

6. Paul WJ, Yvonne F. ST GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE FOR COPD PATIENTS (SGRQ-C) Manual 2016. St George's, University of London; 2018.
7. Priyadharshini N, Renusha RC, Reshma S, Sindhuri Sai M, Koushik Muthu RM, Rajanandh MG. Prevalence of metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An observational study in South Indians. Diabetes Metab Syndr. Jul-Aug 2020;14(4):503-507.
8. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. The Lancet Respiratory Medicine. 2024;12(1):15-16.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ DẪN ĐẦU MODIFIED-DCF KẾT HỢP HÓA XẠ TRỊ TRIỆT CĂN TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN T3-T4B/ N1-2/ M0 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phùng Thùy Dương¹, Trịnh Lê Huy^{1,2},
Lê Thị Khánh Tâm³, Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thực quản (UTSQ) thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, với điều trị chính là hóa xạ trị. Phác đồ mDCF được kết hợp hóa xạ trị nhằm tăng khả năng kiểm soát bệnh. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ m-DCF dẫn đầu kết hợp hóa xạ trị triệt căn UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0 tại bệnh viện ĐHY Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả chùm ca bệnh. Đối tượng: UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0, không phẫu thuật. Điều trị 4-6 chu kỳ hóa chất m-DCF (docetaxel 40 mg/m², cisplatin 40 mg/m², leucovorin 400 mg/m², fluorouracil 2400 mg/m² chu kỳ 14 ngày) theo sau bởi hóa xạ trị 50.4 Gy với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. **Kết quả:** Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024, có 43 bệnh nhân phù hợp. Khối u T4 chiếm 51.16% và 61.47% có hạch N2. Tuổi trung bình là 61.0 ± 9.2. Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 95.4%, trong đó đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 23.3%. Mức độ co nhỏ tổn thương tối đa sau xạ có trung bình là 67.14% ± 22.4, có sự tương quan và có thể được dự đoán dựa trên mức độ đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu. Độc tính độ 3 hay gặp nhất là hạ bạch cầu (25.6%), không có bệnh nhân nào có độc tính độ 4. Các độc tính khác ít gặp và kiểm soát được. **Kết luận:** Điều trị dẫn đầu mDCF kết hợp hóa xạ trị triệt căn là phác đồ an toàn, dung nạp tốt và chứng minh hiệu quả trong kiểm soát bệnh UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0. **Từ khóa:** ung thư thực quản, dẫn đầu, mDCF, hóa xạ trị

SUMMARY

RESPONSE TO INDUCTION MODIFIED-DCF COMBINED WITH DEFINITIVE CHEMORADIATION THERAPY FOR

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

LOCALLY ADVANCED ESOPHAGEAL CANCER: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Introduction: Esophageal cancer (ESCC) is often diagnosed at advanced stages, with chemoradiotherapy serving as the primary treatment modality. The modified docetaxel, cisplatin, and fluorouracil (m-DCF) regimen is introduced with chemoradiotherapy to augment disease control. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of induction m-DCF followed by definitive chemoradiotherapy in patients with T3-T4b/N1-2/M0 ESCC at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** This descriptive case series included patients with unresectable ESCC stages T3-T4b/N1-2/M0. Patients received 4-6 cycles of induction m-DCF (docetaxel 40 mg/m², cisplatin 40 mg/m², leucovorin 400 mg/m², fluorouracil 2400 mg/m² administered every two weeks) followed by concurrent chemoradiation 50.4 Gy with a paclitaxel-carboplatin regimen. **Results:** From January 2020 to June 2024, 43 eligible patients were enrolled. T4 tumors constituted 51.16% of cases, and N2 lymph node involvement 61.47%. Mean age was 61.0 ± 9.2. The overall response rate (ORR) was 95.4%, with a complete clinical response observed in 23.3% of patients. A mean depth of tumor regression after chemoradiation was 67.14% ± 22.4, correlating with the regression achieved after induction chemotherapy. The most common grade 3 toxicity was neutropenia (25.6%), with no grade 4 toxicities. Other adverse events were infrequent and manageable. **Conclusion:** modified-DCF combined with definitive chemoradiotherapy represents a safe, well-tolerated, and effective regimen for disease control in patients with locally advanced ESCC.

