

bằng kháng histamine + corticoid số bn có triệu chứng giảm là 93,3%. Nhóm có triệu chứng nặng, rất nặng điều trị bằng kháng histamine số bn có triệu chứng giảm là 26,7%, điều trị bằng kháng histamine + corticoid số bn có triệu chứng giảm là 73,3%. Ta thấy ở nhóm có triệu chứng nhẹ, trung bình sau 5 ngày điều trị số bn khỏi gần như tương đương nhau. Vì vậy không có khuyến cáo điều trị kháng histamine + corticoid cho những bn có triệu chứng nhẹ, trung bình.

Nên điều trị kháng histamine + corticoid ở những bệnh nhân mày đay cấp nặng, rất nặng có các triệu chứng như phù quinck, khó thở kèm theo.

V. KẾT LUẬN

1. Mày đay cấp được coi là một trong những căn bệnh da liễu phổ biến do số lượng người mắc phải khá nhiều. Bệnh có thể điều trị khỏi nếu được can thiệp đúng cách, kịp thời. Ở một số trường hợp, mày đay cấp có thể phát triển nặng, kéo dài trên 6 tuần và diễn tiến sang mãn tính, tái phát liên tục rất khó điều trị. So với mày đay mãn tính, hầu hết các trường hợp mày đay cấp thường khởi phát đột ngột, diễn tiến nhanh chóng và có thể là biểu hiện của sốc phản vệ.

2. Trong những trường hợp mày đay cấp ở mức độ nhẹ, trung bình chỉ khuyến cáo điều trị bằng kháng histamine. Trường hợp mày đay nặng, rất nặng có các triệu chứng phù quinck, khó thở kèm theo nên điều trị bằng kháng histamine kết hợp corticoid.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Mày đay cấp cần được điều trị sớm, đúng phác đồ đặc biệt trong những trường hợp nặng, tránh để bệnh diễn tiến kéo dài có thể dẫn đến mày đay mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaplan AP** (2008), "Urticaria and angioedema", Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th ed, New York, McGraw-Hill, 2008, p. 339.
2. **Zweim B et al** (2000), "Sequential patterns of inflammatory events during developing and expressed skin late-phase reactions", J Allergy Clin Immunol 105: 776.
3. **Bernstein JA** (2005), "Chronic urticaria: an evolving story", Isr Med Assoc J 7(12): 774-7.
4. **Gaig P et al** (2004), "Epidemiology of urticaria in Spain", J Invest Allergol Immunol 14: 214.
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Trang** (2021), "Đánh giá hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng Desloratadin kết hợp Montelukast", Luận văn thạc sỹ y học, Bệnh viện Trung ương quân đội 108
6. **Phạm Công Chính** (2017), "Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh mày đay cấp vô căn bằng kháng Histamin H1 phối hợp với Histamin H2 tại khoa da liễu Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên".
7. **Nguyễn Hữu Sáu** (2011), "Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ bệnh mày đay điều trị nội - ngoại trú tại bệnh viện Da liễu Trung ương".
8. **Nguyễn Thị Vân** (2011), "Nhận xét đặc điểm bệnh mày đay và kết quả điều trị tại khoa Da liễu bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình".
9. **Nguyễn Thái Bình** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và một số nguyên nhân gây mày đay cấp vô căn".

PHÂN TÍCH SỐNG THÊM VÀ ĐỘ TÍNH PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT CẢM ỨNG THEO SAU HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN III/IV (M0)

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Văn Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả sống thêm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa được điều trị hóa chất cảm ứng phác đồ TCF, sau đó hóa xạ đồng thời tại bệnh viện K và đánh giá một số độc tính của phác đồ hóa xạ đồng thời. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc trên 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại

