

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch khoeo TACS B với tỷ lệ thành công khá cao 93,1%. Tuổi cao là một trong những yếu tố liên quan thất bại điều trị. Các yếu tố khác như: hút thuốc lá và bệnh đồng mắc không cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm thành công và thất bại. Ngoài ra, các thông số cận lâm sàng giữa hai nhóm kết quả thành công và thất bại cũng không có sự khác biệt rõ ràng. Tuy vậy, giá trị creatinin huyết thanh của nhóm điều trị thành công dường như thấp hơn so với nhóm thất bại, chỉ ra được một mối liên quan tiềm năng giữa chức năng thận và kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takahara M, Soga Y, Fujihara M, Kawasaki D, Kozuki A, Iida O.** Association of Age with Mortality Rate after Femoropopliteal Endovascular Therapy for Intermittent Claudication. *J Atheroscler Thromb.* 2022/04/01/ 2022;29(4): 474-481. doi:10.5551/jat.62356 3
2. **Kohi MP, Brodmann M, Zeller T, et al.** Sex-Related Differences in the Long-Term Outcomes of Patients with Femoropopliteal Arterial Disease Treated with the IN.PACT Drug-Coated Balloon in the IN.PACT SFA Randomized Controlled Trial: A Post Hoc Analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2020/09// 2020;31(9):1410-1418.e10. doi:10.1016/j.jvir.2020.05.012
3. **Chen J-J, Lin L-Y, Lee C-H, Liao C-S.** Age, male gender, and atrial fibrillation predict lower extremity amputation or revascularization in patients with peripheral artery diseases: a population-based investigation. *Int J Angiol.* 2012/03// 2012;21(1):35-40. doi:10.1055/s-0032-1302437
4. **Yu X, Zhang X, Lai Z, et al.** One-year outcomes of drug-coated balloon treatment for long femoropopliteal lesions: a multicentre cohort and real-world study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021/07/03/ 2021;21(1): 326. doi:10.1186/s12872-021-02127-x
5. **Feringa HHH, Bax JJ, Hoeks S, et al.** A prognostic risk index for long-term mortality in patients with peripheral arterial disease. *Arch Intern Med.* 2007/12/10/ 2007;167(22):2482-2489. doi:10.1001/archinte.167.22.2482
6. **Voll F, Wolf F, Ingwersen M, et al.** Diabetes mellitus and femoropopliteal in-stent restenosis. *Vasa.* 2022/07// 2022;51(4):247-255. doi:10.1024/0301-1526/a001006
7. **Al-Zoubi NA, Shatnawi NJ, Bakkar L, Al-Sabah M.** Endovascular Treatment for Critical Limb Ischemia in Type II Diabetes Mellitus Involving Femoropopliteal and Infrapopliteal Segments: Revascularization Strategy. *Vasc Health Risk Manag.* 2021 2021;17:69-76. doi:10.2147/VHRM.S298435
8. **Majmundar M, Patel KN, Doshi R, et al.** Comparison of 6-Month Outcomes of Endovascular vs Surgical Revascularization for Patients With Critical Limb Ischemia. *JAMA Netw Open.* 2022/08/01/ 2022;5(8):e2227746. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.27746
9. **Bosiers M, Peeters P, D'Archambeau O, et al.** AMS INSIGHT--absorbable metal stent implantation for treatment of below-the-knee critical limb ischemia: 6-month analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2009/05// 2009; 32(3): 424-435. doi:10.1007/s00270-008-9472-8
10. **Zhen Y, Chang Z, Liu Z, Zheng J.** Platelet to lymphocyte ratio predicting 6-month primary patency of drug-coated balloon for femoropopliteal disease. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020/01/09/ 2020;20(1):9. doi:10.1186/s12872-019-01314-1

