

nó là rối loạn giấc ngủ, lo lắng, hỗ trợ xã hội, đặc biệt là yếu tố rối loạn giấc ngủ.

## V. KẾT LUẬN

**1. Thực trạng.** 100% bệnh nhân ung thư phổi truyền hóa chất có biểu hiện mệt mỏi, trong đó 27,3% mệt mỏi nhẹ, 67,3% mệt mỏi vừa và 5,4 % mệt mỏi nặng.

**2. Các yếu tố liên quan.** Mô hình nghiên cứu là phù hợp giải thích được 69,8% mệt mỏi, các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng mệt mỏi ở bệnh nhân có ý nghĩa thống kê p là tình trạng rối loạn giấc ngủ ( $\beta = 0,504$ ;  $p < 0,001$ ), lo lắng ( $\beta = 0,208$ ;  $p = 0,039$ ), hỗ trợ xã hội ( $\beta = -0,226$ ;  $p = 0,002$ ).

Các nhóm đối tượng nữ giới, độ tuổi lớn hơn 60, thu nhập thấp hơn 2 triệu đồng/ tháng, đã truyền hóa chất nhiều hơn 5 đợt, có rối loạn giấc ngủ, lo lắng nhiều, nhận hỗ trợ xã hội trung bình có điểm trung bình mệt mỏi cao hơn so với các đối tượng khác với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rebecca L. Siegel và cộng sự (2022)**, Cancer statistics, CA: A Cancer Journal for Clinicians, tập 72 số 1, tr. 7-33.
2. **Bùi Mỹ Hạnh và cộng sự (2020)**, Bước đầu đánh giá kết quả hóa - xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn II, III tại bệnh viện phổi

trung ương 2016-2020, Tạp chí y học Việt Nam, tập 508 - số 2 - 2021, tr. 188-191.

3. **Nguyễn Hoàng Long (2014)**, A causal model for Vietnamese persons with lung cancer receiving chemotherapy, European Journal of Oncology Nursing, tập 21, tr. 242-247
4. **Hà Thị Huyền và cộng sự (2017)**, Đánh giá tình trạng mệt mỏi ở bệnh nhân ung thư bằng bộ công cụ FACT-F và một số yếu tố liên quan, Tạp chí y học thực hành, số 7/2017, tr. 36-38.
5. **Carnio S. và cộng sự (2016)**, Fatigue in lung cancer patients: symptom burden and management of challenges. Lung Cancer (Auckland, N.Z.), tập 7, tr. 73-82.
6. **Singer S. và cộng sự (2011)**, Age- and sex-standardised prevalence rates of fatigue in a large hospital-based sample of cancer patients, British Journal of Cancer, tập 105 số 3, tr. 445-451.
7. **Mardanian Dehkordi và cộng sự (2018)**, Evaluation of Fatigue and Its Related Factors in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy, Arumshcj, tập 20 số 2, tr. 156-164
8. **Bahrami Baresari và cộng sự (2020)**, Demographic and clinical factors affecting cancer-related fatigue, RJMS, tập 26 số 11, tr. 34-42.
9. **Ihde D.C. (1992)**, Chemotherapy of Lung Cancer, New England Journal of Medicine, tập 327 số 20, tr. 1434-1441.
10. **Lei Hui và cộng sự (2021)**, The chain mediating role of social support and stigma in the relationship between mindfulness and psychological distress among Chinese lung cancer patients, Supportive Care in Cancer, tập 29 số 11, tr. 6761-6770.

