

kích thích điện, cứng khớp hoặc tình trạng nhiễm trùng, suy thận cấp, suy đa tạng không thể kiểm soát.¹² Có 2/70 trường hợp phải cắt cụt chi do tổn thương dập nát hoại tử cơ, đến muộn không liên quan đến mở cân căng chân. Tỷ lệ cắt cụt trong nghiên cứu của Lê Minh Hoàng là 11,3%.¹¹

Sau 01 tháng xuất viện, 82,4% bệnh nhân hạn chế vận động, 2,9% bất động; chỉ có 48,5% số bệnh nhân không còn cảm giác đau sau mổ. Sau 06 tháng, còn 33,8% bệnh nhân hạn chế vận động, không còn bệnh nhân phải bất động, tỷ lệ không đau 97,1%. Việc hạn chế vận động là do dụng cụ kết hợp xương, quá trình liền xương và quá trình tập phục hồi vận động chưa đạt hiệu quả mong muốn chứ không liên quan đến việc thiếu máu chi, sẹo mổ co kéo. Không có trường hợp nào phải cắt cụt hay tử vong.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mở cân căng chân nam nhiều hơn nữ nhưng quyết định mở cân dự phòng hay điều trị thì không liên quan đến giới tính của bệnh nhân. Các yếu tố mang tính quyết định là: Thời gian thiếu máu chi ước tính >6h; phân độ Rutherford IIa trở lên; tổn thương động mạch khoeo.

Kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính có mở cân căng chân do chấn thương vết thương tương đối tốt, bị ảnh hưởng bởi đặc điểm tổn thương ban đầu, tổn thương phối hợp, chăm sóc vết mổ, tập phục hồi vận động sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ chủ yếu do tổn thương dập nát hoại tử cơ, tổn thương đến muộn, không liên quan đến mở cân căng chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước. Hội chứng thiếu máu chi. Bệnh học ngoại khoa tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. Olinic D, Stanek A, Tătaru D, Homorodean C, et al. Acute limb ischemia: an update on diagnosis and management. J Clin Med. (2019) 8:1215-26 .10.3390/jcm8081215.
3. Patman RD, Thompson JE. Fasciotomy in peripheral vascular surgery: report of 164 patients. Arch Surg. 1970; 101: 663-672.
4. Rollins DL, Bernhard VM, Towne JB. Fasciotomy: an appraisal of controversial issues. Arch Surg. 1981; 116: 1474-1481.
5. Rush DS, Frame SB, Bell RM, et al. Does open fasciotomy contribute to morbidity and mortality after acute lower extremity ischemia and revascularization. J Vasc Surg. 1989;10:343-50.
6. Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú. Chấn thương, vết thương động mạch chi. Bệnh học ngoại khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học; 2020.
7. Kluckner, M., Gratl, A., Gruber, L., Frech, A., Gummerer, M., Enzmann, F. K., Wipperfurth, S., & Klocker, J. (2021). Predictors for the need for fasciotomy after arterial vascular trauma of the lower extremity. Injury, 52(8), 2160-2165.
8. Đoàn Hữu Hoạt, Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú. (2019). Đặc điểm lâm sàng và thương tổn giải phẫu bệnh chấn thương động mạch chi dưới tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2019. Y học thực hành, 7 (1103), 38-42.
9. Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Văn Đại, Nguyễn Thế May (2017). Chấn thương, vết thương động mạch ngoại vi: Hình thái tổn thương và kết quả điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 16, 8-13.
10. Thang DN, Tu VN, Kiên TT, Huu N. Kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo do trật khớp gối tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. VJCTS. 2021;30:17-23. doi:10.47972/vjcts.v30i.470.

