

5. **Cheng MP, Chakra CNA, Yansouni CP, et al.** Risk of active tuberculosis in patients with cancer: a systematic review and metaanalysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;64(5):635-644.
6. **KOMATSU H, ISHIZUKA Y, YONEDA R.** A study of coexistence of bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis. *Kekkaku (Tuberculosis)*. 1981;56(2):49-55.
7. **Jurado JO, Alvarez IB, Pasquinelli V, et al.** Programmed death (PD)-1: PD-ligand 1/PD-ligand 2 pathway inhibits T cell effector functions during human tuberculosis. *The Journal of Immunology*. 2008;181(1):116-125.
8. **Zhu J.** Analysis of the clinical differentiation of pulmonary sclerosing pneumocytoma and lung cancer. *Journal of Thoracic Disease*. 2017;9(9):2974.
9. **Riely GJ, Wood DE, Ettinger DS, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer, Version 4.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2024;22(4):249-274.
10. **Otoshi R, Ikeda S, Kaneko T, et al.** Treatment Strategies for Non-Small-Cell Lung Cancer with Comorbid Respiratory Disease; Interstitial Pneumonia, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Tuberculosis. *Cancers*. 2024;16(9):1734.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III BẰNG HÓA XẠ ĐỒNG THỜI VỚI PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN

Nguyễn Tuấn Anh¹, Bùi Vinh Quang², Trần Bảo Ngọc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị trên bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III không phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 92 BN UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội và Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 12/2021 đến tháng 1/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63.4 \pm 7,9$, tỉ lệ nam/nữ = 6.1/1. 60 – 69 là độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 46.7%. Giai đoạn IIIA chiếm 14.1%, giai đoạn IIIB chiếm 56.5%, giai đoạn IIIC chiếm 29.3%. Đau ngực triệu chứng khiến BN đi khám bệnh phổ biến nhất chiếm 47.8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN (1.1%) đạt đáp ứng hoàn toàn, 74 BN (80.4%) đạt đáp ứng một phần, 9 BN (9.8%) bệnh giữ nguyên, 8 BN (8.7%) bệnh tiến triển. Sau điều trị 1 tháng đánh giá tỉ lệ kiểm soát bệnh đạt 91.3%. Tác dụng phổ biến là viêm da do xạ gặp ở hầu hết bệnh nhân 73.9%, 18.5% BN bị hạ bạch cầu đa nhân trung tính, 52.2% BN bị thiếu máu, 19.6% BN bị viêm phổi, viêm thực quản 34.7%. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel Carboplatin an toàn và đạt hiệu quả tốt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III, hóa xạ trị đồng thời, Paclitaxel – Carboplatin.

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh

Email: Tuananhdy451@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

SUMMARY

RESULTS OF THE TREATMENT OF STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH CHEMOTHERAPY PACLITAXEL CARBOPLATIN COMBINED WITH RADIATION THERAPY

Aims: Evaluation of some clinical and paraclinical characteristics and treatment response of Paclitaxel - Carboplatin regimen combined with concurrent radiotherapy in patients with stage III non-surgical non-small cell lung cancer (NSCLC). **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 92 non-small cell lung cancer patients in stage III treated by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy from December 2021 to December 2023. **Results:** The mean age of the study group was 63.4 ± 7.9 years, with a male-to-female ratio of 6.1:1. The age group of 60-69 years had the highest proportion of participants with 46.7%. Stage IIIA accounted for 14.1%, stage IIIB accounted for 56.5%, and stage IIIC accounted for 29.3%. of the patients. Chest pain was the most common reason for patients to seek medical attention, accounting for 47.8% of the cases. In the study, 1 patient (1.1%) achieved a complete response, 74 patients (80.4%) achieved a partial response, 9 patients (9.8%) remained stable, and 8 patients (8.7%) progressed. After one month of treatment, the disease control rate was 91.3%. Common side effects included radiation dermatitis, which occurred in most patients with 73.9%, neutropenia in 18.5% of patients, anemia in 52.2% of patients, pneumonitis in 19.6% of patients, and esophagitis in 34.7% of patients. **Conclusion:** Our finding shows that concurrent chemoradiotherapy with Paclitaxel Carboplatin regimen was safe and effective in grade III non-small cell lung cancer.

