

- Helfet D.** Double-plating of comminuted, unstable fractures of the distal part of the femur. *J Bone Joint Surg Am.* 1991;73(3):341-346.
5. **Phạm Đăng Ninh, Nguyễn Quang Trung, Lê Tuấn Dũng, Đào Thiện Tiên, Nguyễn Đăng Long.** Nhận xét kết quả điều trị gãy kín phức tạp mâm chày loại Schatzker V,VI bằng nẹp khóa tại bệnh viện 103. Published online 2014.
6. **Nguyễn Đình Trực.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Mâm Chày Người Lớn Bằng Phương Pháp

- Kết Hợp Xương Nẹp Vít Tại Bệnh Viện 103. Luận văn Cao học. Học viện Quân y; 2004.
7. **Nguyễn Văn Hoà.** Đánh Giá Kết Quả Niều Trị Gãy Kín Mâm Chày Bằng Kết Hợp Xương Nẹp Vít Tại Bệnh Viện Việt Đức (2003 - 200. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
8. **Vũ Xuân Hiếu.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Mâm Chày Do Chấn Thương Tại Viện Chấn Thương Chính Hình Bệnh Viện TƯQĐ 108. Luận văn chuyên khoa 2. Học viện Quân y; 2008.

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CARBOPLATIN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI LOẠI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IIIB, IIIC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Lê Thị Diệu Hiền¹, Đào Ngọc Bằng²,
Vũ Mạnh Tân¹, Lê Thị Thu Hiền¹, Trần Quang Hưng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp và theo dõi dọc 55 bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát bệnh chiếm 78,2%, trong đó 37 bệnh nhân đáp ứng một phần (67,3%) và 6 bệnh nhân (10,9%) đáp ứng hoàn toàn sau hoá xạ trị đồng thời. Tổng liều xạ ≥ 60 Gy có hiệu quả tốt hơn so với tổng liều xạ < 60 Gy ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn thường gặp mức độ 1 và độ 2, trong đó có 45,5% bệnh nhân gặp tại cơ quan tạo máu và 21,8% bệnh nhân gặp viêm phổi. **Kết luận:** Hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin cho kết quả tốt ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

Từ khóa: Hoá xạ trị đồng thời, ung thư phổi.

SUMMARY

OUTCOMES OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH PACLITAXEL - CARBOPLATIN REGIMEN IN LUNG ADENOCARCINOMA PATIENTS WITH STAGE IIIB, IIIC AT VIET TIEP HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcome of concurrent chemoradiotherapy with paclitaxel - carboplatin regimen in lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC at Viet Tiep Hospital. **Subjects and methods:** A prospective study with

intervention and longitudinal follow-up on 55 lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC treated with concurrent chemoradiotherapy by paclitaxel - carboplatin regimen from October 2020 to September 2024. **Results:** The disease control rate was 78.2%, of which 37 patients had a partial response (67.3%) and 6 patients (10.9%) had a complete response after concurrent chemoradiotherapy. Total radiation dose ≥ 60 Gy is more effective than total radiation dose < 60 Gy ($p < 0.05$). Adverse events are common at levels 1 and 2, of which 45.5% of patients experience hematopoietic organ and 21.8% of patients experience pneumonia. **Conclusions:** Concurrent chemoradiotherapy with paclitaxel - carboplatin regimen gives good results in lung adenocarcinoma patients with stage IIIB and IIIC. **Keywords:** Concurrent chemoradiotherapy, lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN (tổ chức ung thư toàn cầu) năm 2022, ung thư phổi là một trong ba bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Tại Việt Nam, UTP đứng hàng thứ hai chiếm 13,5% chỉ sau ung thư gan chiếm 13,6% ở cả hai giới nam và nữ. Ở nam tỉ lệ mắc là 18,9/100.000 dân, đứng thứ hai sau ung thư gan, ở nữ tỷ lệ mắc là 9,1/100.000 dân, đứng thứ hai sau ung thư vú [1]. Với tỷ lệ mắc và tử vong cao, ung thư phổi đã trở thành một trong những vấn đề sức khỏe đáng quan tâm nhất trên toàn thế giới và đặt ra nhiều thách thức cho các nhà lâm sàng. Hiện nay, hóa xạ trị đồng thời là điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IIIC không có chỉ định điều trị đích bước 1, do có ưu thế về việc kiểm soát bệnh tại chỗ và di căn xa nhờ sự tương tác cùng lúc giữa hóa trị và xạ trị. Xạ trị bằng máy gia tốc cho phép xác định được thể tích khối u tiếp cận trực tiếp lên khối u kết hợp với đó là hóa trị

