

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ HÓA CHẤT DẪN ĐẦU PHÁC ĐỒ TCF THEO SAU BỞI HÓA XẠ TRỊ ỨNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVA TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Đỗ Huyền Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phác đồ hóa chất dẫn đầu TCF theo sau bởi hóa xạ trị trên bệnh nhân UTMVH giai đoạn III-IVA tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF theo sau bởi hóa xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và sống thêm toàn bộ (OS) ở thời điểm 3 năm là 77,5% và 87,5%. PFS 3 năm của BN giai đoạn III cao hơn đáng kể so với BN giai đoạn IV (76,3% so với 50%), $p = 0,031$. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập. Các yếu tố tuổi, kỹ thuật xạ trị, đáp ứng điều trị ảnh hưởng đến PFS và OS không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Với các bệnh nhân UTMVH giai đoạn III, IVA, hóa chất dẫn đầu TCF theo sau bởi hóa xạ đồng thời là một hướng lựa chọn điều trị với kết quả sống thêm tương đối cao. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Từ khóa:** ung thư vòm mũi họng, hóa chất dẫn đầu, hóa xạ trị đồng thời, sống thêm, TCF, yếu tố ảnh hưởng.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING OUTCOMES OF TCF INDUCTION CHEMOTHERAPY FOLLOWED BY CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY IN STAGE III-IVA NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate certain factors affecting the treatment outcomes of TCF induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy in patients with stage III-IVA nasopharyngeal carcinoma at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 40 patients diagnosed with stage III-IVA nasopharyngeal carcinoma, who received TCF induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy at Vietnam National Cancer Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** The 3-year progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) rates were 77.5% and 87.5%, respectively. The 3-year PFS for stage III patients was significantly higher compared to

stage IV patients (76.3% versus 50%), $p = 0.031$. Disease stage was an independent prognostic factor. Age, radiotherapy techniques, and treatment response did not statistically significantly affect PFS and OS. **Conclusion:** For patients with stage III and IVA nasopharyngeal carcinoma, TCF induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy is an appropriate treatment option with relatively high survival outcomes. Disease stage is an independent prognostic factor influencing treatment outcomes.

Keywords: nasopharyngeal carcinoma, induction chemotherapy, concurrent chemoradiotherapy, survival time, TCF, influencing factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ung thư vùng đầu cổ phổ biến và phân bố đặc thù theo tính chất địa lý, tập trung chủ yếu ở Đông Nam Á, Trung Quốc. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới có khoảng hơn 120.000 ca mới mắc và hơn 70.000 ca tử vong¹. Việt Nam là một trong năm quốc gia có tỷ lệ mắc và tử vong do UTMVH cao nhất thế giới.

Xạ trị là phương pháp chủ yếu trong điều trị UTMVH, được coi là điều trị triệt căn với bệnh nhân giai đoạn sớm. Đối với giai đoạn xâm lấn tại chỗ tại vùng hoặc di căn hạch cổ, bên cạnh điều trị nền tảng hóa xạ trị đồng thời, hóa chất dẫn đầu đã được chứng minh giúp cải thiện thời gian sống thêm qua các thử nghiệm lâm sàng lớn. Do vậy, hướng dẫn thực hành của Mạng lưới ung thư quốc gia Mỹ (NCCN) hiện nay khuyến cáo gemcitabine-cisplatin và TCF là các phác đồ hóa chất dẫn đầu được ưu tiên lựa chọn cho bệnh nhân UTMVH giai đoạn III-IVA². Sun Y và CS (2016) đã thực hiện một nghiên cứu pha III trên 480 bệnh nhân UTMVH, cho thấy hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF theo sau bởi hóa xạ đồng thời cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh so với chỉ hóa xạ đồng thời với $p=0,029$ và $p=0,034$ ³. Từ các lợi ích đã được chứng minh, chúng tôi bắt đầu áp dụng điều trị UTMVH giai đoạn III, IVA bằng hóa chất dẫn đầu TCF x 3 chu kỳ theo sau là hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện K từ năm 2019. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả phác đồ này và các yếu tố tiên lượng liên quan đến kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