Keywords: non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, Paclitaxel - Carboplatin, stage III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến

và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo Globocan 2022, ước tính có khoảng 2.480.675 người mắc mới (chiếm 12.4%) và 1.817.469 người tử vong do ung thư phổi (chiếm 18.7%). Tại Việt Nam, theo ước tính mỗi năm có 24.426 ca mắc mới (chiếm 13.5%) và 22.597 ca tử vong (chiếm 18.8%) do UTP (1). Theo phân loại tổ chức y tế thế giới WHO, UTP được chia thành hai nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 85 % và UTP tế bào nhỏ chiếm 15% (2).

Hiện nay hoá xạ trị đồng thời (HXTĐT) được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho BN UTPKTBN giai đoạn IIIA không mổ được và giai đoạn IIIB, IIIC. HXTĐT có ưu thế về việc kiểm soát bệnh tại chỗ và tại vùng nhờ tác dụng hiệp đồng của hóa chất và tia xạ. Với mục tiêu tối ưu kết quả điều trị, nhiều nghiên cứu đã xác định sự phối hợp Paclitaxel - Carboplatin với xạ trị cho kết quả sống thêm tương tự nhưng với độc tính thấp hơn các phác đồ hóa chất có chứa Cisplatin (3).

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được với các mô thức điều trị khác nhau như: hóa xạ trị tuần tự, hóa xạ trị đồng thời, hóa chất tân bổ trợ rồi phẫu thuật,... Tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, HXTĐT với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin là một trong những phác đồ điều trị tiêu chuẩn được áp dụng đối với BN UTP giai đoạn IIIA không mổ được, giai đoạn IIIB, IIIC nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị này vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *"Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 92 BN UTPKTBN giai đoạn III điều trị HXTĐT phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 12/2021 – 1/2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán là UTPKTBN giai đoạn IIIA không mổ được, IIIB, IIIC.
- Chưa được điều trị đặc hiệu trước đó.
- Tuổi ≥ 18 , thể trạng theo ECOG PS từ 0 hoặc 1.
- Không có các bất thường về giải phẫu lồng ngực ảnh hưởng tới điều trị.
- Chức năng gan, thận, tủy xương cho phép

điều trị.

- BN được điều trị theo phác đồ trong nghiên cứu, hồ sơ được lưu trữ đầy đủ thông tin.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại trừ các BN không đủ tiêu chuẩn trên.
- BN từ chối hợp tác, không theo dõi được.
- Tiền sử bị ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả kết hợp hồ cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý

α : mức ý nghĩa thống kê

Z: giá trị thu được từ bảng Z, với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$; p: Chọn $p = 0,76$ (tỉ lệ đáp ứng chung theo nghiên cứu của Pallasres C và cộng sự năm 2007 (4)).

$d = 0,1$ (độ chính xác tuyệt đối mong muốn)

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là 71 bệnh nhân.

2.2.2. Thu thập thông tin. Mỗi BN được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, dựa trên các thông tin hồi cứu từ bệnh án được lưu trữ và qua thăm khám trong các lần tái khám.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Đánh giá lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) trước điều trị.

- Đánh giá giai đoạn theo AJCC 8th, chẩn đoán mô bệnh học theo WHO 2015.

- Điều trị hóa chất theo phác đồ: Paclitaxel 45-50mg/m² da + Carboplatin AUC 2 truyền tĩnh mạch, lặp lại hàng tuần với 6 chu kỳ hóa chất.

- Xạ trị đồng thời hóa trị với tổng liều 60Gy chia thành 5 phân liều/tuần, mỗi phân liều 2Gy kỹ thuật IMRT hoặc 3D-CRT.