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ BẰNG KỸ THUẬT VMAT KẾT HỢP XẠ ÁP SÁT 3D TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Thị Huyền¹, Phùng Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả hóa xạ trị đồng thời bệnh ung thư cổ tử cung giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng kỹ thuật VMAT kết hợp xạ áp sát 3D tại bệnh viện K và

một số tác dụng không mong muốn sớm của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng trên 35 bệnh nhân ung thư cổ tử cung (UTCTC) giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K, được điều trị hóa xạ đồng thời với xạ ngoài bằng kỹ thuật VMAT và hóa chất phác đồ Cisplatin hàng tuần, theo sau đó là xạ trị áp sát 3D từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022. Tiêu chí chính là tỷ lệ đáp ứng điều trị, tiêu chí phụ là các độc tính sớm của phác đồ và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. **Kết quả:** Hóa xạ đồng thời bằng kỹ thuật xạ ngoài VMAT kết hợp hóa chất phác đồ Cisplatin 40mg/m² hàng tuần sau đó xạ áp sát 3D trên nhóm

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: tranhuyen1295hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

bệnh nhân UTCTC giai đoạn tiến triển tại chỗ cho tỉ lệ đáp ứng cao 97,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 91,4%. Về độc tính, tỉ lệ hạ huyết sắc tố, hạ bạch cầu đa nhân trung tính và hạ tiểu cầu lần lượt là 54,2%, 85,7% và 68,6%. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng kể từ khi kết thúc điều trị, biến chứng hẹp âm đạo gặp nhiều nhất xuất hiện ở 85,7% BN, tỉ lệ hẹp âm đạo độ 2 chiếm tới 51,4%. **Kết luận:** Hóa xạ đồng thời bằng kỹ thuật VMAT kết hợp xạ áp sát 3D bệnh UTCTC giai đoạn tiến triển tại chỗ cho tỉ lệ đáp ứng cao; 97,1%. Hệ tạo huyết chịu nhiều độc tính của phác đồ, tỉ lệ hạ huyết sắc tố, hạ bạch cầu đa nhân trung tính và hạ tiểu cầu lần lượt là 54,2%, 85,7% và 68,6%. Biến chứng muộn tại thời điểm 6 tháng sau kết thúc điều trị gặp nhiều nhất là hẹp âm đạo; tỉ lệ 85,7%.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung, hóa xạ đồng thời triệt căn, kỹ thuật VMAT, xạ áp sát 3D.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT IN LOCALLY ADVANCED CERVICAL CANCER WITH VMAT RADIATION THERAPY CONCOMITANT CHEMOTHERAPY AND 3D BRACHYTHERAPY AT HOSPITAL K

Objectives: The aims of our study were to evaluate the result of concurrent chemoradiotherapy in locally advanced cervical cancer using VMAT radiotherapy combined 3D brachytherapy and early toxicities of this treatment method in K hospital.

Patients and Methods: Clinical intervention study without control group on 35 patients with locally advanced stage cervical cancer (stage IB3 to IVA according to FIGO 2018) received concurrent chemoradiotherapy with external radiation using VMAT radiotherapy and weekly Cisplatin chemotherapy, followed by 3D brachytherapy from January 2021 to January 2022 at the hospital K. The primary end point was the rate of treatment response, the secondary endpoint is the early toxicity of the regimen and some factors related to the treatment outcome. **Results:** Concurrent chemoradiotherapy with VMAT external radiation combined with Cisplatin 40mg/m² weekly regimen followed by 3D brachytherapy on the group of patients with locally advanced stage cervical cancer gave a significantly high rate of response 97,1%; of which complete response is 91,4%. In terms of toxicity, the hematopoietic system is heavily influenced by chemotherapy and radiotherapy. The rates of low hemoglobin count, neutropenia and thrombocytopenia were 54,2%; 85,7% and 68,6% respectively. At the time of follow-up 6 months from the end of treatment, complication of vaginal stenosis was the most common occurring in 85,7% of patients, the rate of grade 2 vaginal stenosis accounted for 51,4%. **Conclusion:** Simultaneous chemoradiotherapy using VMAT technique combined with 3D brachytherapy for cervical cancer in the locally advanced stage gave a high response rate; 97,1%. The hematopoietic system is subject to toxicity of the regimen, the rate of low hemoglobin, neutropenia and thrombocytopenia is 54,2%; 85,7% and 68,6%, respectively. The most common late complication at 6 months since the end of treatment is vaginal stenosis; accounted for 85,7%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong mười bệnh ung thư phổ biến. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư cổ tử cung đứng thứ 4 trong các ung thư gặp ở nữ giới, đồng thời xếp thứ 4 về tỷ lệ tử vong do bệnh ung thư gây ra cho nữ giới, với hơn 6 triệu người mắc và hơn 341 nghìn người tử vong mỗi năm.¹