## KẾT QUẢ XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU KẾT HỢP ĐỒNG THỜI CISPLATIN BỆNH UNG THƯ HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Văn Công<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Hoàng<sup>1</sup>, Võ Văn Xuân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả nhóm bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III- IVB được điều trị bằng phác đồ xạ trị điều biến liều kết hợp đồng thời Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 45 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III- IVB tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2020 - 03/2022. Các bệnh nhân được xạ trị điều biến liều kết hợp đồng thời Cisplatin mỗi 3 tuần. **Kết quả:** Tuổi

trung bình  $58,20 \pm 8,13$ , 100% bệnh nhân là nam. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nuốt chiếm 73,3% và triệu chứng tự sờ thấy hạch cổ 20,0%. Khối u ở vị trí xoang lê (75,56%), Có 15 (33,3%) bệnh nhân giai đoạn III và 30 (66,7%) bệnh nhân giai đoạn IVA-B. Tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 88,8% và 40,6%; tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 12 tháng là 57,7%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau hóa xạ trị là 48,9%, tỷ lệ đáp ứng 1 phần là 46,7%. Độc tính nặng trên hệ tạo huyết (Gr 3-4): giảm bạch cầu trung tính 13,3% (6BN), hạ tiểu cầu là 4,4 % (2BN), không có bệnh nhân nào chịu tác dụng phụ Gr 3-4 trên gan, thận. Viêm da, viêm niêm mạc Gr  $\geq 2$  lần lượt là 24,44% và 37,77%. **Kết luận:** Phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng tốt, an toàn, độc tính chấp nhận được.

**Từ khóa:** Ung thư hạ họng, hóa xạ trị đồng thời, IMRT, giai đoạn III, IVA-B

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF INTENSITY-MODULATED

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: vancong0311@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

## RADIATION THERAPY CONCOMITANT WITH CISPLATIN FOR STAGE III- IVB HYPOPHARYNGEAL CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of a group of patients with stage III-IVB hypopharyngeal cancer who were treated by intensity-modulated radiation therapy concomitant with Cisplatin regimen at Nghe An oncology hospital. **Material and method:** A descriptive study on 45 patients with stage III- IVB hypopharyngeal cancer at Nghe An Oncology Hospital from January 2020 to march 2022. The patients received intensity-modulated radiation therapy concomitant with cisplatin every 3 weeks. **Results:** Mean age  $58.20 \pm 8.13$ , 100% of patients were male. The ratio of patients with swallowing disorder was 73.3% and self-palpable cervical lymph nodes was 20.0%. Tumor is located at the piriform sinus (75.56%), There are 15 (33.3%) patients at stage III and 30 (66.7%) patients at stage IVA-B. Overall survival at 12 months and 24 months was 88.8% and 40.6%, respectively; disease-free survival at 12 months was 57.7%. The rate of complete response after chemoradiotherapy was 48.9%, the partial response rate was 46.7%. Severe toxicity on hematopoietic system (Gr 3-4): neutropenia 13.3% (6 patients), thrombocytopenia 4.4% (2 patients), no patient suffered side effects Gr 3-4 on liver and kidney. Dermatitis, mucositis Gr  $\geq 2$  were 24,44% and 37,77%. **Conclusion:** The regimen has a good response rate, safety, and acceptable toxicity.

**Keywords:** hypopharyngeal cancer, concurrent chemoradiotherapy, IMRT, stage III, IVA-B

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng (UTHH) là bệnh ung thư tương đối phổ biến, chiếm khoảng 6% trong các loại ung thư vùng đầu cổ<sup>1</sup>. Theo Globocan 2020, trên toàn thế giới có khoảng 84.254 ca mới mắc và 38.599 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, loại ung thư này cũng đứng hàng thứ ba trong các ung thư vùng đầu cổ (UTĐC) và có xu hướng tăng lên trong thời gian gần đây, chỉ sau ung thư vòm mũi họng và ung thư tuyến giáp.