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Hạnh¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và các tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có theo

dõi dọc trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, điều trị bằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Các biến số bao gồm tỷ lệ đáp ứng điều trị, phân loại đáp ứng theo mô bệnh học, tác dụng phụ về huyết học, gan, thận, và các tác dụng phụ khác. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung đạt 81,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 9,1% và đáp ứng một phần là 72,7%. Các tác dụng phụ phổ biến nhất thuộc về nhóm huyết học, với mức độ nhẹ đến trung bình (78,8%). Các tác dụng phụ trên gan và thận không nghiêm trọng, cho thấy khả năng dung nạp điều trị tốt của bệnh nhân. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho thấy đáp ứng điều trị cao trong điều trị ung thư phổi không tế bào

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hạnh

Email: hanhbvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

nhỏ giai đoạn IIIB, với các tác dụng phụ chủ yếu ở mức độ nhẹ và có thể kiểm soát.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB, hóa xạ trị đồng thời, đáp ứng điều trị, tác dụng không mong muốn, Bệnh viện Phổi Trung ương.

SUMMARY

EVALUATE RESPONSE AND SAFETY OF CONCURRENT CHEMORADIO THERAPY ON THE TREATMENT OF STAGE IIIB NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To evaluate the response and safety of concurrent chemoradiotherapy in the treatment of stage IIIB non-small cell lung cancer (NSCLC) at the National Lung Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 66 patients with stage IIIB NSCLC who received concurrent chemoradiotherapy at the National Lung Hospital. Key variables included response rate and treatment-related adverse events affecting hematologic, liver, and renal function. **Results:** The overall response rate was 81.8%, with a complete response rate of 9.1% and a partial response rate of 72.7%. Adverse events were primarily mild hematologic effects (78.8%), and no severe liver or kidney toxicity was observed. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy is an effective treatment option for stage IIIB NSCLC, demonstrating high response rates and manageable safety profiles. **Keywords:** Stage IIIB non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, treatment response, adverse events, National Lung Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) là một trong những bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao hàng đầu, đặc biệt là ở giai đoạn tiến xa như IIIB. Theo GLOBOCAN, năm 2022, UTP có tỷ lệ mắc mới và tử vong đứng thứ nhất trên thế giới, ước tính có gần 2,5 triệu ca mắc mới chiếm tỷ lệ 12,4% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu, số ca tử vong khoảng 1.8 triệu ca chiếm khoảng 18,7% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu¹. Tại Việt Nam, căn bệnh này cũng là gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế, với tỷ lệ mắc và tử vong hàng năm cao. Trong giai đoạn IIIB, do tính chất xâm lấn và khả năng di căn xa, các phương pháp điều trị chủ yếu mang tính kiểm soát bệnh, kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp kết hợp giữa hóa trị và xạ trị, nhằm tăng cường hiệu quả điều trị so với xạ trị hoặc hóa trị đơn thuần. Tuy nhiên, do phác đồ này có cường độ mạnh, tác dụng không mong muốn thường xảy ra, ảnh hưởng đến khả năng tiếp tục điều trị và chất lượng sống của bệnh nhân. Việc đánh giá hiệu quả và tác dụng phụ của hóa xạ trị đồng thời là cần thiết để giúp các bác sĩ cân nhắc khi lựa

chọn phác đồ, đảm bảo tính hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân.

Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả hiệu quả điều trị và các tác dụng không mong muốn khi áp dụng phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho bệnh nhân NSCLC giai đoạn IIIB, cung cấp bằng chứng quan trọng cho công tác điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và hỗ trợ các nghiên cứu tương lai trong lĩnh vực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ năm 2018 đến năm 2023 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc UTPKTBN giai đoạn IIIB theo phân loại TNM lần thứ 7 năm 2017 của AJCC
- Tuổi ≥ 18
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân theo thang điểm ECOG mức 0, 1
- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên hình ảnh cắt lớp theo tiêu chuẩn RECIST
- Chưa được điều trị bằng một phương pháp điều trị ung thư nào trước đó
- Số lượng bạch cầu $>4000/\text{mm}^3$, bạch cầu trung tính $>1500/\text{mm}^3$, Tiểu cầu $>100.000/\text{mm}^3$
- Chức năng gan (SGOT, SGPT, Bilirubin) và Chức năng thận (Creatinin) $<1,5$ lần giới hạn trên bình thường

