

quên thuốc khi đi xa (1,6%) cũng được ghi nhận. Đây là những thông tin hữu ích giúp bác sĩ và điều dưỡng lâm sàng chủ động nhấn mạnh các nguy cơ thường gặp trong quá trình giáo dục sức khỏe trước xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Việc điều trị áp xe phần phụ sau xuất viện vẫn ghi nhận tình trạng không tuân thủ ở một số bệnh nhân. Kết quả của nghiên cứu cho thấy cần tăng cường trong tư vấn để nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E.** The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(5):667–78.
2. **World Health Organization.** Guidelines for the

management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.

3. **He D, Wang T, Ren W.** Global burden of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy from 1990 to 2019. *BMC Public Health.* 2023; 23(1):1894.
4. **Das BB, Ronda J, Trent M.** Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. *Infect Drug Resist.* 2016:191–7.
5. **Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J.** Enhancing therapy adherence: impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina (Kaunas).* 2025;61(1):153.
6. **Sabaté E.** Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Practice Bulletin No. 218: Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):e98–e109.

KẾT QUẢ HOÁ XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ CISPLATIN-ETOPOSIDE SỬ DỤNG KỸ THUẬT XẠ ĐIỀU BIẾN LIỀU TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Việt Anh¹, Cao Thị Thanh¹, Phạm Văn Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) với phác đồ Etoposide – Cisplatin kết hợp xạ trị điều biến liều (IMRT) trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) giai đoạn khu trú. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, được thực hiện tại Bệnh viện K từ tháng 6/2018 đến 6/2023 trên 45 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ EP kết hợp xạ trị IMRT. Hiệu quả điều trị được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR), thời gian sống thêm không tiến triển (PFS), và các tác dụng không mong muốn được phân loại theo CTCAE v4.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 91,1%, trong đó 51,1% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ tái phát hoặc di căn là 73,3%, và 42,2% bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi. Tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là hạ bạch cầu (73,3%), chán ăn (62,2%), nôn/buồn nôn (48,9%) và viêm da do xạ trị (39,9%). Các tác dụng phụ nghiêm trọng chủ yếu thuộc nhóm huyết học, trong khi tác dụng phụ ngoài huyết học và xạ trị được kiểm soát tốt. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời EP kết hợp IMRT cho hiệu quả điều trị cao và có thể kiểm soát được độc

tính trên bệnh nhân UTPTBN giai đoạn khu trú. Kết quả nghiên cứu hỗ trợ việc áp dụng phác đồ này trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Từ khóa: Ung thư phổi tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, Etoposide, Cisplatin, IMRT, đáp ứng điều trị, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY OUTCOMES USING THE CISPLATIN-ETOPOSIDE REGIMEN WITH INTENSITY-MODULATED RADIATION THERAPY IN PATIENTS WITH LIMITED-STAGE SMALL CELL LUNG CANCER AT K HOSPITAL

Objective: This study aimed to evaluate the efficacy and safety of concurrent chemoradiotherapy (CCRT) using the Etoposide–Cisplatin (EP) regimen in combination with intensity-modulated radiation therapy (IMRT) in patients with limited-stage small cell lung cancer (SCLC). **Methods:** A descriptive longitudinal study incorporating both retrospective and prospective data was conducted at K Hospital from June 2018 to June 2023 on 45 patients treated with the EP regimen and IMRT. Treatment outcomes were assessed using RECIST 1.1 criteria, overall response rate (ORR), progression-free survival (PFS), and adverse events categorized according to CTCAE version 4.0. **Results:** The overall response rate reached 91.1%, including 51.1% of patients achieving complete response. Recurrence or metastasis occurred in 73.3% of cases, and 42.2% of patients died during the follow-up period. The most common adverse events were leukopenia (73.3%), anorexia (62.2%),

¹Bệnh viện Đa khoa Việt Đức

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Anh

Email: vietanh.hmu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

nausea/vomiting (48.9%), and radiation-induced dermatitis (39.9%). Severe side effects primarily affected the hematologic system, while non-hematologic and radiotherapy-related toxicities were generally well controlled. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy using the EP regimen and IMRT demonstrated high therapeutic efficacy with manageable toxicity in patients with limited-stage SCLC. These findings support the clinical application of this regimen in oncology practice in Vietnam.

