

dùng thuốc corticoid, vì có thể thuốc làm thay đổi kích thước nhỏ hơn ban đầu<sup>[5]</sup>.

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân còn nhiều tranh luận, nhưng không phủ nhận rằng chỉ có phẫu thuật mới đưa kết quả giải phẫu bệnh phục vụ chẩn đoán và điều trị ngay cả khi có chẩn đoán u lymphoma thứ phát. Với phẫu thuật chẩn đoán, đa số bác sĩ nghiêng về sinh thiết nhỏ để không làm nặng thêm tình trạng lâm sàng, và các khối u đa số nằm sâu, lan tỏa, không là ứng viên tốt của phẫu thuật cắt bỏ. Trường hợp u lớn vị trí bán cầu gây chèn ép hiệu ứng khối, có thể tính đến mổ mở rộng phổi hợp cắt u giảm áp<sup>[6]</sup>. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, một số trường hợp chưa được chẩn đoán là lymphoma từ trước mổ (23,1%) và một số trường hợp khác có khối u lớn, phù não nhiều, nên đã được lựa chọn phương pháp mổ nắp sọ lấy u (chiếm 46,2%). Các trường hợp còn lại có u nhỏ, phù não ít và nghĩ đến lymphoma từ trước mổ đã được lựa chọn phương pháp sinh thiết dưới hướng dẫn của định vị thần kinh. Qua đây càng thể hiện rõ việc chẩn đoán trước mổ lymphoma não còn gặp rất nhiều khó khăn, khi mà kết hợp cả các nhà lâm sàng và các nhà chẩn đoán hình ảnh thì việc chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác còn rất phức tạp. Các biến chứng khác như chảy máu ổ mổ (26,9%) và phù não tăng lên sau mổ (34,6%) được đánh giá bằng phim chụp cắt lớp sau mổ đều được điều trị nội khoa và ổn định ở thời điểm ra viện. Về kết quả giải phẫu bệnh, tất cả bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu bệnh là U lympho B Non hodgkin lan tỏa tế bào lớn.

## V. KẾT LUẬN

Lymphoma não là một bệnh lý ác tính ít gặp, lâm sàng đa dạng, hay gặp đau đầu và yếu nửa người. Phim CHT đặc trưng là bắt thuốc, u lan tỏa hai bên, dọc trục giữa, hình cánh bướm. Điều trị bệnh nhân lymphoma não cần một phác đồ đa mô thức. Vai trò của phẫu thuật rất quan trọng, trong đó quan trọng nhất là lấy u để làm sinh thiết chẩn đoán xác định ngay cả khi u là thứ phát. Phẫu thuật sinh thiết an là phẫu thuật ít sang chấn, khá an toàn nên được khuyến nghị<sup>[3][4]</sup>. Một số ít cần mở rộng xương, cắt u kèm giảm áp sọ<sup>[6]</sup>. Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh, bệnh nhân sẽ được điều trị hóa xạ trị sau mổ với những phác đồ cụ thể.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Hồng Nhung (2020)**. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong chẩn đoán lymphoma não. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Hà Mỹ (2015)**. Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch U lympho không Hodgkin nguyên phát tại hệ thống thần kinh trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
3. **Tracy Batchelor; Lisa DeAngelis (2012)**, Lymphoma and Leukemia of the Nervous System 2<sup>nd</sup>.
4. **Khê Hoàng-Xuan, Eric Bessell, Jacoline Bromberg (2015)**, Diagnosis and treatment of primary CNS lymphoma in immunocompetent patients: guidelines from the European Association for Neuro-Oncology.
5. **E Cuny, H Loiseau, F Cohadon (2018)**, Primary central nervous system lymphomas. Diagnostic and prognostic effect of steroid-induced remission.
6. **Guro Jahr, Michele Da Broi, Harald Holte Jr, Klaus Beiske, Torstein R. Meling (2018)**. The role of surgery in intracranial PCNSL.

## ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ VẢY GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022.  
**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 65 bệnh nhân ung thư ung thư phổi biểu mô vảy giai

đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. **Kết quả:** Đa phần nam giới (chiếm 80%), tuổi trung bình  $56,9 \pm 1,2$  tuổi. Phần lớn các bệnh nhân có liên quan hút thuốc lá (chiếm 93,8%) và tiền sử bệnh lý phổi tắc nghẽn mạn tính (chiếm 78,5%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp ung thư phổi giai đoạn muộn thường gặp ho, đau ngực và ho máu, chiếm lần lượt 83,1%; 76,9% và 69,2%. Thể trạng ECOG 1 điểm chiếm 58,5%. Đa phần có giai đoạn u T4 (53,8%) và N3 (chiếm 44,6%). Tần suất di căn hay gặp vị trí di căn xương (chiếm 67,7%), tiếp theo di căn phổi đối bên (64,6%), và màng phổi, màng tim (chiếm 58,5%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 44 bệnh nhân có kết quả phân tích PD-

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên  
Email: kiencc@gmail.com  
Ngày nhận bài: 21.6.2022  
Ngày phản biện khoa học: 1.8.2022  
Ngày duyệt bài: 12.8.2022

L1, trong đó tỷ lệ nhóm bậc lộ < 1%; 1-49% và ≥ 50% lần lượt là 34,1%; 36,4% và 29,5%. **Kết luận:** Ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn thường gặp ở nam giới, lớn tuổi và có tiền sử hút thuốc lá. Triệu chứng thường gặp là ho, đau ngực và ho ra máu với tần suất hay gặp di căn xương và phổi đối bên.

**Từ khóa:** Ung thư phổi biểu mô vảy, giai đoạn muộn, Bệnh viện K.

## SUMMARY

### CLINICAL AND SUBCLINICAL SYMPTOMS OF PATIENTS DIAGNOSED OF ADVANCED/METASTATIC SQUAMOUS CELL LUNG CARCINOMA

**Objective:** Describing the clinical and subclinical symptoms of patients diagnosed of advanced/metastatic squamous cell lung cancer at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 65 patients with advanced/ metastatic squamous cell lung carcinoma were diagnosed and treated at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Results:** The average age was 56.9±1.2, rate of male patients was 80%. Most of patients related to history of smoking (accounted for 93.8%) and medical history of chronic obstructive pulmonary disease (accounted for 78.5%). The common symptoms of advanced lung cancer patients were dry cough, chest pain and hemoptysis, accounting for 83.1%; 76.9% and 69.2%, respectively. For performance status, ECOG 1 accounted for 58.5%. Most of patients were stages T4 and N3, accounting for 53.8% and 44.6%, respectively. The common metastatic locations in our patients were bone, lung and pleural/pericardial metastases, accounting for 67.7%; 64,6% and 58.5%, respectively. In our study, there were 44 patients analyzed PD-L1 expressions and rates of patients with PD-L1 expressions < 1%; 1-49% and ≥ 50% were 34.1%; 36.4% and 29.5%, respectively. **Conclusion:** Advanced/metastatic squamous cell lung cancer often occurred in middle-older age male patients and history of smoking. The common symptoms were dry cough, chest pain and hemoptysis with presence of bone and lung metastases.

**Keywords:** Squamous cell lung cancer, advanced/metastatic stage, National Cancer Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ mắc mới chiếm 15,4 % tổng số ung thư nhưng tỉ lệ tử vong lên đến 19,4 % [1]. Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, mô bệnh học của UTP được chia làm hai nhóm chính là UTP tế bào nhỏ (TBN) và UTP không tế bào nhỏ (KTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80%. Trong bệnh lý UTP hai loại này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Trong UTPKTBN, ung thư biểu

mô vảy chiếm tỷ lệ khoảng 30% các trường hợp, tiên lượng bệnh xấu hơn so với ung thư phổi biểu mô tuyến, thường không áp dụng các biện pháp điều trị đích bằng thuốc trọng lượng phân tử nhỏ [2-5].

Tại bệnh viện K, nhiều đề tài tiến hành đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn bằng các phác đồ hoá chất có phổi hợp hoặc không phổi hợp với điều trị miễn dịch. Tuy nhiên, chưa có nhiều đề tài đánh giá và phân tích riêng trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu "*Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu bao gồm 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất bước 1 bằng phác đồ có chứa platinum tại Bệnh viện K.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy của phổi.
- Không kể giới tính, tuổi > 18
- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IV hoặc tái phát, di căn theo AJCC 8th
- Chỉ số toàn trạng theo thang điểm ECOG = 0 ; 1; 2
- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CLVT, MRI
- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ 2
- Mắc các bệnh lý mãn tính: suy tim, suy thận
- Đã được điều trị trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- \* **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: từ 01/2020 đến 10/2022

### \* Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu
- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu
- Cỡ mẫu thuận tiện, ước tính khoảng 50-60 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu

### 2.3. Các bước tiến hành

- \* **Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân
- Tiền sử điều trị bệnh trước đó: phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh lúc phát hiện, đáp ứng điều trị trước đó, thời gian đến lúc bệnh tái phát,...
- Chỉ số toàn trạng bằng thang điểm ECOG
- Biểu hiện lâm sàng: ho khạc máu, ho khan, đau ngực, khó thở, hạch ngoại vi,....
- Các đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.
- Kết quả mô bệnh học bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh.