điều trị phác đồ hóa chất dẫn đầu TCF theo sau bởi hóa xạ trị trên bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IVA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA (AJCC 8th)
- Mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy không sừng hóa, không biệt hóa (WHO 2016)
- Được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF theo sau bởi hóa xạ trị triệt căn
- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG 0-1, tuổi >18, chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị
- Có ít nhất 1 tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI,... theo tiêu chí đánh giá đáp ứng khối u RECIST 1.1

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh ung thư thứ hai
- Đã được điều trị UTMH trước đó
- Tiền sử mắc các bệnh lý mãn tính: ung thư, suy tim, suy thận,... đã được điều trị trước đó
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 40 bệnh nhân.

2.3. Nội dung/chi số nghiên cứu

- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, thể trạng PS, giai đoạn TNM, tiền sử bệnh, các đặc điểm về phác đồ điều trị.
- Đánh giá kết quả: Đáp ứng hoàn toàn, một phần, không đáp ứng, bệnh tiến triển theo RECIST 1.1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi bệnh tái phát, tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì. Mỗi liên quan của nhóm tuổi, giai đoạn bệnh, kỹ thuật xạ trị, đáp ứng điều trị với PFS và OS.

2.4. Phác đồ điều trị

- Hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF:
 - + Docetaxel 60mg/m² tĩnh mạch ngày 1
 - + Cisplatin 60mg/m² tĩnh mạch ngày 1
 - + Fluorouracil 600mg/m² tĩnh mạch ngày 1-5
 - + Chu kỳ 21 ngày, trong 3 chu kỳ. Dự phòng G-CSF sau hoá chất 4-6 ngày kể từ ngày hóa chất cuối cùng
 - + Sau hóa chất dẫn đầu, các trường hợp

bệnh đáp ứng hoàn toàn/một phần/không đáp ứng/tiến triển tại chỗ tại vùng tiếp tục được điều trị hóa xạ đồng thời. Các trường hợp bệnh tiến triển di căn xa sẽ được hội chẩn tiểu ban đầu cổ để lựa chọn điều trị toàn thân hoặc phẫu thuật/xạ trị giảm nhẹ tùy thuộc vào thể trạng bệnh nhân và mức độ di căn.

- Hóa xạ đồng thời: BN được xạ trị 69.96Gy-70Gy, 33 hoặc 35 buổi, kĩ thuật VMAT/IMRT hoặc 3D-CRT bắt đầu trong 3-6 tuần sau chu kỳ hóa chất cuối cùng. Kế hoạch xạ trị được xác lập dựa trên kết quả MRI trước và sau hóa chất dẫn đầu. Phác đồ hóa chất đồng thời được dùng tùy thuộc thể trạng BN sau hóa chất dẫn đầu dựa trên thống nhất của tiểu ban đầu cổ, có thể là Cisplatin hàng tuần 40 mg/m² hoặc Cisplatin mỗi 3 tuần 100 mg/m².

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0
- Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier, phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm bằng kiểm định Log rank, phân tích đơn biến, đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	n	%	
Tuổi trung bình	45,35±12,61	(19-63)	
Nhóm tuổi	≤ 45	22	55
	> 45	18	45
Giới	Nam	24	60
	Nữ	16	40
ECOG	0	37	92,5
	1	3	7,5
Giai đoạn	III	24	60
	IVA	16	40

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,35 ± 12,61. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Các BN có chỉ số toàn trạng tốt, ECOG 0 chiếm 92,5%. Giai đoạn III và IV lần lượt là 60% và 40%.