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Quân Y 103

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diệu Hiền

Email: ltdhien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

đồng thời giúp tiêu diệt tế bào ung thư [2].

Tại trung tâm ung bướu và y học hạt nhân bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng, chúng tôi thực hiện điều trị hóa xạ đồng thời bằng máy gia tốc cho bệnh ung thư phổi từ năm 2016, nhưng chưa báo cáo riêng về kết quả điều trị ung thư phổi loại biểu mô tuyến. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 55 bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC điều trị nội trú tại Trung tâm ung bướu và y học hạt nhân bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 10/2020 đến tháng 9/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mới được chẩn đoán ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bộ Y tế 2018 [3]. Tuổi ≥ 18 tuổi. Không có đột biến gen được biết nhạy cảm với điều trị đích như EGFR, ROS1, ALK, KRAS,... Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đồng mắc ung thư cơ quan khác. Bệnh nhân có chống chỉ định của hóa xạ trị đồng thời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp và theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ và chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: Bệnh nhân nghiên cứu được hỏi, khám và chẩn đoán bệnh, đánh giá giai đoạn bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, chỉ định điều trị hóa xạ trị đồng thời như sau:

- Phác đồ paclitaxel - carboplatin vào ngày 1 của mỗi tuần, với liều paclitaxel 45 mg/m² da, carboplatin AUC = 2, truyền tĩnh mạch trong 7 tuần liên tục. Sau khi kết thúc hóa xạ trị đồng thời 1 tháng, bệnh nhân dung nạp tốt sẽ được bổ sung thêm 2 chu kỳ hóa trị paclitaxel - carboplatin mỗi 21 ngày.

- Xạ trị tại hệ thống máy xạ trị gia tốc tuyến tính Model Synergy Platform hãng Elekta kỹ thuật xạ trị 3D.

Theo dõi đáp ứng điều trị và các tác dụng không mong muốn của liệu trình.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Số chu kỳ hóa chất: Tổng số chu kỳ hóa chất chia 2 nhóm: ≥ 6 chu kỳ và < 6 chu kỳ.

- Tổng liều xạ trị chia 2 nhóm: ≥ 60 Gy và $<$

60 Gy.

- Đánh giá đáp ứng điều trị: Đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, chia các mức độ đáp ứng:

+ Đáp ứng hoàn toàn: Biến mất tất cả các tổn thương.

+ Đáp ứng một phần: Giảm $\geq 30\%$ tổng đường kính lớn nhất tất cả các tổn thương.

+ Bệnh giữ nguyên: Giảm $< 30\%$ hoặc tăng $< 20\%$ tổng đường kính lớn nhất tất cả các tổn thương.

+ Bệnh tiến triển: Tăng ít nhất $\geq 20\%$ tổng đường kính lớn nhất các tổn thương hoặc xuất hiện một hay nhiều tổn thương mới [4].

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hoá và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0 và Excel 2016.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức bệnh viện Hữu nghị Việt - Tiệp và Trường đại học Y dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	n (N = 55)	Tỷ lệ (%)
Ho	49	89,1
Ho ra máu	14	25,5
Khạc đờm	22	40,0
Đau ngực	32	58,2
Khó thở	9	16,4
Sốt	7	12,7
Gầy sút cân	39	70,9
Nuốt nghẹn	2	3,6
Khàn tiếng	2	3,6

Nhận xét: Các triệu chứng ho, đau ngực, gầy sút cân là các triệu chứng hay gặp nhất. Triệu chứng nói khàn và nuốt nghẹn ít gặp nhất (3,6%).

