

nghiên cứu của Mark Antal chỉ thực hiện trên nhóm răng cửa và răng hàm nhỏ, còn của chúng tôi được thực hiện trên cả các răng hàm lớn. Cho thấy rằng máng hướng dẫn sử dụng nhóm răng hàm lớn có kết quả tương đương nhóm răng trước và răng hàm nhỏ. Sự khác biệt sai số giữa các nhóm răng không có ý nghĩa thống kê.

Với kết quả này chúng tôi thấy rằng có thể sử dụng máng hướng dẫn vào phẫu thuật cắt chóp, theo cách cách đơn giản hóa phẫu thuật nhưng hiệu quả. Trong giới hạn của nghiên cứu, phương pháp mới được đánh giá dựa trên kết quả giai đoạn đầu sau khi phẫu thuật. Y học dựa trên bằng chứng, kết quả lành thương hoàn toàn và răng thực hiện chức năng bình thường sau cắt chóp có ý nghĩa cao nhất, do đó cần các nghiên cứu tiếp theo để đổi đánh giá kết quả lành thương về lâu dài.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt chóp với máng hướng dẫn và mũi Trepine có độ chính xác cao, an toàn, và thực hiện được với cả các răng hàm lớn. Phương pháp cần được tiến hành nghiên cứu nhiều hơn về kết quả lành thương sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Thái Hà và cộng sự (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, x quang và nguyên nhân

của các răng cần điều trị tủy lại. Tạp Chí Y học Thực Hành - Bộ Y Tế, số 864 (67-70), 2013.

2. **M. Antal et al. (2019)**, Accuracy and clinical safety of guided root end resection with a trephine: a case series. *Head Face Med.*, vol. 15, Dec. 2019. DOI: 10.1186/s13005-019-0214-8.
3. **A. Chércoles-Ruiz et al. (2017)**, Endodontics, Endodontic Retreatment, and Apical Surgery Versus Tooth Extraction and Implant Placement: A Systematic Review. *J. Endod.*, vol. 43, no. 5, pp. 679–686, May 2017. DOI: 10.1016/j.joen.2017.01.004.
4. **P. A. Gilheany et al. (1994)**, Apical dentin permeability and microleakage associated with root end resection and retrograde filling. *J. Endod.*, vol. 20, no. 1, pp. 22–26, Jan. 1994. DOI: 10.1016/s0099-2399(06)80022-1.
5. **S. Kim et al. (2006)**, Modern Endodontic Surgery Concepts and Practice: A Review. *J. Endod.*, vol. 32, no. 7, pp. 601–623, Jul. 2006. DOI: 10.1016/j.joen.2005.12.010.
6. **B. Krastev et al. (2020)**, Periapical Surgery. Review. Classic vs Modern Concepts. *Int. J. Med. Rev. Case Rep.*, no. 0, p. 1, 2020. DOI: 10.5455/IJMRCR.periapical-surgery.
7. **A. Tahmaseb et al. (2018)**, The accuracy of static computer-aided implant surgery: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Oral Implants Res.*, vol. 29 Suppl 16, pp. 416–435, Oct. 2018. DOI: 10.1111/clr.13346.
8. **F. J. Vertucci (2005)**, "Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures," *Endod. Top.*, vol. 10, no. 1, pp. 3–29, 2005. DOI: 10.1111/j.1601-1546.2005.00129.x.

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH TUYẾN TIỀN LIỆT TRÊN PHIM CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN Ở BỆNH NHÂN TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Lê Thị Linh\*, Trần Quốc Hòa\*\*, Ngô Xuân Khoa\*\*  
Trần Sinh Vương\*\*, Trần Lê Đình Duy\*\*, Hoàng Văn Hồng\*\*\*,  
Nguyễn Tuấn Sơn\*\*\*\*, Nguyễn Thái Hà Dương\*\*\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm giải phẫu của động mạch tuyến tiền liệt trên phim chụp mạch số hóa xóa nền ở bệnh nhân tăng sản lành tính TTL. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu trên kết quả chụp mạch số hóa xóa nền của 20 bệnh