Keywords: locally advanced ESCC, induction mDCF, chemoradiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư biểu mô thực quản (UTBMTQ) đứng thứ 11 về số ca mới mắc, nhưng đứng thứ 7 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, trong đó nhóm dân số châu Á đứng đầu về cả tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong.[1] Tỉ lệ ung thư thực quản phát hiện ở giai đoạn sớm

thường là thấp, chỉ có khoảng 18% theo các thống kê.[2] Điều trị tiêu chuẩn của các khối u thực quản không có khả năng phẫu thuật là hóa xạ trị triệt căn, với phác đồ thường dùng là Cisplatin-Fluorouracil hoặc Paclitaxel-Carboplatin. Tuy nhiên, thời gian tái phát thường dưới 1 năm, với tỉ lệ thất bại tại chỗ là 50-60% và tỉ lệ di căn xa lên tới 45%.[3]

Hóa chất dẫn đầu kết hợp hóa xạ trị triệt căn đã được chứng minh có vai trò thu nhỏ kích thước khối u, giảm thể tích xạ trị, giảm nguy cơ rò thực quản.[4] Tuy nhiên, vẫn chưa có sự đồng thuận về việc lựa chọn phác đồ hóa chất dẫn đầu và xác định nhóm bệnh nhân phù hợp với hướng tiếp cận này. Trên nhóm bệnh nhân châu Á, phác đồ modified-DCF đã cho thấy cải thiện kết quả điều trị và tăng khả năng dung nạp so với phác đồ gốc.[5] Tại Việt Nam, phác đồ mDCF kết hợp hóa xạ trị ung thư thực quản đã được áp dụng nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá đáp ứng điều trị dẫn đầu phác đồ m-DCF kết hợp hóa xạ trị triệt căn trong ung thư thực quản giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân UTBMTQ giai đoạn T3-T4b/ N1-2/ M0 (tại thời điểm chẩn đoán, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T1/2020 đến T6/2024

- Điều trị 4-6 chu kỳ hóa chất mDCF trước khi hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Được can thiệp phẫu thuật cắt thực quản trước hoặc sau điều trị
- Có bệnh ung thư khác kèm theo tại thời điểm chẩn đoán
- Bệnh nhân không hoàn thành lộ trình điều trị

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

Phương pháp tiến hành: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án. Người bệnh được điều trị dẫn đầu 4-6 chu kỳ mDCF (chu kỳ cách nhau 14 ngày – bảng 1) sau đó được hóa xạ trị 50.4 Gy với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. Đánh giá đáp ứng dựa vào tiêu chuẩn RECIST 1.1 trên chụp cắt lớp vi tính và nội soi thực quản. Thời điểm đánh giá: sau hóa chất dẫn đầu, 1 tháng sau hóa xạ trị đồng thời, mỗi 3 tháng sau đó hoặc khi có bất thường. Đánh giá các tác dụng không mong muốn trên huyết học, ngoài huyết

học cũng như các biến chứng do xạ trị theo CTCAE 5.0

Bảng 1: Phác đồ m-DCF trong nghiên cứu

Thuốc	Liều (mg/m ²)	Cách dùng
Docetaxel	40	Truyền tĩnh mạch ngày 1 trong 60 phút
Leucovorin	400	Truyền tĩnh mạch ngày 1 trong 30 phút
Fluorouracil	400	Bolus tĩnh mạch ngày 1
Fluorouracil	2.000	Truyền tĩnh mạch liên tục trong 48 giờ
Cisplatin	40	Truyền tĩnh mạch ngày 3 trong 30 phút

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024, có 43 bệnh nhân phù hợp.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		n (%)
Giới	Nam	41 (95.35%)
	Nữ	2 (4.65%)
Yếu tố nguy cơ	Nghiện rượu	33 (76.7%)
	Hút thuốc lá	34 (79.1%)
ECOG PS	0	26 (60.5%)
	1	16 (37.2%)
MTDD	Có	13 (30.23%)
	Không	30 (69.77%)
Vị trí u	1/3 trên	23 (53.49%)
	1/3 giữa	19 (44.19%)
	1/3 dưới	8 (18.6%)
	2 vị trí	7 (16.28%)
Giai đoạn	T3	21 (48.84%)
	T4a-b	22 (51.16%)
	N1	17 (39.53%)
	N2	26 (61.47%)
Chiều dài u trung bình (mm)		65.4±24.15 (19-117)
Chiều dày u trung bình (mm)		19.42±5.24 (10-32)

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 61.0 ± 9.2, trong đó lớn nhất là 77 tuổi. 100% các ca bệnh có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy (SCC). Tỉ lệ bệnh nhân có khối u T4 chiếm 51.16% và 61.47% có hạch N2.