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u nguyên phát và hạch vùng

Đặc điểm khối u nguyên phát và hạch vùng	n (N=55)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí hạch vùng	N2	43	78,2
	N3	12	21,8
Vị trí khối u nguyên phát	Trên phải	16	29,1
	Giữa phải	7	12,7
	Dưới phải	6	10,9
	Dưới trái	11	20,0
Kích thước u nguyên phát	Trên trái	15	27,3
	< 3 cm	20	36,4
	3 - 7 cm	31	56,4
	> 7 cm	4	7,2

Nhận xét: Đặc điểm hạch phần lớn là N2 chiếm 78,2%. Khối u thường gặp hơn ở phổi phải (52,7%) và thường ở thùy trên hai bên

(29,1% bên phải và 27,3% bên trái). Kích thước u chủ yếu từ 3 - 7 cm (56,4%).

Bảng 3.3. Kết quả liều xạ trị và số chu kỳ hoá chất

Kết quả	n (N = 55)	Tỷ lệ (%)
Tổng liều xạ trị		
≥ 60 Gy	47	85,5
< 60 Gy	8	14,5
Số chu kỳ hóa trị		
≥ 6 chu kỳ	41	74,5
< 6 chu kỳ	14	25,5

Nhận xét: Nhóm tổng liều xạ trị ≥ 60 Gy chiếm đa số (85,5%) và đa số bệnh nhân được nhận đủ 6 chu kỳ hóa trị (74,5%).

3.2. Kết quả hóa xạ trị đồng thời



Biểu đồ 3.1. Kết quả đáp ứng điều trị

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (77,9%) đạt kiểm soát bệnh, với 10,9% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn.

Bảng 3.4. Liên quan đáp ứng điều trị với một số yếu tố

Các yếu tố	Đáp ứng	Có	Không	OR 95%CI	P
	< 60	37	11		
Giới	Nam	35	10	0,87 (0,1-4,7)	0,24
	Nữ	8	2		
Liều xạ	≥ 60 Gy	42	5	0,02 (0,01-0,2)	< 0,01
	< 60 Gy	1	7		
Số chu kỳ	≥ 6	33	8	0,6 (0,15-2,4)	0,7
	< 6	10	4		
Kích thước u	≤ 3cm	18	2	3,6 (0,7-18,4)	0,1
	> 3 cm	25	10		
Hạch	N2	34	9	1,2 (0,2-5,6)	0,76
	N3	9	3		

Nhận xét: Tổng liều xạ ≥ 60 Gy có hiệu quả tốt hơn so với tổng liều xạ < 60 Gy có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn trên cơ quan tạo máu

Độc tính	Độ 0 (N=55)		Độ 1 (N=55)		Độ 2 (N=55)		Độ 3 (N=55)		Độ 4 (N=55)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ huyết sắc tố	30	54,5	13	23,6	9	16,4	2	3,6	1	1,8
Hạ bạch cầu	46	83,6	7	12,7	1	1,8	1	1,8	0	0,0

Hạ neutrophil	47	85,4	2	3,6	3	5,5	3	5,5	0	0,0
Hạ tiểu cầu	53	96,4	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Hạ huyết sắc tố (45,5%) và hạ bạch cầu (16,4%) chủ yếu gặp độ 1 và độ 2. Hạ neutrophil chiếm 12,7%, trong đó có 5,5% ở mức độ 3. Hạ tiểu cầu chỉ chiếm 3,6%, ở mức độ 1.