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc mắc các bệnh ung thư khác
- Bệnh nhân có bệnh lý kèm theo với nguy cơ biến chứng cao khi điều trị bằng hóa xạ trị, chẳng hạn như bệnh tim mạch hoặc nhiễm trùng không kiểm soát được.
- Hồ sơ bệnh án không đáp ứng đầy đủ yêu cầu nghiên cứu hoặc bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc để đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ trong thời gian nghiên cứu.
- Cỡ mẫu: 66 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Dữ

liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các thông tin được tổng hợp bao gồm:

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm các thông tin sau:

- **Đặc điểm nhân khẩu học:** Tuổi, giới tính.
- **Triệu chứng và chỉ số thể trạng:** Tình trạng lâm sàng, triệu chứng trước điều trị, chỉ số thể trạng theo thang điểm ECOG.
- **Kết quả điều trị:** Đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST, bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định, và bệnh tiến triển.
- **Tác dụng phụ:** Các tác dụng không mong muốn liên quan đến huyết học, gan, thận, và các triệu chứng khác được phân loại theo mức độ từ nhẹ đến nặng.

2.6. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

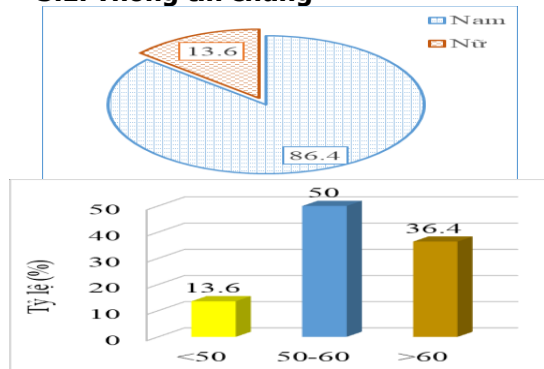
Thống kê mô tả: Các biến số định lượng (tuổi, thời gian sống thêm) được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn; các biến định tính (giới tính, tỷ lệ đáp ứng) được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

Thống kê suy luận: Phép kiểm Chi-square hoặc T-test được sử dụng để so sánh hiệu quả điều trị giữa các nhóm tuổi, giới tính hoặc mô bệnh học. Phân tích Kaplan-Meier được áp dụng để tính toán thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS).

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức y học, bảo đảm quyền riêng tư và bảo mật thông tin của bệnh nhân. Mọi thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật theo quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính và nhóm

Bảng 3.4. Đáp ứng theo mô bệnh học, nhóm tuổi và chỉ số toàn trạng (n=66)

Đặc điểm	Kết quả điều trị		Tổng	p*
	Đáp ứng	Không đáp ứng		
Mô bệnh học				

tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Nhận xét: Giới tính: 57 trường hợp bệnh nhân nam (86,4%) và số bệnh nhân nữ chỉ có 9 trường hợp (13,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,3/1.

Nhóm tuổi: Độ tuổi mắc trung bình là $57,2 \pm 7,2$ tuổi, với bệnh nhân cao tuổi nhất là 73 tuổi, thấp tuổi nhất là 41 tuổi. Tỷ lệ mắc UTPKTBN cao nhất ở nhóm 50-60 tuổi (50%) và thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (13,6%).

Bảng 3.1. Chỉ số thể trạng trước điều trị (n=66)

Chỉ số thể trạng (PS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
PS = 0	42	62,7
PS = 1	24	37,3
Tổng	66	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thể trạng sức khỏe tốt (PS = 0) chiếm tỷ lệ cao 62,7%.

3.2. Đáp ứng và tác dụng phụ

Bảng 3.2: Kết quả thực hiện phác đồ điều trị (n=66)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liều xạ trị		
< 60 Gy	3	4,5
≥ 60 Gy	63	95,5
Hoàn thành 6 chu kỳ theo tuần		
Có	63	95,5
Không	3	4,5
Có 2 chu kỳ HC củng cố sau hóa xạ trị		
Có	57	86,4
Không	9	13,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (95,5%) hoàn thành liều xạ trị trên 60 Gy, cho thấy khả năng dung nạp tốt với phác đồ xạ trị cường độ cao. Bên cạnh đó, 95,5% bệnh nhân cũng hoàn thành đủ 6 chu kỳ hóa trị theo tuần, và 86,4% bệnh nhân tiếp tục nhận 2 chu kỳ hóa trị củng cố sau hóa xạ trị đồng thời.