#### \* Quy trình nghiên cứu

**Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.** Các bệnh nhân ung thư phổi, sau khi được sinh thiết chẩn đoán u phổi hoặc hạch, có giải phẫu bệnh ung thư biểu mô vảy sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Các bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu sẵn có.

**2.4. Xử lý số liệu.** Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ So sánh các giá trị trung bình: sử dụng kiểm định T (T-Test).

+ Mối liên quan giữa đáp ứng với các yếu tố loại định tính: sử dụng kiểm định  $\chi^2$  hoặc kiểm định chính xác Fisher.

+ Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

+ Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

**2.5. Vấn đề y đức.** Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 01/2017 đến 05/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn

muộn tại bệnh viện K.

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn

#### 3.1.1. Tuổi và giới tính

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới tính bệnh nhân**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>		
Nam	52	80
Nữ	13	20
<b>Nhóm tuổi</b>		
$\leq 50$ tuổi	13	20
51 - 60 tuổi	38	58,5
$\geq 61$ tuổi	14	21,5
<b>Tuổi (<math>X \pm SD</math>)</b>	Tuổi trung bình $56,9 \pm 1,2$ ; Min - Max: 45-71	

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân là nam giới (chiếm 80%). Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 51-60 tuổi (chiếm 58,5%), tuổi trung bình là  $56,9 \pm 1,2$ , trong đó ít tuổi nhất là 45 tuổi và cao tuổi nhất là 71 tuổi.

#### 3.1.2. Tiền sử bản thân và gia đình

**Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử bản thân và gia đình bệnh nhân**

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<b>Tiền sử bản thân</b>		
Hút thuốc	61	93,8
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	51	78,5
Bệnh tim mạch	33	50,8
<b>Tiền sử gia đình</b>		
Mắc ung thư	6	8,1
Không mắc ung thư	59	91,9

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá, thuốc lào là 93,8%. Đa phần các bệnh nhân có các tiền sử bệnh phổi và tim mạch liên quan, tỷ lệ bệnh phổi mãn tính 78,5% và bệnh tim mạch 50,8% bao gồm tăng huyết áp, bệnh mạch vành,...

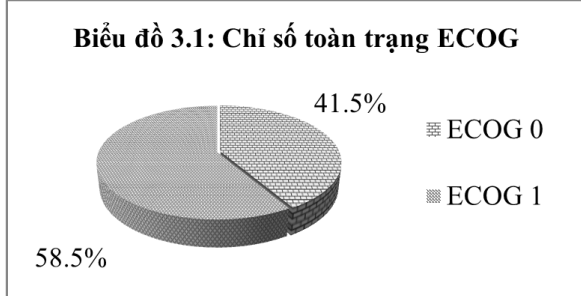
#### 3.1.3. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.3. Đặc điểm Triệu chứng lâm sàng**

Biến số	Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
<b>Triệu chứng lâm sàng hay gặp</b>	Ho đờm	54	83,1
	Đau ngực	50	76,9
	Ho máu	45	69,2
	Khó thở	26	40
	Khàn tiếng	13	20
	Nổi hạch thượng đòn	9	13,8
	Đau xương	8	12,3
	Sốt	7	10,8
	Đau đầu	2	3,1

**Nhận xét:** Các triệu chứng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn thường gặp ho, đau ngực và ho máu, chiếm lần lượt 83,1%; 76,9% và 69,2%. Các triệu chứng ít gặp hơn như sốt (10,8%) và đau đầu (3,1%).

**3.1.4. Đặc điểm toàn trạng trước điều trị**



**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân có toàn trạng ECOG 1 điểm (chiếm 58,5%).

**3.1.5. Đặc điểm gây sút cân**

**Bảng 3.4. Đặc điểm gây sút cân**

Gây sút cân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 5% trọng lượng	42	64,6
> 5% trọng lượng	23	35,4

**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân không có gây sút cân hoặc gây sút trọng lượng < 5% (chiếm 64,6%).