Keywords: Small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, Etoposide, Cisplatin, IMRT, treatment response, adverse effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn cầu, với khoảng 2,2 triệu ca mắc mới và gần 1,8 triệu ca tử vong mỗi năm theo số liệu GLOBOCAN 2020.¹⁻³ Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng thứ hai sau ung thư gan về số ca mắc mới và có tỷ lệ tử vong cao (19,4%).¹ Trong đó, ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) chiếm khoảng 10–15% tổng số trường hợp, có đặc điểm ác tính cao, tiến triển nhanh và tiên lượng xấu nếu không được điều trị kịp thời.¹

Hiện nay, hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) với phác đồ Cisplatin – Etoposide được coi là phương pháp điều trị triệt căn chuẩn cho UTPTBN giai đoạn khu trú, giúp tăng tỷ lệ đáp ứng, kéo dài thời gian sống thêm và giảm tái phát.^{4,5} Kết hợp với các kỹ thuật xạ trị hiện đại như xạ trị điều biến liều (IMRT), phương pháp này đã cải thiện đáng kể hiệu quả điều trị và giảm tác dụng phụ trên các cơ quan lân cận.^{4,5} Tại Việt Nam, phác đồ HXTĐT đã được triển khai từ năm 2018 tại Bệnh viện K, tuy nhiên, số lượng nghiên cứu đánh giá kết quả còn hạn chế, đặt ra nhu cầu cần thiết cho các nghiên cứu chuyên sâu nhằm đánh giá hiệu quả thực tiễn của phác đồ này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả hoá xạ trị đồng thời phác đồ Cisplatin-Etoposide sử dụng kỹ thuật xạ điều biến liều trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú, được điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide – Cisplatin kết hợp xạ trị điều biến liều (IMRT) tại Bệnh viện K từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2023, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc nhóm loại trừ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ 06/2018 đến 06/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, tối thiểu 30 bệnh nhân, chọn mẫu từ bệnh án lưu trữ và hồ sơ bệnh nhân đang điều trị.

2.5. Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu tập trung mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị hóa xạ trị đồng thời theo phác đồ Etoposide – Cisplatin kết hợp xạ trị điều biến liều (IMRT) ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú. Hiệu quả được đánh giá qua mức độ đáp ứng (đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định, tiến triển) theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR), tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR), thời gian sống thêm không tiến triển (PFS). Đồng thời ghi nhận và phân loại một số tác dụng không mong muốn theo tiêu chuẩn CTCAE v4.0, từ đó phân tích các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị.

2.6. Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được thu thập thông tin trước điều trị, bao gồm lâm sàng, cận lâm sàng và thể trạng. Bệnh nhân được điều trị 4 chu kỳ hóa xạ trị phác đồ EP kết hợp đồng thời xạ trị IMRT với tổng liều 60Gy. Trong quá trình điều trị, theo dõi sát các tác dụng phụ và đáp ứng lâm sàng qua các lần tái khám, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Sau kết thúc hóa xạ trị, nếu đạt đáp ứng tốt, bệnh nhân sẽ được chỉ định xạ trị dự phòng toàn não. Các kết quả điều trị và sống thêm được đánh giá tại các mốc sau 40Gy, sau kết thúc điều trị 4–6 tuần và trong quá trình theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng/lần.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập bằng SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học Bệnh viện K; đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân và tuân thủ quy định đạo đức nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 trình bày các đặc điểm chung của 45 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân nam chiếm ưu thế với 43/45 trường hợp; đa số bệnh nhân dưới 65 tuổi (64,4%). Có 34 bệnh nhân có tiền sử hút thuốc và 6 bệnh nhân có mắc bệnh nội khoa kèm theo. Các lý do nhập viện được ghi nhận nhiều nhất là ho khan và đau ngực. Về chỉ số toàn trạng, 25 bệnh nhân ở mức ECOG 0. Trên phim CLVT, phần lớn khối u có kích thước từ 3 đến 7 cm và có xâm lấn tổ chức xung quanh ở 26 trường hợp. Ngoài ra, 23 bệnh nhân được nội soi phế quản, trong đó phát hiện tổn thương ở 15 trường hợp. Các xét nghiệm