Các triệu chứng khởi đầu của bệnh thường âm thầm, việc thăm khám ban đầu thường khó phát hiện các tổn thương sớm nên khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn muộn. Vì vậy việc điều trị gặp nhiều khó khăn.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị kinh điển được lựa chọn cho loại UT này, Bên cạnh đó Hóa xạ trị đồng thời là lựa chọn cho những bệnh nhân từ chối hoặc không đủ điều kiện phẫu thuật. Với các kỹ thuật xạ trị như 2D, 3D trước đây thường gây ra nhiều tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà chủ yếu nhất là teo tuyến nước bọt. Hiện nay với kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT) có tác

dụng tăng liều cao vào u và làm giảm liều chiếu xạ vào các cơ quan lân cận như tuyến nước bọt, xương hàm... đã đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho các bệnh nhân ung thư hạ họng được điều trị xạ trị.

Năm 2019, bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã đưa vào sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều với bộ chuẩn trực đa lá (MLC). Đã thực hiện điều trị cho một số bệnh nhân ung thư trong đó có cả bệnh nhân ung thư đầu cổ. Tuy nhiên tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An chưa có một nghiên cứu nào báo cáo kết quả hóa xạ trị đồng thời UTHH bằng kỹ thuật điều biến liều, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp đồng thời Cisplatin bệnh ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An*" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2020 - 03/2022.*

2. *Đánh giá kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp đồng thời Cisplatin trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 45 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB và được hóa xạ trị đồng thời bằng kỹ thuật điều biến liều kết hợp với Cisplatin N<sub>1,22,43</sub> từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 03 năm 2022 tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB, Mô bệnh học : ung thư tế bào vảy.

- Chỉ số toàn trạng (PS = 0, 1).

- Không mắc 2 ung thư đồng thời hoặc  $\geq 2$  vị trí.

- Được hóa xạ trị đồng thời lần đầu bằng kỹ thuật điều biến liều kết hợp với Cisplatin N<sub>1,22,43</sub>.

- BN được giải thích rõ liệu trình điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Có hồ sơ lưu trữ và được theo dõi đầy đủ.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh nội khoa nặng phối hợp (tim mạch, đái đường, rối loạn tâm thần, bệnh nhiễm trùng, ung thư thứ 2 ...).

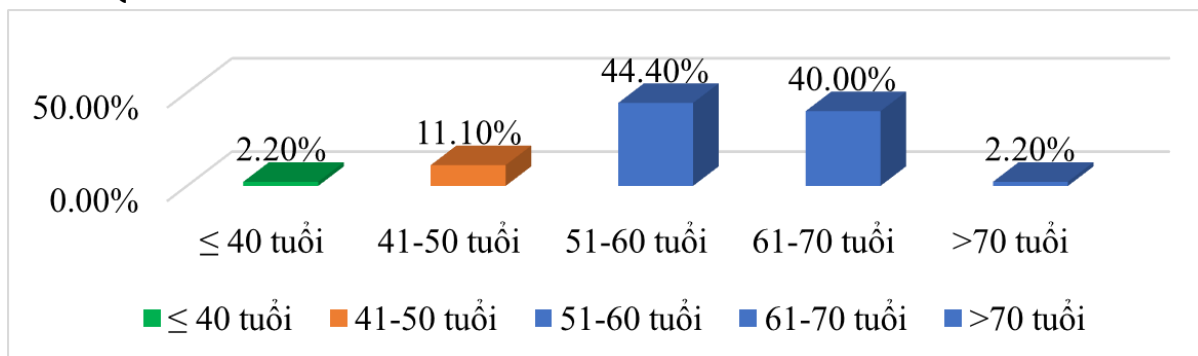
- Bệnh nhân điều trị không đủ phác đồ hoặc mất thông tin liên lạc

#### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

**2.2.1. Địa điểm nghiên cứu.** Khoa xạ II , khoa nội I bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

**2.2.2. Thời gian nghiên cứu.** Từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 03 năm 2022.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



