

những phẫu thuật viên có đủ kinh nghiệm PTNS cắt gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Công Duy Long** (2016), "Đánh giá vai trò phẫu thuật nội soi cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Jin B., Yang M., Wang Y., et al.** (2023), "Safety and Perioperative Outcomes of Laparoscopic vs. Open Hepatectomy of Central-Located Liver Lesions: A Multicenter, Propensity Score-Matched, Retrospective Cohort Study", *J Clin Med*, 12 (6).
3. **Kim H. J., Cho J. Y., Han H. S., et al.** (2022), "Long-Term Outcomes of Laparoscopic Liver Resection for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma", *Medicina (Kaunas)*, 58 (6).
4. **Kim W. J., Kim K. H., Kim S. H., et al.** (2018), "Laparoscopic Versus Open Liver Resection for Centrally Located Hepatocellular Carcinoma in Patients With Cirrhosis: A Propensity Score-matching Analysis", *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 28 (6), 394-400.
5. **Kim W. J., Kim K. H., Shin M. H., et al.** (2017), "Totally laparoscopic anatomical liver resection for centrally located tumors: A single center experience", *Medicine (Baltimore)*, 96 (4), e5560.
6. **Kim Y. K., Han H. S., Yoon Y. S., et al.** (2015), "Total anatomical laparoscopic liver resection of segment 4 (S4), extended S4, and subsegments S4a and S4b for hepatocellular carcinoma", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 25 (5), 375-9.
7. **Yoon Yoo-Seok, Han Ho-Seong, Cho Jai Young, et al.** (2013), "Laparoscopic liver resection for centrally located tumors close to the hilum, major hepatic veins, or inferior vena cava", *Surgery*, 153 (4), 502-509.

LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LIỆU TRÌNH HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI VÀ THỜI GIAN SỐNG THÊM 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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời và thời gian sống thêm 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 tiến 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:** Trung bình của thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển lần lượt là $29,2 \pm 3,2$ tháng và $12,3 \pm 1,1$ tháng. Bệnh nhân được xạ trị với tổng liều ≥ 60 Gy có thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn bệnh nhân được xạ trị với tổng liều < 60 Gy ($p < 0,05$). Bệnh nhân được hóa trị ≥ 6 chu kỳ có thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn nhóm bệnh nhân được hóa trị < 6 chu kỳ ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân được điều trị đầy đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không điều trị đủ liệu trình ($p < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị đủ

liệu trình hóa xạ trị đồng thời với tổng liều ≥ 60 Gy cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

Từ khóa: Hoá xạ trị đồng thời; Ung thư phổi; Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

RELATION BETWEEN CHARACTERISTICS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY AND SURVIVAL IN LUNG ADENOCARCINOMA PATIENTS WITH STAGE IIIB, IIIC AT VIET TIEP HOSPITAL

Objective: To evaluate the relation between characteristics of concurrent chemoradiotherapy and survival 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 average overall and progression-free survival were 29.2 ± 3.2 months and 12.3 ± 1.1 months. Patients receiving radiotherapy with total dose ≥ 60 Gy had longer overall and progression-free survival than patients receiving radiotherapy with total dose < 60 Gy ($p < 0.05$). Patients receiving chemotherapy for ≥ 6 cycles had a longer overall survival than the group of patients receiving chemotherapy for < 6 cycles ($p < 0.05$). The group of

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Diệu Hiền

Email: lthdien@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

patients who received a full course of concurrent chemotherapy had longer overall and progression-free survival clearly than the group of patients who did not receive enough therapy ($p < 0.01$). **Conclusions:** Treating a full course of concurrent chemoradiotherapy with total dose ≥ 60 Gy improves overall and progression-free survival in adenocarcinoma lung cancer patients with stage IIIB and IIIC. **Keywords:** Concurrent chemoradiotherapy; Lung cancer; Overall and progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc và tử vong cao, tiền lượng xấu và chi phí điều trị lớn. 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, ung thư phổi đứng hàng thứ hai chiếm 13,5% chỉ sau ung thư gan chiếm 13,6% ở cả hai giới nam và nữ. Nhiều biện pháp điều trị đã được áp dụng nhằm kéo dài thời gian sống thêm và tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư phổi, với nguyên tắc điều trị đa mô thức và cá thể hóa trên từng bệnh nhân [1].

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 đồng thời giúp tiêu diệt tế bào ung thư [2]. Việc xác định chính xác liều xạ trị và áp dụng đầy đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời có vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời và thời gian sống thêm 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 không tế bào nhỏ 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 của 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. Bệnh nhân không theo dõi được đến khi tử vong.

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 thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không triệu chứng.

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 bệnh tiến triển theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ của Bộ Y tế 2018 [3].