hình ảnh như MRI sọ não, CLVT ngực – bụng được thực hiện cho toàn bộ bệnh nhân, còn PET/CT được thực hiện ở 2 bệnh nhân. Chất chỉ điểm khối u tăng trong phần lớn bệnh nhân, với NSE tăng ở 25 ca và Pro-GRP tăng ở 32 ca.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	43	95,6
	Nữ	2	4,4
Nhóm tuổi	< 65 tuổi	29	64,4
	≥ 65 tuổi	16	35,6
Tiền sử hút thuốc	Hút thuốc	34	75,6
	Không hút thuốc	11	24,4
Bệnh nội khoa	Có	6	13,4
	Không	39	86,6
Lý do khám	Ho khan	22	48,9
	Ho đờm	7	15,6
	Ho máu	2	4,4
	Khó thở	2	4,4
	Đau ngực	7	15,6
	Khàn tiếng	2	4,4
	Phát hiện hạch cổ	2	4,4
	Khám sức khỏe	1	2,2
PS trước điều trị	PS 0	25	55,6
	PS 1	20	44,4
CLVT - Kích thước u	≤ 3 cm	6	13,3
	3 < u ≤ 5 cm	14	31,1
	5 < u ≤ 7 cm	15	33,3
	> 7 cm	10	22,2
CLVT - Xâm lấn	Không xâm lấn	19	42,2
	Có xâm lấn	26	57,8
CLVT - Hạch trung thất	Không	8	17,8
	Có	37	82,2
Nội soi phế quản	Thâm nhiễm	8	17,8
	Sùi	7	15,6
	Không quan sát thấy	8	17,8
Xét nghiệm	PET/CT	2	4,4
NSE	Tăng	25	55,6
	Bình thường	11	24,4
Pro-GRP	Tăng	32	71,1
	Bình thường	7	15,6

Bảng 2 trình bày phân bố liều lượng điều trị ở 45 bệnh nhân, bao gồm liều hóa chất, số chu kỳ hóa trị và liều xạ trị toàn não. Có 39 bệnh nhân (86,7%) được điều trị với liều hóa chất đạt 91–100% phác đồ, trong khi 6 bệnh nhân (13,3%) nhận liều từ 85–90%. Về số chu kỳ hóa trị, 40 bệnh nhân (88,9%) hoàn thành đủ 4 chu kỳ, còn lại 5 bệnh nhân (11,1%) điều trị dưới 4 chu kỳ. Liên quan đến xạ trị toàn não, 31 bệnh nhân (68,9%) được xạ với liều 25 Gy, 6 bệnh nhân (13,3%) được xạ 30 Gy và 8 bệnh nhân (17,8%) không thực hiện xạ trị dự phòng.

Bảng 2. Liều điều trị hóa chất và xạ trị toàn não

Nhóm	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Liều hóa chất	91–100%	39	86,7
	85–90%	6	13,3
Số chu kỳ hóa trị	< 4 chu kỳ	5	11,1
	4 chu kỳ	40	88,9
Liều xạ trị toàn não	25 Gy	31	68,9
	30 Gy	6	13,3
	Không xạ trị	8	17,8

Bảng 3 trình bày mức độ đáp ứng điều trị của 45 bệnh nhân theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, trong đó có 23 bệnh nhân (51,1%) đạt đáp ứng hoàn toàn, 18 bệnh nhân (40,0%) đáp ứng một phần, 2 bệnh nhân (4,4%) có tình trạng bệnh giữ nguyên và 2 bệnh nhân (4,4%) tiến triển bệnh.

