

SDNNi, LF và tỷ lệ LF/HF sau điều trị tăng hơn so với trước điều trị ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heikki V., Huikuri, Timo H., et al. (2001). Heart rate variability in ischemic heart disease. *autonomic neuroscience*, 90 (1-2): 95-101.
2. Phạm Gia Khải và cộng sự. (2008). Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về bệnh động mạch vành mạn tính. Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học: 329-351.
3. Lê Thị Ngọc Hân và cộng sự. (2015). Nghiên cứu biến thiên nhịp trên trên Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. *J 108 Clin Med Pharm.*, 10 (6): 41-45.
4. Li H.R., Tse-Min Lu., Hao-Min Cheng., et al. (2016). Additive Value of Heart Rate Variability in Predicting Obstructive Coronary Artery Disease Beyond Framingham Risk. *Circulation.*, 80: 494-501.
5. Akselrod S., Gordon D., Ubel F.A., et al.

- (1981). Power spectrum analysis of heart rate fluctuation: a quantitative probe of beat-to-beat cardiovascular control. *Science.*, 213 (4504): 220-222.
6. Björkander I.C., Forslund L.A., Kahan T.C., et al. (2008). Differential Index: A Simple Time Domain Heart Rate Variability Analysis with Prognostic Implications in Stable Angina. *Cardiology.*, 111: 126-133.
7. Heikki R., Esa H., Niilo K., et al. (2009). Heart rate variability and stress hormones in novice and experienced parachutists anticipating a jump. *Aviat Space Environ Med.*, 80 (11): 976-980.
8. Anand I., Ardell J. L., Gregory D., et al. (2020). Baseline NT-proBNP and responsiveness to autonomic regulation therapy in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *Int J Cardiol Heart Vasc.*, 29: 100520.
9. Stancheva N., Tisheva S., Jordanova V., et al. (2008). NT ProBNP and HRV and outcome in patients with heart failure with reduced vs. preserved systolic function. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 14: 89 - 94.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ TOÀN NÃO ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO

Đông Văn Hưởng¹, Đinh Công Định¹,
Nguyễn Văn Long¹, Nguyễn Lan Phương¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi (UTP) là một trong 3 ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên phạm vi toàn cầu. UTP gồm 2 loại chính là UTP tế bào nhỏ (UTPTBN) và UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN). UTP giai đoạn tiến triển thường là di căn não. Đã có nhiều thử nghiệm lâm sàng khác nhau đánh giá hiệu quả xạ trị toàn não đơn thuần trong điều trị UTP di căn não và so sánh hiệu quả với các phương pháp điều trị khác. Kết quả đã chỉ ra rằng xạ trị toàn não đơn thuần giúp kiểm soát nhanh chóng và giảm nhẹ các triệu chứng chèn ép thần kinh, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân (BN). **Đối tượng và phương pháp:** 32 BN UTPKTBN di căn não 1-3 ổ, đường kính lớn nhất ≤ 30mm, được xạ trị toàn não 30Gy với phân liều 3Gy/ngày, 5 ngày/tuần. Đánh giá kết quả sau xạ trị. **Kết quả:** Xạ trị toàn não đơn thuần làm biến mất tổn thương di căn não 6,2%, giảm kích thước ổ di căn (53,2%), kiểm soát ổ di căn ở 96,9% BN. Xạ trị toàn não đơn thuần giúp cải thiện chỉ số PS ở 84,4%; tỷ lệ BN có giảm các triệu chứng cơ năng chiếm 62,5%, trong đó có 12,5% BN hết hoàn toàn triệu chứng. **Kết luận:** Xạ trị toàn não đơn thuần giúp

kiểm soát nhanh chóng và giảm nhẹ triệu chứng chèn ép thần kinh nội sọ, giúp nâng cao chất lượng sống cho BN.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF WHOLE BRAIN RADIOTHERAPY OF NSCLC'S BRAIN METASTATIC LESIONS