vùng chưa di căn xa (M0), được điều trị bằng hóa chất trước phác đồ TCF sau đó hoá xạ đồng thời phác đồ platinum tuần tại Bệnh viện K từ 01/2019 đến 12/2022. **Kết quả:** Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 13,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm là 62%, tại thời điểm 2 năm là 29%. Độc tính chủ yếu là hạ bạch cầu hạt, thường gặp độ 1-2; hạ bạch cầu hạt độ 3-4 gặp 4 trường hợp. Thiếu máu độ 3-4 gặp 4,2%. Hạ tiểu cầu độ 3 gặp 2,1% trường hợp. Độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu liên quan đến xạ trị, đa phần độ 1-2. Viêm miệng độ 3 gặp 6,4%; độ 4 gặp 2,1%. Khô miệng độ 3 gặp 4,2% và độ 4 gặp 2,1%. **Kết luận:** Hóa chất cảm ứng TCF theo sau hóa xạ đồng thời cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong điều trị ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa. Độc tính phác đồ hóa xạ

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

kiểm soát được.

Từ khoá: ung thư biểu mô vảy đầu cổ, tại chỗ-tại vùng, hóa chất cảm ứng TCF.

SUMMARY

ANALYZING THE SURVIVAL OUTCOME AND TOXICITY OF INDUCTION CHEMOTHERAPY FOLLOWED BY CONCURRENT CHEMORADIATION IN LOCALLY ADVANCED SQUAMOUS CELL HEAD AND NECK CANCER

Objective: Analyzing survival outcome of induction TCF-regimen chemotherapy followed by concurrent chemoradiation in patients with locally advanced squamous cell head and neck cancer at K Hospital and assessing several toxicities of concurrent chemoradiation. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 47 patients with locally advanced squamous cell head and neck cancer who were treated with induction TCF-regimen chemotherapy followed by weekly platinum-based concurrent chemoradiotherapy at K Hospital from 01/2019 to 12/2022. **Results:** Median progression-free survival was 13.5 months. The 1-year and 2-year progression-free survival were 62%; and 29%, respectively. The common hematologic toxicity was neutropenia, often grades 1-2, and grades 3-4 neutropenia was observed in 4 patients. Grade 4 anemia was reported in 4.2% and grade 3 thrombocytopenia was seen in 2.1%. Non-hematologic toxicities were likely to be associated with radiotherapy, mostly grades 1-2. Grades 3 and 4 mucositis rates were 6.4% and 2.1%, respectively. Grades 3 and 4 xerostomia were observed in 4.2% and 2.1%, respectively. **Conclusion:** Induction TCF-regimen chemotherapy followed by concurrent chemoradiation for the treatment of locally advanced squamous cell head and neck cancer had improved progression-free survival with a controllable profile of toxicities. **Keywords:** squamous cell head and neck cancer, locally advanced, induction TCF-regimen chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đầu cổ là một trong 10 loại ung thư phổ biến, thường gặp ở nam giới, lớn tuổi, có liên quan đến hút thuốc lá và uống rượu bia và tình trạng nhiễm HPV phổ biến ở các nước phương Tây và ngày càng tăng ở Việt Nam [1]. Điều trị ung thư đầu cổ phụ thuộc vào các yếu tố liên quan đến giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học và thể trạng bệnh nhân. Đối với giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa (M0), các phương pháp lựa chọn như hoá trị cảm ứng, hoá xạ đồng thời hoặc hoá trị bổ trợ cải thiện thời gian sống thêm, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng, nhưng tỷ lệ tiến triển và thất bại sau một thời gian theo dõi vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng [2]. Mặc dù hoá xạ đồng thời là điều trị chuẩn, nhưng hoá chất cảm ứng theo sau hoá xạ đồng thời đã được chứng minh

cải thiện sống thêm và độc tính chấp nhận được qua nhiều thử nghiệm lâm sàng pha 1-2 [3-7].