Ung thư cổ tử cung giai đoạn IB3- IVA theo phân loại FIGO 2018 được xếp vào nhóm ung thư tiến triển tại chỗ với phác đồ điều trị chuẩn là hóa xạ đồng thời bao gồm xạ trị ngoài kết hợp đồng thời với hóa chất cisplatin theo tuần và sau đó sử dụng xạ trị áp sát để nâng liều tại cổ tử cung². Ung thư cổ tử cung được coi là loại ung thư đáp ứng tốt với điều trị xạ trị. Các kỹ thuật xạ trị trong ung thư cổ tử cung liên tục được nghiên cứu cải thiện nhằm tăng khả năng phân bố liều xạ cao tại u và giảm liều tại cơ quan nguy cấp, từ đó tăng hiệu quả điều trị đồng thời giảm biến chứng do xạ trị. Từ năm 2019, tại Bệnh viện K, hệ thống máy Versa HD được lắp đặt và kỹ thuật VMAT hiện ngày càng được sử dụng nhiều. Tuy nhiên, hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị bệnh nhân ung thư cổ tử cung có sử dụng kỹ thuật xạ trị VMAT kết hợp với xạ trị áp sát dưới hướng dẫn hình ảnh CT/MRI mô phỏng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng kỹ thuật VMAT kết hợp xạ áp sát 3D tại bệnh viện K. 2. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân UTCTC giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị hóa xạ đồng thời bằng kỹ thuật VMAT kết hợp xạ áp sát 3D tại Bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022. Ngày kết thúc nghiên cứu: 06/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư cổ tử cung bằng mô bệnh học gồm UTBM vảy, UTBM tuyến, UTBM tuyến vảy, giai đoạn từ IB3 đến IVA theo FIGO 2018 tại bệnh viện K giai đoạn từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022.

- Thể trạng chung được phân loại theo ECOG: 0 – 2B và có các chỉ số huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), chức năng gan, chức năng thận trong giới hạn cho phép

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có từ 2 ung thư hoặc đang điều

trị ung thư khác

- Bệnh nhân ung thư cổ tử cung trước đó đã cắt tử cung bán phần, xạ trị khung chậu, điều trị hóa chất tân bổ trợ.

- Bệnh nhân đang có thai hoặc cho con bú

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

2.2.2. Các bước tiến hành

- **Tuyển chọn và đánh giá bệnh nhân:** các bệnh nhân đã có chẩn đoán xác định thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ MRI tiểu khung và chụp CT tăng trên ổ bụng để đánh giá tổn thương u và hạch trước điều trị.

- **Điều trị:** Bệnh nhân được điều trị xạ ngoài bằng kỹ thuật VMAT kết hợp hóa chất phức đồ Cisplatin hàng tuần (liều 40mg/m²). Sau khi mô phỏng, lập kế hoạch, các thể tích và liều xạ trị được xác định. Bệnh nhân được chỉ định liều xạ tại PTV45 là 45Gy với suất liều 1,8Gy x 25 buổi. Sau đó, lên kế hoạch và thực hiện xạ áp sát 3D.

- **Đánh giá kết quả điều trị:** bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau kết thúc điều trị. Bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy về huyết học, sinh hóa, chụp cộng hưởng từ MRI tiểu khung. So

sánh với MRI thời điểm trước điều trị để đánh giá theo tiêu chuẩn RECISTv1.1

- **Đánh giá các tác dụng phụ sớm:** được ghi nhận trong suốt quá trình điều trị của bệnh nhân cho tới thời điểm 6 tháng từ khi kết thúc xạ trị, đánh giá mức độ theo CTCAEv5.0

2.2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các thông kê gồm mô tả, so sánh và kiểm định tương quan giữa hai biến định lượng bằng phân tích hồi quy. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được quy ước với $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kết quả điều trị

3.1.1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị

Bảng 3.1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	32	91,4
Đáp ứng một phần	2	5,7
Bệnh giữ nguyên	0	0
Bệnh tiến triển	1	2,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 97,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 91,4%, đáp ứng một phần là 5,7%. Chỉ có 1 BN không đáp ứng tương ứng với 2,9%, là BN tiến triển.

