

Đánh giá dựa theo thang điểm LUND-MACKAY, sự cải thiện của các triệu chứng thực thể sau phẫu thuật tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, được đánh giá ở mức tốt chiếm 40,0%, tỉ lệ này tăng dần, ở tuần thứ 2 tỉ lệ ở mức tốt là 64,4%, ở tuần thứ 4 là 80,0% và tăng lên 93,3% vào tuần thứ 12. Trong nghiên cứu của Trần Hà Việt Thắng, ở thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật, còn 9,8% trường hợp niêm mạc hố phẫu thuật phù nề, 17,6% đọng dịch nhầy ở các khe mũi, 3,9% còn tình trạng phù nề lỗ thông xoang bướm [4]. Kết quả này cho thấy cùng với sự cải thiện về các triệu chứng cơ năng, các triệu chứng thực thể trên nội soi cũng cải thiện tốt dần sau phẫu thuật.

Dựa trên tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật, tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, kết quả điều trị đạt loại trung bình chiếm tỉ lệ cao, chiếm 55,6%, thấp hơn kết quả Jiang RS và công sự, 2002, là 65% [5]. Đến thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật, kết quả điều trị đạt loại tốt chiếm tỉ lệ cao hơn, chiếm 77,8%. Tại thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật 100,0% trường hợp cho kết quả điều trị tốt (Bảng 3). Thời điểm đầu sau phẫu thuật tình trạng hố phẫu thuật chưa phục hồi tốt, các triệu chứng cơ năng, thực thể vẫn còn nên kết quả điều trị loại trung bình chiếm tỉ lệ cao. Thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật là đủ để niêm mạc mũi xoang phục hồi cả về mặt giải phẫu và chức năng nên kết quả điều trị đạt loại tốt chiếm tỉ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang bướm mạn tính thực hiện nhanh chóng, an toàn, cho hiệu quả phục hồi tốt tăng dần. Kết quả sau 12

tuần phẫu thuật các triệu chứng cơ năng và thực thể cải thiện rõ rệt. Đánh giá kết quả điều trị ở mức tốt chiếm 24,4% ở tuần đầu hậu phẫu và tăng lên 100% vào tuần thứ 12.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Tai mũi họng, Ban hành kèm theo Quyết định số 5643/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Nguyễn Hữu Dũng** (2006), Kỹ thuật mở xoang bướm qua nội soi mũi trong chẩn đoán và điều trị viêm xoang bướm, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Thái Dương, Lê Phi Nhân, Dương Hữu Nghị, Châu Chiếu Hòa** (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát móm mọc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020, Tạp Chí Y học Việt Nam, 514(2), tr.126-130.
4. **Trần Hà Việt Thắng** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm xoang bướm mạn tính ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường đại học Y dược Cần Thơ.
5. **Jiang RS, Hsu CY.** (2002), Revision functional endoscopic sinus surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol; 111(2):155-9.
6. **Mel'nik VF.** (2013), Methods for the surgical treatment of chronic sphenoiditis and ethmoiditis, Vestn Otorinolaringol; (1):68-71.
7. **Timothy J. Martin, Timothy L. Smith, Michelle M. Smith, et al** (2002), Evaluation and Surgical Management of Isolated Sphenoid Sinus Disease, Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 128 (12): 1413-1419.
8. **Villemure-Poliquin N, Nadeau S.** Surgical treatment of isolated sphenoid sinusitis - A case series and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2021 Feb;79:18-23.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IB-III A BẰNG PHẪU THUẬT VÀ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ BỘ ĐÔI PLATINUM

Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Nguyễn Thị Thái Hòa¹,
Trần Đình Anh², Đào Thị Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Hằng