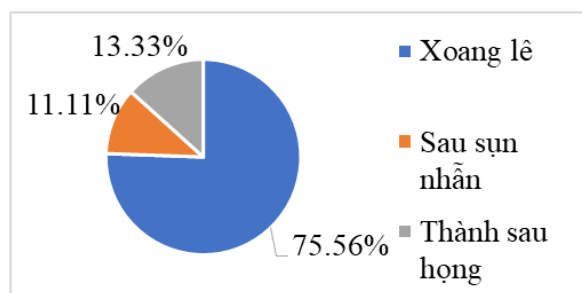
**Biểu đồ 3.2: Phân bố theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân là nam, với độ tuổi trung bình là 58,20±8,13. Nhiều tuổi nhất là 71, trẻ nhất là 36. Nhóm tuổi 51-70 tuổi (38 bệnh nhân) chiếm tỷ lệ cao nhất 84,4%.

**Bảng 3.1: Phân bố tỷ lệ theo lý do vào viện**

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn nuốt	33	73,3
Hạch cổ	9	20
Khàn tiếng	2	4,4
Khó thở	1	2,2
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân đi khám bệnh vì các triệu chứng rối loạn nuốt (73,3%) và triệu chứng tự sờ thấy hạch cổ (20,0%).



**Biểu đồ 3.2: Vị trí U**

**Nhận xét:** Khối u ở vị trí xoang lê: 75,56% (n=34), u ở vùng sau sụn nhân: 13,33% (n=6) và thành sau họng: 11,11% (n=5).

**Bảng 3.2: Xếp giai đoạn TNM**

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
III	15	33,3
IVa	26	57,8
IVB	4	8,9
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 66,7% bệnh nhân ở giai đoạn IV (30 bệnh nhân), trong đó giai đoạn IVa chiếm tỷ lệ cao nhất 57,8%.

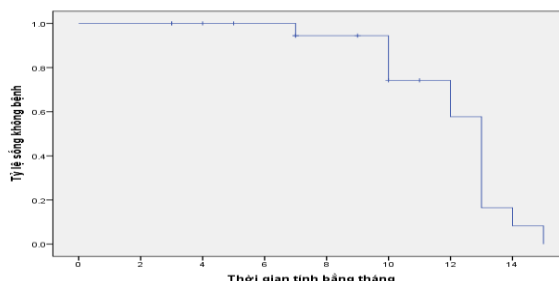
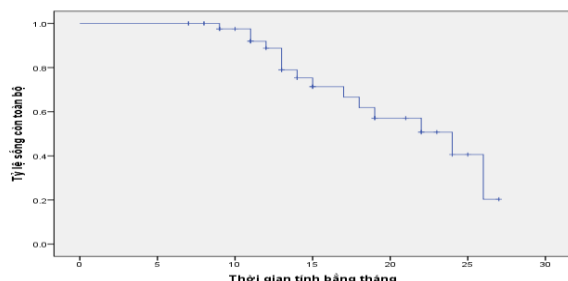
**Bảng 3.3: Tỷ lệ đáp ứng thực thể**

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	22	48.90
Một phần	21	46.70
Không đáp ứng	1	2.20
Tiến triển	1	2.20
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng với điều trị là 95,6% (43 bệnh nhân). Trong đó có 48,9% đáp ứng hoàn toàn. Có 1 bệnh nhân không đáp ứng (2,2%) và 1 bệnh nhân bệnh tiến triển (2,2%).

**Bảng 3.4: Tỷ lệ sống thêm**

Sống thêm theo Kaplan-Meier	12 tháng	24 tháng
Toàn bộ	88,8%	40,6%.
Không bệnh	57,7%.	



**Nhận xét:** Tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 88,8% và 40,6%. Nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn: tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 12 tháng là 57,7%.