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn ngoài cơ quan tạo máu

Độc tính	Độ 1 (N=55)		Độ 2 (N=55)		Tổng (N=55)	
	n	%	n	%	n	%
Nôn	14	25,5	0	0,0	14	25,5
Viêm phổi	11	20,0	1	1,8	12	21,8
Viêm da	14	25,5	3	5,4	17	30,9
Viêm thực quản	15	27,3	4	7,2	19	34,5
Chán ăn	14	30,9	3	5,5	20	36,4
Sút cân	5	9,1	0	0,0	5	9,1
Tăng men gan	18	32,7	0	0,0	18	32,7
Tăng creatinine	6	10,9	1	1,8	7	12,7

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn ngoài cơ quan tạo máu chỉ gặp ở độ 1 - 2, trong đó các độc tính nặng là viêm phổi (21,8%) và viêm thực quản (34,5%). Tỷ lệ tăng men gan và tăng creatinine lần lượt là 32,7% và 12,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng triệu chứng ho, đau ngực, gầy sút cân là các triệu chứng hay gặp nhất, với tỷ lệ lần lượt là 89,1%; 70,9% và 58,2%. Đặc điểm này cũng phù hợp với triệu chứng của bệnh nhân ung thư phổi trong các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Hạnh và cộng sự (2018), triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho kéo dài chiếm 86,7%, tiếp đến là triệu chứng đau ngực chiếm 83,3%, sụt cân chiếm 60%, khó thở chiếm 33,3% [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn IIIB và IIIC, là các bệnh nhân này đều không có chỉ định phẫu thuật và không có đột biến gen nhạy cảm thuốc. Kích thước khối u trung bình là 40 mm, trong đó chủ yếu từ 3 - 7 cm chiếm 56,4%. Có 7,3% bệnh nhân có khối u kích thước trên 7 cm, phản ánh việc phát hiện tương đối muộn, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Nguyên nhân phát hiện muộn do các khối u phổi thường tiến triển thầm lặng, ít triệu chứng, nên khi phát hiện thường ở giai đoạn muộn. Vị trí khối u thường gặp ở phổi phải (52,7%) và thùy trên (29,1% phải và 27,3% trái). Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ trước đây, vị trí ung thư phổi thường gặp ở thùy trên hai bên. Trong nghiên

cứu này, các bệnh nhân ở giai đoạn IIIB, IIIC nên đặc điểm về di căn hạch là N2 và N3, với tỷ lệ lần lượt là 78,2% và 21,8%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phác đồ paclitaxel - carboplatin chu kỳ hàng tuần. Kết quả là 41 bệnh nhân (74,5%) nhận đủ 6 chu kỳ hóa trị và 47 bệnh nhân (85,5%) nhận đủ liều xạ trị tổng liều ≥ 60 Gy. Lý do các bệnh nhân không hoàn thành đủ phác đồ hóa xạ trị liên quan đến các tác dụng không mong muốn nặng, bao gồm: Viêm phổi, viêm thực quản, hạ bạch cầu, thiếu máu nặng,... Đặc điểm này cũng tương đồng với những nghiên cứu trước đây về hóa xạ trị đồng thời. Một trong những yếu tố ảnh hưởng quan trọng tới việc bệnh nhân có thể tiếp xúc nhận đủ liều xạ như kế hoạch xạ trị ban đầu hay không liên quan đến tác dụng tác dụng không mong muốn do xạ. Những tác dụng không mong muốn này sẽ dẫn xuất hiện trong quá trình điều trị và tỷ lệ thuận với liều xạ trị. Tương tự, tỷ lệ tác dụng không mong muốn của hóa chất tăng dần theo số chu kỳ bệnh nhân điều trị. Chandra B.P. và cộng sự (2005) đã áp dụng hoàn thành phác đồ hóa xạ trị cho 69 - 74% bệnh nhân. Trong các nghiên cứu cho thấy, việc nâng liều xạ trị là một biện pháp quan trọng để tăng cường hiệu quả kiểm soát tổn thương tại chỗ, tại vùng. Bởi trong các nghiên cứu cho thấy liều xạ dưới 60 Gy đã cho thấy nếu liều xạ dưới 60 Gy thì việc kiểm soát bệnh tại chỗ rất thấp. Vì vậy, đã có một loạt các thử nghiệm lâm sàng ra đời nghiên cứu về vấn đề hóa xạ và nâng cao liều xạ nhằm tăng cường kiểm soát tại chỗ, tại vùng. Khi phân tích tăng liều xạ với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, kết quả cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ giảm xuống khi tổng liều xạ trên 64 Gy, với liều xạ này vẫn đảm bảo an toàn cho cơ quan lành xung quanh đồng thời kiểm soát được khối u. Tuy nhiên, việc tăng đồng loạt liều xạ, đặc biệt trên những trường chiếu rộng không mang lại lợi ích về sống thêm do liên quan đến những tác dụng phụ của xạ trị, vấn đề viêm xơ phổi sau điều trị sẽ ảnh hưởng đến chức năng hô hấp của bệnh nhân trên nền tảng bệnh nhân ung thư phổi chức năng hô hấp đã phần nào bị hạn chế [6], [7].