Lung cancer is one of three most common cancer disease and also is main cause of mortality worldwide. It includes two main types, one is small cell lung cancer (SCLC) and the other is non-small cell lung cancer (NSCLC). Advanced stage-lung cancer normally develops brain metastasis. There have been many different clinical trials to evaluate results of whole brain radiotherapy alone (WBRT Alone) in treatment of lung cancer's brain metastasis and compared with other therapies. It's shown that WBRT Alone can help to manage and to reduce the symptoms of intracranial pressure so that the patients' life-quality improved. **Patients and methods:** Including 32 patients NSCLC with brain metastasis. There are from one to three lesions with maximum diameter ≤ 30mm. WBRT Alone with 30Gy, the fraction is 3Gy/day and 5 days/week. The results were evaluated after radiotherapy. **Results:** 6,2% brain metastasis disappeared completely. The sizes of brain metastasis lesions reduces 53,2% and also 96,9% of those are controlled. After WBRT Alone was given, 84,4% of patients'PS are improved and also subjective symptoms of 62,5% of patients reduced and 12,5% of

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đông Văn Hưởng

Email: dongnhangiabao@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 12.10.2021

patients among them without any symptoms.
Conclusion: WBRT could help to manage and to reduce the symptoms of intra-cranial pressure so that the patients' life-quality are improved.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTP là một trong 3 ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020 ở Việt Nam, số ca mắc mới ở cả 2 giới thuộc mọi lứa tuổi là 26.262 chiếm 14,4%, số ca tử vong là 23.797 đứng thứ 2 sau ung thư gan. UTP gồm 2 loại chính là UTPTBN (10-15%) và UTPKTBN (85-90%).

Đặc điểm của UTP giai đoạn tiến triển thường là di căn não (30%-50% các trường hợp di căn não, có nguồn gốc từ phổi).

Đã có nhiều thử nghiệm lâm sàng khác nhau đánh giá hiệu quả xạ trị toàn não đơn thuần trong điều trị UTP di căn não và so sánh hiệu quả với các phương pháp điều trị khác. Kết quả đã chỉ ra rằng xạ trị toàn não đơn thuần giúp kiểm soát nhanh chóng và giảm nhẹ các triệu chứng chèn ép thần kinh, nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả xạ trị toàn não điều trị các tổn thương ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não tại Bệnh viện K" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UTPKTBN di căn não tại bệnh viện K từ 4/2021 đến 10/2021.*

2. *Đánh giá kết quả xạ trị toàn não tổn thương UTPKTBN di căn não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán UTPKTBN di căn não 1-3 ổ, được xạ trị toàn não tại Khoa xạ Quấn Sứ-Bệnh viện K từ 4/2021 đến 10/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Các BN được chẩn đoán xác định là UTP có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô (UTBM) không tế bào nhỏ.

- BN đã hoặc đang điều trị u nguyên phát, hiện tại ổn định.

- Trên phim MRI não có di căn 1-3 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ $\leq 30\text{mm}$.

- Chỉ số toàn trạng PS= 0;1;2;3 theo ECOG.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- BN có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN có kết quả mô bệnh học là UTBM tế bào nhỏ.

- BN có di căn thêm ở cơ quan khác ngoài não.

- BN không đồng ý hoặc bỏ dở điều trị.

- BN có hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt

ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị

* Các dữ liệu về lâm sàng

Các BN tham gia nghiên cứu đều được khám lâm sàng tỉ mỉ, khai thác các triệu chứng tại chỗ, toàn thân và quản lý theo mẫu hồ sơ nghiên cứu.

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, lý do vào viện, thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện.

- Các triệu chứng cơ năng: đau đầu, nôn, buồn nôn, nhìn mờ, yếu chi, liệt, rối loạn trí nhớ, rối loạn vận động ngôn ngữ.

- Các triệu chứng toàn thân: PS= 0;1;2;3, sút cân

- Các triệu chứng thực thể: hội chứng tăng áp lực nội sọ, liệt nửa người, hội chứng tiểu não.