Email: drhang86@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2022

Ngày duyệt bài: 9.11.2022

Mục tiêu: 1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UPKTBN) giai đoạn IB-III A. 2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật và hóa chất và bổ trợ phác đồ bộ đôi platinum trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IB-III A. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, trên 60 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-III A được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ vinorelbine/ pemetrexed-cisplatin sau phẫu thuật triệt

căn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến 9/2022. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Độ tuổi trung bình là 58,52, tỷ lệ nam : nữ = 2,7:1. Có 21 (35%) bệnh nhân giai đoạn IB; 32 (53,3%) bệnh nhân giai đoạn II; và 7 (11,7%) bệnh nhân giai đoạn III. Thể mô bệnh học chiếm tỷ lệ cao nhất là ung thư biểu mô tuyến (76,7%). Có 30 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ vinorelbine-cisplatin chiếm 50% và 30(50%) bệnh nhân điều trị pemetrexed-cisplatin. Kết quả điều trị: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình là $30,5 \pm 1,67$ tháng. Không có sự khác biệt về DFS khi sử dụng vinorelbine-cisplatin so với pemetrexed-cisplatin. Độc tính trên hệ huyết học của phác đồ vinorelbine -cisplatin là hạ bạch cầu 60%, hạ tiểu cầu 13,3%, hạ huyết sắc tố là 15%. Độc tính ngoài hệ huyết học hay gặp nhất là nôn, buồn nôn chiếm 50%. Độc tính trên hệ huyết học của phác đồ pemetrexed - cisplatin là hạ bạch cầu 45%, hạ tiểu cầu 10%, hạ huyết sắc tố là 25%. Độc tính ngoài hệ huyết học hay gặp nhất là nôn, buồn nôn chiếm 45%

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, vinorelbine, pemetrexed, platinum.

SUMMARY

THE RESULT OF SURGERY AND ADJUVANT PLATINUM DOUBLET CHEMOTHERAPY FOR STAGE IB-III A NON-SMALL-CELL LUNG CANCER

Objectives: Assess clinical, subclinical characteristics of stage IB-III A non-small-cell lung cancer patients. Evaluating the result of adjuvant chemotherapy vinorelbine/ pemetrexed plus cisplatin in completed resected NSCLC IB-III A. **Patients and Methods:** Descriptive study of 60 patients with stage IB-III A resected non-small-cell lung cancer were received adjuvant vinorelbine/ pemetrexed plus cisplatin chemotherapy from K hospital, 01/2019 to 9/2022. **Results:** Clinical characteristics: The mean age of 59,52 years old, ratio male : female= 2,7 :1. 21 (35,0%) patients had stage IB disease, 32 (53,3%) had stage II, and 7 (11,7%) had stage III A disease. The major histological type was adenocarcinoma (76,7%). Treating with vinorelbine-cisplatin was 50% and 50% pemetrexed-cisplatin. Treatment results: Mean of disease free survival was $30,5 \pm 1,67$ months. DFS of vinorelbine-cisplatin or pemetrexed-cisplatin was no different. Vinorelbine-cisplatin caused hematologic toxic effects including neutropenia in 60%. The most common nonhematologic toxic effect of those regimens were nausea, vomiting (50,0%). Pemetrexed-cisplatin caused hematologic toxic effects including neutropenia in 60%. The most common nonhematologic toxic effect of those regimens were nausea, vomiting 45%.

Keywords: Non-small-cell lung cancer (NSCLC), vinorelbine, cisplatin, adjuvant chemotherapy NSCLC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong 3 ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu [1]. Ung thư phổi được chia thành 2 loại chính là ung thư phổi tế bào nhỏ (chiếm khoảng 10-15%) và ung thư

phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN, chiếm khoảng 85%) [1]. Phẫu thuật là phương pháp triệt căn với UTPKTBN giai đoạn tổn thương còn khu trú (giai đoạn I-III A). Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho các bệnh nhân giai đoạn IB-III A sau phẫu thuật triệt căn. Hóa trị bổ trợ với nền tảng là Cisplatin đã được nhiều nghiên cứu chứng minh tính hiệu quả trong việc kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ và giảm tỷ lệ tái phát. Vinorelbine là một Vinca alkaloid bán tổng hợp mới, đã được chứng minh có tác dụng trong điều trị bổ trợ với UTPKTBN ở các nghiên cứu lâm sàng khi dùng đơn độc hay phối hợp. Pemetrexed là chất ức chế folat, được chỉ định trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ không vảy. Do những hiệu quả và tính ưu việt của nó nên phác đồ bộ đôi platinum đã trở thành một phác đồ được chấp nhận trên thế giới và ở Việt Nam trong điều trị bổ trợ UTPKTBN [2]. Cho tới nay chưa có một đánh giá nào trong nước về hiệu quả cũng như độ an toàn của phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật và bổ trợ phác đồ bộ đôi platinum trong điều trị bổ trợ UTPKTBN" với hai mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTPKTBN giai đoạn IB-III A tại bệnh viện K.

2. Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ bộ đôi platinum trong điều trị bổ trợ UTPKTBN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-III A được điều trị phẫu thuật triệt căn và bổ trợ phác đồ vinorelbine/pemetrexed-cisplatin sau tại bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến tháng 9/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTP giai đoạn IB- III A.

- Chẩn đoán mô bệnh học là UTPKTBN.

- Bệnh nhân toàn trạng tốt PS 0-2

- Không mắc bệnh ung thư khác.

- Không có chống chỉ định điều trị hóa chất.

- BN đã được PT triệt căn.

- Điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Vinorelbine/ Pemetrexed – Cisplatin.

- Chấp nhận, tham gia, tuân thủ đúng phác đồ điều trị nghiên cứu, có hồ sơ lưu trữ thông tin đầy đủ.

Từ 01/2019 đến tháng 10/2022 chúng tôi lựa chọn được 60 bệnh nhân theo các tiêu chuẩn trên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp chống chỉ định điều trị với

thuốc như suy gan, suy thận, hoặc dị ứng với các thành phần của thuốc.

- Phụ nữ có thai hoặc nuôi con bú.
- BN mắc ung thư thứ 2.
- Có các bệnh cấp tính và mạn tính trầm trọng khác.
- Bệnh nhân từ chối hợp tác, không theo dõi được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Điều trị hóa chất bổ trợ 1 trong 2 phác đồ:

- Vinorelbine 30mg/m² TM ngày 1 và 8.
- Cisplatin 80mg/m² TM ngày 1
- Chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ
- Hoặc Pemetrexed 500mg/m² TM ngày 1.
- Cisplatin 75mg/m² TM ngày 1
- Chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ

Chỉ dùng pemetrexed trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào vảy

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá thời gian sống thêm: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)
- Đánh giá các độc tính của thuốc theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới.

Thu thập và xử lý số liệu

- Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: dùng phần mềm SPSS 16.0

- Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Thống kê mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn
- So sánh trung bình: Test ANOVA (p< 0,05)
- So sánh tỷ lệ: Test Chi square (p<0,05)

Phương pháp ước lượng tỷ lệ sống thêm:

Kaplan-Meier

So sánh đường cong sống thêm: Kiểm định Log rank (p<0,05)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo đầy đủ liệu trình và đánh giá được. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm tuổi giới

Nhóm tuổi hay gặp nhất ở cả 2 giới là 50-59 tuổi chiếm 34.5%. Tuổi trung bình là 58,52 tuổi, nhỏ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 73 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

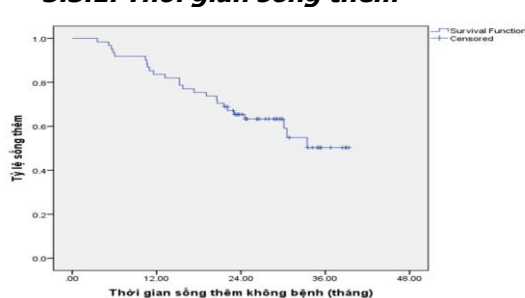
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Giới:	Nam	44	73,3
	Nữ	16	26,7