Bảng 3.3. Đáp ứng chung sau điều trị (n=66)

Tỷ lệ đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	6	9,1
Đáp ứng một phần	48	72,7
Bệnh giữ nguyên	8	12,1
Bệnh tiến triển	4	6,1
Tổng	66	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng chung là 81,8% trong đó có 9,1% là đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 93,9%

BM vẩy	13 (86,7%)	2(13,3%)	15 (100%)	0,450
BM không vẩy	41 (80,4%)	10 (19,6%)	51 (100%)	
Nhóm NC	54 (81,8%)	12 (18,2%)	66 (100%)	
Nhóm tuổi				
<50	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)	0,542
50-60	26 (78,8%)	7 (21,2%)	33 (100%)	
>60	20 (83,3%)	4 (16,7%)	24 (100%)	
Nhóm NC	54 (81,8%)	12 (18,2%)	66 (100%)	
Chỉ số toàn trạng (PS)				
PS = 0	35(83,3%)	7 (16,7%)	42 (100%)	0,456
PS = 1	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (100%)	
Nhóm NC	54 (81,8%)	12 (18,2%)	66 (100%)	

Nhận xét: Nhóm ung thư biểu mô vẩy có tỷ lệ đáp ứng 86,7%, trong khi nhóm không phải biểu mô vẩy là 80,4%. Về nhóm tuổi, bệnh nhân dưới 50 tuổi có tỷ lệ đáp ứng 88,9%, nhóm 50-60 tuổi là 78,8%, và nhóm trên 60 tuổi là 83,3%. Đối với chỉ số toàn trạng, nhóm PS = 0 có tỷ lệ đáp ứng 83,3% và nhóm PS = 1 là 79,2%. Các sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn của phác đồ (n=66)

Độc tính	Mọi độ	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Tác dụng phụ trên huyết học, gan, thận					
Huyết sắc tố	52 (78,8%)	38 (57,6%)	13 (19,7%)	1 (1,5%)	0
Bạch cầu	45 (68,1%)	14 (21,2%)	28 (42,4%)	3 (4,5%)	0
Bạch cầu TT	28 (42,4%)	14 (21,2%)	12 (18,2%)	2 (3%)	0
Tiểu cầu	17 (25,7%)	15 (22,7%)	2 (3%)	0	0
GOT	8 (12,1%)	6 (9,1%)	2 (3%)	0	0
GPT	10 (15,2%)	6 (9,1%)	4 (6,1%)	0	0
Một số tác dụng không mong muốn khác					
Buồn nôn/nôn	31 (47%)	27 (40,9%)	4 (6,1%)	0	0
Mệt mỏi/chán ăn	57 (86,4%)	51 (77,3%)	6 (9,1%)	0	0
Rụng tóc	65 (98,5%)	65 (98,5%)	1 (1,5%)	-	-
Viêm da	100 (100%)	100 (100%)	0	0	0
Viêm thực quản	16 (24,2%)	16 (24,2%)	0	0	0
Viêm xơ phổi	28 (42,4%)	19 (28,8%)	9 (13,6%)	0	0

Nhận xét: Tác dụng phụ trên huyết học chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1 và 2), với tỷ lệ giảm huyết sắc tố cao nhất ở độ 1 (57,6%) và độ 2 (19,7%). Tác dụng phụ trên gan rất thấp, chủ yếu ở mức độ nhẹ và không có trường hợp nào có tác dụng phụ trên chức năng thận. Về các tác dụng không mong muốn khác, khoảng 50% bệnh nhân gặp buồn nôn/nôn, và 86,4% có triệu chứng mệt mỏi/chán ăn. Viêm da xảy ra ở 100% bệnh nhân nhưng đều ở mức độ nhẹ. Viêm thực quản và viêm xơ phổi có tỷ lệ thấp hơn, với viêm thực quản dưới 25% và viêm xơ phổi trên 40%, đa phần đều ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB là 58, với nhóm tuổi 50-60 chiếm tỷ lệ lớn nhất (50%) và nam giới chiếm ưu thế (86,4%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước, chẳng hạn như nghiên cứu của Bùi Công Toàn (2013) tại Bệnh viện K, nơi tuổi trung bình