Thử nghiệm lâm sàng pha 3 (TAX-323 và TAX-324) so sánh phác đồ hoá chất cảm ứng TCF và phác đồ CF trong điều trị ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng (M0), kết quả nghiên cứu cho thấy phác đồ TCF cải thiện về thời gian sống thêm so với phác đồ CF [8,9]. Với hiệu quả được chứng minh, hiện tại hoá chất cảm ứng phác đồ TCF đã được đưa vào thực hành lâm sàng từ nhiều năm qua [10]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả phác đồ hoá chất cảm ứng TCF sau đó hoá xạ đồng thời trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ, do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Phân tích kết quả sống thêm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa được điều trị hóa chất cảm ứng phác đồ TCF, sau đó hóa xạ đồng thời tại bệnh viện K và đánh giá một số độc tính của phác đồ hóa xạ đồng thời.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn III/IV (M0) được điều trị hoá chất trước phác đồ TCF sau đó hoá xạ đồng thời phác đồ platinum tuần từ 01/2019 đến 12/2022.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô tế vảy vùng đầu cổ.
- Giai đoạn III hoặc IV (M0) theo AJCC 2017.
- Chưa điều trị trước đó.
- Bệnh nhân được điều trị hoá chất trước phác đồ TCF, sau đó điều trị hoá xạ đồng thời phác đồ platinum tuần.
- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG=0 – 1, không kể giới, tuổi >18.
- Có ít nhất 1 tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI,... theo tiêu chí đánh giá đáp ứng khối u RECIST 1.1.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh ung thư thứ 2.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Chức năng gan thận, tủy xương không cho phép điều trị hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính, mạn tính trầm trọng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc.

2.3. Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu tiến hành trên 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

nghiên cứu.

2.4. Phác đồ điều trị

Phác đồ TCF:

- Docetaxel 75mg/m² tĩnh mạch ngày 1
- Cisplatin 100mg/m² tĩnh mạch ngày 1
- Fluorouracil 750-1000mg/m² tĩnh mạch ngày 1-5

Dự phòng hạ bạch cầu sau hoá chất.

Bệnh ổn định hoặc đáp ứng một phần sẽ điều trị hoá xạ đồng thời phác đồ cisplatin 40mg/m² hoặc carboplatin AUC 1,5, hàng tuần trong thời gian xạ trị. Xạ trị liều 66-70Gy

Đối với trường hợp xu hướng tiến triển hoặc tiến triển không có di căn xa, chuyển hoá xạ đồng thời. Đối với trường hợp tiến triển di căn xa, chuyển điều trị hoá chất toàn thân kết hợp cetuximab hoặc pembrolizumab, hoặc điều trị chăm sóc triệu chứng.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Thông tin được thu thập từ hồ sơ qua bệnh án nghiên cứu đã thiết kế. Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng: trước điều trị và vào các thời điểm đánh giá, hoặc bất cứ khi nào nếu có triệu chứng bất thường. Đánh giá đáp ứng điều trị sau mỗi 3 chu kì hoặc khi có triệu chứng bất thường, đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

Độc tính được ghi nhận trong quá trình điều trị theo phân độ CTCAE 4.03.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: tính từ thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

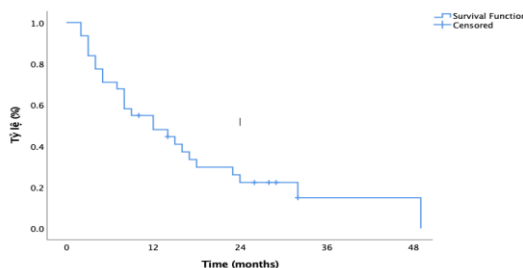
2.6. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, 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

Chúng tôi đánh giá trên 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ được điều trị hoá chất cảm ứng phác đồ TCF và theo sau hoá xạ đồng thời với kết quả sống thêm và độc tính như sau:

3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Bảng 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo các yếu tố

Yếu tố tiên lượng	Số BN	Thời gian PFS trung vị (tháng)	Giá trị p	
Giai đoạn bệnh	III	10	16,5	0,09
	IV	37	11,1	
Chỉ số toàn trạng	ECOG 0	18	15,4	0,088
	ECOG 1	29	10,2	
Độ mô học	I-II	35	13,2	0,181
	III	12	12,1	
Liều hoá chất cảm ứng	85-100%	42	16,3	0,099
	< 85%	5	12,4	
Liều xạ trị	> 60Gy	39	14,4	0,881
	< 60Gy	8	11,9	

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 13,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm là 62%, tại thời điểm 2 năm là 29%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với các yếu tố giai đoạn, ECOG, độ mô học, liều hoá chất và liều xạ trị.