Tuổi:	< 40	2	3,4
	40-49	8	13,3
	50-59	30	50,0
	≥ 60	20	33,3
CEA trước ĐT:	<5ng/ml	24	40,0
	≥ 5ng/ml	36	60,0
Cyfra 21-1 trước ĐT			
	<4ng/ml	40	75,0
	≥ 4ng/ml	20	25,0
Tình trạng hạch:	N0	42	70,0
	N1	14	23,3
	N2	4	6,7
Mô bệnh học			
	UTBM tuyến	46	76,7
	UTBM vảy	8	13,3
	UTBM TB lớn	4	6,7
	Khác	2	3,3
Giai đoạn bệnh:	IB	21	35,0
	IIA	16	26,7
	IIB	16	26,7
	IIIA	7	11,6
Tổng		60	100

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 73,3% (48/6), bệnh nhân nữ chiếm 26,7%. Tỷ lệ nam: nữ là 2,7:1. Có 60% bệnh nhân tăng CEA, 25% bệnh nhân tăng Cyfra 21-1 tại thời điểm trước điều trị. Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch chiếm 30%, di căn hạch N1,N2 chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 23,3% và 6,7%. Trong các nhóm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (76.7%). Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm tỷ lệ 35%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 11,6%.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Thời gian sống thêm



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình là 30,5 ± 1.67 tháng. Phân tích dưới nhóm cho thấy DFS bệnh nhân giai đoạn IIIA thấp hơn so với nhóm giai đoạn IB,II. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p=0,003. DFS nhóm di căn hạch và chưa có di căn hạch có khác biệt tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với p=0,1. DFS nhóm điều trị vinorelbine-cisplatin

là $29 \pm 1,82$ tháng, của nhóm pemetrexed-cisplatin là $30 \pm 2,4$ tháng. Khác biệt không có ý

nghĩa thống kê với $p = 0,15$.

3.3.2. Tác dụng không mong muốn

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn (tính %)

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	Vin cis	Pem cis	Vin cis	Pem cis	Vin cis	Pem cis	Vin cis	Pem cis	Vin cis	Pem cis
Ngoài huyết học										
Nôn, buồn nôn	50	55	23,4	25	10	10	13,3	10	3,3	0
Tiêu chảy	95	90	1,7	5	3,3	5	0	0	0	0
Dị ứng	86	90	14	1,6	0	7,4	0	0	0	0
Tăng men gan	75	86	20	14	5	0	0	0	0	0
Tăng creatinine	70	70	25	20	3,4	10	1,6	0	0	0
Thần kinh NV	90	75	4,2	10	4,2	25	0	0	1,6	0
Hạ HST	85	75	10	20	0	5	5	0	0	0
Hạ BC	40	55	20	25	20	20	10	5	10	0
Hạ TC	86,7	75	13,3	25	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Độc tính trên hệ huyết học của phác đồ vinorelbine -cisplatin là hạ bạch cầu 60%, hạ tiểu cầu 13,3%, hạ huyết sắc tố là 15%. Độc tính ngoài hệ huyết học hay gặp nhất là nôn, buồn nôn chiếm 50%. Độc tính trên hệ huyết học của phác đồ pemetrexed -cisplatin là hạ bạch cầu 45%, hạ tiểu cầu 10%, hạ huyết sắc tố là 25%. Độc tính ngoài hệ huyết học hay gặp nhất là nôn, buồn nôn chiếm 45%. Buồn nôn là tác dụng phụ hay gặp nhất ngoài hệ huyết học gặp ở cả 2 phác đồ.

Các tác dụng phụ lên gan, thận, thần kinh ít gặp, chủ yếu độ I và II.

