

vú xâm lấn với độ ác tính mô bệnh học độ 1 và 2 là 40/68 trường hợp (58,82%), độ 3 là 28/68 trường hợp (41,18%). Các phân nhóm hóa mô miễn dịch hay gặp theo thứ tự là Luminal A: 12,9%, Luminal Her-2+: 27,4%, bộ ba âm tính: 29,0 % và Luminal B là 30,6%. Nghiên cứu của Đặng Công Thuận (2008) trên 181 BN ung thư vú tại Bệnh viện K Trung ương đã cho thấy tỷ lệ độ ác tính mô bệnh học độ 1 và 2 là 86,2%, độ 3 là 13,8% [3].

V. KẾT LUẬN

- Tự khám thấy khối u là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất với 67,65%, đau tuyến vú và chảy dịch núm vú ít gặp, chiếm 11,76% và 7,35%. Các biến đổi khác ở vú hiếm gặp, chiếm 4,41%.

- Vị trí u thường gặp ở nhóm bệnh nhân là một phần tư trên ngoài (54,41%). Dạng trung tâm và đa ổ chiếm tỷ lệ thấp với 4,41% và 2,94%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có hạch nách là 47,06% (32 trường hợp), trong đó trường hợp vừa có hạch nách vừa có hạch thượng đòn chiếm 4,41%.

- Có 4 bệnh nhân (5,88%) có triệu chứng di căn cơ quan trên lâm sàng.

- Kích thước trung bình của các khối u là $2,47 \pm 0,89$ cm, trong đó khối u có kích thước lớn nhất là 7,3 cm; khối u có kích thước nhỏ nhất là 1,2 cm.

- Các đặc điểm của tổn thương trên siêu âm chủ yếu là: khu trú (83,82%), ranh giới không rõ (77,94%), giảm âm (97,06%), cấu trúc đặc (97,06%) và xâm lấn xung quanh (77,94%) chủ yếu là dạng xâm lấn mô vú xung quanh với 28 bệnh nhân chiếm 45,59%.

- Đặc điểm tổn thương chủ yếu trên X quang chụp hình vú là tổn thương khu trú (82,35%), bờ

không rõ (80,88%), có nốt vôi hoá (67,65%) và tăng đậm độ (83,82%).

- Về phân loại mô bệnh học: UTBM ống xâm nhập chiếm đa số (72,06%), thể UTBM ống tại chỗ ít gặp (5,88%) và không gặp thể UTBM thùy tại chỗ.

- Về phân độ mô bệnh học: Thường gặp độ II (29 bệnh nhân chiếm 42,65%) và độ III (28 bệnh nhân chiếm 41,18%).

- Tỷ lệ bệnh nhân có thụ thể nội tiết âm tính (cả ER và PR đều âm tính) cao, chiếm 72,05%.

- Trong số các đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng ung thư vú giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8,82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2021). Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action.
2. Rijo John, Hana Ross (2010). The global economic cost of cancer. Atlanta, GA: American Cancer Society and LIVESTRONG.
3. Đặng Công Thuận (2012). Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và tình trạng thụ thể nội tiết bệnh ung thư vú tại bệnh viện trường đại học y dược Huế. Tạp chí phụ sản, 10(3): 250-257.
4. Phùng Thị Huyền (2016). Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ 4AC+4T kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III có Her 2 neu dương tính, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Mai Lan (2020). Nghiên cứu tỉ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 – 2016, Luận án tiến sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
6. Donnelly. T.T. et al. (2013). Arab women's breast cancer screening practices: a literature review. Asian Pac J Cancer Prev, 14(8): 4519-28.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL VÀ CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THỰC THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thu Trang*, Đỗ Anh Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel và carboplatin trên bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu được thực hiện trên 48 người bệnh ung thư thực quản

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Trang

Email: Drnguyenthutrang18590@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 29.8.2022

giai đoạn IV trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị ở chu kỳ 3 là 43,8% (đáp ứng một phần là 37,5% và đáp ứng toàn bộ là 6,3%). Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị ở chu kỳ 6 là 52,1% (đáp ứng một phần là 43,8% và đáp ứng toàn bộ là 8,3%). Các triệu chứng phổ biến nuốt nghẹn, đau khi nuốt, sặc được cải thiện qua các thời điểm điều trị. Các tác dụng không mong muốn gồm buồn nôn, nôn, viêm miệng, tiêu chảy, rụng tóc có xu hướng giảm dần qua các chu kỳ điều trị. Tác dụng phụ trên huyết học có tỷ lệ thấp và kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ điều trị này có thể được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị ung thư thực quản do an toàn và dung nạp tốt