Bảng 3. Mức độ đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	23	51,1
Đáp ứng một phần	18	40,0
Bệnh giữ nguyên	2	4,4
Bệnh tiến triển	2	4,4
Tổng	45	100

Bảng 4 trình bày số lượng và tỷ lệ bệnh nhân có tái phát, di căn hoặc tử vong sau điều trị. Trong số các trường hợp tái phát hoặc di căn, dữ liệu chi tiết theo vị trí được liệt kê gồm tái phát tại chỗ hoặc tại vùng với 10 bệnh nhân (22,2%), di căn não 7 bệnh nhân (15,6%), gan 1 bệnh nhân (2,2%), phổi đối bên 4 bệnh nhân (8,9%), xương 7 bệnh nhân (15,6%) và thượng thận 4 bệnh nhân (8,9%). Ngoài ra, tổng số bệnh nhân tử vong là 19 người, chiếm 42,2% toàn bộ nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Đặc điểm tái phát, di căn và tử vong sau điều trị

Nhóm	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tái phát/Di căn/Tử vong	Tái phát hoặc di căn	33	73,3
	Tử vong	19	42,2
Đặc điểm tái phát/di căn	Tái phát tại chỗ/tại vùng	10	22,2
	Di căn não	7	15,6
	Di căn gan	1	2,2
	Di căn phổi đối bên	4	8,9
	Di căn xương	7	15,6
	Di căn thượng thận	4	8,9

Bảng 5 trình bày các loại tác dụng không mong muốn ghi nhận ở 45 bệnh nhân trong quá trình điều trị, phân chia theo nhóm hệ cơ quan gồm huyết học, gan – thận, ngoài huyết học và xạ trị lồng ngực. Trong nhóm huyết học, hạ bạch cầu xảy ra ở 33 bệnh nhân (73,3%), trong đó độ

III và IV chiếm tổng cộng 19 bệnh nhân (42,2%). Hạ huyết sắc tố gặp ở 20 bệnh nhân (44,4%) và hạ tiểu cầu ghi nhận ở 5 bệnh nhân (11,1%), đều ở mức độ nhẹ (độ I). Tác dụng trên gan – thận bao gồm tăng men gan ở 5 bệnh nhân (11,1%) và tăng creatinine ở 1 bệnh nhân (2,2%), không có trường hợp độ III – IV. Về tác dụng ngoài huyết học, nôn – buồn nôn xảy ra ở 22 bệnh nhân

(48,9%), trong đó có 2 trường hợp độ III; chán ăn xuất hiện ở 28 bệnh nhân (62,2%), chủ yếu ở độ I và II. Không ghi nhận bệnh nhân nào bị tác dụng phụ thần kinh ngoại vi. Trong nhóm xạ trị lồng ngực, viêm da xuất hiện ở 18 bệnh nhân (39,9%), viêm thực quản ở 17 bệnh nhân (37,7%) và viêm phổi ở 15 bệnh nhân (33,3%), phần lớn ở mức độ nhẹ đến trung bình.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn trong điều trị

Nhóm	Tác dụng không mong muốn	Mọi độ	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Huyết học	Hạ bạch cầu	33 (73,3%)	8 (17,8%)	6 (13,3%)	13 (28,9%)	6 (13,3%)
	Hạ tiểu cầu	5 (11,1%)	5 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Hạ huyết sắc tố	20 (44,4%)	13 (28,9%)	6 (13,3%)	1 (2,2%)	0 (0%)
Gan – thận	Tăng men gan	5 (11,1%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)
	Tăng creatinine	1 (2,2%)	1 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ngoài huyết học	Nôn, buồn nôn	22 (48,9%)	17 (37,8%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)	0 (0%)
	Chán ăn	28 (62,2%)	22 (48,9%)	6 (13,3%)	0 (0%)	0 (0%)
	Thần kinh ngoại vi	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Xạ trị lồng ngực	Viêm da	18 (39,9%)	15 (33,3%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)	0 (0%)
	Viêm thực quản	17 (37,7%)	13 (28,9%)	4 (8,8%)	0 (0%)	0 (0%)
	Viêm phổi	15 (33,3%)	13 (28,9%)	2 (4,4%)	0 (0%)	0 (0%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng phác đồ hóa trị Etoposide – Cisplatin với liều >85%, trong đó 88,9% hoàn thành đủ 4 chu kỳ. Một số bệnh nhân không hoàn thành đủ liều do tác dụng không mong muốn như hạ bạch cầu độ IV, điều kiện dịch bệnh Covid-19, hoặc từ chối tiếp tục điều trị. Phác đồ EP được xem là tiêu chuẩn trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú, với hiệu quả cao và độc tính ở mức có thể kiểm soát. Trong một số trường hợp, phác đồ thay thế như Carboplatin – Etoposide có thể được dùng để giảm tác dụng phụ không thuộc hệ huyết học như nôn, buồn nôn và tổn thương thận.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được xạ trị lồng ngực với tổng liều 60 Gy bằng kỹ thuật IMRT. Việc sử dụng kỹ thuật xạ trị hiện đại giúp tối ưu hóa phân bố liều, giảm tổn thương mô lành và tăng khả năng kiểm soát tại chỗ. Kết hợp hóa xạ trị ngay từ chu kỳ đầu tiên cũng là yếu tố quan trọng góp phần cải thiện hiệu quả điều trị, đã được nhiều nghiên cứu chứng minh.^{6,7} Trong bối cảnh hiện nay, kỹ thuật IMRT đang ngày càng phổ biến tại các cơ sở y tế lớn, hỗ trợ điều trị hiệu quả cho nhiều loại ung thư, không chỉ riêng ung thư phổi tế bào nhỏ.