**Bảng 3.5: Độc tính trên hệ tạo huyết**

	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Bạch cầu	11	24,4	12	26,7	15	33,3	7	15,6		
Bạch cầu hạt	17	37,8	13	28,9	9	20	5	11,1	1	2,2
Huyết sắc tố	6	13,3	23	51,1	15	33,3	1	2,2		
Tiểu cầu	23	51,1	17	37,8	3	6,7	2	4,4		

**Nhận xét:** - Có 75,6% bệnh nhân bị giảm bạch cầu, trong đó chủ yếu là giảm bạch cầu độ 3 chiếm 15,6% (7BN) và không có bệnh nhân nào giảm bạch cầu độ 4.

- Có 62,2% bệnh nhân bị giảm bạch cầu trung tính, trong đó chủ yếu là giảm bạch cầu trung tính độ 3-4 chiếm 13,3% (6BN).

- Có 86,7% bệnh nhân bị thiếu máu, trong đó chủ yếu là thiếu máu độ 1 với 51,1%. Có 2,2% (1BN) thiếu máu độ 3 và không có bệnh nhân nào thiếu máu độ 4.

- Có 48,9% bệnh nhân bị giảm tiểu cầu, trong đó chủ yếu là giảm tiểu cầu độ 1 chiếm chủ yếu 37,8%. Có 4,4% (2BN) giảm tiểu cầu độ 3 và không có giảm tiểu cầu độ 4.

**Bảng 3.6: Độc tính trên gan thận**

	Độ 0		Độ 1		Độ 2	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
GOT	30	66,7%	15	33,3%		
GPT	29	64,4%	13	28,9%	3	6,7%
Cre	37	82,2%	5	11,1%	3	6,7%

**Nhận xét:** Độc tính trên gan, thận của phác đồ chủ yếu dừng ở độ 1. Số bệnh nhân tăng GOT, GPT, Cre độ 1 tương ứng là 33,3%; 28,9%; 11,1%. Số bệnh nhân tăng GPT, Cre độ 2 đều 6,7% (3BN).

**Bảng 3.7: Độc tính ngoài hệ tạo huyết**

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	9	20%	25	55,6%	8	17,8%	3	6,7%
Viêm niêm mạc	5	11,1%	23	51,1%	11	24,4%	6	13,3%
Nôn	25	55,6%	17	37,8%	3	6,7%		
Sụt cân	38	84,4%	7	15,6%				

**Nhận xét:** Các độc tính cấp tính thường gặp khi xạ trị ung thư hạ họng là viêm da, viêm niêm mạc chiếm tỷ lệ lần lượt: 80%; 88,9%. Chủ yếu các độc tính này ở mức độ 1 với tỷ lệ lần lượt là: 55,6%; 51,1%. Nôn gặp ở 44,4% số bệnh nhân. Chủ yếu ở mức độ 1 với 37,8%. Có 15,6% BN bị sụt cân sau điều trị và đều dừng ở sụt cân độ 1.

#### IV. BÀN LUẬN

**Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng từ 36 – 71 tuổi, chủ yếu nằm trong nhóm tuổi 51-70 tuổi (38 bệnh nhân) chiếm tỷ lệ 84,4%. Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,20±8,13 tuổi. Theo kết quả này thì tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam với tuổi trung bình là 57,37±7,09,<sup>2</sup> nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đàm Trọng Nghĩa với tuổi trung bình là 53,2 ±7,3 tuổi.<sup>3</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh gặp 100% là nam giới. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy ung thư hạ họng gặp chủ yếu là nam giới, nữ giới chiếm tỉ lệ rất ít như: nghiên cứu của Nguyễn Như Ước với tỉ lệ nam giới chiếm 98,4%,<sup>4</sup> nghiên cứu của Ngô

Thanh Tùng với tỉ lệ nam giới chiếm 96,7%<sup>5</sup> hay nghiên cứu của Wen-Yen Huang và cộng sự với tỉ lệ nam giới chiếm 97%.<sup>6</sup>

**Lý do vào viện.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện vì triệu chứng rối loạn nuốt (73,3%) và triệu chứng tự sờ thấy hạch cổ (20,0%). Các triệu chứng này cũng gặp nhiều trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam với triệu chứng rối loạn nuốt (63,41%) và triệu chứng tự sờ thấy hạch cổ (29,27%)<sup>2</sup> hay nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng với nuốt đau chiếm 43,3% và nổi hạch cổ 26,7%.<sup>5</sup> Đây cũng là 2 triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu của Nguyễn Như Ước năm 2019.<sup>4</sup> Do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn nên đã có các triệu chứng do chèn ép khối u như nuốt vướng, nuốt đau, hạch cổ,...