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

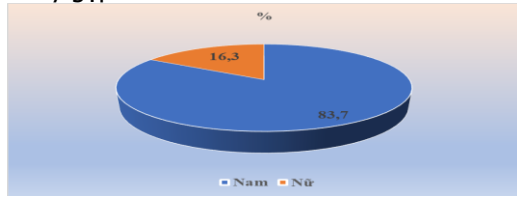
3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về độ tuổi

Đặc điểm	n (N = 55)	Tỷ lệ (%)
50 - 59	7	12,7
60 - 69	33	60,0
> 70	15	27,3
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	65,9 $\pm$ 5,7 (Min = 50; Max = 79)	

Nhận xét: Trung bình của độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu cao ($65,9 \pm 5,7$ tuổi), đều ≥ 50 tuổi. Độ

tuổi hay gặp nhất là 60 - 69 tuổi chiếm 60%.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới tính

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là nam (83,7%). Chỉ 16,3% bệnh nhân là nữ giới.

Bảng 3.2. 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 xạ trị tổng liều ≥ 60 Gy chiếm đa số (85,5%) và đa số bệnh nhân được nhận đủ 6 chu kỳ hóa trị (74,5%).

3.2. Liên quan đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời và thời gian sống thêm

Bảng 3.3. Thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	Min - Max
Toàn bộ	$29,2 \pm 3,2$	3,8 - 46,8
Bệnh không tiến triển	$12,3 \pm 1,1$	1,5 - 19,9

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không tiến triển trung bình lần lượt là $29,2 \pm 3,2$ tháng và $12,3 \pm 1,1$ tháng. Bệnh nhân có thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,9 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ dài nhất là 46,8 tháng.

Bảng 3.4. Liên quan giữa liều xạ trị với thời gian sống thêm

Tổng liều xạ trị	<60 Gy (n=8)	≥60 Gy (n=47)	p
Thời gian sống thêm			
Toàn bộ ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$13,1 \pm 3,6$	$33,1 \pm 3,4$	<0,05
Bệnh không tiến triển ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$6,4 \pm 1,9$	$12,1 \pm 1,0$	<0,05

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được xạ trị với tổng liều ≥ 60 Gy có trung bình của cả thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn nhóm bệnh nhân được xạ trị với tổng liều < 60 Gy có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa số chu kỳ hóa trị với thời gian sống thêm

Số chu kỳ hóa trị	<6 (n=14)	≥6 (n=41)	p
Thời gian sống thêm			
Toàn bộ ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$15,6 \pm 2,9$	$32,4 \pm 3,5$	<0,05

Bệnh không tiến triển ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$10,1 \pm 2,2$	$12,1 \pm 0,9$	>0,05
--	----------------	----------------	-------

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được hóa trị ≥ 6 chu kỳ có trung bình của thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn nhóm bệnh nhân được hóa trị < 6 chu kỳ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

Bảng 3.6. Liên quan giữa đặc điểm toàn bộ qua liệu trình hóa xạ trị với thời gian sống thêm

Đặc điểm hóa xạ trị đồng thời	Đủ (n=34)	Không đủ (n=21)	p
Thời gian sống thêm			
Toàn bộ ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$38,9 \pm 3,5$	$14,9 \pm 2,0$	<0,01
Bệnh không tiến triển ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	$15,1 \pm 1,8$	$8,9 \pm 1,0$	<0,01

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được điều trị đầy đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời có trung bình của cả thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển dài hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không điều trị đủ liệu trình ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi và giới là các yếu tố nguy cơ mắc ung thư phổi vì liên quan đến thói quen, thời gian tiếp xúc, phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ gây ung thư phổi, trong đó quan trọng là thói quen hút thuốc lá, thuốc lào. Trong nghiên cứu này, trung bình độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu cao ($65,9 \pm 5,7$ tuổi). Độ tuổi hay gặp nhất là 60 - 69 tuổi chiếm 60%, với tỷ lệ nam giới chiếm đa số (83,7%). Đặc điểm này tương đồng nhóm bệnh nhân nghiên cứu về ung thư phổi trong nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới [4 - 8]. Nghiên cứu của Hàng Quốc Tuấn (2021) trên 72 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mổ được điều trị bằng phác đồ paclitaxel - carboplatin kết hợp xạ trị đồng thời có độ tuổi trung bình là $60,8 \pm 8$ (tuổi), với 75% là nam giới [4].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phác đồ paclitaxel - carboplatin chu kỳ hàng tuần kết hợp xạ trị. Kết quả là 41 bệnh nhân (74,5%) nhận đủ 6 chu kỳ hóa trị và 14 bệnh nhân (25,5%) không nhận đủ 6 chu kỳ hóa trị. 47 bệnh nhân (85,5%) nhận đủ liều xạ trị đủ và trên 60 Gy, 8 bệnh nhân (14,5%) không nhận đủ liệu trình xạ trị. Tổng cộng có 34 bệnh nhân (61,8%) được thực hiện đầy đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời. Lý do các bệnh nhân không hoàn thành đủ phác đồ hóa xạ trị liên quan đến các tác dụng không mong muốn nặng xảy ra trong

