lý NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch trong 120 phút. Bệnh nhân được dùng thuốc dự phòng dị ứng trước truyền, các thuốc chống nôn tùy theo mức độ nôn, các thuốc hỗ trợ khác.
- Điều trị phối hợp: Xạ toàn não, gamma knife, thuốc chống hủy xương, thuốc giảm đau, xạ trị chống chèn ép nếu có chỉ định.

Phương pháp theo dõi và đánh giá:

- Đánh giá đáp ứng thực thể sau 3 chu kỳ và sau 6 chu kỳ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Đánh giá sống thêm bệnh không tiến triển (PFS).

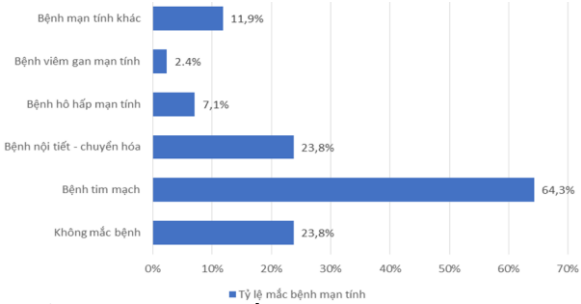
Phương pháp xử lý số liệu:

- Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học, dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 72,9 ± 5,84 (tuổi), trung vị tuổi là 73. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 83 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 60 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm 71,4%.
- Tỷ lệ nam:nữ là 6:1.
- Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính được biểu diễn ở biểu đồ 1

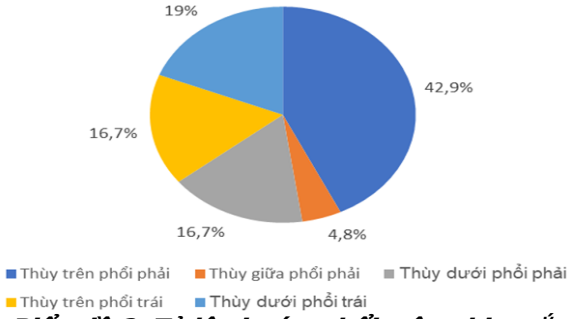


Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

➢ Có thể thấy, bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ mắc các bệnh phối hợp cao, tỷ lệ mắc bệnh tim

mạch mãn tính cao nhất, 64,3%.

- Một số đặc điểm cận lâm sàng:



Biểu đồ 2. Tỷ lệ vị trí u phổi trên phim cắt lớp vi tính

➢U phổi nguyên phát gặp ở thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%), thấp nhất tại thùy giữa phổi phải (4,8%).

Bảng 1. Vị trí và số lượng cơ quan di căn

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Vị trí di căn	Màng phổi/Tràn dịch màng phổi	19	45,2%
	Phổi đối bên	17	40,5%
	Gan	10	23,8%
	Xương	13	31%
	Thượng thận	7	16,7%
	Khác	4	9,5%
Số lượng cơ quan di căn	1	26	61,9%
	2	11	26,2%
	≥ 3	5	11,9%

➢Trong số các vị trí di căn, di căn màng phổi/tràn dịch màng phổi, di căn phổi đối bên và di căn xương hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 45,2%; 40,5% và 31%.

3.2. Kết quả điều trị

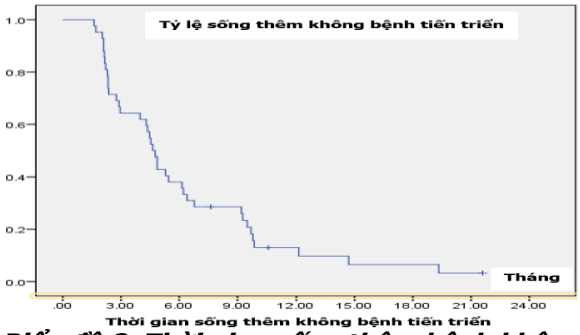
- Đáp ứng thực thể của bệnh nhân điều trị Docetaxel bước 2 sau 3 chu kỳ và 6 chu kỳ được biểu thị ở bảng 1

Bảng 2. Đáp ứng thực thể

Mức đáp ứng	Sau 3 CK		Sau 6 CK	
	n	%	n	%
Hoàn toàn	0	0	0	0
Một phần	7	16,7	4	14,3
Ổn định	22	52.4	10	35,7
Tiến triển	13	31	14	50
Tỷ lệ đáp ứng		16,7		14,3
Tỷ lệ kiểm soát bệnh		69		50
Tổng	**42**		**28**	

➢Có thể thấy, ở 3 chu kỳ đầu tiên, thuốc đạt tỷ lệ kiểm soát bệnh cao hơn so với kết quả điều trị sau 6 chu kỳ.

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển được biểu diễn ở biểu đồ 2



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

		Khoảng tin cậy 95%
Trung vị PFS	4,64	[4,113; 5,157]

➢Như vậy, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 4,64 tháng (95%CI, 4,113-5,157). Trong nghiên cứu, bệnh nhân có PFS nhỏ nhất là 1,61 tháng và PFS lớn nhất là 21,6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị có tuổi cao hơn nơi khác do tại đây chủ yếu chăm sóc, điều trị cho các cán bộ hưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi ≥70 chiếm tỷ lệ cao hơn (70,4%), tuổi trung vị là 73, thấp hơn trong nghiên cứu của Shinzoh Kudoh và cộng sự trên nhóm bệnh nhân cao tuổi Nhật Bản (tuổi trung vị là 76 tuổi) do trong nghiên cứu tại Nhật Bản chỉ bao gồm các bệnh nhân ≥70 tuổi.[5] Sự khác biệt về tuổi của bệnh nhân được lựa chọn vào các nghiên cứu có thể lý giải bởi tuổi thọ, thể lực con người cũng như điều kiện chăm sóc y tế giữa các nước là khác nhau.