Từ khóa: Hóa trị, ung thư thực quản, Paclitaxel và Carboplatin,

Chữ viết tắt: UTTQ-Ung thư thực quản

SUMMARY

RESULTS OF CHEMICALS OF PACLITAXEL AND CARBOPLATIN REGULATIONS IN STAGE IV ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of paclitaxel and carboplatin chemotherapy regimens in patients with stage IV esophageal cancer at K hospital. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study were conducted on 48 patients with stage IV esophageal cancer during the period from August 2021 to August 2022. **Results:** The rate of patients responding to treatment after 3 was 43.8% (partial response was 37.5% and the total response was 6.3%). The rate of patients responding to treatment after 6 was 52.1% (partial response was 43.8% and total response was 8.3%). Common symptoms of choking, pain when swallowing, aspiration improved. Undesirable effects including nausea, vomiting, stomatitis, diarrhea, hair loss tend to decrease over the course of treatment cycles. Hematologic toxicity is low and controllable. **Conclusion:** This treatment regimen may be more commonly applied in the treatment of esophageal cancer due to its safety and good tolerability.

Key word: Chemotherapy, Esophageal Cancer, Paclitaxel and Carboplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một trong số các bệnh ung thư (UT) phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu UT Quốc tế IARC (Globocan 2020), là bệnh UT thường gặp đứng thứ 7 trong các bệnh ác tính phổ biến trên thế giới và đứng thứ 3 trong các ung thư đường tiêu hóa sau ung thư đại trực tràng và dạ dày[1]. Ung thư thực quản gây lên gánh nặng bệnh tật rất lớn, vào năm 2020 trên thế giới tỷ lệ mắc ung thư thực quản là 3,1% trong tổng số các trường hợp ung thư, trong đó tỷ lệ tử vong ghi nhận được là 5,5%. [2] Tại Việt Nam năm 2020 có tổng cộng 3281 trường hợp ung thư thực quản chiếm tỷ lệ 1,7%, trong đó có 3080 (2,5%) trường hợp tử vong do bệnh này. [3]

Các thuốc điều trị cùng với dinh dưỡng phù hợp giúp làm bệnh tiến triển chậm lại và kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Hiện nay điều trị ung thư thực quản chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Phẫu thuật, xạ trị, hoá trị là ba phương pháp chủ yếu, đối với giai đoạn sớm phương pháp phẫu thuật đem lại hiệu quả tốt hơn với thời gian sống thêm cao hơn. Tuy nhiên ở các giai đoạn muộn hơn việc phối hợp hoá xạ trị đang được xem là xu thế chung

trong phác đồ điều trị ung thư thực quản trên thế giới. Đối với ung thư thực quản giai đoạn IV gồm các bệnh nhân tái phát, di căn sau khi đã được điều trị bằng các phương pháp trước đó hoặc mới được chẩn đoán thì hiện nay có nhiều phác đồ đang được áp dụng. Phác đồ gồm các thuốc nhóm Taxan và Platin đang được sử dụng rộng rãi và phù hợp với điều kiện kinh tế với đa số các bệnh nhân. Theo báo cáo của Kresztes RS và cộng sự khi sử dụng phác đồ điều trị kết hợp giữa paclitaxel và carboplatin cho kết quả 61% bệnh nhân có đáp ứng điều trị, trong đó 19,0% đáp ứng hoàn toàn và 42,0% đáp ứng một phần và khả năng phục hồi là 77,0%. [4]

Hiện nay phác đồ kết hợp giữa paclitaxel và carboplatin đã được đưa vào điều trị ung thư thực quản tại Việt Nam, tuy nhiên có rất ít nghiên cứu về đáp ứng điều trị và tác dụng phụ của phác đồ này do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel và carboplatin trên bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IV tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân UTTQ giai đoạn IV mới được chẩn đoán