3.1.2. Kết quả đáp ứng điều trị theo một số yếu tố liên quan

Bảng 3.2. Kết quả đáp ứng điều trị theo một số yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan		Đáp ứng		Không đáp ứng hoàn toàn		Phân tích đơn biến (Chi square test/ Fisher exact test)	
		N	%	N	%	p	OR (95%CI)
Tuổi	>50 tuổi	16	88,9	2	11,1	0,522	-
	≤50 tuổi	16	94,1	1	5,9		
Thể mô bệnh học	Vảy	24	92,3	2	7,7	0,603	-
	Tuyến/ Tuyến-vảy	8	88,9	1	11,1		
Kích thước u	>40mm	21	87,5	3	12,5	0,536	-
	≤ 40mm	11	100	0	0		
Di căn hạch	Có	23	88,5	3	11,5	0,397	-
	Không	9	100	0	0		
Xâm lấn âm đạo 1/3 dưới	Có	1	50,0	1	50,0	0,166	-
	Không	31	93,9	2	6,1		
Số chu kì hóa chất	Đủ 5 đợt	30	90,9	3	9,1	0,834	-
	≤ 4 đợt	2	100	0	0		
Thời gian xạ trị	>50 ngày	1	100	0	0	0,914	-
	≤50 ngày	31	91,2	3	8,8		
Tổng liều EQD2 D90CTV-HR	> 90 Gy	13	92,9	1	7,1	0,652	-
	≤ 90 Gy	19	90,5	2	9,5		
Tổng liều EQD2 điểm A	> 65 Gy	5	100	0	0	0,620	-
	≤ 65 Gy	27	90	3	10		

Nhận xét: Khi xét sự ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị, chưa nhận thấy có yếu tố nào liên quan đến tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn.

3.1.3. Khảo sát một số đặc điểm theo phân nhóm đáp ứng**Bảng 3.3. Một số đặc điểm theo phân nhóm đáp ứng**

Đặc điểm	Giá trị khảo sát	Đáp ứng hoàn toàn	Không đáp ứng hoàn toàn	Giá trị p
Đường kính u	Trung bình	44,9 ± 8,2 (mm)	52,33 ± 5,4 (mm)	p= 0,137 > 0,05
Thể tích bia lâm sàng V-PTV45	Trung bình	1316,9 ± 206,2 (cm ³)	1691 ± 360,2 (cm ³)	p= 0,008 < 0,05
Tổng liều EQD2 D90CTV-HR	Trung vị	89,7 Gy	89,8 Gy	p= 0,976 > 0,05
Tổng liều EQD2 điểm A	Trung vị	70,8 Gy	74,7 Gy	p= 0,112 > 0,05

Nhận xét: - Đường kính u trước điều trị của nhóm đáp ứng không hoàn toàn lớn hơn nhóm đáp ứng hoàn toàn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Thể tích bia lâm sàng V-PTV45 bao gồm cả u và hạch của nhóm đáp ứng không hoàn toàn là 1691 ± 360,2 (cm³) cao hơn khác biệt so với nhóm đáp ứng hoàn toàn là 1316,9 ± 206,2

(cm³) với p= 0,008.

- Tổng liều điều trị EQD2 D90CTV-HR và tổng liều EQD2 điểm A của nhóm đáp ứng không hoàn toàn và nhóm đáp ứng hoàn toàn tương đương nhau.