- Trong suốt quá trình HXTĐT, BN sẽ được khám LS, xét nghiệm máu trước mỗi đợt hóa chất. Đánh giá đáp ứng điều trị sau 3 chu kỳ. Nếu BN không có diễn biến bất thường BN sẽ được điều trị hết liệu trình. Nếu trong quá trình HXTĐT bệnh tiến triển sẽ dừng điều trị HXTĐT, chúng tôi ghi nhận các độc tính liên quan tới hoá trị và xạ trị, BN sẽ được điều trị theo hướng dẫn lâm sàng UTP. Sau khi kết thúc HXTĐT 1 tháng BN sẽ được đánh giá lại đáp ứng dựa trên khám lâm sàng, các xét nghiệm CLS. Đánh giá đáp ứng, ghi nhận các độc tính liên quan đến điều trị.

- Đánh giá đáp ứng thực thể: theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Tác dụng không mong muốn của Paclitaxel, Carboplatin: dựa vào phân độ của WHO và Viện Ung thư Hoa Kỳ NCI – CTCAE 5.0.

2.2.4. Phương pháp xử trí phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	<50	5	5.4
	50 - 59	24	26.1
	60 - 69	43	46.7
	≥70	20	21.7
Tình trạng bệnh nhân theo ECOG	PS 0	42	45.7
	PS 1	50	54.3
Giới tính	Nam	79	85.9
	Nữ	13	14.1
Thể mô bệnh học	UTBM tuyến	61	66.3
	UTBM vảy	28	30.4
	UTBM tế bào lớn	3	3.3
Giai đoạn	IIIA	27	29.3
	IIIB	52	56.5
	IIIC	13	14.1

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số 85.9%, BN thuộc nhóm tuổi từ 60-69 tuổi gặp nhiều nhất

Bảng 3.2. Liên quan giữa đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Đặc điểm		Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	63	79.9	16	20.3	79	100	0.256
	Nữ	12	92.3	1	7.7	13	100	
Tuổi	<60	27	93.1	2	6.9	29	100	0.043
	≥60	48	76.2	15	23.8	63	100	
Giai đoạn bệnh	IIIA	23	85.2	4	14.8	27	100	0.75
	IIIB	42	80.8	10	19.2	52	100	
	IIIC	10	76.9	3	23.1	13	100	
Số chu kì HC	6 chu kì	59	89.4	7	10.6	66	100	0.061
	< 6 chu kì	9	69.2	4	30.8	13	100	
Thể mô bệnh học	Tuyến	50	82.0	11	18.0	61	100	0.879
	Vảy	22	78.6	6	21.4	28	100	
	Tế bào lớn	3	100	0	0	3	100	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ đáp ứng và nhóm tuổi cho thấy BN <60 tuổi đáp ứng với điều trị tốt hơn nhóm BN trên 60 tuổi với p=0.043. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, giai đoạn bệnh, số chu kì hóa chất và thể MBH với đáp ứng điều trị.

3.3. Một số tác dụng không mong muốn

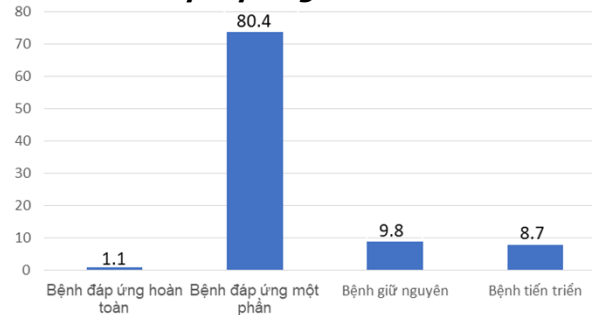
Bảng 3.3. Một số tác dụng không mong muốn của điều trị