Kết quả điều trị

Bảng 3: Đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu

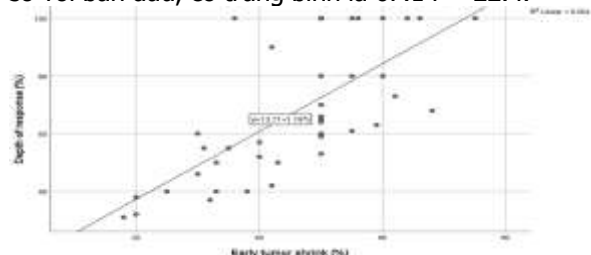
Đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng 1 phần	39	90.7%
Bệnh ổn định	4	6.98%
Bệnh tiến triển	0	0
Mức độ đáp ứng sớm trung bình (%)	45.42±13.53	

Tại lần đánh giá đầu tiên, phần lớn bệnh nhân đạt được đáp ứng chiếm 90.7% trong đó không có bệnh nhân nào tiến triển. Mức độ đáp ứng sớm được định nghĩa là phần trăm co nhỏ của tổn thương đích so với ban đầu, có trung bình là 45.42 ± 13.53.

Bảng 4: Đáp ứng sau hóa xạ trị triệt căn

Đáp ứng sau hóa xạ trị triệt căn	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	10	23.3%
Đáp ứng 1 phần	31	72.1%
Bệnh ổn định	2	4.7%
Bệnh tiến triển	0	0
Độ sâu đáp ứng trung bình (%)	67.14±22.4	

Tỉ lệ đáp ứng chung (ORR) là 95.4%, trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 23.3%. Độ sâu đáp ứng của các bệnh nhân được định nghĩa là phần trăm đáp ứng tối đa của tổn thương so với ban đầu, có trung bình là 67.14 ± 22.4.



Biểu đồ 1: Mối tương quan giữa mức độ đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu (Early tumor shrinkage) và độ sâu đáp ứng sau hóa xạ đồng thời (Depth of response)

Mức độ đáp ứng sớm sau hóa chất dẫn đầu có sự tương quan với độ sâu đáp ứng sau hóa xạ trị đồng thời (Biểu đồ 1). Khi mức độ co nhỏ khối u sớm tăng 1%, độ sâu đáp ứng được kỳ vọng sẽ tăng khoảng 1.18%. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ co nhỏ khối u sớm là một yếu tố dự báo có ý nghĩa thống kê đối với mức độ đáp ứng tối đa ($p < 0.001$).

Mô hình tái phát

Bảng 5: Mô hình tái phát

Vị trí tái phát	n (%)
Tại u nguyên phát	14 (32.56%)
Tại thực quản (ngoài trường xạ)	0 (0%)
Tại hạch (trong trường xạ)	5 (11.63%)
Tại hạch (ngoài trường xạ)	1 (2.33%)
Di căn xa	9 (20.93%)

Vị trí tái phát thường gặp nhất là tại u nguyên phát (32.56%), trong đó nhóm bệnh

nhân này có chiều dài u trung bình là 76mm ± 26.5, độ dày u trung bình 21.7mm ± 4.2 và độ sâu đáp ứng trung bình là 49.57%. Nhóm bệnh nhân có tái phát tại hạch hoặc di căn xa đều có giai đoạn hạch ban đầu là N2.

Bảng 6: Độc tính

Tác dụng không mong muốn	n (%)		
	Độ 1, 2	Độ 3	Độ 4
Hạ bạch cầu đa nhân trung tính	15 (34.8%)	11 (25.6%)	0 (0%)
Thiếu máu	12 (27.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Buồn nôn	22 (51.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Nôn	13 (30.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Độc tính thần kinh ngoại vi	2 (4.6%)	0 (0%)	0 (0%)

Tỉ lệ bệnh nhân dùng ≥ 95% liều hóa chất là 93.02%. Hạ bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) là độc tính trên huyết học thường gặp nhất chiếm 60.4%, trong đó tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 là 25.6%, không có bệnh nhân nào có độc tính độ 4. Độc tính ngoài hệ huyết học ít gặp, chủ yếu là độ 1,2; Trong đó buồn nôn là độc tính thường gặp nhất (51.1%). Không có bệnh nhân nào tử vong do biến chứng trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi, giới. Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi trong khoảng từ 36 đến 77 tuổi, tuổi trung bình là 61 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trong nước như Phạm Đức Huân là 53 tuổi, Nguyễn Xuân Hòa là 55 tuổi.[6] Điều này có thể lý giải do giai đoạn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thường muộn hơn.