là 55,2 và tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ². Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế, bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam có xu hướng mắc bệnh ở độ tuổi trẻ hơn. Ví dụ, nghiên cứu của Radzikowska ở Ba Lan và của Fu tại Mỹ cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân cao hơn, từ 62 đến 66 tuổi^{3,4}. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố dịch tễ học và các chương trình sàng lọc ung thư tại các nước phát triển, giúp phát hiện bệnh sớm hơn.

Chỉ số toàn trạng (PS) là yếu tố quan trọng trong việc đánh giá khả năng chịu đựng các phác đồ điều trị tích cực, chẳng hạn như hóa xạ trị đồng thời. Trong nghiên cứu này, 62,7% bệnh nhân có PS = 0, nghĩa là thể trạng tốt và phù hợp cho điều trị tích cực. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu SWOG9019 của Albain, nơi tỷ lệ bệnh nhân PS = 0 chiếm 46%⁵. Việc lựa chọn bệnh nhân có chỉ số thể trạng tốt giúp tăng hiệu quả điều trị và giảm thiểu các tác dụng phụ.

Kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ đáp ứng điều trị chung là 81,8%, bao gồm đáp ứng hoàn toàn 9,1% và đáp ứng một

phần 72,7%. Đây là một kết quả khả quan khi so sánh với nghiên cứu của Bùi Công Toàn và cộng sự (2012) tại Bệnh viện K, ghi nhận tỷ lệ đáp ứng chung là 76% với đáp ứng hoàn toàn là 14% và đáp ứng một phần là 62%⁶.

Phân tích theo mô bệnh học cho thấy nhóm ung thư biểu mô vảy có tỷ lệ đáp ứng 86,7%, trong khi nhóm không phải biểu mô vảy đạt 80,4%. Về nhóm tuổi, bệnh nhân dưới 50 tuổi có tỷ lệ đáp ứng cao nhất (88,9%), tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi (83,3%) và nhóm 50-60 tuổi (78,8%). Đối với chỉ số toàn trạng, nhóm PS = 0 có tỷ lệ đáp ứng 83,3%, cao hơn so với nhóm PS = 1 (79,2%). Tuy nhiên, các sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê.

So sánh với nghiên cứu của Yuichiro O và cộng sự trên 240 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III, kết quả của chúng tôi tương đồng khi tỷ lệ đáp ứng không bị ảnh hưởng bởi yếu tố mô bệnh học và chỉ số toàn trạng. Tuy nhiên, nghiên cứu của Yuichiro cho thấy tuổi tác có tác động đến kết quả điều trị, trong khi nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan này⁷. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nhỏ hơn và cách phân nhóm tuổi khác nhau giữa hai nghiên cứu.

Tác dụng không mong muốn. Tác dụng phụ phổ biến nhất là các rối loạn huyết học, bao gồm giảm huyết sắc tố (78,8%) và giảm bạch cầu (68,1%), trong đó mức độ nặng chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ (giảm bạch cầu nặng 4,5%, giảm huyết sắc tố nặng 1,5%). So sánh với nghiên cứu của Bùi Công Toàn tại Bệnh viện K, tỷ lệ giảm huyết sắc tố tương đồng (70%), nhưng giảm bạch cầu (96%) và bạch cầu trung tính (94%) cao hơn đáng kể, có thể do khác biệt về phác đồ điều trị². Nghiên cứu của Lê Tuấn Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy cũng sử dụng Paclitaxel và Carboplatin như nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận giảm bạch cầu tương tự (65%), nhưng giảm huyết sắc tố thấp hơn (61,7%)⁸.