- Bệnh nhân UTTQ giai đoạn IV đã được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị nhưng bệnh tiến triển sau thời gian ổn định

- Thể trạng chung theo PS 0-2

- Được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin ít nhất 3 chu kỳ

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UTTQ kết hợp với ung thư hạ họng

- Mắc bệnh phổi hợp không đủ khả năng hoá trị

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện K trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian thu thập số liệu có tổng số 48 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn

- Bước 2: Ghi nhận giai đoạn bệnh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bước 3: Tiến hành điều trị hóa chất Paclitaxel – Carboplatin và ghi nhận tác dụng không mong muốn mỗi đợt điều trị

- Bước 4: Đánh giá đáp ứng điều trị: bệnh nhân được đánh giá đáp ứng sau khi kết thúc 3 và 6 chu kỳ điều trị

2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Thay đổi triệu chứng lâm sàng: Tỷ lệ % giảm biểu hiện triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể

- Thay đổi đặc điểm cận lâm sàng: Tỷ lệ % bất thường chỉ số công thức máu và sinh hóa máu

- Tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị: Tỷ lệ % biểu hiện triệu chứng không mong muốn trong quá trình điều trị

- Kết quả điều trị theo RECIST: Tỷ lệ % mức độ đáp ứng điều trị theo RECIST

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được phân tích và quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Thống kê mô tả bao gồm tần số tỷ lệ % đối với số biến định tính

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự thống nhất của bệnh nhân và được thông qua Hội đồng đạo đức của bệnh viện K. Mọi thông tin bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 48 đối tượng nghiên cứu, hầu như người bệnh là nam giới với tỷ lệ 95,8%, tuổi trung bình là 62,1±8,5, tuổi nhỏ nhất là 37, tuổi lớn nhất là 77. Đa phần đối tượng mới được chẩn đoán UTTQ giai đoạn IV chiếm 68,8%, có 31,2% đối tượng UTTQ giai đoạn IV đã điều trị từ trước.

Bảng 1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng tại các chu kỳ điều trị so với thời điểm chưa điều trị phác đồ

Triệu chứng		Chu kỳ 3 (n=48)	Chu kỳ 6 (n=48)
Nuốt nghẹn	Không đổi	23 (47,9)	16 (33,3)
	Giảm	20 (41,7)	26 (54,2)
	Tăng	5 (10,4)	6 (12,5)
Đau khi nuốt	Không đổi	14 (29,2)	11 (22,9)
	Giảm	29 (60,4)	33 (68,8)
	Tăng	5 (10,4)	4 (8,3)
Sắc	Không đổi	18 (37,5)	14 (29,2)
	Giảm	27 (56,3)	29 (60,4)
	Tăng	3 (6,3)	5 (10,4)
Cân nặng	Không đổi	32 (66,7)	27 (56,3)
	Giảm	2 (4,2)	3 (6,2)
	Tăng	14 (29,2)	18 (37,5)

Nhận xét: Đa phần đối tượng nghiên cứu có triệu chứng cải thiện sau điều trị. Tỷ lệ người

bệnh giảm nuốt nghẹn ở chu kỳ 3 là 41,7% và ở chu kỳ 6 là 54,2%. Triệu chứng đau khi nuốt có mức độ giảm tương ứng là 60,4% và 68,8%. Triệu chứng sắc có mức độ giảm là 56,3% ở chu kỳ 3 và 60,4% ở chu kỳ 6 so với thời điểm ban đầu. Có 29,2% đối tượng tăng cân ở chu kỳ 3 và 37,5% ở chu kỳ 6.

Bảng 2. Mức độ đáp ứng điều trị tại các chu kỳ điều trị

Mức độ đáp ứng điều trị theo RECIST	Chu kỳ 3 (n=48)	Chu kỳ 6 (n=48)
Đáp ứng toàn bộ	3 (6,3)	4 (8,3)
Đáp ứng 1 phần	18 (37,5)	21 (43,8)
Bệnh tiến triển	17 (35,4)	12 (25,0)
Bệnh ổn định	10 (20,8)	11 (22,9)
Tổng	48 (100)	48 (100)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị ở chu kỳ 3 là 43,8%, trong đó đáp ứng một phần là 37,5% và đáp ứng toàn bộ là 6,3%. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị ở chu kỳ 6 là 52,1%. Trong đó tỷ lệ đáp ứng một phần là 43,8% và đáp ứng toàn bộ là 8,3%.