3.2. Đánh giá độc tính của phác đồ hóa xạ đồng thời

Bảng 2: Đánh giá độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Tất cả độ		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%
Huyết sắc tố	15	31,9	1	2,1	1	2,1
Bạch cầu hạt	25	53,2	3	6,4	1	2,1
Sốt hạ BC	2	4,2	1	2,1	1	2,1
Tiểu cầu	10	21,3	1	2,1	0	0

Nhận xét: Độc tính chủ yếu là hạ bạch cầu hạt, thường gặp độ 1-2; hạ bạch cầu hạt độ 3-4 gặp 4 trường hợp. Thiếu máu độ 3-4 gặp 4,2%. Hạ tiểu cầu độ 3 gặp 2,1% trường hợp.

Bảng 3: Đánh giá độc tính ngoài hệ tạo huyết

Độc tính	Tất cả độ		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%
Tiêu chảy	6	12,8	0	0	0	0

Nôn	31	66,0	5	10,6	1	2,1
Buồn nôn	35	74,5	7	14,9	0	0
Tăng AST	10	21,3	1	2,1	0	0
Tăng ALT	6	12,8	1	2,1	0	0
Tăng bilirubin	7	14,9	0	0	0	0
Tăng creatinine	9	19,1	0	0	0	0
Tăng ure	11	23,4	0	0	0	0
Viêm da	47	100	4	8,5	0	0
Viêm miệng	47	100	3	6,4	1	2,1
Khô miệng	39	83,0	2	4,2	1	2,1
Cứng hàm	10	21,3	1	2,1	0	0
Hoại tử xương hàm	1	2,1	0	0	0	0

Nhận xét: Độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu liên quan đến xạ trị, đa phần độ 1-2. Viêm miệng độ 3 gặp 6,4%; độ 4 gặp 2,1%. Khô miệng độ 3 gặp 4,2% và độ 4 gặp 2,1%. Có 1 trường hợp hoại tử xương hàm.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ là một trong những ung thư thường gặp và tiên lượng xấu, điều trị khó khăn mặc dù phát hiện ở giai đoạn chưa di căn xa [2]. Điều trị chuẩn trong ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa là hoá xạ đồng thời, nhưng hoá chất cảm ứng theo sau hoá xạ đồng thời là lựa chọn trong nhiều trường hợp. Các nghiên cứu cho thấy, điều trị hóa chất cảm ứng theo sau hoá xạ đồng thời làm tăng tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát tại chỗ, tại vùng hơn so với hoá xạ đồng thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 13,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm là 62%, tại thời điểm 2 năm là 29%. Nghiên cứu TAX-324 điều trị hoá chất cảm ứng chu kỳ trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy đầu cổ, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị 71 tháng ở nhóm điều trị TCF, cao hơn so với 30 tháng ở nhóm điều trị CF. Ước lượng sống thêm thời điểm 3 năm của 2 nhóm lần lượt là 62% so với 48%. Nghiên cứu TAX-324 cũng ghi nhận lợi ích dưới nhóm và bệnh tiến triển là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong của bệnh nhân. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị ở nhóm TCF là 36 tháng, cao hơn nhóm điều trị CF là 13 tháng. Ước lượng sống thêm bệnh không tiến triển thời điểm 2 năm là 53% ở nhóm TCF, cao hơn nhóm CF là 42%. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 198 bệnh nhân thất bại tiến triển, trong đó 88 BN nhóm TCF và 110 BN nhóm CF, tỷ lệ thất bại tại chỗ, tại vùng của hai nhóm lần