nhân nam có tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại học y Hà Nội từ tháng 8/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Trong 33 bên khung chậu tìm được 35 động mạch TTL (của 20 bệnh nhân), có 2 bên khung chậu có 2 động mạch TTL (chiếm 6,1%), 31 bên khung chậu có 1 động mạch TTL (chiếm 93,9%). Về vị trí xuất phát của 35 động mạch TTL theo phân loại của Francisco Canervalle, tỉ lệ ĐM TTL xuất phát từ loại I (thân chung bàng quang), loại II (nhánh trước ĐM chậu trong), Loại III (ĐM bịt), loại IV (ĐM thẹn trong), loại V (khác) lần lượt là 20%; 2,9%; 34,3%; 31,4% và 11,4%. Xơ vữa ĐM tìm thấy trên DSA trong 11,4%. Tỷ lệ ĐM TTL có hình ảnh xoắn vặn như lò xo là 71,4%. Đường kính trung bình ĐM TTL là  $1,49 \pm 0,12\text{mm}$ . ĐM TTL cho nhiều vòng nối với các cơ quan lân cận, ĐM TTL có thể cấp máu cho dương vật 31,4%, túi tinh 17,1%, TTL bên đối diện 37,1%. **Kết luận:** ĐM TTL xuất phát

\*Trường Đại học Y khoa Vinh,

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội.

\*\*\* Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

\*\*\*\* Trường ĐH Y Dược - ĐH Quốc gia, Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Linh

Email: linhle240593@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 13/9/2021

Ngày duyệt bài: 2/10/2021

từ động mạch bị hay gặp nhất. Vòng nối ĐM TTL rất đa dạng, có thể cấp máu cho dương vật, túi tinh, bàng quang, ĐM TTL bên đối diện... Do đó, cần nắm vững giải phẫu và biến thể của ĐM TTL khi điều trị tăng sản lành tính TTL bằng phương pháp nút mạch.

**Từ khóa:** Động mạch tuyến tiền liệt, chụp mạch số hóa xóa nền, phân loại Francisco Canervalle.

**SUMMARY**

**ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF PROSTATIC ARTERY IN PATIENT WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA ON DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY**

**Aim:** To describe anatomical characteristic of prostatic artery on DSA scan of patient with benign prostatic hyperplasia (BPH). **Material and method:** Prospective and retrospective study on DSA scan of 20 male patients with BPH at Radiology Center of Hanoi Medical University Hospital from August 2018 to August 2021. **Result:** On 33 pelvis sides scan of 20 patients which reveals prostatic artery, there are 2 pelvis sides have two PAs (accounts for 6.1%), 31 pelvis sides have single PA (accounts for 93.9%). In terms of origin among 35 PAs found, according to Francisco Canervalle classification, the ratio of type I (originating from common vesical trunk), type II (originating from anterior trunk of internal iliac artery), type III (originating from obturator artery), type IV (originating from internal pudendal artery) and type V (other origins) are, respectively: 20%; 2.9%; 34.3%; 31.4% and 11.4%. Atherosclerosis was observed in 11.4% of PAs. The "corkscrew" pattern was found in 30.4%. The average diameter of PAs was 1.53 ± 0.34 mm. Collateral circulations between PAs and other vessels were also observed: 31.4% of PAs anastomose with penile artery, 17.1% of PAs anastomose with branches supplying seminal vesicle, 37.1% anastomose with contralateral PA. **Conclusion:** The origin of type III is the most common variation in this study. The existence of anastomose of PAs indicates that common anatomy of PAs and its variations are essential factors affect the treatment of BPH.

**Keyword:** Prostatic artery, digital subtraction angiography, Francisco Canervalle classification.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nút ĐM TTL điều trị tăng sản lành tính TTL là phương pháp xâm lấn tối thiểu, thời gian phục hồi nhanh, ít nguy cơ biến chứng và được áp dụng ở Việt Nam cũng như trên thế giới trong những năm gần đây.