**Đặc điểm về khối u.** Các khối u hạ họng

trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở vị trí xoang lê (75,56%), số còn lại ở vùng sau sụn nhẵn (13,33%) và thành sau họng (11,11%). Kết quả này phù hợp với tài liệu của Lê Văn Quảng năm 2020.<sup>1</sup> Tỷ lệ u ở vị trí xoang lê trong nghiên cứu này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Như Ước (91%)<sup>4</sup> và nghiên cứu của Wen-Yen Huang (91%).<sup>6</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III, IVA-B với tỷ lệ bệnh nhân đang ở giai đoạn III là 33,3%, giai đoạn IVA là 57,8% và giai đoạn IVB với tỷ lệ 8,9%. So với nghiên cứu của Đàm Trọng Nghĩa với tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III là 4,9%, IVA là 56,1% và IVb là 39%,<sup>3</sup> và nghiên cứu của Nguyễn Hoài nam với tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III là 9,76%, IVA là 75,61% và IVB là 14,63%<sup>2</sup>, thì trong nghiên cứu của chúng tôi: giai đoạn chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là giai đoạn IVA, nhưng tỷ lệ cao hơn ở giai đoạn III và thấp hơn ở giai đoạn IVB. Điều này phản ánh được tình trạng quan tâm sức khỏe, phát hiện bệnh sớm của người dân đang được nâng cao hơn.

**Kết quả điều trị.** UTBM tế bào vảy vùng đầu cổ là UT có tiên lượng xấu, đặc biệt là ở giai đoạn lan rộng tại vùng không có khả năng phẫu thuật được. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 88,8% và 40,6%, kết quả trong nghiên cứu này cao hơn trong nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng với tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 77% và 33%,<sup>5</sup> tuy nhiên lại thấp hơn nghiên cứu của Wen-Yen Huang với tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 24 tháng là 57%.<sup>6</sup> Tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 12 tháng là 57,7%, kết quả này cũng cao hơn trong nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng với kết quả tương ứng là 49%.<sup>5</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn; một phần; không đáp ứng và bệnh tiến triển tương ứng là 48,9%; 46,7%; 2,2% và 2,2%. Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Wen-Yen Huang năm 2010 với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần, không đáp ứng và bệnh tiến triển tương ứng là 48%, 45%, 3%, và 3%.<sup>6</sup>

#### Tác dụng phụ

• **Độc tính hệ tạo huyết.** Độc tính huyết học trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra từ Gr 1-3, với tỷ lệ giảm bạch cầu; giảm bạch cầu trung tính; giảm huyết sắc tố và giảm tiểu cầu lần lượt tương ứng là 75,6%; 62,2%; 86,7% và 48,9%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Ahmad Ameri và cộng sự với tỷ lệ giảm bạch cầu;

giảm bạch cầu trung tính và giảm tiểu cầu lần lượt tương ứng là 39,5%; 34,2% và 5,3%.<sup>7</sup> Tuy nhiên nếu xét các độc tính nặng như hạ bạch cầu  $Gr \geq 3$  và thiếu máu  $Gr \geq 2$  tương ứng là 15,6% và 35,55% thì kết quả gần tương đương với nghiên cứu của Wen-Yen Huang với kết quả tương ứng là 15,15% và 33,33%.<sup>6</sup>

• **Độc tính gan thận.** Độc tính trên gan thận trong nghiên cứu này được ghi nhận chủ yếu độ 1, chỉ có 6,7% (3BN) được ghi nhận độ 2. Kết quả này tương đương trong nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng và Đàm Trọng Nghĩa đều ghi nhận độc tính gan thận chủ yếu độ 1 và không có bệnh nhân nào ở độ 3-4.<sup>3,5</sup> Điều này chứng tỏ phác đồ xạ trị điều biến liều kết hợp Cisplatin an toàn với những bệnh nhân chức năng gan, thận bình thường.