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn trên các chỉ số công thức máu và hóa sinh máu

Tác dụng không mong muốn	Chu kỳ 3 (n=48)	Chu kỳ 6 (n=48)
Giảm bạch cầu (<4G/l)	4 (8,3)	6 (12,5)
Giảm huyết sắc tố (g/l)	3 (6,3)	5 (10,4)
Giảm tiểu cầu (<150 G/l)	4 (8,3)	5 (10,4)
Tăng men gan (UI/ml)	10 (20,8)	7 (14,6)
Tăng Creatinine (mmol/l)	2 (4,2)	3 (6,3)

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao là đối tượng có tăng men gan (20,8% chu kỳ 3 và 14,7% ở chu kỳ 6), có 8,3% người bệnh giảm bạch cầu tại thời điểm chu kỳ 3 và 12,5% giảm bạch cầu ở chu kỳ 6.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị

Tác dụng không mong muốn	Chu kỳ 3 (n=48)	Chu kỳ 6 (n=48)
Buồn nôn	26 (54,2)	17 (35,4)
Nôn	22 (45,8)	14 (29,2)
Viêm miệng	11 (22,9)	8 (16,7)
Tiêu chảy	5 (10,4)	2 (4,2)
Rụng tóc	41(85,4)	44 (91,7)

Nhận xét: Đa phần người bệnh có tác dụng không mong muốn là rụng tóc (85,4% ở chu kỳ 3 và 91,7% chu kỳ 6), triệu chứng buồn nôn, nôn có tỷ lệ cao tuy nhiên tỷ lệ này giảm dần tại các thời điểm điều trị

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị ở chu kỳ 3 là 43,8%, trong đó đáp ứng một phần là 37,5% và đáp ứng toàn bộ là

6,3%. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị ở chu kỳ 6 là 52,1%, trong đó tỷ lệ đáp ứng một phần là 43,8% và đáp ứng toàn bộ là 8,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của nghiên cứu của Femke M de Man và cộng sự (2019), nghiên cứu thực hiện trên nhóm 291 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn IIIb và IV cho thấy sau 6 chu kỳ điều trị tỷ lệ người bệnh đáp ứng hoàn toàn khoảng 1%. [5] Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Henry Wang và cộng sự báo cáo tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 26,0% và 17% đáp ứng một phần, 41% bệnh ổn định, [6] hay báo cáo của tác giả Kresztes RS thực hiện trên bệnh nhân UTTQ giai đoạn II và III cho thấy tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị là 61%, trong đó có 19% đáp ứng hoàn toàn và 42% đáp ứng một phần. [4] Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân mới được chẩn đoán giai đoạn IV hoặc đã được điều trị bằng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị nhưng bệnh tiến triển sau thời gian ổn định, tình trạng nặng của bệnh ảnh hưởng đến khả năng phục hồi và đáp ứng điều trị. Cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, báo cáo của tác giả Nguyễn Đức Lợi khi thực hiện phác đồ hóa xạ trị đồng thời trên đối tượng đa phần ở giai đoạn III cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 31,1%. [7] Hầu hết người bệnh đều có cải thiện các triệu chứng lâm sàng so với thời điểm trước khi điều trị. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trước đây, khi cho thấy cải thiện rõ rệt các triệu chứng cơ học của khối u, báo cáo của Henry Wang và cộng sự cho thấy có 91% người bệnh cải thiện triệu chứng khó nuốt [6], Vanita N và cộng sự báo cáo có 53% bệnh nhân có thuyên giảm các triệu chứng bệnh. [8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tác dụng không mong xảy ra chủ yếu ở các chỉ số công thức máu, phù hợp với các nghiên cứu trước đây đều cho thấy sự giảm của chỉ số công thức máu. [4]; [6] Tỷ lệ người bệnh giảm bạch cầu ở giai đoạn chu kỳ 3 là 8,3% và chu kỳ 6 là 12,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo của Henry Wang và cộng sự với 23,0% người bệnh có giảm bạch cầu trung tính [6], tương đồng với nghiên cứu của Kresztes RS và cộng sự với tỷ lệ giảm bạch cầu là 12,0%. Và thấp hơn so với nghiên cứu thực hiện phác đồ điều trị khác [9]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy người bệnh có biểu hiện thiếu máu (6,3%- chu kỳ 3 và 10,4%- chu kỳ 6), giảm tiểu cầu (chu kỳ 3-8,3% chu kỳ 6-10,4%), kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Kresztes RS với tỷ lệ thiếu máu là 6% và tỷ lệ giảm tiểu cầu