IV. BÀN LUẬN

***Tuổi, giới bệnh nhân.** Nhóm tuổi hay gặp nhất ở cả 2 giới là 50-59 tuổi chiếm 50%. Tuổi trung bình là 58,52 tuổi, nhỏ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 73 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 73,3%, bệnh nhân nữ chiếm 26,7. Tỷ lệ nam: nữ là 2,7:1. Đặc điểm quần thể nghiên cứu khá tương đồng với các nghiên cứu tương tự khác trên thế giới như thử nghiệm JBR.10, ANITA, IALT, JIPANG hay nghiên cứu phân tích gộp LACE [2], [3], [4], [5].

***Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Tỷ lệ tăng nồng độ CEA và Cyfra 21-1 tại thời điểm chẩn đoán chỉ đạt lần lượt là 60% và 25%. Đặc điểm mô bệnh học, UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), tương đồng với nghiên cứu JIPANG[2]. Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm tỷ lệ 35%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 11,6%. Nhóm bệnh nhân ở giai đoạn IIIA cũng chiếm tỷ lệ thấp nhất như nghiên cứu của Pepe [3].

* Kết quả điều trị

- Đánh giá thời gian sống thêm: Với thời gian theo dõi trung bình là 40 tháng, kết quả nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung bình là $30,5 \pm 1,67$ tháng. Kết quả không có sự khác biệt khi sử dụng 1 trong 2 phác đồ, DFS của nhóm dùng vino-cis là $29 \pm 1,82$ tháng so với peme-cis là $30,9 \pm 2,4$ tháng. Kết quả này thấp hơn so với thử nghiệm 5626 JIPANG, thời gian sống thêm không bệnh trong thử nghiệm này ở nhóm điều trị vino-cis đạt 38.3 tháng, đối với nhóm peme-cis là 37,6 tháng. Có thể lý giải một phần sự khác biệt này do bệnh nhân được lựa chọn vào thử nghiệm JIPANG giai đoạn I và II nhiều hơn, khác với thử nghiệm ANITA và nghiên cứu của chúng tôi [4].

Chúng tôi cũng tiến hành phân tích mối liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh và một số yếu tố khác như: giai đoạn bệnh, tình trạng di căn hạch, kích thước u.... Kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm không bệnh (DFS) theo giai đoạn bệnh, với $p = 0,003$, cụ thể: thời gian sống thêm không bệnh của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIA thấp hơn đáng kể so với nhóm giai đoạn IB, II. Điều này cũng lý giải vì sao với giai đoạn IIIA hiện nay ưu tiên hóa trị tiên phẫu trước.

***Một số tác dụng phụ của phác đồ.** Các độc tính của phác đồ hay gặp nhất là hạ bạch cầu hạt với 60% ở nhóm dùng vin-cis, 45% ở nhóm dùng peme-cis, thấp hơn so với tỷ lệ hạ bạch cầu lên tới 80%, dữ liệu lấy từ JIPANG [2]. Các tác dụng phụ lên gan, thận, thần kinh ít gặp, chủ yếu độ I và II. Tác dụng phụ khác như tiêu chảy, dị ứng chiếm tỷ lệ thấp. Các tác dụng phụ trên hệ huyết học và ngoài hệ huyết học của chúng tôi thấp hơn trong thử nghiệm JIPANG. Tỷ lệ bệnh nhân bị gián đoạn trong quá trình điều trị ít gặp chiếm chưa đến 10%. Trong đó chủ yếu