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn**

**3.2.1. Đặc điểm u phổi và hạch trên cắt lớp vi tính**

**Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn theo T**

Giai đoạn T	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
T1	5	7,7
T2	14	21,5
T3	26	40
T4	35	53,8

**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân giai đoạn u T4 (chiếm 53,8%), tiếp đến T3 (chiếm 40%).

**Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn hạch (N)**

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
N1	29	44,6
N2	22	33,8
N3	13	21,5

**Nhận xét:** Giai đoạn N3 chiếm phần lớn (44,6%), chủ yếu hạch trung thất đôi bên, tiếp đến giai đoạn N2 (chiếm 33,8%).

**3.2.2. Tổn thương di căn xa**

**Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương di căn xa**

Đặc điểm di căn	Số bệnh nhân	Tần suất %
Phổi đối bên	42	64,6

Màng phổi, màng tim	38	58,5
Xương	44	67,7
Não	16	24,6
Gan	10	15,3
Khác	6	9,2

**Nhận xét:** Tần suất di căn hay gặp vị trí di căn xương (chiếm 67,7%), tiếp theo di căn phổi đối bên (64,6%), và màng phổi, màng tim (chiếm 58,5%).

**3.2.3. Đặc điểm bậc lộ PD-L1**

**Bảng 3.7. Đặc điểm bậc lộ PD-L1**

Bậc lộ PD-L1	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 1%	15	34,1
1-49%	16	36,4
≥ 50%	13	29,5
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 44 bệnh nhân có kết quả phân tích PD-L1, trong đó tỷ lệ nhóm bậc lộ < 1%; 1-49% và ≥ 50% lần lượt là 34,1%; 36,4% và 29,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng**

**4.1.1. Tuổi và giới.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân là nam giới và hơn 50% bệnh nhân có độ tuổi từ 51-60 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu ung thư phổi biểu mô vảy nói riêng và ung thư phổi giai đoạn muộn nói chung.

Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares và cộng sự năm 2018, tuổi trung bình bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy là 65 tuổi (dao động từ 29-87%), trong đó nhóm tuổi dưới 65 tuổi chiếm 45,7%, hơn 50% các bệnh nhân lớn tuổi trên 65 trong nghiên cứu. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (chiếm 79,1-83,6%) [6]. Nghiên cứu của R. Rosell năm 2002, bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn không tế bào nhỏ, nam giới chiếm đại đa số (83%), tuổi trung vị 58 tuổi, dao động từ 27 – 76 tuổi. Đa phần bệnh nhân dưới 65 tuổi (chiếm 71%) [7]. Nghiên cứu của Alan Sandler cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 58%, và chủ yếu dưới 65 tuổi (chiếm 56%) [8]. Các kết quả của các nghiên cứu trên thế giới cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới chiếm đa số và chủ yếu dưới 60 tuổi.

**4.1.2. Tiền sử bản thân và gia đình.**

Các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy thường liên quan đến hút thuốc lá. Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018), hầu như các bệnh nhân có liên quan đến hút thuốc lá (chiếm 92-93%) [6]. Kết quả này cũng phù hợp với y văn, tỷ lệ hút thuốc trong ung thư phổi biểu mô vảy chiếm đại đa số các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của

chúng tôi trên nhóm bệnh nhân biểu mô vảy, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá, thuốc lào là 93,8% hoặc hút thuốc lá thụ động (chỉ có 4 bệnh nhân nữ không liên quan thuốc lá). Đa phần các bệnh nhân có các tiền sử bệnh phổi và tim mạch liên quan, tỷ lệ bệnh phổi mãn tính 78,5% và bệnh tim mạch 50,8% (bao gồm tăng huyết áp, bệnh mạch vành, ...). Vai trò của đánh giá kỹ các bệnh phổi hợp đặc biệt liên quan thuốc lá và bệnh lý tim mạch, phổi rất quan trọng trước điều trị, nhằm cân nhắc các phương pháp điều trị và theo dõi trong quá trình điều trị, hạn chế các nguy cơ, biến chứng xảy ra.

#### 4.1.3. Đặc điểm triệu chứng cơ năng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn thường gặp ho, đau ngực và ho máu, chiếm lần lượt 83,1%; 76,9% và 69,2%. Các triệu chứng ít gặp hơn như sốt (10,8%) và đau đầu (3,1%). Kết quả này phù hợp với các triệu chứng lâm sàng ung thư phổi giai đoạn muộn trên y văn và các nghiên cứu trong và ngoài nước.