*Các dữ liệu cận lâm sàng:

- Tổn thương di căn tại não: vị trí, số lượng, kích thước trên MRI sọ não.

- Các chất chỉ điểm khối u: CEA, Cyfra 21-1

- Kết quả mô bệnh học: UTBM vảy, UTBM tuyến, UTBM tế bào lớn.

Quá trình điều trị

- Tia xạ toàn não bằng kỹ thuật 3D-CRT

- Tổng liều 30Gy; phân liều 3Gy/ngày; 5 ngày/tuần

Đánh giá kết quả điều trị với các yếu tố liên quan

- Thời điểm đánh giá: Sau xạ trị 30Gy

- Thông tin đánh giá: lâm sàng, cận lâm sàng, so sánh trước và sau xạ trị.

- Đánh giá đáp ứng với xạ trị: cơ năng, thực thể theo WHO và RECIST

- Phân tích một số yếu tố liên quan với đáp ứng điều trị: Đặc điểm chung của các BN, chỉ số toàn trạng, tình trạng bệnh, tính chất khối u, mô bệnh học...

Xử trí các tình huống trong và sau khi điều trị: phù não, co giật...

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Trong số 32 BN nghiên cứu, phần lớn BN ở nhóm tuổi > 40 chiếm 90,7%, lứa tuổi hay gặp là 51-70 (71,9%). Tuổi trung bình là $59 \pm 10,7$. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về UTP. Tỷ lệ BN trên 40 tuổi trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nga, Bùi Diệu, Trần Văn Thuận (2011, n=11.555) là 94,6%; của Lê Duy Sơn (2017, n=64) là 93,7%. Như vậy, giống UTP

nói chung, UTP di căn não cũng thường được phát hiện ở độ tuổi >40.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy UTPKTBN di căn não gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 4,3/1. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phương (2012) trên 30 UTP di căn não, tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1; Nghiên cứu của Lê Duy Sơn (2017) trên 64 BN tỷ lệ nam/nữ là 3,9/1.

Nghiên cứu về tình trạng hút thuốc lá ở Việt Nam của các tác giả Lê Tuấn Anh (2013) tỷ lệ sử dụng thuốc lá là 88%; Lê Duy Sơn (2017) là 70,3%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 71,9% BN có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào. Trong đó, tỷ lệ hút thuốc ở nam là 88,5%, nữ 0%, tương tự kết quả của Lê Duy Sơn là 88,2%.

Phần lớn BN đến viện trong vòng >4 tuần kể từ khi có triệu chứng đầu tiên, chiếm 37,5%. Điều này cho thấy, mặc dù BN đến các cơ sở y tế sớm để được khám và chẩn đoán nhưng bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% có triệu chứng đau đầu. Nôn, buồn nôn chiếm 93,8%. Giảm thị lực 53,1%, yếu chi 50%, liệt 18,8%, suy giảm trí nhớ 37,5%, rối loạn vận động ngôn ngữ 34,4%. Theo nghiên cứu của Lê Duy Sơn, đau đầu là 100%; nôn, buồn nôn 92,2%; yếu chi 50%; liệt 17,2%; suy giảm trí nhớ 39,1%; rối loạn vận động ngôn ngữ 35,9%.

Có 18,8% BN có triệu chứng liệt nửa người và cũng là lý do mà BN đến viện. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phương (2013) tỷ lệ này là 20%, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Các BN này đều có di căn ở bán cầu đại não, kích thước ổ di căn >20mm, xung quanh có phù não rộng.

Trong nghiên cứu này, đa số các BN có chỉ số PS=2 chiếm 43,7%; PS=1 chiếm 34,4%; PS=3 chiếm 21,9%. Sau điều trị, BN có xu hướng giảm nhẹ triệu chứng, tuy nhiên có một số BN tiến triển nên xuất hiện PS=4.