Về độc tính trên gan và thận, tăng men gan độ 1 ghi nhận ở 9,1%, không có trường hợp độ 3, 4, và không gặp rối loạn chức năng thận. So với nghiên cứu của Bùi Công Toàn, độc tính trên gan và thận trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt⁶. Điều này cho thấy phác đồ Paclitaxel + Carboplatin ít độc tính hơn so với các phác đồ thể hệ 2 như Cisplatin – Etoposide. Theo Lê Tuấn Anh (2015) tại Bệnh viện Chợ Rẫy thì không có trường hợp nào suy gan suy thận nặng, tăng men gan mức độ nhẹ (38,3%) và tăng creatinin mức độ nhẹ (20%) tuy nhiên tỷ lệ gặp tăng men gan và creatinin mức độ nhẹ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi nhiều⁸.

Các tác dụng phụ ngoài huyết học chủ yếu là

rụng tóc (98,5%), viêm da vùng chiếu xạ (100%), và mệt mỏi/chán ăn (86,4%), nhưng phần lớn đều ở mức độ nhẹ (độ 1–2). Các tác dụng ít gặp hơn bao gồm viêm thực quản (24,2%) và viêm xơ phổi (42,4%), chủ yếu cũng ở mức độ nhẹ. So sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ viêm xơ phổi và viêm thực quản trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, có thể nhờ việc áp dụng kỹ thuật xạ trị hiện đại và quản lý tác dụng phụ tốt hơn^{6,8}.

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh rằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời mang lại hiệu quả điều trị cao với tác dụng không mong muốn ở mức độ chấp nhận được. Điều này cho thấy tiềm năng áp dụng rộng rãi tại các trung tâm ung thư tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho thấy hiệu quả cao trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB với tỷ lệ đáp ứng chung đạt 81,8%, bao gồm đáp ứng hoàn toàn 9,1% và đáp ứng một phần 72,7%. Hiệu quả điều trị không bị ảnh hưởng đáng kể bởi các yếu tố như mô bệnh học, nhóm tuổi, hay chỉ số toàn trạng, thể hiện tính ổn định và phù hợp với đa dạng bệnh nhân.

Các tác dụng không mong muốn chủ yếu thuộc nhóm độc tính huyết học, như giảm huyết sắc tố (78,8%) và giảm bạch cầu (67,2%), nhưng phần lớn ở mức độ nhẹ và trung bình. Các độc tính ngoài huyết học như viêm da (100%), mệt mỏi/chán ăn (86,4%), và viêm thực quản (24,2%) cũng được kiểm soát tốt. Không có trường hợp rối loạn chức năng gan, thận hoặc độc tính huyết học độ 4.

Kết quả này khẳng định phác đồ hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, phù hợp để áp dụng rộng rãi trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Mathieu Laversanne, Hyuna Sung, et al** (2024), Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 74(3), 229-263
2. **Toàn, B.C., et al.**, Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa - xạ trị đồng thời, in Tạp chí Y học thực hành. 2013. p. 47-52.
3. **Radzikowska, E., P. Głaz, and K. Roszkowski**, Lung cancer in women: age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival. Population-based study of 20561 cases. Annals of Oncology, 2002. 13(7): p. 1087-1093.

4. **Fu, J.B., et al.,** Lung cancer in women: analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End Results database. *Chest*, 2005. 127(3): p. 768-777.
5. **Albain, K.S., et al.,** Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial. *The Lancet*, 2009. 374(9687): p. 379-386.
6. **Toàn, B.C. and N.V. Long,** Đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm của ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III theo phác đồ hóa-xạ trị đồng thời. *Nghiên cứu y học*, 2012. 15: p. 162-168.
7. **Ohe, Y., et al.,** Long-term follow-up of patients with unresectable locally advanced non-small cell lung cancer treated with chemoradiotherapy: a retrospective analysis of the data from the Japan Clinical Oncology Group trials (JCOG003A). *Cancer Sci*, 2003. 94(8): p. 729-34.
8. **Anh, L.T.,** Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm ung bướu Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thực hành*, 2013. 878: p. 20-22.

AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ NGẮN HẠN CỦA MÁY TẠO NHỊP HAI BUỒNG TIM CÓ CHỨC NĂNG CHỐNG NGẤT PHẢN XẠ

Đào Thị Thanh Bình¹, Võ Thái Duy²,
Kiều Ngọc Dũng^{2*}, Nguyễn Tri Thức³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá an toàn và hiệu quả ngắn hạn của máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ ở bệnh nhân ngất phản xạ thần kinh. **Đặt vấn đề:** Hiện chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá tính an toàn và hiệu quả của máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** 78 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ với 69,2% (54 bệnh nhân) là nữ, với độ tuổi trung bình 46,6 ± 16,2 tuổi. Tất cả các bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ trong đó cơ chế kích thích vòng lặp (CLS) là 43,6% (34 bệnh nhân) và nhóm sử dụng cơ chế đáp ứng rút nhịp (Rate drop response - RDR) 56,4% (44 bệnh nhân). Thông số tạo nhịp bao gồm ngưỡng tạo nhịp nhĩ và thất lần lượt là 0,7 ± 0,2 V, 0,8 ± 0,2 V; nhận cảm nhĩ và thất lần lượt là 3,5 ± 1,5 mA, 12,7 ± 5,8 mA; trở kháng nhĩ và thất lần lượt là 633,6 ± 182,1 Ohm; 687,2 ± 200 Ohm. Trong thời gian theo dõi 6 tháng không ghi nhận biến chứng và tỷ lệ ngất tái phát là 6,4% (5 bệnh nhân) với khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cơ chế chống ngất phản xạ của máy (p = 0,622). **Kết luận:** Tạo nhịp ở bệnh nhân ngất phản xạ dù sử dụng bất kể phương thức chống ngất nào cũng đều có hiệu quả cao với tỷ lệ ngất tái phát 6,4% trong thời gian theo dõi 6 tháng và không có biến chứng nào được ghi nhận.

Từ khóa: ngất phản xạ, máy tạo nhịp hai buồng, kích thích vòng lặp (CLS), đáp ứng rút nhịp (Rate drop response - RDR).

SUMMARY

SHORT-TERM SAFETY AND EFFICACY OF DUAL-CHAMBER PACEMAKERS WITH ANTI REFLEX SYNCOPE FUNCTIONALITY

Objective: To evaluate the short-term safety and efficacy of dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality in patients with neurally mediated reflex syncope. **Background:** Currently, no studies in Vietnam have assessed the safety and efficacy of dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality. **Method:** Retrospective cohort study. **Result:** Seventy-eight patients with dual-chamber pacemakers for anti-reflex syncope functionality were enrolled, with 69,2% (54 patients) being female and an average age of 46,5 ± 16,2 years. All patients received dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality, with 43,6% (34 patients) utilizing closed-loop stimulation (CLS) and 56,4% (44 patients) utilizing the rate drop response mechanism. Pacing parameters included atrial and ventricular pacing thresholds of 0,7 ± 0,2 V and 0,8 ± 0,2 V, respectively; atrial and ventricular sensing thresholds of 3,5 ± 1,5 mA and 12,7 ± 5,8 mA, respectively; and atrial and ventricular impedance values of 633,6 ± 182,1 Ohms and 687,2 ± 200 Ohms, respectively. No complications were reported during the 6-month follow-up, with a recurrence rate of 6,4% (5 patients) and no statistically significant difference between the two anti-reflex syncope mechanisms (p = 0,622). **Conclusion:** Pacing in patients with neurally mediated reflex syncope, regardless of the prevention mechanism used, was effective, with a 6,4% recurrence rate over a 6-month follow-up period and no recorded complications. **Keywords:** reflex syncope, dual-chamber pacemaker, closed-loop stimulation (CLS), rate drop response

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngất là một hội chứng lâm sàng trong đó mất ý thức thoáng qua (TLOC) gây ra bởi một giai đoạn lưu lượng máu lên não không đủ, thường là do huyết áp hệ thống giảm đột ngột¹.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Thứ trưởng Bộ Y Tế - Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng

Email: kndungbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025