• **Độc tính ngoài hệ tạo huyết.** Các độc tính cấp tính thường gặp khi xạ trị ung thư hạ họng là viêm da, viêm niêm mạc với tỷ lệ viêm da  $Gr \geq 2$  và viêm niêm mạc  $Gr \geq 2$  tương ứng là 24,44% và 37,77%. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Wen-Yen Huang với tỷ lệ viêm da  $Gr \geq 2$  và viêm niêm mạc  $Gr \geq 2$  tương ứng là 18,18% và 39,39%.<sup>6</sup>

## V. KẾT LUẬN

Kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp đồng thời Cisplatin bệnh ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An tiến hành trên 45 bệnh nhân cho tỷ lệ đáp ứng với điều trị là 95,6% (43 BN), trong đó có 48,9% đáp ứng hoàn toàn và 46,7% đáp ứng bán phần. Có 2,2% bệnh không đáp ứng (1BN) và 2,2% bệnh tiến triển (1BN).

Tác dụng phụ trong nghiên cứu chủ yếu ghi nhận ở Gr1-2, độc tính huyết học với giảm huyết sắc tố, hạ bạch cầu trung tính, hạ tiểu cầu ( $Gr \geq 3$ ) tương ứng là 2,2%; 13,3%; 4,4%. Viêm da, viêm niêm mạc ( $Gr \geq 2$ ) tương ứng là 24,44% và 37,77%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng (2020)**, Ung Thư Đầu Cổ. Nhà Xuất Bản Y Học, 150.
2. **Nguyễn Hoài Nam (2018)**. Đánh giá kết quả hóa-xạ trị điều biến liều đồng thời ung thư hạ họng giai đoạn III-IVB tại bệnh viện ung bướu Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đàm Trọng Nghĩa (2018)**. "Nghiên cứu ứng dụng hóa trị trước phối hợp hóa xạ trị đồng thời ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn III, IV(M0), Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Như Ước (2019)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng với kết quả điều trị của ung thư hạ họng, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học

Y Hà Nội.

5. **Ngô Thanh Tùng (2011)**. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hóa-xạ trị gia tốc đồng thời ung thư hạ họng- thanh quản giai đoạn III-IVB không mổ được tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Wen-Yen Huang, Yee-Min Jen, Chang-Ming Chen et al (2010)**, Research Intensity modulated

radiotherapy with concurrent chemotherapy for larynx preservation of advanced resectable hypopharyngeal cancer. Radiation Oncology, 5, 37.

7. **Ahmad Ameri, Shokoufe Norouzi, Ainaz Sourati et al (2021)**. Randomized trial on acute toxicities of weekly vs three-weekly cisplatin-based chemoradiation in head and neck cancer, cancer report, 5,1.