Trong số 32 BN nghiên cứu, di căn não 1 ổ chiếm 46,9%, cao hơn so với loại 2 ổ (25%) và 3 ổ (28,1%). Theo Khosla, 50% các trường hợp di căn não là 1 ổ, 20% là 2 ổ, 30% là từ 3 ổ trở lên. Nghiên cứu vị trí ổ di căn não trên MRI não cho thấy, trong 32 BN có 71,9% BN di căn ở bán

cầu đại não; 21,9% di căn tiểu não và 6,2% di căn ở cả 2 vị trí. Eichler, Loeffler (2007) phân tích trên tổng số 133 ổ di căn não ở 81 BN, vị trí di căn não hay gặp nhất là ở bán cầu đại não (80%), kế đến là tiểu não (15%), thân não (5%). Nghiên cứu của chúng tôi có 62,5% BN có kích thước ổ di căn < 20mm, còn lại 37,5% là từ 20-30mm, 3 BN có kích thước ổ di căn não < 10mm.

Áp dụng phân loại mô bệnh học của WHO-2015 cho UTP, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 21/32 BN UTBM tuyến (65,6%); 34,4% UTBM vảy. Tỷ lệ UTBM tuyến trong UTP nói chung khác nhau tùy từng nghiên cứu nhưng đều có đặc điểm chung đây là loại mô bệnh học thường gặp nhất trong các báo cáo gần đây. UTBM tuyến thường hay di căn não nhiều hơn UTBM vảy.

Kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ CEA trung vị trong huyết thanh là 8,7ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có CEA >5ng/ml (độ nhạy) là 67,7%, trong đó bệnh nhân có CEA >20ng/ml, chiếm 25%. Độ nhạy của CEA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Lê Ngọc Hùng, Trần Minh Thông (2013) (81,2%) do nghiên cứu này lấy ngưỡng là 3ng/ml.

Đánh giá kết quả sau xạ trị toàn não 30Gy
Bảng 1: Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Hết hoàn toàn	4	12,5
Thuyên giảm một phần	16	50
Không thay đổi	11	34,4
Tiến triển	1	3,1
Tổng số	32	100%

Bảng 1 cho thấy tất cả các BN đều có biểu hiện triệu chứng khi vào viện. Đặc biệt là triệu chứng thần kinh làm cho BN lo lắng, khó chịu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống (rối loạn ý thức, suy giảm trí nhớ, hạn chế vận động...).

Theo dõi trong và sau khi kết thúc xạ trị 30Gy, chúng tôi thấy 20/32 (62,5%) BN có đáp ứng với xạ trị, trong đó 4 BN chiếm 12,5% hết hoàn toàn triệu chứng chủ quan. Điều này khẳng định tác dụng của xạ trị đã giúp cải thiện triệu chứng thần kinh và làm tăng tỷ lệ đáp ứng chủ quan ở BN UTPKTBN di căn não.

Bảng 2: Thay đổi triệu chứng cơ năng sau xạ trị

Triệu chứng	Số bệnh nhân trước điều trị	Đáp ứng			
		Giảm hoàn toàn	Giảm một phần	Không thay đổi	Tiến triển
Đau đầu	32	11	20	1	0
Nôn, buồn nôn	30	13	15	2	0
Phù gai thị	17	2	10	5	0
Yếu chi	15	1	11	3	0

Liệt	5	1	1	3	0
Suy giảm trí nhớ	13	4	3	5	1
Rối loạn vận động ngôn ngữ	12	2	3	6	1
Tổng số	32	100%			

Sau khi kết thúc xạ trị, tỷ lệ đau đầu giảm từ 100% xuống còn 65,6%, trong đó đau đầu nhẹ là 62,5%. Nôn, buồn nôn giảm từ 92,2% xuống còn 53,1%. Nhìn mờ giảm từ 53,1% xuống còn 46,8%. Yếu chi giảm từ 50% xuống còn 43,7% trong đó giảm một phần là 34,4%, liệt giảm từ 18,8% xuống còn 12,5%. Suy giảm trí nhớ giảm 37,5% xuống còn 28,1%. Rối loạn vận động ngôn ngữ giảm từ 34,4% xuống còn 31,2%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Duy Sơn, Nguyễn Ngọc Anh và Cs và một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