4.2. Kết quả hóa xạ trị đồng thời. Trong số 55 bệnh nhân nghiên cứu, có 67,3% bệnh nhân đáp ứng một phần, với có 6 bệnh nhân (10,9%) đạt đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt đến 77,9%. Kết quả đạt được tương tự nghiên cứu trước đây của Lê Tuấn Anh (2015), nghiên cứu tác dụng của phác đồ hoá xạ trị đồng thời trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III ghi nhận kết quả đáp ứng hoàn

toàn 5,4%, đáp ứng một phần đạt 51,7%, bệnh giữ nguyên giắc tiến triển chiếm 42,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 83,9% [8].

Khi đánh giá đáp ứng điều trị theo các yếu tố, chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa liều xạ trị và đáp ứng của bệnh nhân có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không ghi nhận mối liên quan giữa các yếu tố về tuổi, giới, tình trạng sút cân, số chu kỳ hóa chất, kích thước u, giai đoạn bệnh, tình trạng hạch với đáp ứng điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ loại biểu mô tuyến. Kết quả nghiên cứu thấy rằng tổng liều xạ ≥ 60 Gy có hiệu quả tốt đối với bệnh nhân điều trị hoá xạ trị đồng thời, mang lại tỷ lệ đáp ứng điều trị cao hơn. Vì vậy, việc chỉ định liều xạ trị hợp lý giúp cho hiệu quả của hóa xạ trị đồng thời tăng lên.

Theo phân loại của NCI – CTC phiên bản 4.0, các tác dụng không mong muốn trên cơ quan tạo máu gặp trong nghiên cứu chúng tôi gồm: Hạ huyết sắc tố (45,5%) và hạ bạch cầu (16,4%) chủ yếu gặp độ 1 và độ 2. Hạ neutrophil chiếm 12,7%, với 5,5% là độ 3. Hạ tiểu cầu độ 1 chiếm 3,6%, không có trường hợp nào xuất huyết được ghi nhận trên lâm sàng. Không có trường hợp bệnh nhân nào tử vong do tác dụng không mong muốn độc trên cơ quan tạo máu. Tuy nhiên, do các tác dụng không mong muốn độc trên cơ quan tạo máu này gây giãn cách thời gian truyền giữa các chu kỳ trong khi liệu trình xạ trị vẫn được tiến hành, ảnh hưởng đến việc thực hiện đầy đủ liệu trình điều trị. Về tác dụng không mong muốn độc ngoài cơ quan tạo máu hệ tạo máu, kết quả nghiên cứu chỉ gặp ở độ 1 - 2, trong đó các độc tính nặng là viêm phổi (21,8%) và viêm thực quản (34,5%). Tỷ lệ tăng men gan và tăng creatinine lần lượt là 32,7% và 12,7%. Đặc điểm về số lượng và mức độ của tác dụng không mong muốn phác đồ hóa xạ trị đồng thời khác nhau ở từng nghiên cứu, liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và số phác đồ hóa chất và liều chiếu xạ. Theo tác giả Lê Tuấn Anh ghi nhận tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3, độ 4 tương đối ít gặp, giảm tiểu cầu độ 3, rối loạn chức năng gan thận từ độ 3 trở lên không ghi nhận trường hợp nào [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu phân tích tổng hợp của Aupérin A. và cộng sự (2010) về hóa xạ trị đồng thời lại cho thấy tỷ lệ viêm thực quản độ 3 và độ 4 chiếm tỷ lệ từ 4 - 18% và tỷ lệ tác dụng không mong muốn trên hệ thống tạo máu độ 3 - 4 có thể từ 20 đến trên 90% [7]. Kết quả các nghiên cứu cho thấy, để giảm tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị đồng thời, cần phải lựa chọn bệnh nhân chặt chẽ và chỉ định liều xạ, phác đồ phù hợp trên từng