lượt là 30% so với 38%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$, tỷ lệ di căn xa gặp 5% ở nhóm TCF, thấp hơn so nhóm CF là 9%, tuy nhiên không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,14$ [8]. Nghiên cứu TAX-323 sử dụng hoá chất cảm ứng phác đồ TCF hoặc CF 4 chu kỳ theo sau xạ trị đơn thuần trong ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ, phác đồ TCF giảm 28% tỷ lệ bệnh tiến triển hoặc tử vong so với nhóm điều trị CF. Thời gian bệnh không tiến triển trung vị giữa hai nhóm là 11 tháng so với 8,2 tháng, với tỷ số HR=0,72, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$. Ước lượng sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm của 2 nhóm là 48% so với 31%, tại thời điểm 2 năm là 25% so với 20%, tại thời điểm 3 năm lần lượt là 17% so với 14%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 18,8 tháng so với 14,5 tháng ở nhóm CF. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm của hai nhóm là 72% so với 55%, tại thời điểm 2 năm là 43% so với 32%, tại thời điểm 3 năm là 37% so với 26%. Phân tích về tỷ lệ tái phát, đa phần bệnh nhân tái phát tại chỗ, tại vùng [9]. Các nghiên cứu này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên thời gian sống thêm ở TAX-324 dài hơn so nghiên cứu của chúng tôi và kết quả của TAX-323.

Các nghiên cứu điều trị hoá xạ đồng thời phác đồ cisplatin 100mg/m² thường có tỷ lệ độc tính cao hơn so với phác đồ tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đã được điều trị hoá chất cảm ứng trước, tuy nhiên độc tính trong giai đoạn hoá xạ đồng thời tương đối thấp và chấp nhận được. Các tác dụng không mong muốn liên quan đến hoá trị như hệ tạo huyết tương đối thấp, chủ yếu độ 1-2, ít gặp độ 3 trở lên, chủ yếu là hạ bạch cầu và thiếu máu. Độc tính ngoài hệ tạo huyết liên quan hoá trị thường gặp như nôn, buồn nôn, rối loạn tiêu hoá, tuy nhiên chủ yếu độ 1-2. Đa phần các bệnh nhân điều trị phác đồ tuần kiểm soát tốt độc tính, bệnh nhân chủ yếu gặp độc tính liên quan đến xạ trị vùng đầu cổ như độc tính cấp (viêm da, viêm niêm mạc miệng,...) hoặc các độc tính mạn như xơ cứng da, khô miệng, hoại tử xương hàm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần gặp các độc tính liên quan xạ trị độ 1-2, trường hợp độ 3-4 ít gặp. Các bệnh nhân đều được thăm khám và kiểm tra khoang miệng trước điều trị, hướng dẫn tập luyện các bài tập nhằm hạn chế các tác dụng không mong muốn cấp và mạn tính. Nghiên cứu TAX-323 ghi nhận trong thời gian xạ trị, đa phần các bệnh nhân gặp viêm dạ dày (23,7% ở nhóm dùng TCF), và phối hợp với

viêm thực quản, nuốt đau [9]. Nghiên cứu TAX-324 ghi nhận trong thời gian hoá xạ đồng thời, độc tính chủ yếu hay gặp đó là viêm niêm mạc với tỷ lệ độ 3-4 là 37%. Tiếp đến là viêm thực quản 23%, nôn và buồn nôn ít gặp, dưới 10% [8].