**4.1.4. Đặc điểm toàn trạng.** Các bệnh nhân trong các nghiên cứu chủ yếu lấy các bệnh nhân có thể trạng tương đối tốt, chủ yếu ECOG 0-1, trong đó tỷ lệ gặp ECOG 1 chiếm 74,7% trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018) [6]. Nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn của R. Rosell cho thấy đa phần bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 điểm (chiếm 66%), còn lại là ECOG 0 và 2 điểm (cùng chiếm 17%). Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới, do các bệnh nhân trong nghiên cứu này có liên quan đến điều trị phức đồ hoá chất bộ đôi platinum, do đó lựa chọn các bệnh nhân có thể trạng tương đối tốt trước điều trị.

**4.1.5. Đặc điểm gây sút cân.** Nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn của R. Rosell cho thấy hơn 50% bệnh nhân có gây sút dưới 5%, có 16% gây sút > 10% trọng lượng cơ thể, khoảng 17% bệnh nhân gây sút từ 5-10% trọng lượng cơ thể [7]. Nghiên cứu này trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ, do đó mức độ phát triển bệnh nhanh, toàn trạng thay đổi sớm. Khi so sánh với ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ gây sút cân > 5% thấp hơn, chủ yếu các bệnh nhân không gây sút hoặc chỉ gây sút < 5% trọng lượng cơ thể.

#### 4.2. Đặc điểm triệu chứng cận lâm sàng

**4.2.1. Giai đoạn u và hạch.** Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn u T3-4 và hạch N2-3 chiếm đa số, kết quả này phù hợp với các nghiên

cứ ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn và phù hợp với quá trình phát triển bệnh. Đa phần các bệnh nhân giai đoạn u T4 (chiếm 53,8%), tiếp đến T3 (chiếm 40%). Giai đoạn N3 chiếm phần lớn (44,6%), tiếp đến giai đoạn N2 (chiếm 33,8%).

**4.2.2. Đặc điểm di căn xa.** Các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy trong nghiên cứu của Luis Paz-Ares (2018) có tỷ lệ di căn não trong khoảng 7,2-8,5% [6]. Nghiên cứu của tác giả Alan Sandler cho thấy hơn 50% bệnh nhân có di căn trên 2 cơ quan, trong đó đa phần di căn xương, tiếp theo di căn màng phổi [7]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Tần suất di căn hay gặp vị trí di căn xương (chiếm 67,7%), tiếp theo di căn phổi đối bên (64,6%), và màng phổi, màng tim (chiếm 58,5%).

**4.2.3. Đặc điểm bộc lộ PD-L1.** Vai trò của PD-L1 được chú ý hơn trong thời đại miễn dịch, do đó các bệnh nhân được làm thêm bộ lộ PD-L1 và phân tích mức độ bộc lộ trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối với bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, việc xét nghiệm PDL1 có vai trò quan trọng trong phân loại cũng như phối hợp với điều trị miễn dịch nếu bệnh nhân có điều kiện. Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018) trong so sánh vai trò của pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, tỷ lệ BN có chỉ số PDL1 < 1% là 34,2-35,2%; chủ yếu gặp bệnh nhân có bộc lộ PD-L1 trong khoảng 1-49% (chiếm 37%), còn nhóm BN có bộc lộ cao trên 50% chiếm 26,3% [6]. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả trên, có 44 bệnh nhân có kết quả phân tích PD-L1, trong đó tỷ lệ nhóm bộc lộ < 1%; 1-49% và ≥ 50% lần lượt là 34,1%; 36,4% và 29,5%.

#### V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn thường gặp ở nam giới, lớn tuổi và có tiền sử hút thuốc lá. Triệu chứng thường gặp là ho, đau ngực và ho ra máu với tần suất hay gặp di căn xương và phổi đối bên.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al:** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 71:209-249, 2021
2. **Cheng T-YD, Cramb SM, Baade PD, et al:** The International Epidemiology of Lung Cancer: Latest Trends, Disparities, and Tumor Characteristics. *J Thorac Oncol* 11:1653-1671, 2016