Tuy nhiên, trong số các kỹ thuật Xquang can thiệp mạch, nút động mạch TTL đã được chứng minh là một trong những kỹ thuật khó nhất do sự phức tạp của động mạch tuyến tiền liệt. Động mạch TTL có đường kính nhỏ, chỉ khoảng 1,5mm<sup>1</sup>. Số lượng và nguồn gốc xuất phát của động mạch không hằng định, biến thể giải phẫu phức tạp, xơ vữa nhiều ở đàn ông lớn tuổi. Ngoài các vị trí xuất phát hay gặp nhất như động mạch

thẹn trong, thân chung với ĐM bàng quang trên, ĐM TTL có thể xuất phát từ động mạch hông trên, trực tràng, sinh dục phụ, thậm chí từ động mạch chậu ngoài. Động mạch TTL có nhiều vòng nối phụ xung quanh như dương vật, bàng quang, túi tinh, trực tràng... nên việc nhận biết vòng nối bất thường của ĐM TTL với các ĐM khác là cần thiết để tránh nút tắc phải các cơ quan như bàng quang, trực tràng, dương vật...

Vấn đề mẫu chốt đảm bảo thành công của phương pháp điều trị này là nắm vững giải phẫu của ĐM TTL. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *mô tả một số đặc điểm giải phẫu động mạch tuyến tiền liệt trên phim chụp mạch số hóa xóa nền ở bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian 8/2018 đến 8/2021, chúng tôi đã thu thập được kết quả chụp mạch số hóa xóa nền động mạch tuyến tiền liệt của 20 bệnh nhân nam có tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.
- Mô tả về đường kính, nguồn gốc, số lượng động mạch, tình trạng xơ vữa, hình dạng và vòng nối của động mạch TTL.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Vị trí xuất phát động mạch tuyến tiền liệt.**

**Bảng 1. Phân loại ĐM TTL theo FC.Carnevale.**

Type	Số lượng	Tỷ lệ (%)
I	7	20
II	1	2.9
III	12	34.3
IV	11	31.4
V	4	11.4
<b>Tổng số</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** ĐM TTL xuất phát từ ĐM bị chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, sau đó là từ ĐM thẹn trong chiếm 31,4%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là xuất phát từ ĐM nhánh trước ĐM chậu trong với tỷ lệ 2,9%.

**3.2. Đường kính ĐM TTL.**

**Bảng 2. Đường kính trung bình động mạch TTL.**

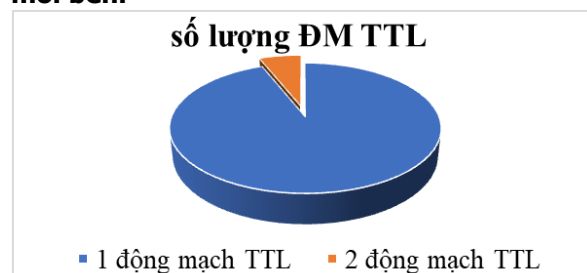
Đường kính ĐM TTL (mm)	
Nhỏ nhất	0.61
Lớn nhất	3.6
<b>Đường kính trung bình</b>	<b>1,49 ± 0,12</b>

**Bảng 3. Đường kính trung bình động mạch TTL.**

Đường kính trung bình động mạch TTL	$\bar{x} \pm SD$ (mm)
Bên có 1 động mạch TTL	1,55 ± 0,13
Bên có 2 động mạch TTL	1,00 ± 0,13

**Nhận xét:** bên có 1 ĐM có đường kính lớn hơn bên có 2 ĐM.

### 3.2. Số lượng động mạch tuyến tiền liệt mỗi bên.



**Biểu đồ 1. Minh họa số lượng ĐM TTL từng bên khung chậu.**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bên có 2 ĐM TTL chiếm 6,1%, bên có 1 ĐM chiếm 93,9%.

### 3.4. Hình dạng ĐM TTL

**Bảng 4. Phân loại ĐM TTL theo hình dạng.**

Hình dạng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có xoắn	25	71,4
Không xoắn	10	28,6
<b>Tổng số</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ ĐM TTL xoắn như hình lò xo chiếm 71,4%.