Lâm sàng, cận lâm sàng. Về mặt mô bệnh học, toàn bộ ca bệnh trong nghiên cứu là SCC. Điều này phù hợp với phân bố SCC sẽ phổ biến hơn ở các nước Đông và Nam Á trong khi ung thư biểu mô tuyến (AC) phổ biến hơn ở Bắc Mỹ và châu Âu vì liên quan đến trào ngược dạ dày thực quản, Barrett thực quản.[7] Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ khối u T4 chiếm 51.16% và tỉ lệ hạch N2 là 61.47%. Điều này cũng phù hợp với tỉ lệ cần nuôi dưỡng qua mỗ thông dạ dày trong nghiên cứu là 30.23%.

Kết quả điều trị. Điều trị tiêu chuẩn trong ung thư thực quản không phẫu thuật là hóa xạ trị triệt căn, tuy nhiên kết quả cũng không được khả quan, với thời gian tái phát thường dưới 1 năm và tỉ lệ di căn xa lên tới 45%.[3] Bằng chứng của việc điều trị hóa chất dẫn đầu trước khi hóa xạ trị cũng chưa được thống nhất. Các nghiên cứu của Heta và cộng sự, Ajani và cộng sự đã cho thấy hóa chất dẫn đầu cải thiện DFS,

OS hay tỉ lệ đạt pCR trên nhóm bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu, tuy nhiên thể mô bệnh học phần lớn là ung thư biểu mô tuyến.[8] Li Ling Luo và cộng sự đã so sánh hóa chất dẫn đầu và hóa xạ đơn thuần dựa trên phân tích hồi cứu 170 bệnh nhân UTBMTQ biểu mô vảy T3-T4. Nhóm hóa chất dẫn đầu cho thấy hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm và kiểm soát bệnh, với tỉ lệ OS 3 năm là 30,6% so với 25,9% ở nhóm hóa xạ. PFS trung vị tương ứng là 24 tháng so với 16 tháng của nhóm hóa xạ triệt căn ($p=0.015$).[9] Tuy nhiên, Shiliang Liu và cộng sự thực hiện thử nghiệm có thiết kế tương tự lại không chứng minh được khả năng cải thiện đáp ứng chung (ORR) có ý nghĩa thống kê, với ORR là 74,5% trong nhóm hóa chất dẫn đầu so với 61,8% trong nhóm hóa xạ đơn thuần ($p = 0,152$).[10] Có thể lý giải sự khác biệt này do mức độ đáp ứng khối u với phác đồ hóa chất trong nghiên cứu. Cả 2 nghiên cứu đều điều trị dẫn đầu 2 chu kì hóa chất, với tỉ lệ đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu tương ứng là 50.6% và 45.5%. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 4-6 chu kỳ hóa chất với liều nhỏ hơn giúp tăng dung nạp, trong đó, tỉ lệ bệnh nhân đạt được đáp ứng sau hóa chất chiếm 90.7%. Tỉ lệ ORR sau hóa xạ trị triệt căn của chúng tôi (95.4%) cũng cao hơn các báo cáo trên thế giới, trong đó có 23.3% đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng. Có thể thấy rằng, việc lựa chọn phác đồ điều trị dẫn đầu phù hợp có tiềm năng cải thiện kết quả điều trị chung.

Mức độ đáp ứng khối u sau hóa chất là một chỉ số có vai trò định hướng điều trị. Thử nghiệm CALGB 80803 trên 225 bệnh nhân UTBM tuyến thực quản và dạ dày đoạn nối đã nghiên cứu sự thay đổi về chuyển hóa khối u trên PET/CT sau hóa chất dẫn đầu để định hướng phác đồ hóa xạ trị. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được ngẫu nhiên điều trị dẫn đầu 2 phác đồ mFOLFOX hoặc Paclitaxel-Carboplatin, và những trường hợp "không đáp ứng" (SUV_{max} giảm $< 35\%$) sẽ được chuyển sang hóa xạ đồng thời với phác đồ còn lại. Kết quả của thử nghiệm này cho thấy việc đổi phác đồ hóa chất dựa vào mức giảm SUV_{max} sẽ cải thiện thời gian sống thêm của nhóm "không đáp ứng", không khác biệt với nhóm "có đáp ứng" (mOS 27.4 tháng và 48.8 tháng, $p=0,107$). Tuy vậy, vai trò định hướng điều trị của hóa chất dẫn đầu trên nhóm SCC cần những nghiên cứu chuyên biệt hơn.