## MỘT SỐ YẾU TỐ DỰ BÁO CHẢY MÁU NỘI SỌ CÓ TRIỆU CHỨNG SAU LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Võ Thế Nhân\*, Nguyễn Ngọc Hoà\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu.** Chảy máu nội sọ (CMNS) có triệu chứng là biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra sau lấy huyết khối cơ học (LHK) ở bệnh nhân nhồi máu não cấp, ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định một số yếu tố dự báo CMNS có triệu chứng sau LHK tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp.** Nghiên cứu bệnh chứng tiến hành trên 230 bệnh nhân nhồi máu não cấp tính do tắc động mạch lớn được LHK, chia thành 2 nhóm: nhóm CMNS có triệu chứng (n = 31) và nhóm chứng (n = 199). CMNS có triệu chứng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Heidelberg. Phân tích đơn biến và phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố dự báo của CMNS có triệu chứng. **Kết quả.** Theo kết quả phân tích hồi quy đa biến, số lượng tiểu cầu khi nhập viện < 180 × 10<sup>9</sup>/L (OR 5,48, 95%CI 1,69-19,50), điểm ASPECTS khi nhập viện (với mỗi điểm tăng thêm) (OR 0,37, 95%CI 0,20-0,63), tuần hoàn bàng hệ kém (OR 8,04, 95%CI 2,54-28,3) và thời gian chọc động mạch đùi – tái thông > 60 phút (OR 5,43, 95%CI 1,55-22,5) là các yếu tố độc lập dự báo CMNS có triệu chứng. **Kết luận.** Một số yếu tố dự báo CMNS có triệu chứng sau LHK được xác định, đóng vai trò quan trọng trong cung cấp thông tin về lợi ích – nguy cơ, giúp lựa chọn phương pháp điều trị, thái độ điều trị và xử trí phù hợp, cải thiện quy trình theo dõi người bệnh, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng của LHK.

**Từ khóa:** chảy máu nội sọ có triệu chứng, lấy huyết khối cơ học, yếu tố dự báo

### SUMMARY

#### PREDICTORS OF SYMPTOMATIC INTRACRANIAL HEMORRHAGE AFTER MECHANICAL THROMBECTOMY AT NGHỆ AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

**Background and purpose.** Symptomatic

intracranial hemorrhage (sICH), associated with poor outcome, is a potentially serious complication of mechanical thrombectomy (MT) for acute ischemic stroke patients. This study aimed to identify predictive factors of sICH post MT at Nghệ An Friendship General Hospital. **Methods.** This case-control study enrolled 230 acute ischemic stroke patients with large vessel occlusion undergoing MT. Participants were divided into two groups: sICH group (n=31) and control group (n=199). sICH was diagnosed according to the Heidelberg Bleeding Classification. Univariate analysis and multivariate logistic regression were used to determine the predictors of sICH. **Results.** After multivariate analysis, baseline platelet count <180 × 10<sup>9</sup>/L (OR 5,48, 95%CI 1,69-19,50), admission ASPECTS (OR per 1-point increase 0,37, 95%CI 0,20-0,63), poor collateral circulation (OR 8,04, 95%CI 2,54-28,3) and groin-to-recanalization time >60 minutes (OR 5,43, 95%CI 1,55-22,5) were found to be independent predictive factors of sICH. **Conclusions.** Several predictive factors of sICH post MT were identified. This knowledge plays an important role in benefit - risk counseling, selection of treatment strategies, improvement of patient monitoring protocol, enhancement of the therapeutic outcome and prognosis of MT.

**Keywords:** symptomatic intracranial hemorrhage, mechanical thrombectomy, predictor

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mạch lớn là nguyên nhân của 20 - 40% số ca nhồi máu não, tuy nhiên lại là thủ phạm chính của tử vong và tàn phế. Do điều trị tiêu huyết khối (THK) chỉ đạt tỷ lệ tái thông thành công thấp (<30%) ở nhóm đối tượng này [2], các phương pháp LHK đã ra đời, phát triển, chứng minh tính hiệu quả và ngày nay được chấp thuận là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho người bệnh nhồi máu não do tắc mạch lớn.

Tuy nhiên, biến chứng đáng sợ nhất của LHK – CMNS có triệu chứng xảy ra với tỷ lệ lên đến 16% ở cộng đồng người châu Á [4] có thể làm gia tăng nguy cơ tử vong và tàn phế cho người bệnh. Trong khi các yếu tố dự báo CMNS có triệu

\*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thế Nhân

Email: nhanvo.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022