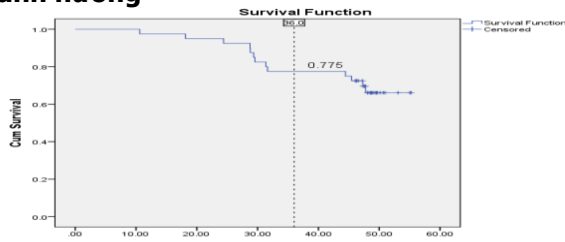
Bảng 2. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm	n	%	
Kỹ thuật xạ trị	3D	22	55
	IMRT/VMAT	18	45
Đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu	Có đáp ứng	35	87,5
	Không đáp ứng	5	12,5
Đáp ứng sau điều trị	Hoàn toàn	29	72
	Không hoàn toàn	11	28

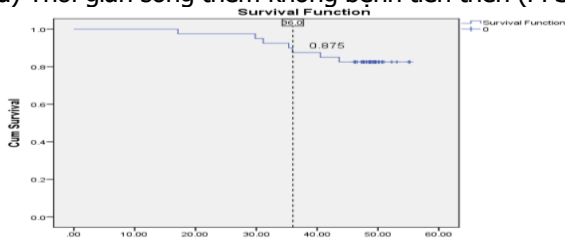
Nhận xét: 55% BN được điều trị kĩ thuật 3D-CRT, 45% BN điều trị kĩ thuật điều biến liều VMAT hoặc IMRT. Sau hóa chất dẫn đầu, 87,5%

BN đạt đáp ứng sau điều trị, trong đó 5% bệnh đáp ứng toàn bộ và 82,5% bệnh đáp ứng 1 phần. Không có BN bệnh tiến triển sau hoá chất dẫn đầu. Sau điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 72%, 28% BN đạt đáp ứng 1 phần, nghi ngờ còn tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh (MRI, CLVT). Các BN còn tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh (MRI/CLVT), hầu hết là tổn thương giảm ngấm thuốc với các khối u xâm lấn dọc nền, nền sọ; thay đổi cấu trúc vòm họng thông thường; hạch cổ kích thước 0,8-1,2 cm. Các BN này được theo dõi định kỳ, không điều trị gì thêm.

3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng



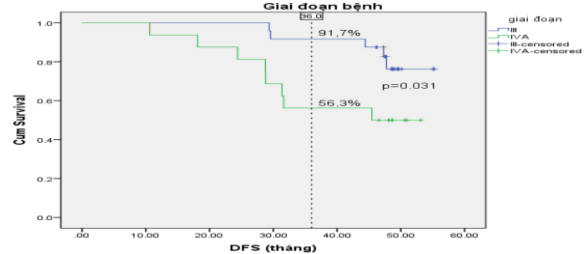
a) Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS)



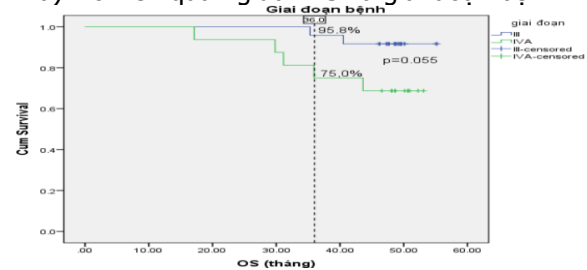
b) Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) ở thời điểm 3 năm là 77,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm (OS) là 87,5%.



a) Mỗi liên quan giữa PFS và giai đoạn bệnh



b) Mỗi liên quan giữa OS và giai đoạn bệnh

Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa PFS, OS và giai đoạn bệnh

Nhận xét: PFS 3 năm của BN giai đoạn III cao hơn đáng kể so với BN giai đoạn IV (76,3% vs 50%), p = 0,031. Chưa thấy mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ và giai đoạn bệnh (p>0,05).

Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm

Phân tích đơn biến				
	PFSHR (95% CI)	p	OSHR (95%CI)	p
Tuổi (>45)	0,997 (0,335-2,969)	0,996	1,644 (0,368-7,345)	0,515
Giai đoạn TNM (IV)	3,213 (1,048-9,851)	0,041	4,342 (0,842-22,404)	0,079
Kỹ thuật xạ trị (3D)	1,692 (0,567-5,051)	0,346	0,969 (0,217-4,332)	0,967
Đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu (không đáp ứng)	1,230 (0,272-5,561)	0,788	0,04 (0,000-498,329)	0,503
Đáp ứng điều trị (không hoàn toàn)	0,851 (0,234-3,096)	0,806	1,081 (0,210-5,576)	0,925
Phân tích đa biến				
	PFSHR (95% CI)	p	OSHR (95%CI)	p
Tuổi (>45)	0,997 (0,303-3,282)	0,997	2,137 (0,308-14,843)	0,442
Giai đoạn TNM (IV)	3,461 (1,079-11,101)	0,037	5,469 (1,017-29,418)	0,048
Kỹ thuật xạ trị (3D)	1,535 (0,465-5,066)	0,482	0,831 (0,130-5,297)	0,844
Đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu (không đáp ứng)	0,928 (0,189-4,549)	0,926	0,000 (0,000-NR)	0,985
Đáp ứng điều trị (không hoàn toàn)	0,532 (0,127-2,239)	0,390	1,499 (0,145-15,501)	0,734

Nhận xét: Khi phân tích đơn biến, yếu tố giai đoạn bệnh ảnh hưởng đến PFS có ý nghĩa thống kê. Khi phân tích đa biến, giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập; các yếu tố nhóm tuổi, kỹ thuật xạ trị, đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu, sau điều trị ảnh hưởng đến PFS và OS không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm các bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IVA có tuổi trung bình là 45,35 ± 12,61; nam hay gặp hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ = 1,5). Vì TCF là phác đồ có nhiều độc tính nên các bác sĩ lâm sàng ưu tiên lựa chọn

những bệnh nhân có thể trạng tương đối tốt, tuổi trẻ, ít bệnh lý nền phối hợp. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu dưới 65 tuổi, với thể trạng chung tốt. Vì nghiên cứu về phác đồ điều trị trên nhóm bệnh nhân UTMH tiến triển tại chỗ tại vùng nên tất cả đều ở giai đoạn III và IVA. Nếu như hiện nay, VMAT/IMRT là kỹ thuật được ưu tiên sử dụng cho bệnh nhân ung thư vòm thì trong nghiên cứu của chúng tôi kỹ thuật 3D vẫn còn được áp dụng khá phổ biến (55%).

Về đáp ứng sau điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ TCF, kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu lớn tương tự của Sun và CS, trong đó tỷ lệ đáp ứng đạt 87,5% so với 89%³. Sau khi kết thúc hóa xạ trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của chúng tôi chỉ đạt 72%, thấp hơn so với nghiên cứu của Sun. Điều này có lẽ do nghiên cứu của Sun thực hiện trên nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn (tuổi trung bình là 42) và sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có bệnh đáp ứng một phần sau điều trị, được đánh giá dựa trên chẩn đoán hình ảnh (MRI/CLVT), hầu hết là tổn thương giảm ngấm thuốc với các khối u xâm lấn dọc nền, nền sọ; thay đổi cấu trúc vòm họng thông thường; hạch cổ kích thước 0,8-1,2 cm. Các bệnh nhân này được theo dõi định kỳ, không điều trị gì thêm.