Độc tính	Mọi độ Số BN (%)	Độ 0 Số BN (%)	Độ 1 Số BN (%)	Độ 2 Số BN (%)	Độ 3 Số BN (%)	Độ 4 Số BN (%)
Viêm phổi	18 (19.6)	74 (80.4)	15 (16.3)	3 (3.3)	0	0
Viêm thực quản	32 (34.7)	60 (65.2)	28 (30.4)	4 (4.3)	0	0
Viêm da	68 (73.9)	24 (26.1)	66 (71.7)	2 (2.2)	0	0
Giảm hồng cầu	48 (52.2)	44 (47.8)	48 (52.2)	0	0	0
Giảm BCDNTT	17 (18.5)	75 (81.5)	15 (16.3)	1 (1.1)	1 (1.1)	0
Nôn	30 (32.6)	62 (67.4)	29 (31.5)	1 (1.1)	0	0
Tăng men gan	13 (14.1)	79 (85.9)	13 (14.1)	0	0	0

chiếm 46.7%. Tỉ lệ BN thuộc giai đoạn IIIA là 29.3%, giai đoạn IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất 56.5%, giai đoạn IIIC là 14.1%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tỉ lệ đáp ứng



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng sau điều trị

Nhận xét: Bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm tỉ lệ 1.1%, BN đáp ứng một phần chiếm 80.4%, bệnh giữ nguyên chiếm 9.8%, bệnh tiến triển chiếm 8.7%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh đạt 91.3%.

3.2.2. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Nhận xét: Các độc tính trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là độ I và độ II, trong đó chủ yếu là độ I, có 1 bệnh nhân bị giảm bạch cầu độ III.

Tỉ lệ viêm phổi do tia xạ là 19.6%, trong đó độ I chiếm 16.3%, độ II chiếm 3.3%.

Tỉ lệ viêm thực quản do điều trị là 34.7% trong đó 30.4% là độ I có 4.3% là độ II.

Về độc tính trên huyết học, có 52.2% BN bị thiếu máu và đều là độ I. Có 18.5% BN bị hạ bạch cầu đa nhân trung tính với 16.3% hạ bạch cầu độ I, 1.1% hạ độ II và 1.1% BN hạ độ III.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 63.4 ± 7.9 tuổi. Tuổi lớn nhất 75, nhỏ nhất là 36 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất 60-69 chiếm 46.7%. Tỉ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 85.9%, nữ giới là 14.1%. Tất cả BN đều có chỉ số toàn trạng tốt, trong đó PS=0 chiếm 45.7% và PS=1 chiếm 54.3%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 66.3% UTBM tuyến, 30.4% UTBM vảy và 3.3% UTBM tế bào lớn. Giai đoạn bệnh là một trong những yếu tố quan trọng nhằm tiên lượng điều trị đồng thời tiên lượng thời gian sống còn cho BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29.3% BN giai đoạn IIIA, 56.5% BN giai đoạn IIIB và giai đoạn IIIC là 14.1%.

HXTĐT là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, đem lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư phổi giai đoạn III. BN được hưởng lợi từ phác đồ với tỉ lệ kiểm soát bệnh cao và độc tính chấp nhận được cho BN. Trong số 92 BN nghiên cứu sau khi kết thúc HXTĐT 1 tháng có 1 BN (1.1%) đạt đáp ứng hoàn toàn, có 74 BN (80.4%) đạt đáp ứng một phần, 9 BN (9.8%) bệnh giữ nguyên, 8 BN (8.7%) tiến triển. Tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR – Disease Control Rate, bao gồm tỉ lệ BN có đáp ứng một phần hoặc hoàn toàn và tỉ lệ BN có bệnh giữ nguyên) trong nghiên cứu của chúng tôi là 91.3%. Tỉ lệ này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Anh và cộng sự, ghi nhận tỉ lệ kiểm soát bệnh đạt 97.3%, trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 2.7%, đáp ứng một phần 83.8%, bệnh giữ nguyên 10.8%, có 2.7% bệnh tiến triển (5). Trong một nghiên cứu tương tự về phác đồ điều trị các BN trên 70 tuổi ở Nhật Bản trong thời gian từ 2004-2013, Jumpei Takeshita và cộng sự ghi nhận tỉ lệ đáp ứng khách quan là 90%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 95% (6).