3.2. Độc tính cấp của phác đồ điều trị**3.2.1. Tác dụng không mong muốn chung trên hệ tạo huyết và chức năng gan, thận****Bảng 3.3. Tác dụng không mong muốn chung trên hệ tạo huyết và chức năng gan, thận**

	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemoglobin	13	37,1	6	17,1	0	0,0	0	0,0
BCĐNTT	4	11,4	7	20,0	16	45,7	3	8,6
Tiểu cầu	19	54,3	5	14,3	0	0,0	0	0,0
AST/ALT	6	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Creatinin	2	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: - Tỷ lệ hạ huyết sắc tố là 54,2% chủ yếu hạ độ 1 và 2.

- Tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính cao, xuất hiện ở 85,7% BN, chủ yếu là hạ độ 2 và 3, tỉ lệ lần lượt là 20% và 45,7%. Có 1 tỉ lệ nhỏ BN hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 4 là 8,6%

- Có 68,6% BN có hạ tiểu cầu, chủ yếu hạ tiểu cầu độ 1 (54,3%)

- Tỷ lệ tăng men gan và creatinine máu thấp, chỉ chiếm 17,1% và 5,7%, chỉ ở độ 1

3.2.2. Tỷ lệ độc tính muộn tại thời điểm 6 tháng**Bảng 3.4. Độc tính muộn tại thời điểm theo dõi 6 tháng (CTCAE v5.0)**

Độc tính muộn	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Độ 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm trực tràng	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viêm bàng quang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viêm ruột	1	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Hẹp âm đạo	20	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Tại thời điểm theo dõi sau 6 tháng: Chỉ có 1 BN có biến chứng viêm ruột gặp ở mức độ 1. Thường gặp nhất là biến chứng hẹp âm đạo, có ở 57,1% số BN ở độ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị và các yếu tố liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đáp ứng đạt 97,1% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 91,4% và tỉ lệ đáp ứng một phần là 5,7%. Có 1 bệnh nhân không đáp ứng là bệnh nhân xuất hiện di căn xa trong quá trình điều trị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Potter và cộng sự năm 2011 trên 156 bệnh nhân cũng cho tỉ lệ đáp ứng 97%. Cũng trong nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ kiểm soát tại vùng tại thời điểm 3 năm là 95%, tỉ lệ sống thêm do bệnh ở thời điểm 3 năm là 74%, sống thêm toàn bộ 3

năm là 68%. Năm 2020, nhóm nghiên cứu Xie và cộng sự thực hiện trên 126 bệnh nhân UTCT giai đoạn IIB- IIIB chia thành hai nhóm, được điều trị hóa xạ đồng thời trong đó hóa chất phác đồ paclitaxel liposomes và cisplatin hàng tuần kết hợp phương pháp xạ ngoại IMRT hoặc VMAT. Nghiên cứu cho kết quả đáp ứng hoàn toàn của nhóm IMRT là 54,0%, VMAT là 64,1%. So sánh với nghiên cứu này, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn với p= 0,000 ở nhóm điều trị IMRT và p= 0,001 ở nhóm xạ VMAT. Cũng lưu ý, trong nghiên cứu của Xie chỉ áp dụng kết hợp hóa chất và xạ trị ngoài³. Trong

nước, năm 2017, tác giả Tô Anh Dũng nghiên cứu kết quả điều trị hóa xạ trị đồng thời trên bệnh nhân ung thư biểu mô vảy cổ tử cung giai đoạn IIB, IIIB cho thấy tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 64,8%, đáp ứng 1 phần là 13,8%, bệnh tiến triển là 1,4%, không thể đánh giá đáp ứng là 20,4%⁴. So với nghiên cứu này, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,000 < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với tỉ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Quang là 73,2% ($p = 0,014$).⁵

Khi phân tích các yếu tố liên quan đến tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn, chúng tôi nhận thấy Thể tích bia lâm sàng V-PTV45 bao gồm cả u và hạch của nhóm đáp ứng không hoàn toàn là $1691 \pm 360,2$ (cm^3) cao hơn khác biệt so với nhóm đáp ứng hoàn toàn là $1316,9 \pm 206,2$ (cm^3) với $p = 0,008$.