là 2%. [4] Việc điều trị bổ sung như truyền máu, truyền khối tiểu cầu cần cân nhắc thực hiện trong việc sử dụng phác đồ điều trị này cho người bệnh. Các tác dụng không mong muốn buồn nôn, nôn, viêm miệng, tiêu chảy, rụng tóc có tỷ lệ tương đối cao tuy nhiên có xu hướng giảm dần qua các chu kỳ điều trị. Đây cũng là những triệu chứng điển hình trong phác đồ điều trị hóa chất khác, theo báo cáo của Henry Wang tỷ lệ người bệnh có biểu hiện buồn nôn và nôn là 19,0% [6], De Man FM báo cáo các triệu chứng hay gặp đối với đường tiêu hóa là nôn, táo bón và tiêu chảy. [5] Báo cáo của Deepa MJ và cộng sự cho thấy người bệnh có các tác dụng phụ phổ biến như nôn (46,0%), buồn nôn (20,0%), tiêu chảy (20,0) và mệt mỏi (46,0%). [10]

V. KẾT LUẬN

Trong số 48 đối tượng nghiên cứu Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị ở chu kỳ 3 là 43,8% (đáp ứng một phần là 37,5% và đáp ứng toàn bộ là 6,3%). Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị ở chu kỳ 6 là 52,1% (đáp ứng một phần là 43,8% và đáp ứng toàn bộ là 8,3%). Các triệu chứng nuốt nghẹn, đau khi nuốt, sặc được cải thiện qua các thời điểm điều trị. Các tác dụng không mong muốn gồm buồn nôn, nôn, viêm miệng, tiêu chảy, rụng tóc có xu hướng giảm dần qua các chu kỳ điều trị. Tác dụng phụ trên huyết học có tỷ lệ thấp và kiểm soát được. Phác đồ điều trị này có thể được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị ung thư thực quản do an toàn và dung nạp tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer**, Oesophagus - Global Cancer Observatory. 2020.
2. **Sung, H., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021. **71**(3): p. 209-249.
3. **International Agency for Research on Cancer**, VietNam - Global Cancer Observatory. 2020.
4. **Keresztes, R.S., et al.**, Preoperative chemotherapy for esophageal cancer with paclitaxel and carboplatin: results of a phase II trial. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2003. **126**(5): p. 1603-1608.
5. **de Man, F.M., et al.**, Efficacy and Toxicity of Weekly Carboplatin and Paclitaxel as Induction or Palliative Treatment in Advanced Esophageal Cancer Patients. Cancers (Basel), 2019. **11**(6).
6. **Wang, H., et al.**, A phase II study of paclitaxel, carboplatin, and radiation with or without surgery for esophageal cancer. J Thorac Oncol, 2007. **2**(2): p. 153-7.
7. **Nguyễn Đức Lợi**, Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị gia tốc đồng thời trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn III, IV bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam,

2018. **471**(Số chuyên đề ung thư): tr. 48-55.
8. **Noronha, V., et al.**, Clinical Outcome in Definitive Concurrent Chemoradiation With Weekly Paclitaxel and Carboplatin for Locally Advanced Esophageal and Junctional Cancer. *Oncol Res*, 2016. **23**(4): p. 183-95.
9. **Ter Veer, E., et al.**, The Efficacy and Safety of First-line Chemotherapy in Advanced Esophagogastric Cancer: A Network Meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 2016. **108**(10).
10. **Joseph, D.M., et al.**, Chemoradiation with Weekly Paclitaxel and Carboplatin in Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Prospective Study. *South Asian J Cancer*, 2021. **10**(3): p. 151-154.