Trong các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị, chúng tôi nhận thấy nhóm BN nhận 6 chu kì hóa trị đạt đáp ứng tốt hơn so với nhóm

không được điều trị đủ 6 chu kì hóa chất và xạ trị, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Khi phân tích giai đoạn bệnh cho thấy tỉ lệ đáp ứng của giai đoạn IIIA, IIIB, IIIC lần lượt là 85.2%, 80.8% và 76.9%, không có khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỉ lệ đáp ứng giữa BN giai đoạn IIIA, IIIB và IIIC trong nghiên cứu của chúng tôi, $p=0.75$. Kết quả này khá tương đồng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Trung và cộng sự năm 2023, tuy nhiên trong nghiên cứu này của tác giả chứng minh được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đáp ứng và giai đoạn bệnh IIIA, IIIB và IIIC (7).

Điều trị UTPKTBN giai đoạn III với mục tiêu điều trị triệt căn là một mục tiêu rất quan trọng. Độc tính hay tác dụng không mong muốn của điều trị cũng là một yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến lộ trình điều trị của BN. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số 92 BN sau khi điều trị ghi nhận các độc tính bao gồm: 18.5% BN có giảm số lượng bạch cầu chủ yếu là độ 1 có 1 BN (1.1%) hạ bạch cầu độ III, tỉ lệ thiếu máu trong quá trình điều trị là 52.2%, các trường hợp thiếu máu trong điều trị đều là thiếu máu độ I và không có BN nào phải truyền khối hồng cầu. So sánh với tác giả Vũ Hữu Khiêm cho thấy, tỉ lệ giảm bạch cầu là 52.4%, giảm huyết sắc tố là 66.7%, không có trường hợp nào giảm huyết sắc tố độ 3, 4; hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3, 4 chỉ chiếm 11.9% (8). Như vậy, so với các nghiên cứu thì độc tính trên hệ tạo huyết của chúng tôi thấp hơn, đồng thời độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ độ 1, độ 2, hiếm gặp độc tính độ 3 trở lên.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 19.6% BN bị viêm phổi do xạ, trong đó chủ yếu là độ 1, có 3 BN viêm phổi độ 2 (3.3%). Có 32 BN chiếm 34.7% viêm thực quản trong đó có 28 BN (30.4%) viêm thực quản độ 1 và 4 BN (4.3%) viêm thực quản độ 2. Kết quả này thấp hơn với các nghiên cứu của Nguyễn Quang Anh và cộng sự (2021) khi ghi nhận 44.2% trường hợp viêm thực quản, 24.3% BN bị viêm phổi (5). Viêm da là tác dụng phụ thường gặp nhất ở các BN xạ trị nói chung, thường xuất hiện sau 2-3 tuần điều trị. Nhìn chung do đặc điểm khối u nằm sâu trong lồng ngực và đặc tính da vùng ngực không quá nhạy cảm do vậy hầu hết bệnh nhân 73.9% bị viêm da do xạ với chủ yếu là viêm da độ I (71.7%).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 92 bệnh nhân cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình 63.4 ± 7.9 , tỉ lệ nam/nữ = 6.1/1. Bệnh nhân giai đoạn IIIA chiếm 29.3%;

giai đoạn IIIB chiếm 56.5 và 14.1% giai đoạn IIIC. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 1.1%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 80.4 %, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 91.3%. Các tác dụng phụ thường gặp là viêm da, thiếu máu, viêm thực quản và chủ yếu là độ 1. Từ nghiên cứu cho thấy hóa xạ trị đồng thời cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mô được với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin là an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao W, Qin K, Li F, Chen WJCMJ. Socioeconomic inequalities in cancer incidence and mortality: An analysis of GLOBOCAN 2022. 2024;137(12):1407-13.
2. Inamura KJFio. Lung cancer: understanding its molecular pathology and the 2015 WHO classification. 2017;7:193.
3. Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. 2002;346(2):92-8.
4. Pallarés C, Capdevila J, Paredes A, Farré N, Ciria JP, Membrive I, et al. Induction chemotherapy with paclitaxel plus carboplatin

followed by paclitaxel with concurrent radiotherapy in stage IIIB non-small-cell lung cancer (NSCLC) patients: a phase II trial. Lung cancer (Amsterdam, Netherlands). 2007;58(2): 238-45.