Thời gian sống thêm 3 năm trên toàn bộ nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu lớn trước đó. Trong đó, tỷ lệ PFS 3 năm của chúng tôi đạt 77,5%. Nghiên cứu của Zhang và CS (2019) ghi nhận PFS 3 năm đạt 76,4% trên nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ tương tự⁴. Bên cạnh đó, tỷ lệ OS 3 năm đạt 87,5%, khá đồng nhất với các nghiên cứu khác. Thử nghiệm INT-0099 đánh giá hiệu quả của việc kết hợp hóa chất và xạ trị ghi nhận OS 3 năm xấp xỉ 85% trên nhóm bệnh nhân tương tự nghiên cứu của chúng tôi⁵. Nghiên cứu của Sun Y (2016) cho thấy nhóm điều trị hỗ trợ trước TCF có lợi ích về sống thêm cao hơn nhóm chỉ có hóa xạ đơn thuần. Với thời gian theo dõi trung bình 45 tháng, tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 80% so với 72% (HR 0,68 và $p=0,034$), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 92% so với 86% (HR 0,59 và $p=0,029$)³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn bệnh được chứng minh là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. PFS 3 năm của bệnh nhân giai đoạn III cao hơn đáng kể so với bệnh nhân giai đoạn IV (76,3% vs 50,0%), có ý nghĩa thống kê với $p=0,031$. Tỷ lệ OS 3 năm của giai đoạn III cũng cao hơn giai đoạn IV (91,7% vs 68,8%) tuy sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với

$p=0,055$. Khi phân tích đa biến, giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến cả PFS và OS. Các nghiên cứu chỉ ra các đặc điểm không thuận lợi như u lan rộng T3 hoặc T4, hạch N2 hoặc N3, là các yếu tố của sự di căn tiềm ẩn, trong đó mức độ lan rộng của u (T) liên quan đến giảm kiểm soát tại vùng, sự tiến triển của hạch (N) liên quan đến tăng nguy cơ di căn xa⁶. Vì vậy, nhóm bệnh nhân giai đoạn III có kết quả sống thêm cao hơn đáng kể so với giai đoạn IV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật xạ trị không ảnh hưởng đến kết quả sống thêm. Điều này được ủng hộ từ dữ liệu trong các nghiên cứu tương tự. Nghiên cứu của Ng và CS chỉ ra rằng các kỹ thuật cao như IMRT giúp cải thiện kiểm soát bệnh tại vùng, giảm tác dụng không mong muốn, tuy nhiên tác động lên PFS và OS không đáng kể khi so sánh với các kỹ thuật trước đó như 3D trên nhóm bệnh nhân tương tự⁷. Điều này gợi ý rằng trong khi các tiến bộ trong kỹ thuật xạ trị quan trọng để cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm thiểu tác dụng phụ, tác động của chúng lên kết quả sống thêm còn hạn chế khi phác đồ điều trị tối ưu đã được áp dụng.

Bên cạnh đó, một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với điều trị được chỉ ra trong các nghiên cứu là tỷ lệ đáp ứng điều trị. Nghiên cứu hồi cứu của Shim và CS (2020) cho thấy đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là một yếu tố tiên lượng quan trọng cải thiện sống thêm. Trong đó, sự khác biệt giữa nhóm đáp ứng hoàn toàn và không hoàn toàn có ý nghĩa thống kê trên cả thời gian sống thêm không tái phát và thời gian sống thêm toàn bộ⁸. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian sống thêm của nhóm đáp ứng hoàn toàn cao hơn nhóm đáp ứng một phần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và thời gian theo dõi chưa đủ dài.

Kết quả sau hơn 3 năm theo dõi của chúng tôi cho thấy phác đồ hóa chất cảm ứng và hóa xạ đồng thời theo sau trên các bệnh nhân UTMH giai đoạn III, IVA có tỷ lệ sống thêm tương đối cao. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế. Đây là nghiên cứu với cỡ mẫu khá khiêm tốn và thời gian theo dõi chưa đủ dài. Bên cạnh đó, xét nghiệm nồng độ EBV DNA chưa được tiến hành thường quy tại thời điểm nghiên cứu của chúng tôi. Đây không chỉ là một yếu tố bệnh sinh quan trọng mà còn là yếu tố tiên lượng và định hướng việc lựa chọn điều trị. Những hạn chế này đòi hỏi những nghiên cứu chuyên sâu và dài hạn hơn, khai thác thêm các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng như