3. **Lortet-Tieulent J, Soerjomataram I, Ferlay J, et al:** International trends in lung cancer incidence by histological subtype: Adenocarcinoma stabilizing in men but still increasing in women. *Lung Cancer* 84:13–22, **2014**
4. **Socinski MA, Obasaju C, Gandara D, et al:** Current and Emergent Therapy Options for Advanced Squamous Cell Lung Cancer. *J Thorac Oncol* 13:165–183, **2018**
5. **Soldera SV, Leigh NB:** Update on the Treatment of Metastatic Squamous Non-Small Cell Lung Cancer in New Era of Personalized Medicine [Internet]. *Front Oncol* 7, 2017 Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fonc.2017.00050>
6. **Paz-Ares, L.; Luft, A.; Vicente, D.; Tafreshi, A.; Güümüş, M.; Mazières, J.; Hermes, B.; Çay Şenler, F.; Csósz, T.; Fülöp, A.; et al.** Pembrolizumab plus Chemotherapy for Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2018**, 379, 2040–2051, doi:10.1056/NEJMoa1810865.
7. **Rosell, R.; Gatzemeier, U.; Betticher, D.C.; Keppler, U.; Macha, H.N.; Pirker, R.; Berthet, P.; Brea, J.L.; Lianes, P.; Nicholson, M.; et al.** Phase III Randomised Trial Comparing Paclitaxel/Carboplatin with Paclitaxel/Cisplatin in Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: A Cooperative Multinational Trial. *Ann. Oncol.* **2002**, 13, 1539–1549, doi:10.1093/annonc/mdf332.
8. **Sandler, A.; Gray, R.; Perry, M.C.; Brahmer, J.; Schiller, J.H.; Dowlati, A.; Lilienbaum, R.; Johnson, D.H.** Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med.* **2006**, 355, 2542–2550, doi:10.1056/NEJMoa061884.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA TRẺ BỊ SỐC PHẢN VỆ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2020

Dinh Văn Thức<sup>1,2</sup>, Phạm Văn Thức<sup>1</sup>,  
Nguyễn Mai Phương<sup>1,2</sup>, Đinh Dương Tùng Anh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bị sốc phản vệ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2020 và nhận xét kết quả điều trị ở các bệnh nhân nói trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có sử dụng số liệu hồi cứu của 54 trường hợp trẻ bị sốc phản vệ lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Triệu chứng chủ yếu của SPV: triệu chứng tim mạch, thần kinh, da; các triệu chứng hô hấp, tiêu hóa gặp với tỉ lệ thấp hơn. Tỉ lệ trẻ có toan hóa máu khi sốc là 50% và tăng lactate là 75,9%. 100% bệnh nhi được dùng adrenalin tiêm bắp liều đầu tiên. Solumedrol, dimedrol là các thuốc được sử dụng đồng thời với adrenalin nhiều nhất. Tỉ lệ trẻ tái sốc thấp (1,9%). Hầu hết bệnh nhân đều hết triệu chứng (87,0%), có 13,0% trẻ diễn biến nặng hơn hoặc không cải thiện phải chuyển tuyến. **Kết luận:** Phát hiện sớm và điều trị sốc phản vệ là yếu tố quyết định và tiên lượng bệnh. Điều trị chính là tiêm bắp adrenalin càng sớm càng tốt, dự phòng tái tiếp xúc với dị nguyên gây ra sốc phản vệ.

**Từ khóa:** Sốc phản vệ; trẻ em; adrenalin

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHILDREN WITH ANAPHYLAXIS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019 – 2020

Anaphylaxis is a particularly serious allergic condition that can be life-threatening if not diagnosed and treated promptly. **Objectifs:** To describe the clinical and subclinical characteristics of children with anaphylaxis at Hai Phong Children's Hospital in the years 2019-2020 and comment on the treatment results in the above patients. **Materials and methods:** Descriptive study using retrospective data of 54 cases of children with anaphylaxis selected by convenience sampling method. **Results:** The main symptoms of anaphylaxis were: cardiovascular, neurological and skin symptoms. Respiratory and gastrointestinal symptoms were seen at a lower rate. The rate of children with acidemia in shock was 50% and increased lactate was 75.9%. 100% of children received the first dose of intramuscular adrenaline. Solumedrol, dimedrol were the drugs most commonly used concurrently with adrenaline. The rate of children re-shocked was low (1.9%). Most of the patients were symptom-free (87.0%), 13.0% of the children got worse or did not improve, requiring referral. **Conclusion:** Early detection and treatment of anaphylaxis are decisive and prognostic factors. The main treatment is intramuscular adrenaline injection as soon as possible, and prevent re-exposure to the allergen causing anaphylaxis. It is necessary to strictly manage the use of drugs, limit intravenous routes, preferably oral or intramuscular use.

**Keywords:** Anaphylaxis; children; adrenaline

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.8.2022