### 3.5. Xơ vữa.

**Bảng 5. Phân loại ĐM TTL theo xơ vữa.**

Hình dạng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có xơ vữa	4	11,4
Không xơ vữa	31	88,6
<b>Tổng số</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ xơ vữa ĐM TTL chiếm 11,4%.

### 3.6. Vòng nối của ĐM TTL:

**Bảng 6. Các vòng nối của ĐM TTL với các tạng lân cận.**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có vòng nối	19	54,3
Không có vòng nối	16	45,7
<b>Tổng</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

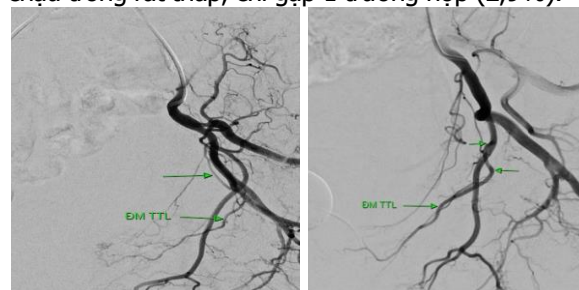
**Nhận xét:** Tỷ lệ ĐM TTL có vòng nối với các cơ quan lân cận hay gặp hơn (54,3%).

**Bảng 7. Tỷ lệ các loại vòng nối bất thường của ĐM TTL.**

Vòng nối	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bàng quang	1	2,9
Túi tinh	6	17,1
Dương vật	11	31,4
Trực tràng	1	2,9
Nhu mô TTL bên đối diện	13	37,1

## IV. BÀN LUẬN

Trong 40 bên khung chậu được nghiên cứu, chúng tôi loại 7 bên khung chậu do không quan sát thấy ĐM TTL hoặc không đánh giá đủ các đặc điểm về giải phẫu của ĐM TTL trên phim chụp mạch. Về vị trí xuất phát của ĐM TTL, theo phân loại của FC. Carnevale<sup>2</sup>, ĐM TTL xuất phát từ ĐM bịt chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, sau đó là từ ĐM thẹn trong chiếm tỷ lệ 31,4%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả đưa ra phân loại trên<sup>2</sup>. Tuy nhiên, kết quả này so với nghiên cứu của Wang và cộng sự có sự khác biệt, tỷ lệ ĐM TTL xuất phát từ thân chung bàng quang (37,1%) là hay gặp nhất, tiếp theo là từ nhánh trước ĐM chậu trong (31,1%), sau đó mới đến ĐM thẹn trong (24,2%)<sup>3</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất phát từ nhánh trước ĐM chậu trong rất thấp, chỉ gặp 1 trường hợp (2,9%).



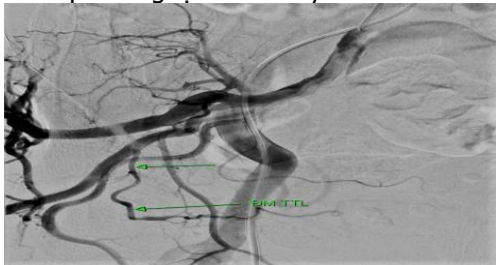
**Hình 1 và 2.** ĐM TTL type I (hình trái) (Bệnh nhân 80 tuổi, chụp ngày 29/09/2020) và type III (hình phải) (Bệnh nhân 63 tuổi, chụp ngày 16/04/2021). (Hình ảnh chụp tại khoa CDHA Bệnh viện Đại học Y Hà Nội).