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn III, IV (M0) được điều trị hoá chất cảm ứng phác đồ TCF theo sau là hoá xạ đồng thời platinum tuần, chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị 13,5 tháng và độc tính phác đồ hóa xạ đồng thời chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F. **Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.** CA Cancer J Clin 2021, 71, 209–249, doi:10.3322/caac.21660.
2. Nguyễn Văn Hiếu. **Ung Thư Học; Nhà xuất bản Y học, 2015;**
3. Schrijvers, D.; Van Herpen, C.; Kerger, J.; Joosens, E.; Van Laer, C.; Awada, A.; Van den Weyngaert, D.; Nguyen, H.; Le Bouder, C.; Castelijns, J.A.; et al. Docetaxel, Cisplatin and 5-Fluorouracil in Patients with Locally Advanced Unresectable Head and Neck Cancer: A Phase I-II Feasibility Study. Ann Oncol 2004, 15, 638–645, doi:10.1093/annonc/mdh145.
4. Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Tishler, R.B.; Fried, M.P.; Gomolin, H.I.; Amrein, P.; Nixon, A.; Lamb, C.; Costello, R.; Barton, J.; et al. Phase II Trial of Docetaxel, Cisplatin, Fluorouracil, and Leucovorin as Induction for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. J Clin Oncol 1999, 17, 3503–3511, doi:10.1200/JCO.1999.17.11.3503.
5. Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Tishler, R.B.; Lamb, C.C.; Fried, M.P.; Goguen, L.A.; Gopal, H.V.; Costello, R.; Read, R.; Adak, S.; et al. Phase I/II Trial of Outpatient Docetaxel, Cisplatin, 5-Fluorouracil, Leucovorin (OpTPFL) as Induction for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck (SCCHN). Am J Clin Oncol 2002, 25, 153–159, doi:10.1097/0000421-200204000-00010.
6. Haddad, R.I.; Posner, M.; Hitt, R.; Cohen, E.E.W.; Schulten, J.; Lefebvre, J.-L.; Vermorken, J.B. Induction Chemotherapy in Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: Role, Controversy, and Future Directions. Ann Oncol 2018, 29, 1130–1140, doi:10.1093/annonc/mdy102.
7. Posner, M.R.; Glisson, B.; Frenette, G.; Al-Sarraf, M.; Colevas, A.D.; Norris, C.M.; Seroskie, J.D.; Shin, D.M.; Olivares, R.; Garay, C.A. Multicenter Phase I-II Trial of Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil Induction Chemotherapy for Patients with Locally Advanced Squamous Cell Cancer of the Head and Neck. J Clin Oncol 2001, 19, 1096–1104, doi:10.1200/JCO.2001.19.4.1096.
8. Posner, M.R.; Hershock, D.M.; Blajman, C.R.; Mickiewicz, E.; Winquist, E.; Gorbounova, V.; Tjulandin, S.; Shin, D.M.; Cullen, K.; Ervin, T.J.; et al. Cisplatin and Fluorouracil Alone or with Docetaxel in Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2007, 357, 1705–1715, doi:10.1056/NEJMoa070956.
9. Vermorken, J.B.; Remenar, E.; van Herpen, C.; Gorlia, T.; Mesia, R.; Degardin, M.; Stewart, J.S.; Jelic, S.; Betka, J.; Preiss, J.H.; et al. Cisplatin, Fluorouracil, and Docetaxel in Unresectable Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2007, 357, 1695–1704, doi:10.1056/NEJMoa071028.
10. **National comprehensive cancer network (NCCN) NCCN Practice Guideline for Head and Neck Cancer, Version 2022; 2022;**

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC TÂY NGUYÊN NĂM 2012 -2014

Nguyễn Xuân Kiên¹, Nguyễn Văn Chuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng chăm sóc sức khỏe sinh sản của cộng đồng các dân tộc vùng Tây Nguyên năm 2012- 2014. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, dựa trên số liệu của 69 trạm Y tế xã thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên từ năm 2012-2014 về các chỉ tiêu chăm sóc

sức khỏe sinh sản cho bà mẹ và trẻ em. **Kết quả:** Thực trạng hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các tỉnh Tây Nguyên cho thấy số lượng sản phụ được khám thai có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ khám 1,2 và đủ 3 lần tương ứng tỷ lệ 33,3%, 32,3% và 34,4%. Phần lớn (87,4%) sản phụ được tiêm đủ 2 mũi vắc xin phòng uốn ván trước sinh. Tỷ lệ sản phụ sinh tại Trạm đạt thấp 27,6%. Tỷ lệ sản phụ được chuyển tuyến là 25,0%. Tỷ lệ sản phụ sinh tại nhà có nhân viên y tế giúp đỡ (kể cả bà đỡ/mụ vườn) 47,4%. Tỷ lệ được tiêm chủng đầy đủ chung là 90,8%. Tỷ lệ bà mẹ dưới 49 tuổi hiện đang áp dụng 1 biện pháp tránh thai hiện đại chung ở 5 tỉnh là 35,8%. **Kết luận:** Hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản tại vùng Tây Nguyên ngày

¹Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: nguyensexuankien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023