Độ sâu đáp ứng (DpR) đã được nghiên cứu trên nhiều loại khối u đặc nhằm tìm ra mối tương quan với sống thêm, có thể kể đến trong ung thư đại tràng, ung thư phổi và các bệnh khác. Đối với ung thư thực quản, một nghiên cứu phân

tích trên nhóm bệnh nhân di căn dựa theo thử nghiệm JCOG0807 cho thấy nhóm bệnh nhân có $DpR > 30\%$ có PFS dài hơn nhóm $DpR < 30\%$, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, đánh giá độ sâu đáp ứng cần một khoảng thời gian theo dõi, do tác dụng co nhỏ khối u của tia xạ thường kéo dài. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ sâu đáp ứng có mối tương quan và có thể được dự đoán dựa trên mức độ co nhỏ khối u sớm. Trong đó, khi mức độ co nhỏ khối u sớm tăng 1%, độ sâu đáp ứng được kỳ vọng sẽ tăng khoảng 1.18%.

Việc điều trị hóa chất dẫn đầu đã mang lại lợi ích kiểm soát toàn thân sớm. Cụ thể, không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi tiến triển di căn xa trước và trong quá trình xạ trị. Vị trí tái phát thường gặp nhất là tại u nguyên phát (32.56%), trong đó những bệnh nhân này thường có kích thước u ban đầu lớn, với chiều dài trung bình là $76mm \pm 26.5$, độ dày trung bình bình $21.7mm \pm 4.2$, đáp ứng kém với điều trị (độ sâu đáp ứng 49.57%, thấp hơn trung bình).

Phác đồ mDCF là phác đồ có khả năng dung nạp tốt với tỉ lệ bệnh nhân dùng $\geq 95\%$ liều hóa chất là 93.02%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 trong nghiên cứu là 25.6%, thấp hơn nghiên cứu của Shah MA trên nhóm bệnh nhân di căn là 59%. Lý giải cho sự khác biệt này do nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ truyền 4-6 chu kì hóa chất nên tủy xương chưa bị ức chế quá nhiều. Ngoài ra, hạ bạch cầu không phải chỉ do tác dụng phụ của hóa chất mà còn do bệnh nhân thiếu dinh dưỡng do khối u thực quản làm cản trở đường ăn.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị dẫn đầu mDCF kết hợp hóa xạ trị triệt căn là phác đồ an toàn, dung nạp tốt và chứng minh hiệu quả trong kiểm soát bệnh UTBMTQ giai đoạn T3-T4b/ N1-2/ M0.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 74:229–263
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M ea, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR (2019). SEER cancer statistics review, 1975–2016. National Cancer Institute 1:
3. Akahane K, Hatanaka S, Kawahara M, et al (2024). Recurrence Pattern, Treatment Modalities, and Prognostic Factors After Definitive Chemoradiotherapy for Recurrent Esophageal Cancer. J Gastrointest Canc 55:809–819
4. Onitilo AA, Stankowski-Drengler TJ, Shiyabola O, Engel J, Tanimu S, Fagbemi