Trong các vị trí xuất phát của ĐM TTL, nhóm tách ra từ ĐM thẹn trong hay từ ĐM bịt là tương đối dễ chọn lọc vì ống thông vào ĐM TTL, do góc xuất phát thuận lợi. Thường gặp khó khăn nhất là nhóm tách ra từ thân chung bàng quang, do khoảng thân chung giữa ĐM bàng quang trên và bàng quang dưới thường rất ngắn, hơn nữa góc xuất phát thường ngược hướng, nhất là khi có kèm theo xơ vữa ngay đoạn gốc

Các vị trí xuất phát ít gặp hơn của ĐM TTL là ĐM trực tràng giữa, ĐM bịt lạc chỗ, ĐM mông trên, ĐM mông dưới, ĐM sinh dục phụ...<sup>1</sup>. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỉ lệ của tất cả các vị trí hiếm gặp lại tương đối cao (11,3%).

Về số lượng ĐM TTL mỗi bên khung chậu: kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả của Eldem và FC Carnevale<sup>2,4</sup>; trong đó, tỷ lệ gặp 02 ĐM TTL từ cùng 1 bên khung chậu là tương đối hiếm < 10%. Tuy nhiên, theo T. Bilhim, tỉ lệ này rất cao 43%<sup>5</sup>. Khi có 2 ĐM TTL ở một bên khung chậu, thì nhánh trước

– trên thường xuất phát từ thân chung bàng quang và cấp máu cho phần trung tâm tuyến tiền liệt. Trong khi đó, nhánh sau – dưới thường xuất phát từ ĐM thẹn trong hay ĐM bịt, và cấp máu cho phần ngoại vi của tuyến.



**Hình 3.** ĐM TTL type V, xuất phát từ ĐM bàng quang dưới. (Hình ảnh chụp tại khoa CDHA Bệnh viện Bạch Mai của bệnh nhân nam 61 tuổi, ngày 06/01/2021).

Về đường kính ĐM TTL, đường kính trung bình là  $1.49 \pm 0,12\text{mm}$ , trong đó đường kính ĐM TTL nhỏ nhất là  $0.61\text{mm}$ , lớn nhất là  $3.6\text{mm}$ . Do đó, các loại vi ống thông được sử dụng cũng phải có kích thước nhỏ tương ứng.

Về hình dạng của ĐM TTL, không giống như với ĐM tử cung luôn luôn có hình dạng xoắn vặn như lò xo, ĐM TTL có hình ảnh lò xo chỉ gặp trong 77,4%. Kết quả này cao hơn nhiều với nghiên cứu của T. Bilhim<sup>5</sup>. Trong khi đó, theo quan sát của chúng tôi, các hình ảnh này thường gặp ở các ĐM TTL có chiều dài ngắn, có gốc xuất phát gần với nhu mô tuyến hơn. Đây có thể coi đây là một dấu hiệu gợi ý tìm ĐM TTL trên phim chụp mạch số hóa xóa nền.

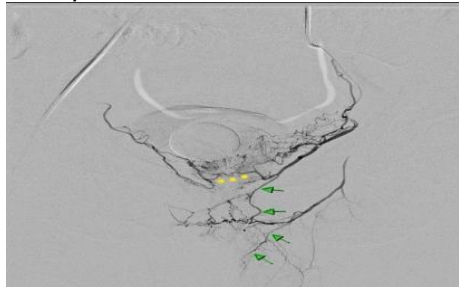
Một khó khăn khác trong quá trình can thiệp nút mạch TTL là xơ vữa. Xơ vữa ĐM TTL quan sát thấy trong 11,4%, có thể gặp xơ vữa ở 1 vị trí hoặc nhiều vị trí.

Về vòng nối của ĐM TTL với các ĐM xung quanh, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 19 trường hợp, chiếm tỷ lệ 54,3%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của T. Bilhim (60%), tuy nhiên tỷ lệ này lại chỉ chiếm 22,6% ở nghiên cứu của Wang<sup>3,5</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hay gặp nhất là vòng nối với động mạch TTL bên đối diện, qua các nhánh nuôi cho vùng trung tâm TTL (37,1%). Điều này cũng phần nào lý giải cho thực tế là trong nhiều trường hợp, dù chỉ được nút mạch một bên, nhưng hiệu quả cũng không khác biệt nhiều so với nút được cả 2 bên ĐM TTL<sup>6</sup>.