Xạ trị dự phòng não được áp dụng cho các bệnh nhân có đáp ứng sau điều trị, chiếm hơn 90% số ca trong nghiên cứu. Trong đó, 75,6% được xạ liều 25 Gy và 14,6% xạ liều 30 Gy. Kết quả này tương đồng với thử nghiệm CONVERT⁸

và nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng (2022)⁹, trong đó liều 25 Gy được khuyến nghị vì hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa di căn não và ít gây độc tính hơn liều cao hơn.¹⁰

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ trong nghiên cứu là 91,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt 51,1% và đáp ứng một phần là 40%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu quốc tế như của Takada M và cộng sự (2002) với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 96% và đáp ứng hoàn toàn là 40%. Sự khác biệt nhẹ có thể do sự khác nhau về liều dùng Cisplatin và thời gian giữa các chu kỳ. Các kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng (2022), củng cố vai trò của hóa xạ trị đồng thời trong việc cải thiện tỷ lệ đáp ứng điều trị.

Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết là phổ biến, trong đó hạ bạch cầu xảy ra ở 73,3% bệnh nhân, gồm 28,9% độ III và 13,3% độ IV. Hạ huyết sắc tố chiếm 44,4% và hạ tiểu cầu chiếm 11,1%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ hạ bạch cầu nặng trong nghiên cứu này cao hơn, chẳng hạn nghiên cứu của Hoàng Trọng Tùng (2022)⁹ báo cáo chỉ 31,1%, trong khi CONVERT ghi nhận tỷ lệ từ 65–74%.⁸ Mặc dù vậy, chỉ ghi nhận một trường hợp sốt do hạ bạch cầu độ IV, cho thấy có thể kiểm soát tốt nếu theo dõi chặt chẽ và xử trí kịp thời.

Tác dụng không mong muốn trên gan – thận tương đối ít gặp. Tăng men gan được ghi nhận ở 11,1% và tăng creatinine ở 2,2% bệnh nhân. Các kết quả này tương tự với nghiên cứu của

Hoàng Trọng Tùng (2022) với tỷ lệ tương ứng là 9,6% và 1,6%.⁹ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu hiện tại chỉ sử dụng phác đồ 2 thuốc (EP), trong khi các nghiên cứu trước có thể dùng phác đồ 3 thuốc như CAV, gây độc tính cao hơn. Các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết cũng được ghi nhận, chủ yếu là nôn – buồn nôn (48,9%) và chán ăn (62,2%).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Etoposide – Cisplatin kết hợp xạ trị điều biến liều (IMRT) là phương pháp điều trị hiệu quả và có thể kiểm soát được độc tính trong ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao (91,1%), trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt 51,1%, với các tác dụng không mong muốn chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình. Các biến chứng nặng như viêm phổi, viêm thực quản hay độc tính trên gan, thận được kiểm soát tốt nhờ áp dụng kỹ thuật xạ hiện đại và quản lý điều trị chặt chẽ. Kết quả nghiên cứu khẳng định tính khả thi và an toàn của việc triển khai phác đồ này trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở điều trị ung thư ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA: a cancer journal for clinicians. Jan 2017;67(1):7-30. doi:10.3322/caac.21387
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: a cancer journal for clinicians. Mar 2015;65(2):87-108. doi:10.3322/caac.21262
3. Turrisi AT, 3rd, Kim K, Blum R, et al. Twice-daily compared with once-daily thoracic