nồng độ EBV DNA, giai đoạn u, giai đoạn hạch, thời gian từ lúc điều trị hóa chất đến khi xạ trị,... để có những hiểu biết toàn diện và có chiến lược lựa chọn điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Với các bệnh nhân UTMH giai đoạn III, IVA, hóa chất dẫn đầu TCF theo sau bởi hóa xạ đồng thời là một hướng lựa chọn điều trị mang lại kết quả sống thêm tương đối cao. Nghiên cứu cho thấy giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tuy nhiên cần có thời gian theo dõi lâu hơn trên số lượng lớn bệnh nhân và khai thác thêm một số khía cạnh nhằm đánh giá hiệu quả thực sự của phác đồ này cũng như các yếu tố tiên lượng.

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. **Guidelines Detail.** NCCN. Accessed August 2, 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1437>
3. **Sun Y, Li WF, Chen NY, et al.** Induction chemotherapy plus concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2016;17(11):1509-1520. doi:10.1016/S1470-2045(16)30410-7
4. **Zhang Q, Wang Y, Liao JF, et al.** Long-Term Survival and Prognostic Factors in Locoregionally Advanced Nasopharyngeal Carcinoma Patients Treated with TPF Induction Chemotherapy followed by Cisplatin-Combined Concurrent Chemoradiotherapy. *J Cancer.* 2019;10(17):3899-3907. doi:10.7150/jca.31663
5. **Al-Sarraf M, LeBlanc M, Giri PG, et al.** Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized Intergroup study 0099. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1998;16(4):1310-1317. doi:10.1200/JCO.1998.16.4.1310
6. **Pan JJ, Ng WT, Zong JF, et al.** Proposal for the 8th edition of the AJCC/UICC staging system for nasopharyngeal cancer in the era of intensity-modulated radiotherapy. *Cancer.* 2016;122(4):546-558. doi:10.1002/cncr.29795
7. **Ng WT, Lee MCH, Hung WM, et al.** Clinical outcomes and patterns of failure after intensity-modulated radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011;79(2):420-428. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.11.024
8. **Shim HJ, Kim HJ, Hwang JE, et al.** Long term complications and prognostic factors in locally advanced nasopharyngeal carcinoma treated with docetaxel, cisplatin, 5-fluorouracil induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(49):e23173. doi:10.1097/MD.00000000000023173

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ TÌNH TRẠNG MẤT NGỦ

Trần Thái Hà¹, Đỗ Linh Quyên²,
Nguyễn Thị Trang², Đào Thanh Trà²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa các dạng thể chất Y học cổ truyền (YHCT) và tình trạng mất ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 12/2023 đến hết tháng 05/2024 trên 93 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán Mất ngủ không thực tổn tại khoa Lão, khoa Chăm cứu dưỡng sinh của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/ nam khoảng 2/1. Tuổi trung bình là 68,52 ± 12,30. BN ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (80,7%). BN có dạng thể chất âm hư chiếm

tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là thể chất khí uất, thể chất đàm thấp, thể chất khí hư, thể chất dương hư, thể chất huyết ứ, thấp nhất là thể chất đặc biệt và thể chất bình hòa. Có mối liên quan giữa thể chất YHCT và chất lượng giấc ngủ (CLGN). BN thể chất bình hòa có điểm PSQI trung bình và mức độ khó ngủ thấp hơn, thời gian ngủ mỗi tối và hiệu suất giấc ngủ cao hơn so với các dạng thể chất: khí uất, âm hư, dương hư, đàm thấp, thấp nhiệt, khí hư, huyết ứ, đặc biệt.

Từ khóa: mất ngủ không thực tổn, thể chất y học cổ truyền.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL MEDICINE CONSTITUTION TYPES AND INSOMNIA

Objective: To analyze the relationship between Traditional Medicine body constitution types and insomnia. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study from December 2023 to the end of

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranhaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024