quá trình điều trị phải chuyển phác đồ, 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, với tỷ lệ hoàn thành đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời khác nhau, tùy thuộc vào lựa chọn đối tượng bệnh nhân nghiên cứu và liều xạ, cũng như phác đồ hóa chất cho bệnh nhân. Kết quả các nghiên cứu cho thấy, việc tăng liều xạ giúp làm giảm nguy cơ tái phát, kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các tác dụng không mong muốn nặng xảy ra tỷ lệ cao hơn. Chandra B.P. và cộng sự (2005) đã áp dụng hoàn thành phác đồ hóa xạ trị cho 69 - 74% bệnh nhân [5].

4.2. Liên quan đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời và thời gian sống thêm.

Cho đến nay, điều trị hóa xạ đồng thời hiện vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mổ được, không có chỉ định điều trị đích bước 1. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không tiến triển trung bình lần lượt là $29,2 \pm 3,2$ và $12,3 \pm 1,1$ tháng. Bệnh nhân có thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,9 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ dài nhất là 46,8 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả nhiều nghiên cứu trước đây. Hàng Quốc Tuấn (2023) ghi nhận trung bình của thời gian sống thêm toàn bộ là $24 \pm 0,5$ tháng, với thời gian bệnh không tiến triển là $14 \pm 0,45$ tháng [4]. Theo Stinchcombe T.E. và cộng sự (2009), thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 10 tháng, với tỷ lệ thời gian bệnh không tiến triển tại thời điểm 5 năm là 21% [6]. Tuy nhiên, Conor E. Steuer và cộng sự (2017) khi so sánh giữa hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin với cisplatin - etoposide trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III trên 3090 bệnh nhân cho kết quả thời gian sống thêm toàn bộ lần lượt là 19,6 tháng và 18,4 tháng [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến số chu kỳ hóa chất trong nghiên cứu này nhiều hơn, giúp kiểm soát khối u tốt hơn. Bên cạnh đó, việc lựa chọn bệnh nhân trong nghiên cứu này chỉ là nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giai đoạn IIIB và IIIC. Đây là một kết quả khả quan so với các nghiên cứu bệnh nhân chỉ được hóa trị hoặc hóa xạ trị tuần tự. Auperin A. và cộng sự (2010) thực hiện nghiên cứu phân tích gộp kết quả 6 thử nghiệm lâm sàng so sánh hóa xạ trị đồng thời với hóa xạ trị tuần tự với 1.205

bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ cho thấy giảm nguy cơ tử vong tương đối 15%, tăng tỷ lệ sống còn 3 năm lên 5,7% [8].

Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm liệu trình hóa xạ trị đồng thời với thời gian sống thêm của bệnh nhân, kết quả cho thấy các bệnh nhân được xạ trị với liều ≥ 60 Gy, hóa trị ≥ 6 chu kỳ và điều trị đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời có thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cao hơn rõ rệt. Các nghiên cứu trước đây cũng có kết quả tương tự. Hàng Quốc Tuấn (2023) nhận thấy liều xạ trị là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian bệnh không tiến triển. Tương tự, nghiên cứu của Auperin A. và cộng sự (2010) cho kết quả là việc phối hợp hóa xạ trị đồng thời phác đồ phối hợp hai thuốc điều trị đủ 6 chu kỳ hóa trị cải thiện đáng kể thời gian thời gian sống thêm bệnh không tiến triển nhưng lại không có sự khác biệt rõ rệt về thời gian sống thêm toàn bộ [8]. Như vậy, việc lựa chọn và sàng lọc bệnh nhân để chỉ định hóa xạ trị đồng thời chính xác rất quan trọng. Trước hết, bệnh nhân phải là những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, không còn chỉ định phẫu thuật và không có đột biến gen để điều trị đích bước 1, toàn trạng tốt để có thể chịu đựng được liệu trình điều trị. Bệnh nhân cần được chỉ định liệu trình hóa xạ trị đồng thời phù hợp với toàn trạng bệnh nhân, theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị để dự phòng và kịp thời xử lý những tác dụng không mong muốn, giúp cho bệnh nhân có thể thực hiện đầy đủ liệu trình, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống thêm của bệnh nhân.