radiotherapy in limited small-cell lung cancer treated concurrently with cisplatin and etoposide. The New England journal of medicine. Jan 28 1999; 340(4): 265-71. doi:10.1056/nejm199901283400403

4. Xuân VV. Nghiên cứu áp dụng phác đồ kết hợp hóa - xạ trị trong ung thư phổi tế bào nhỏ và đánh giá kết quả điều trị. Đại học Y Hà Nội; 2009.
5. Toàn BC. Một số hiểu biết về xạ trị xa. 1 ed. vol 1. Ung thư phổi. Nhà xuất bản Y học; 2010.
6. De Ruysscher D, Bremer RH, Koppe F, et al. Omission of elective node irradiation on basis of CT-scans in patients with limited disease small cell lung cancer: a phase II trial. Radiother Oncol. Sep 2006; 80(3): 307-12. doi:10.1016/j.radonc. 2006.07.029
7. Murray N, Coy P, Pater JL, et al. Importance of timing for thoracic irradiation in the combined modality treatment of limited-stage small-cell lung cancer. The National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. J Clin Oncol. Feb 1993; 11(2): 336-44. doi:10.1200/jco.1993. 11.2.336
8. Faivre-Finn C, Snee M, Ashcroft L, et al. Concurrent once-daily versus twice-daily chemoradiotherapy in patients with limited-stage small-cell lung cancer (CONVERT): an open-label, phase 3, randomised, superiority trial. Lancet Oncol. Aug 2017;18(8): 1116-1125. doi:10.1016/s1470-2045(17)30318-2
9. Hoàng Trọng T. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú phác đồ Cisplatin - Etoposide tại bệnh viện K. Dissertation. Đại học Y Hà Nội; 2022.
10. Le Pécoux C, Dunant A, Senan S, et al. Standard-dose versus higher-dose prophylactic cranial irradiation (PCI) in patients with limited-stage small-cell lung cancer in complete remission after chemotherapy and thoracic radiotherapy (PCI 99-01, EORTC 22003-08004, RTOG 0212, and IFCT 99-01): a randomised clinical trial. Lancet Oncol. May 2009;10(5):467-74. doi:10.1016/s1470-2045(09)70101-9

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GÓC MÃNH BÊN XƯƠNG SÀNG TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MŨI XOANG

Nguyễn Thị Kiều Thơ^{1,2}, Nguyễn Đình Chương^{1,2},
Huỳnh Bảo Ngọc², Nguyễn Phương Anh², Lê Văn Nền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Manh bên xương sàng là một cấu trúc giải phẫu quan trọng tại nền sọ trước, có độ mỏng và độ dốc thay đổi, dẫn đến nguy cơ tổn thương trong phẫu thuật nội soi mũi xoang. Nghiên

cứu nhằm khảo sát đặc điểm góc của manh bên xương sàng trên CT-scan mũi xoang để cung cấp thông tin hữu ích cho việc đánh giá nguy cơ phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 12/2024 đến tháng 6/2025. Góc manh bên xương sàng được đo trên hình ảnh CT-scan, phân loại theo Gera (nhóm I: >80°, nhóm II: 45°-80°, nhóm III: <45°). **Kết quả:** Góc trung bình manh bên xương sàng bên trái (60,6°±12,4°) lớn hơn đáng kể so với bên phải (57,1°±13,2°) (p=0,02). Nhóm II (78,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến nhóm III (15,7%) và thấp nhất là nhóm I (6%). 24,7% bệnh nhân có sự bất cân xứng giữa hai bên về phân loại góc manh bên xương sàng. Không có sự khác biệt

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Chương

Email: dinhchuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025