Bảng 3: Đáp ứng thực thể sau xạ trị trên MRI não

Đáp ứng thực thể	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	2	6,2
Đáp ứng một phần	17	53,2
Không thay đổi	12	37,5
Tiến triển	1	3,1
Tổng số	32	100

Đánh giá đáp ứng theo RECIST qua khám lâm sàng, cận lâm sàng (chụp MRI sọ não). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 2/32 BN chiếm 6,2% các tổn thương não đáp ứng hoàn toàn sau khi chụp MRI sọ não. Đáp ứng một phần chiếm 53,2%. Tuy nhiên, tỷ lệ không đáp ứng và bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,6%. BN tiến triển là xuất hiện di căn mới.

Bảng 4: Các hình ảnh cận lâm sàng sau xạ trị

Hình ảnh cận lâm sàng	Số bệnh nhân		Tỷ lệ %	
	Trước điều trị	Sau điều trị	Trước điều trị	Sau điều trị
Tổn thương não một ổ	15	18	46,9	56,2
Tổn thương não đa ổ	17	12	53,1	37,6
Không còn tổn thương		2		6,2
Phù não: + Hết + Giảm	32	6 26	100	18,8 81,2
Tổng số	32		100	

Bảng 4 cho thấy, sau xạ trị số BN hết tổn thương chiếm 6,2%; tổn thương đa ổ giảm từ 53,1% xuống 37,6%; 18,8% số BN hết phù não và 81,2% số BN giảm phù não.

Bảng 5: Thay đổi kích thước ổ tổn thương di căn não sau xạ trị

Kích thước (mm)	Thời điểm	Trước xạ trị		Sau xạ trị	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<10mm		3	9,4	11	34,4
10-19mm		17	53,1	12	37,5
20-30mm		12	37,5	7	21,9
Hết tổn thương				2	6,2
Tổng số		32	100	32	100
Kích thước trung bình		22,7±6,28		17,6±8,85	
		p=0,001			

Bảng 5 cho thấy, kích thước trung bình của ổ di căn não sau xạ trị nhỏ hơn có ý nghĩa so với trước điều trị (17,6±8,85 so với 22,7±6,28; p=0,001). Trong số 32 BN trước điều trị, có 3 BN đường kính ổ di căn não < 10mm, chiếm 9,4%. Sau điều trị, các ổ di căn thu nhỏ kích thước nên tỷ lệ này là 34,4%, và có 2 BN hết hoàn toàn tổn thương, chiếm 6,2%, cao hơn hẳn so với trước xạ trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Dưới tác động của bức xạ i-on hóa, các tế bào ung thư bị tiêu diệt, tổn thương di căn bị thoái hóa, hoại tử.

Bảng 6: Thay đổi về triệu chứng toàn thân

Các yếu tố	Đáp ứng	Trước xạ trị		Sau xạ trị 30Gy	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Chỉ số toàn trạng	PS=1	11	34,4	16	50
	PS=2	14	43,8	11	34,4
	PS=3	7	21,9	1	3,1
	PS=4	0	0	4	12,5

Sốt	13	40,6	1	3,1
Sút cần	13	40,6	0	100

Bảng 6 cho thấy trước khi điều trị toàn trạng của BN có PS=1;2;3 có tỷ lệ lần lượt là 32,8%; 43,8%; 23,4%. Sau xạ trị, toàn trạng của BN đã thay đổi như sau: PS=1;2;3 có tỷ lệ lần lượt là 48,2%; 34,4% và 4,8%. Như vậy, tỷ lệ BN có PS=1 tăng từ 32,8% lên 48,2% và PS=3 giảm từ 23,4% xuống 4,8%. Chứng tỏ chỉ số này của BN được cải thiện sau xạ trị, khi xét mối liên quan giữa PS trước và sau xạ trị thì sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thường gặp ở nam giới (81,3%), khoảng tuổi 51-70 chiếm 61,9%, đến viện trong vòng hơn 1 tháng tính từ khi có triệu chứng (37,5%). Triệu chứng phổ biến nhất là đau đầu (100%); nôn và buồn nôn (93,8%); yếu chi, liệt (68,8%); tiền sử hút thuốc là 71,9% (ở nam là 88,5%).