- SO, Li Y-H (2021). Modified Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil (mDCF) as a Neoadjuvant Chemotherapy for Non-metastatic Esophageal Cancer (nMEC). Clin Med Res 19:64–71
5. Shah MA, Shibata S, Stoller RG, Kemeny M, Ritch PS, Krishnamurthi SS, Su YB, Janjigian YY, Capanu M, Kelsen DP (2010). Random assignment multicenter phase II study of modified docetaxel, cisplatin, fluorouracil (mDCF) versus DCF with growth factor support (GCSF) in metastatic gastroesophageal adenocarcinoma (GE). JCO 28:4014–4014
 6. Nguyễn Xuân Hòa (2018). Nghiên Cứu Ứng Dụng Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực- Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
 7. Morgan H, Soerjomataram I, Rumgay H, Coleman EG, Thrift AP, Vignat J, Laversanne M, Ferlay J, Arnold M (2022). The Global Landscape of Esophageal Squamous Cell Carcinoma and Esophageal Adenocarcinoma Incidence and Mortality in 2020 and Projections to 2040: New Estimates From GLOBOCAN 2020. Gastroenterology 163:649-658.e2
 8. Javeri H, Arora R, Correa AM, et al (2008). Influence of induction chemotherapy and class of cytotoxics on pathologic response and survival after preoperative chemoradiation in patients with carcinoma of the esophagus. Cancer 113:1302–1308
 9. Luo L-L, Xi M, Yang Y-D, Li Q-Q, Zhao L, Zhang P, Liu S-L, Liu M-Z (2017). Comparative Outcomes of Induction Chemotherapy Followed By Definitive Chemoradiotherapy versus Chemoradiotherapy Alone In Esophageal Squamous Cell Carcinoma. J Cancer 8:3441–3447
 10. Liu S, Luo L, Zhao L, et al (2021). Induction chemotherapy followed by definitive chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone in esophageal squamous cell carcinoma: a randomized phase II trial. Nat Commun 12:4014

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU LIÊN QUAN CỦA MÀY ĐAY MẠN TÍNH Ở TRẺ EM

Tạ Mỹ Linh¹, Nguyễn Thị Kim Cúc^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Hương^{1,2},
Vũ Thái Hà^{1,2}, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và so sánh sự khác biệt giữa mày đay mạn tính (CU) ở trẻ em và người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 364 bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính (CU) trẻ em và 1210 bệnh nhân CU người trưởng thành (từ 16 đến 60 tuổi) tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 2/2023 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ CSU đơn thuần (isCSU) cao nhất trong các thể CU lâm sàng ở cả hai nhóm, chiếm 93,41% ở trẻ em và 75,54% ở người trưởng thành; $p < 0,001$. Nhóm CU trẻ em có tỷ lệ mắc bệnh ở nam/nữ gần tương đương, thời gian mắc bệnh ngắn hơn, điểm UAS7 thấp hơn và mức độ bệnh nhẹ cao hơn ($p < 0,05$). Phù mạch gặp nhiều hơn ở trẻ em (44,23% so với 30,33%; $p < 0,001$). Người trưởng thành có tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp, bệnh lý tự miễn, nồng độ CRP, nồng độ anti-TPO cao hơn tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân tăng CRP và anti-TPO cao hơn ở trẻ em. Trẻ em có số lượng bạch cầu ái toan và nồng độ IgE cao hơn nhưng tỷ lệ tăng IgE thấp hơn so với người trưởng thành ($p < 0,05$). Stress được ghi nhận là yếu tố làm nặng bệnh ở người trưởng thành nhưng không ở trẻ em. **Kết luận:** CU ở trẻ em và người trưởng thành có sự khác biệt rõ rệt

về dịch tễ, biểu hiện lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng. Điều này gợi ý sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh và có thể định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa.

Từ khóa: Mày đay mạn tính, trẻ em, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS IN PEDIATRIC CHRONIC URTICARIA

Objective: Describe and compare clinical and laboratory characteristics of chronic urticaria between children and adults. **Subjects and method:** A cross-sectional study was conducted on 364 children and 1210 adults (aged 16 to 60) diagnosed and classified according to the EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI 2022 guidelines at the Urticaria and Chronic Urticaria Clinic, Central Dermatology Hospital from February 2023 to July 2025. **Results:** Isolated chronic spontaneous Urticarial (isCSU) was the predominant phenotype in both groups and significantly higher than in children (93.41% vs. 75.54%, $p < 0.001$). Children had a nearly equal male-to-female ratio, shorter disease duration, lower UAS7 scores, and milder disease severity than adults. The rate of angioedema in children was higher than in adults (44.23% vs. 30.33%, $p < 0.001$). Adults had higher rates of thyroid disease, autoimmune disease, CRP levels, and anti-TPO levels, but the number of patients with increased CRP and anti-TPO was much higher than in children. Children had higher eosinophil counts and IgE levels, but the number of patients with increased IgE was lower. Psychological stress was identified as an aggravating factor only in adults. **Conclusion:** CU in children and adults differs significantly in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mỹ Linh

Email: linhlinh199830@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025