Ngoài ra, các vòng nối khác đáng chú ý là với dương vật (31,4%), bàng quang (2,9%), trực tràng (2,9%), túi tinh (17,1%).

Đối với các trường hợp có 01 động mạch

tuyến tiền liệt mỗi bên khung chậu, thường trước khi qua bao xơ tuyến tiền liệt, ĐM TTL tách ra nhánh trước bên cấp máu cho phần trung tâm tuyến, và nhánh sau bên cấp máu cho phần ngoại vi tuyến.



**Hình 4.** ĐM TTL (mũi tên) cho nhánh cấp máu cho gốc dương vật, ngoài ra còn cấp máu cho bên đối diện (chấm vàng). (Hình ảnh chụp tại khoa CDHA Bệnh viện Đại học Y Hà Nội của bệnh nhân nam 62 tuổi, ngày 16/4/2021).

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả chụp mạch của 20 bệnh nhân nam bị tăng sản lành tính TTL tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện đại học Y Hà Nội, chúng tôi quan sát thấy ĐM TTL xuất phát từ động mạch bịt là hay gặp nhất, tiếp theo là từ ĐM thẹn trong và thân chung với ĐM bàng quang trên. Vòng nối ĐM TTL rất đa dạng, có thể cấp máu cho bàng quang, trực tràng, túi tinh, phần nhu mô TTL bên đối diện,.... Do đó, cần nắm vững giải phẫu và biến thể của ĐM TTL khi điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng can thiệp nội mạch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Xuan HN, Huy HD, Bich NNT, et al, (2019).** Anatomical Characteristics and Variants of Prostatic Artery in Patients of Benign Hyperplasia Prostate by Digital Subtraction Angiography. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(24):4204-4208. doi:10.3889/oamjms.361
2. **FC Carnevale, A.M.d.A., Airton Mota Moreira, Vanessa Cristina de Paula Rodrigues et al, (2015).** Pelvic arterial anatomy relevant to prostatic artery embolisation and proposal for angiographic classification. Cardiovascular and Interventional Radiological.
3. **Wang MQ, Duan F, Yuan K, Zhang GD, Yan J et. Al, (2016).** Benign prostatic hyperplasia: cone-beam CT in conjunction with DSA for identifying prostatic arterial anatomy. Radiology 2017; 282 (1): 271-280. doi: 10.1148/radiol.152415.
4. **Fatma Gonca ELDEM, Fırat ATAĞ, Osman ÖCAL, Ali Cansu BOZACI, Ahmet GÜDELOĞLU, Bora PEYNİRCİOĞLU, (2021).** Angiographic prostatic arterial anatomy in a Turkish population with benign prostatic hyperplasia. Turk J Med Sci 51: 518-522.

doi:10.3906/sag-2004-289

5. **Bilhim T, Pisco JM, Tinto HR, Fernandes L, Pinheiro LC, Furtado A, Casal D, Duarte M, Pereira J, Oliveira AG, O'Neill JE., (2012).** Prostatic arterial supply: anatomic and imaging findings relevant for selective arterial embolization. *Journal of Vascular and Interventional Radiology.*

23(11):1403-15.

<https://doi.org/10.1016/j.jvir.2012.07.028>  
Pmid:23101913.

6. **Pisco JM, Pinheiro LC, Bilhim T, Duarte M, Mendes JR, Oliveira AG., (2011).** Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia. *JVascIntervRadiol;* 22:11–19.