5. Nguyễn Quang Anh, Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Văn Tài, Lê Thị Yên. JTCYhVN. Kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ EP và kỹ thuật xạ điều biến liều trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. 2021;507(2).
6. Takeshita J, Masago K, Fujita S, Hata A, Kaji R, Kawamura T, et al. Weekly administration of paclitaxel and carboplatin with concurrent thoracic radiation in previously untreated elderly patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: A case series of 20 patients. 2014;2(3):454-60.
7. Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Khánh Toàn, Phạm Thị Hương, Nguyễn Văn Nhật, Bùi Văn Tuấn. JTCYhVN. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng phác đồ hóa chất paclitaxel carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị. 2023;527(2).
8. Vũ Hữu Khiêm. Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.

ỨNG DỤNG MÁY PHÂN TÍCH DA VISIA TRONG ĐÁNH GIÁ THƯƠNG TỔN TĂNG SẮC TỔ TRÊN MẶT

Võ Lan Hương¹, Trần Sở Quân¹, Lê Thái Vân Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Rối loạn tăng sắc tố (TST) da là các rối loạn sắc tố phổ biến, do sự gia tăng sản xuất melanin và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Để điều trị hiệu quả thì cần chẩn đoán đúng, đánh giá và theo dõi mức độ TST. Vì vậy, cần thêm phương pháp không xâm lấn để đánh giá TST. **Mục tiêu:** Khảo sát tính ứng dụng của máy phân tích da VISIA trong đánh giá thương tổn tăng sắc tố trên da mặt ở bệnh nhân có tăng sắc tố da vùng mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 bệnh nhân có tổn thương tăng sắc tố da vùng mặt từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Da liễu - Thẩm mỹ da, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM từ tháng 12/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** Toàn bộ bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ. Tuổi khởi phát trung bình của bệnh TST da mặt là 31 ± 10,4 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình kéo dài 12,8 ± 9,6 năm. Vị trí phổ biến xuất hiện TST là trên má, cằm và mũi. Nám da chiếm 80% bệnh TST,

đa số là TST hỗn hợp. Chỉ số HASI trung bình là 9,0 ± 6,1. Có sự khác biệt về giá trị HASI trung bình theo loại TST, loại bệnh và màu sắc sang thương. Các chỉ số đo trên máy VISIA có giá trị trung bình tăng theo nhóm tuổi. Tìm mối liên quan giữa đánh giá màu sắc TST trên lâm sàng và chỉ số HASI với chỉ số VISIA. Có sự khác biệt giữa các loại TST qua đèn Wood về các chỉ số VISIA. **Kết luận:** Bệnh da chiếm tỷ lệ cao nhất là nám da và loại phổ biến là TST hỗn hợp. Có sự khác biệt về giá trị HASI trung bình theo loại TST, loại bệnh và màu sắc sang thương. Các chỉ số VISIA có mối tương quan với mức độ nặng của tăng sắc tố thông qua đánh giá màu sắc và chỉ số HASI. Do đó, máy VISIA có thể ứng dụng để đánh giá và phân loại mức độ cũng như theo dõi diễn tiến của tăng sắc tố.

Từ khóa: tăng sắc tố, nám da, VISIA, HASI, đèn wood

SUMMARY

UTILIZATION OF THE VISIA SKIN ANALYSIS SYSTEM FOR THE ASSESSMENT OF FACIAL HYPERPIGMENTATION LESIONS

Background: Hyperpigmentation disorders (HPDs) are prevalent pigmentary conditions primarily driven by increased melanin production, which can significantly impact patients' quality of life. Accurate diagnosis, severity assessment, and continuous monitoring are critical for effective treatment. However, there remains a need for non-invasive,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thái Vân Thanh

Email: thanh.ltv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024