bệnh nhân cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu áp dụng hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin ở 55 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIB – IIIC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, kết quả cho thấy: Hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin cho kết quả tốt ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, 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. **Wood D.E. and Ettinger D.S.** (2022), "Non-small cell lung cancer, NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology", doi: <https://doi.org/10.6004/jccn.2022.0025>.
3. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ** (2018), Bộ Y tế, 2018.

4. **Gokhan Ozyigit, et al.** (2016), "Guidelines for the delineation of primary tumor target volume in lung cancer," *Principles and Practice of Radiotherapy Techniques in Thoracic Malignancies*, pp. 39-47.
5. **Nguyễn Đức Hạnh, Đặng Văn Khiêm, Đinh Ngọc Việt và cộng sự** (2018), "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư Phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại bệnh viện phổi Trung ương," *Tạp chí Ung Thư Việt Nam*, vol. 4, tr. 196-203.
6. **Chandra B.P., Hak C., Phil B., et al.** (2005), "Combined chemoradiotherapy regimens of paclitaxel and carboplatin for locally advanced non-small-cell lung cancer: A randomized phase II locally advanced multi-modality protocol," *Journal of clinical oncology*, vol. 23 (25): 5883-5891.
7. **Aupérin A., Le Péchoux C., Rolland E., et al.** (2010), "Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer," *Journal of clinical oncology*, vol. 28 (13): 2181-2190.
8. **Lê Tuấn Anh** (2015), Hóa-xạ đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CỬA-DÂY DẪN TRONG CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TIÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN

Trần Hòa^{1,2*}, Triệu Quang Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu trên 107 bệnh nhân STEMI nhập viện Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024. **Kết quả:** Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm: thời gian khởi phát triệu chứng 0,96 (0,93-1,0), $p=0,003$; bệnh nhân được chuyển viện 1,67 (1,06-2,64), $p=0,008$; hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn 0,46 (0,18-1,20), $p=0,03$; độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² 0,41 (0,21 - 0,82), $p<0,001$; ST chênh lên >2 mm 1,58 (1,20-2,08), $p=0,002$; bệnh 3 nhánh mạch vành 0,66 (0,45-0,96), $p=0,015$. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm thời gian từ khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện; bệnh nhân nhập viện qua hình thức chuyển viện;

bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn; độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m²; độ chênh của đoạn ST >2 mm; bệnh nhân có bệnh 3 nhánh mạch vành. **Từ khóa:** thời gian cửa-dây dẫn, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

SUMMARY

STUDY ON FACTORS ASSOCIATED WITH DOOR-TO-WIRE TIME IN PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: To investigate factors influencing door-to-wire time in primary percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI). **Methods:** this retrospective study was conducted on 107 STEMI patients admitted to the University Medical Center Ho Chi Minh City and undergoing primary PCI according to the European Society of Cardiology guidelines from January 2024 to April 2024. **Results:** Several factors were associated with door-to-wire time, including: symptom onset time: 0.96 (0.93–1.0), $p = 0.003$; inter-hospital transfer: 1.67 (1.06–2.64), $p = 0.008$; respiratory or circulatory support: 0.46 (0.18–1.20), $p = 0.03$; estimated glomerular filtration rate (eGFR) ≤ 60 mL/min/1.73 m²: 0.41 (0.21–0.82), $p < 0.001$; ST elevation >2 mm: 1.58 (1.20–2.08), $p = 0.002$; three-vessel coronary artery disease: 0.66 (0.45–

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hòa

Email: tranhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025