## TỔN THƯƠNG DA VÀ ĐAU CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 19 - 8 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Triệu Thị Minh<sup>1,2</sup>, Trương Quang Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu thuần tập được thực hiện trên nhóm người bệnh ung thư có xạ trị tại Bệnh viện 19-8 nhằm (1) mô tả đặc điểm đau và tổn thương da của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu và (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tổn thương da. 264 người bệnh được đánh giá và theo dõi trong thời gian 2020-2021. **Kết quả:** 70,8% người bệnh ung thư được xạ trị có tổn thương da theo thang RTOG ở mức độ 1-2 và rất ít tổn thương ở mức độ 3. Không có tổn thương da ở mức độ 4 và 5. Các biểu hiện thường gặp như ban đỏ, ngứa, rát da. Các triệu chứng hay xuất hiện trên da như cảm giác ấm nóng, rát da chiếm 33,3%; ngứa và khó chịu trên da chiếm 27,1%; đau/nhói như kim châm trên da chiếm 20,5%. Triệu chứng đau của người bệnh ung thư trong quá trình xạ trị được báo cáo là 64,3%. Nhóm người bệnh có thời gian điều trị trên 20 ngày, liều xạ trị trên 41 Gy, có nguy cơ tổn thương da cao hơn từ gấp 1,2 – 1,7 lần so với nhóm người bệnh còn lại. **Kết luận:** Cần chú ý chăm sóc và theo dõi tổn thương da sớm trên nhóm người bệnh có thời gian chiếu tia liều cao và kéo dài

**Từ khóa:** Đau, tổn thương da, người bệnh ung thư có xạ trị.

### SUMMARY

#### PAIN AND SKIN REACTION CHARACTERISTICS AMONG CANCER PATIENTS WITH RADIATION THERAPY AT 19-8 HOSPITAL AND SEVERAL ASSOCIATED FACTORS

Prospective study has been conducted among cancer with radiation therapy at 19-8 Hospital to (1) describe pain and skin reaction characteristics among study participants and (2) explore several associated factors on skin reaction characteristics. 264 patients had been evaluated and monitored during 2020 – 2021. **Result:** 70.8% of cancer patient with radiation therapy had skind reaction as level 1 – 2 by RTOG and few patient with levels 3 of RTOG. Common skind

symptoms include redness, itching, and burning. Symptoms often appear on the skin such as a feeling of warmth, burning accounting for 33.3%; itching and discomfort on the skin accounted for 27.1%; pain / stinging like needles on the skin accounted for 20.5%. Pain symptoms of cancer patients during radiation therapy were reported in 64.3%. The group of patients with treatment time over 20 days, radiation dose above 41 Gy, had a higher relative risk of skin reaction from 1.2 to 1.7 times higher than the other group of patients. **Conclusion:** It is necessary to focus of caring and monitoring early skin lesions in the group of patients with high and prolonged exposure time.

**Keyword:** Pain, skin reaction characteristics, cancer patients with radiation therapy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, có xu hướng ngày càng gia tăng, đặc biệt là các nước kém phát triển trong đó có Việt Nam. Ước tính rằng hơn 50% tổng số người bệnh ung thư được xạ trị trong suốt quá trình mắc bệnh của họ<sup>1</sup>. Các liệu pháp bức xạ được sử dụng trong điều trị ung thư với mục đích điều trị triệt để, bổ trợ hoặc giảm nhẹ. Một số tác dụng phụ thường gặp trên người bệnh ung thư trong quá trình xạ trị như tổn thương da, mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, rụng tóc, viêm niêm mạc miệng... [2],[3]. Các phản ứng da do bức xạ hoặc viêm da bức xạ được báo cáo trong 95% trường hợp ung thư người bệnh đang xạ trị (RT)[4]. Những thay đổi trên da và đau trong quá trình xạ trị là những tác dụng phụ không mong muốn, có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như thềm mỷ của người bệnh bao gồm ngứa, rát, sạm da, tróc vảy khô, bong trọt da, loét da...

Nguyên đơn Xạ trị thuộc Trung tâm Ung bướu BV 19-8 sử dụng máy xạ gia tốc tuyến tính Elekta Prise thực hiện các kỹ thuật chiếu xạ 3D, IMRT với số lượng trung bình 35 - 45 người bệnh hàng tháng và từ 600-900 lượt chiếu xạ. Đánh giá và phát hiện sớm biểu hiện tổn thương da và mức độ trong quá trình xạ trị giúp cho nhân viên

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Minh  
Email: triethiminh84ub198@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2021

Ngày phản biện luận án: 31/8/2021

Ngày duyệt bài: 29/9/2021