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: Điều trị đủ liệu trình hóa xạ trị đồng thời với liều ≥ 60 Gy cải thiện thời gian sống thêm 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. **Hàng Quốc Tuấn** (2021), Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mổ được điều trị bằng phác đồ paclitaxel và carboplatin kết hợp hóa xạ đồng thời, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **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.
6. **Stinchcombe T.E., Hodgson L., Herndon J.E. II, et al.** (2009), "Treatment outcomes of different prognostic groups of patients on Cancer and Leukemia Group B trial 39801: Induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy compared with chemoradiotherapy alone for unresectable stage III non-small cell lung cancer," *J Thorac Oncol*, vol. 4 (9): 1117-1125.
7. **Steuer C.E., Behera M., Ernani V., et al** (2017), "Comparison of Concurrent Use of Thoracic Radiation With Either Carboplatin-Paclitaxel or Cisplatin-Etoposide for Patients With Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer: A Systematic Review," *JAMA Oncol*, vol. 3 (8): 1120-1129.
8. **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.

ĐẶC ĐIỂM HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ TẠI PHÒNG KHÁM TỔNG QUÁT

Nguyễn Văn Sĩ^{1,3}, Lê Văn Minh³, Nguyễn Quang Cảnh²

TÓM TẮT

Mở đầu: Theo dõi Holter điện tâm đồ 24 giờ là cận lâm sàng được thực hiện để khảo sát rối loạn nhịp tim. Cận lâm sàng này được chỉ định phổ biến tại các phòng khám chuyên khoa tim mạch nhưng ngày càng được mở rộng ở các phòng khám tổng quát. **Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện để xác định đặc điểm Holter điện tâm đồ 24 giờ tại phòng khám tổng quát. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 74 trường hợp được thực hiện Holter điện tâm đồ 24 giờ tại phòng khám tổng quát, bệnh viện Quân Y 7A. **Kết quả:** Kết quả cho thấy chỉ định Holter điện tâm đồ phổ biến là hồi hộp (45,9%) và điện tâm đồ 12 chuyển đạo có bất thường (40,5%). Ngoại tâm thu thất ≥ 10000 nhịp và/hoặc $\geq 10\%$ trong 24 giờ là 9,5%. Các rối loạn nhịp chậm quan trọng bao gồm block nhĩ thất độ 2, block nhĩ thất độ 3 lần lượt là 2,7% và 2,4%. Các rối loạn nhịp nhanh quan trọng bao gồm rung nhĩ, nhanh thất ngắn lần lượt là 14,9% và 9,5%. **Kết luận:** Holter điện tâm đồ 24 giờ là phương tiện hữu ích giúp phát hiện những bất thường điện tâm đồ quan trọng ở người bệnh có và không có triệu chứng ở phòng khám tổng quát. **Từ khóa:** Holter điện tâm đồ, rối loạn nhịp tim, phòng khám tổng quát.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF 24-HOUR HOLTER ELECTROCARDIOGRAM IN A GENERAL PRACTICE CLINIC

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân Y 7A

³Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

Background: 24-hour Holter electrocardiogram monitoring is a diagnostic tool for investigating arrhythmias. This clinical test is commonly indicated in cardiology clinics but is increasingly utilized in general practice settings. **Objective:** This study aims to determine the characteristics of 24-hour Holter electrocardiogram monitoring in a general practice clinic. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 74 patients who underwent 24-hour Holter electrocardiogram monitoring at the General Practice Clinic, Military Hospital 7A. **Results:** The results showed that the most common indications for Holter monitoring were palpitations (45.9%) and abnormalities found on the 12-lead electrocardiogram (40.5%). Premature ventricular contractions $\geq 10,000$ and/or $\geq 10\%$ in 24 hours accounted for 9.5%. Significant bradyarrhythmias included second-degree (2.7%) and third-degree atrioventricular block (2.4%). Significant tachyarrhythmias included atrial fibrillation (14.9%) and non-sustained ventricular tachycardia (9.5%). **Conclusion:** The 24-hour Holter electrocardiogram is a valuable tool for detecting significant electrocardiographic abnormalities in patients with and without symptoms in general practice clinics.

Keywords: 24-hour Holter electrocardiogram, arrhythmias, general practice clinic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Holter điện tâm đồ 24 giờ là phương pháp theo dõi điện tâm đồ liên tục trong vòng 24 giờ, giúp phát hiện các rối loạn nhịp tim mà phương pháp điện tâm đồ 12 chuyển đạo tiêu chuẩn không thể ghi nhận được, đặc biệt là các rối loạn nhịp thoáng qua hoặc không có triệu chứng rõ ràng. Phương pháp này đã trở thành công cụ quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi các bất thường về nhịp tim, đặc biệt trong việc phát hiện các rối loạn nhịp tim không có triệu chứng hoặc