KHÍ PHẾ THŨNG THUYỀN PHỔI BẨM SINH - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh (Congenital Lobar Emphysema - SLE) được biết đến như là căng chướng quá mức thùy phổi bẩm sinh, đặc trưng bởi dấu hiệu tăng kích thước của thùy phổi. Hầu hết các trường hợp biểu hiện ngay trong tháng đầu đời; triệu chứng suy hô hấp là điển hình. Những trường hợp nhẹ thường bị bỏ qua và bệnh có thể biểu hiện ở trẻ lớn hơn song hiếm. Hầu hết các trường hợp CLE liên quan với một phần hoặc toàn bộ các phế quản bị bít tắc, thường là hệ quả của (a) khiếm khuyết sụn phế quản; (b) chèn ép từ ngoài thường do một bất thường mạch máu hoặc một kén phế quản, hoặc (c) bất thường nếp gấp niêm mạc phế quản. Một số trường hợp không liên quan đến bít tắc phế quản. CLE hầu hết thường ở thùy trên phổi trái, tiếp theo là thùy trên và giữa phổi phải. Chỉ ít phần trăm xảy ra ở thùy dưới. X quang thường cho thấy những vùng quá sáng hoặc bẫy khí ở thùy phổi bị ảnh hưởng. Thường xảy ra sự dịch chuyển trung thất do thùy phổi căng chướng bất thường, và thùy phổi bình thường bị giảm thể tích. Phẫu thuật cắt bỏ là cần thiết. Chúng tôi báo cáo ca bệnh SLE được phát hiện ở trẻ 6 tuổi, vị trí thùy giữa và dưới phải. Bệnh nhi đã được phẫu thuật cắt bỏ 1 phần thùy dưới phải sau khi có kết quả đánh giá thông khí và tưới máu phổi phải, bước đầu cho thấy kết quả điều trị tốt.

Từ khoá: Khí phế thũng thùy phổi bẩm sinh; căng chướng thùy phổi; khí phế thũng; phẫu thuật cắt thùy phổi.

SUMMARY

CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA: A LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Congenital Lobar Emphysema (SLE) is known as congenital lobar hypertrophy, characterized by signs of increased size of the lobes. Most cases manifest within

the first month of life; Symptoms of respiratory failure are typical. Mild cases are often missed and the disease may present in older children but is rare. Most cases of CLE involve partial or total obstruction of the bronchi, usually as a result of (a) bronchial cartilage defects; (b) extrinsic compression usually due to a vascular abnormality or a bronchial cyst, or (c) an abnormal bronchial mucosal fold. Some cases are not related to bronchial obstruction. CLE is most commonly located in the upper lobe of the left lung, followed by the upper and middle lobes of the right lung. Only a small percentage occurs in the lower lobe. Radiographs often show areas of luminosity or air trapping in the affected lobe. Mediastinal displacement is common due to abnormally distended lobes, and the normal lobes are hypovolemic. Surgical removal is necessary. We report a case of SLE detected in a 6-year-old child, located in the right middle and lower lobes. The patient had surgery to remove part of the right lower lobe after having the right pulmonary ventilation and perfusion assessment results, initially showing good treatment results.

Keywords: Congenital lobar emphysema; Overinflation; Emphysema; Lobectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khí phế thũng thùy bẩm sinh (CLE) là một dạng phát triển hiếm gặp của phổi với nhiều biểu hiện khác nhau. Hiện bệnh vẫn gặp khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, đồng thời có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao. CLE được đặc trưng bởi tình trạng suy hô hấp do sự giãn nở quá mức của một hoặc nhiều thùy phổi có cấu trúc mô học bình thường, không có sự phá hủy thành phế nang song có sự chèn ép của nhu mô phổi bình thường xung quanh. Tình trạng kẹt khí trong phổi trong thì thở ra của quá trình hô hấp do sụn phế quản bị thiếu hụt. Thùy phổi bị ảnh hưởng về cơ bản là không hoạt động vì sự căng chướng quá mức và bẫy khí. Các đợt suy hô hấp thường lặp đi lặp lại. Bệnh thường được phát hiện ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh này là 1/20.000–30.000 trong số trẻ được sinh ra còn sống. Tỷ lệ mắc bệnh trước khi sinh chưa được biết rõ do khó chẩn đoán với siêu âm trong giai

**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022