Bệnh nhân trong nghiên cứu này, có tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính cao, cao nhất là bệnh tim mạch chiếm 64,3%, bệnh nội tiết chuyển hóa chiếm 23,8%, bệnh hô hấp mạn tính chiếm 7,1%. So sánh với một nghiên cứu trên 6050 người cao tuổi Việt Nam, thống kê tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính: bệnh tim mạch trên 40%, đái tháo đường 9%, bệnh hô hấp 7%..., cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở người cao tuổi Việt Nam cao, đặc biệt là nhóm bệnh lý về tim mạch và nội tiết chuyển hóa.[6]

Mục tiêu điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV là kiểm soát bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống. Theo kết quả của bảng 1, mặc dù được chỉ định cho bước 2 đối với giai đoạn bệnh tiến triển đã thất bại với phác đồ điều trị bước 1, trên bệnh nhân cao tuổi với liều 60mg/m2 da, Docetaxel đơn trị đã đạt được kết

quả khả quan với tỷ lệ kiểm soát bệnh sau 3 chu kỳ điều trị là 69%, và sau 6 chu kỳ vẫn đạt 50%, trong đó chủ yếu là duy trì tình trạng bệnh ổn định. Tỷ lệ kiểm soát bệnh sau 3 chu kỳ và 6 chu kỳ trên tương đương với tác giả trong nước như Ngô Thị Phượng (tỷ lệ kiểm soát bệnh lần lượt là 66,6% và 55,9%).[7]

Tỷ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ đạt 16,7%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 4,64 tháng, thấp hơn trong nghiên cứu của Shinzoh Kudoh và cộng sự cũng trên nhóm bệnh nhân cao tuổi Nhật Bản với liều Docetaxel tương tự là 60mg/m2 da (22,7% và 5,5 tháng). Điều này có thể được giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân đều thuộc giai đoạn IV, trong khi đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Shinzoh Kudoh và cộng sự gồm các bệnh nhân giai đoạn IIIB đến giai đoạn IV, số bệnh nhân giai đoạn IIIB chiếm 37%.[5]

V. KẾT LUẬN

Docetexel là lựa chọn thích hợp trong điều trị bước 2 trên bệnh nhân cao tuổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. Docetaxel giúp kiểm soát bệnh và tăng thời gian sống không bệnh tiến triển, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Hoàng Thị Hương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi ở người cao tuổi điều trị tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. Bệnh viện Bạch Mai. 2013.
3. **Dawe DE, Ellis PM.** The treatment of metastatic non-small cell lung cancer in the elderly: an evidence-based approach. Front Oncol. 2014; 4:178. doi:10.3389/fonc.2014.00178
4. **Network National Comprehensive Cancer NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines™): non-small-cell lung cancer.** Version 3.2023.
5. **Shinzoh Kudoh, Koji Takeda, Kazuhiko Nakagawa.** Phase III Study of Docetaxel Compared With Vinorelbine in Elderly Patients With Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer: Results of the West Japan Thoracic Oncology Group Trial (WJTOG 9904). Journal of clinical oncology. 2006; 24: 3657-3663. doi:10.1200/ JCO.2006.06.1044
6. **Vũ Công Nguyên, Trần Thị Mai, Đặng Thùy Linh.** Người cao tuổi và sức khỏe tại Việt Nam. Nhà xuất bản Lao Động. 2021.
7. **Ngô Thị Phượng.** Kết quả hóa trị bước 2 Docetaxel bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại bệnh viện E. Trường Đại học Y Hà Nội. 2022.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG LÀM GIẢM TÌNH TRẠNG KHÁT VÀ KHÔ MIỆNG Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA BẰNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ LẠNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Cao Thị Hải Yến[1], Nguyễn Thị Tuyết Mai[1], Thị Tuyết Nhung[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Khát và khô miệng là triệu chứng khó chịu thường gặp nhất ở những người bệnh sau phẫu thuật được gây mê toàn thân. So với các triệu chứng khác như chảy máu, đau… thì triệu chứng khát nước và khô miệng ít nhận được sự quan tâm của nhân viên y tế. Với sự thay đổi của mô hình chăm sóc, lấy người bệnh làm trung tâm được nhấn mạnh, việc xử trí cơn khát trong giai đoạn hậu phẫu là một sự can thiệp cần phải làm ngay của đội ngũ điều dưỡng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp điều dưỡng làm giảm tình trạng khát và khô miệng ở người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa bằng nước muối sinh lý lạnh tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Từ 4/2023 đến 8/2023, chúng tôi thực hiện khảo sát 60 người bệnh, được chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm, mỗi nhóm 30 người bệnh. Nhóm thử nghiệm thực hiện can thiệp giảm tình trạng khát và khô miệng sau mổ bằng nước muối sinh lý để lạnh so với nhóm chứng sử dụng nước thông thường. **Kết quả:** Tình trạng khát nước và khô miệng được cải thiện ở cả hai nhóm khi số lần can thiệp tăng lên. Sử dụng nước muối sinh lý lạnh ở nhóm thử nghiệm làm giảm tình trạng khát nước nhiều hơn so với sử dụng nước thông thường ở nhóm đối chứng (t =13,25, p< 0,001). Tình trạng khoang miệng cải thiện sau khi can thiệp nhưng không khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** Nước muối sinh lý lạnh có hiệu quả đáng kể trong việc giảm khát và khô miệng cho người bệnh sau phẫu thuật đường tiêu hóa.

Từ khóa: Giảm khát; khô miệng; nước muối sinh lý lạnh

[1]Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai
Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Hải Yến
Email: caoviyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
Ngày duyệt bài: 25.9.2024