Trên hình ảnh MRI sọ não, phần lớn tổn thương di căn ở bán cầu đại não (71,9%), 1 ổ (46,9%), kích thước 20-30mm (37,5%).

Đa số BN là ung UTBM tuyến (65,6%). Trong nhóm BN này 67,7% BN có CEA và 68,8% có Cyfra 21-1 huyết thanh cao hơn giới hạn bình thường.

WBRT làm biến mất tổn thương di căn não 6,2%, thu nhỏ kích thước ổ di căn (53,2%), kiểm soát tổn thương di căn ở 96,9% BN.

WBRT giúp cải thiện chỉ số PS ở 84,4%; tỷ lệ BN có thuyên giảm các triệu chứng cơ năng

chiếm 62,5%, trong đó có 12,5% BN hết hoàn toàn triệu chứng.

Tóm lại, WBRT giúp kiểm soát nhanh chóng và giảm nhẹ triệu chứng chèn ép thần kinh và nâng cao chất lượng sống cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan 2020 Vietnam [Online]** Gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf
2. **Ngô Quý Châu** (2008). Ung thư phổi. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 28-288.
3. **Nguyễn Bá Đức, Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuận** (2007). Ung thư phổi. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 176-187.
4. National Comprehensive Cancer Network (2021). Central Nervous System Cancers. Clinical practice guidelines in oncology, V.6.2021.
5. **Nguyễn Hoài Nga, Bùi Diệu, Trần Văn Thuận, Bùi Công Toàn** (2011). Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi nguyên phát. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 3, 2011, 210-215.
6. **Lê Duy Sơn** (2017). Đánh giá kết quả xạ trị gia tốc di căn não trong ung thư phế quản phổi. Luận văn thạc sỹ Y học, 59-68.
7. **Edward S, Charles S, Luis S, et al** (2000). Single dose radiosurgical treatment of recurrent previously irradiated primary brain tumors and brain metastases: final report of RTOG protocol 90-05. International Journal of Radiation Oncology. Biology. Physics, 47(2), 291-298.
8. **Khosla A** (2013). Brain metastases Imaging: Imaging. <http://medicine.medscape.com>
9. **Eichler A.F, Loeffler J.S** (2007). Multidisciplinary Management of Brain Metastases. The Oncologist, 12(7), 884-898.

MỘT SỐ CHỈ SỐ TRÊN PHIM ĐO SỌ MẶT NGHIÊNG CỦA BỆNH NHÂN SAI KHỚP CĂN LOẠI II

Hoàng Việt Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số chỉ số trên phim đo sọ mặt của bệnh nhân có sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 46 phim đo sọ mặt của bệnh nhân có sai khớp cắn loại II do lùi hàm dưới, độ tuổi trung bình là 10-14 tuổi. **Kết**

quả: Góc SNA tăng nhẹ (83,6⁰), góc SNB giảm (75,9⁰) cho thấy có sự lùi hàm dưới, góc ANB cao hơn bình thường (6,5⁰) cho thấy tương quan xương hai hàm loại II, góc liên răng cửa giảm, góc răng cửa trên và góc răng cửa dưới tăng (114,4⁰). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** Hàm dưới lùi so với nền sọ trước, tương quan xương hai hàm loại II và trục răng cửa trên và dưới ngả trước.

Từ khóa: Phim đo sọ mặt, Sai khớp cắn loại II, Lùi hàm dưới

SUMMARY

CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CLASS II MALOCCLUSION

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Hải

Email: hoangviethai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021