4.2. Một số độc tính cấp của phác đồ.

Khi đánh giá độc tính cấp của phác đồ trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy hệ tạo huyết chịu tác dụng phụ nhiều của hóa chất và xạ trị, tỉ lệ hạ huyết sắc tố, hạ bạch cầu đa nhân trung tính, hạ tiểu cầu tương ứng là 54,2%, 85,7% và 68,6%. Riêng hạ bạch cầu đa nhân trung tính, tỉ lệ hạ độ 3 chiếm 45,7%. Và khi phân tích sâu hơn chúng tôi thấy, tỉ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính càng tăng ở các đợt hóa chất cuối và mức độ càng nặng hơn. Ghi nhận của chúng tôi khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Quang có tỉ lệ hạ huyết sắc tố thấp hơn, tỉ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính và hạ tiểu cầu cao hơn.⁵

Tại thời điểm theo dõi 6 tháng, ngoài 1 bệnh nhân có biến chứng viêm ruột, không có bệnh nhân nào có viêm bàng quang, viêm trực tràng. Biến chứng hẹp âm đạo là gặp nhiều nhất, 57,1% số bệnh nhân hẹp âm đạo độ 1. Hẹp âm đạo vẫn là biến chứng thường gặp trong điều trị hóa xạ đồng thời UTCTC. Nhiều phân tích nhằm điều chỉnh đưa ra liều chiếu xạ thích hợp để cố gắng làm giảm biến chứng này. Báo cáo của Kirchheiner và cộng sự năm 2016 từ nghiên cứu EMBRACE cho thấy khi sử dụng liều xạ trị ngoài 45Gy thì biến chứng chít hẹp âm đạo độ 2 hoặc nặng hơn giảm từ 21% còn 14%⁶. Do nghiên cứu của chúng tôi kết thúc tại thời điểm sớm, chưa thể đánh giá và so sánh một cách đầy đủ các biến chứng muộn của xạ trị so với các nghiên cứu khác.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu can thiệp lâm sàng

không có nhóm đối chứng. Nghiên cứu được thực hiện chỉ tại một trung tâm, cách chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu nhỏ. Thời gian theo dõi cuối cùng tại thời điểm 6 tháng từ sau điều trị chưa thể đánh giá hết độc tính của phác đồ đặc biệt là các tác dụng phụ muộn và kéo dài của xạ trị cũng như kết quả điều trị theo thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống toàn bộ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hóa xạ trị đồng thời bằng kỹ thuật xạ ngoài VMAT kết hợp hóa chất phác đồ Cisplatin 40mg/m² hàng tuần sau đó xạ áp sát 3D trên nhóm bệnh nhân UTCTC giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng cho tỉ lệ đáp ứng cao 97,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 91,4%. Về độc tính, hệ tạo huyết chịu nhiều ảnh hưởng của hóa chất và xạ trị. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng kể từ khi kết thúc điều trị, biến chứng hẹp âm đạo là độc tính muộn thường gặp nhất có tỉ lệ cao.

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.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al.** The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2018;28(4):641-655. doi:10.1097/IGC.0000000000001216
3. **Xie M, Ding X, Chen A, et al.** Efficacy and Safety of Image-Guided Intensity-Modulated Radiation Therapy and Volumetric Modulated Arc Therapy Combined with Paclitaxel Liposomes and Cisplatin for Locally Advanced Stage IIB–IIIB Cervical Cancer: A Retrospective Study at a Single Center. *Med Sci Monit.* 2020;26. doi:10.12659/MSM.927563
4. **Tô Anh Dũng.** Đánh giá kết quả hóa xạ đồng thời ung thư biểu mô vảy cổ tử cung giai đoạn IIB, IIIB tại bệnh viện K. Published online 2017.
5. **Nguyễn Tiến Quang.** Nghiên cứu ứng dụng xạ trị áp sát suất liều cao kết hợp với xạ ngoài và cisplatin trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB-IIIB. Published online 2013.
6. **Kirchheiner K, Nout RA, Lindegaard JC, et al.** Dose-effect relationship and risk factors for vaginal stenosis after definitive radio (chemo)therapy with image-guided brachytherapy for locally advanced cervical cancer in the EMBRACE study. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol.* 2016; 118 (1): 160-166. doi: 10.1016/j.radonc. 2015.12.025