do độc tính hạ bạch cầu hạt độ 3,4. Bệnh nhân buồn nôn và nôn chiếm tỷ lệ cao 50%, tuy nhiên đã phục hồi do dùng các thuốc chống nôn hỗ trợ. Không có trường hợp nào phải giảm điều trị hay ngưng điều trị do độc tính nặng không phục hồi. Tổng hợp từ các nghiên cứu khác về phác đồ bộ đôi platinum, tác dụng phụ đáng ngại nhất của phác đồ này là hạ bạch cầu, tỷ lệ hạ bạch cầu cao hơn đáng kể so với các phác đồ hỗ trợ khác [2]. Phác đồ peme-cis có tỷ lệ hạ bạch cầu ít hơn với 45% nhưng độ ¾ thấp. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng đưa ra kết luận rằng độc tính của phác đồ này là có thể chấp nhận được. Thử nghiệm JIPANG cho kết quả cao hơn về độc tính so với trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Nhóm tuổi hay gặp nhất ở cả 2 giới là 50-59 tuổi chiếm 34.5%. Tuổi trung bình là 56.94 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 72,7% (48/66), bệnh nhân nữ chiếm 27,3% (18/66). tỷ lệ nam: nữ là 2,67:1. Có 53,5% bệnh nhân tăng CEA, 30,2% bệnh nhân tăng Cyfra 21-1 tại thời điểm trước điều trị. Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch chiếm 70%, di căn hạch N1,N2 chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 23,3% và 6.7%.

Đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (76.7%). Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm tỷ lệ 35%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 11,6%.

5.2. Kết quả điều trị. Với thời gian theo dõi trung bình 40 tháng, có 23 trường hợp tái phát, di căn.

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là: $30,5 \pm 1.67$ tháng.

Không có sự khác biệt về DFS giữa 2 phác đồ được sử dụng.

Thời gian sống thêm không bệnh của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIA thấp hơn so với nhóm giai đoạn IB,II. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,003$.

5.3. Độc tính. Các độc tính huyết học hay gặp nhất là hạ bạch cầu với 60 % ở nhóm dùng vin-cis, 45% ở nhóm dùng peme-cis. Nôn, buồn nôn là tác dụng phụ hay gặp nhất ngoài hệ tạo huyết chiếm 50%. Độc tính độ 3,4 của cả 2 phác đồ là thấp <10%. Các độc tính của phác đồ vẫn được xem là có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GS.TS Trần Văn Thuận Ung** thư phổi không tế bào nhỏ. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 92-105.
2. **Hiro Ken et al**, (2019), Randomized phase III study of pemetrexed/cisplatin (Pem/Cis) versus vinorelbine /cisplatin (Vnr/Cis) for completely resected stage II-III non-squamous non-small-cell lung cancer (Ns-NSCLC): The JIPANG study, ASCO 2019.
3. **Pepe C., Hasan B., Winton T.L. và cộng sự.** (2007). Adjuvant vinorelbine and cisplatin in elderly patients: National Cancer Institute of Canada and Intergroup Study JBR. 10. J Clin Oncol, **25(12)**, 1553-1561.
4. **Douillard J.-Y., Tribodet H., Aubert D. và cộng sự.** (2010). Adjuvant cisplatin and vinorelbine for completely resected non-small cell lung cancer: subgroup analysis of the Lung Adjuvant Cisplatin Evaluation. J Thorac Oncol, **5(2)**, 220-228.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA BỊ NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Hoàng Nam¹, Nguyễn Thị Trân Châu¹,
Phùng Nguyễn Thế Nguyên¹, Tạ Văn Trâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa bị nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca trên 403 bệnh nhi

được phẫu thuật tiêu hóa nhập vào khoa Hồi sức Ngoại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/01/2019 đến 30/12/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa là 13,8%, chủ yếu ở nhóm trẻ từ 1 tháng-24 tháng (64,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,24. Phẫu thuật ruột non có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất (43%). Sốt chiếm 33%; vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da chiếm 13,3%. 89,5% mẫu dịch mủ nuôi cấy phân lập được vi khuẩn, trong đó 1 loại tác nhân gây tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 61,8% và 67,3% là do vi khuẩn Gram âm gây ra. **Kết luận:** Cần chủ động khám phát hiện và điều trị sớm nhiễm khuẩn vết mổ cho những bệnh nhi tiền

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nam

Email: drhoangnamtg142@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022