

mạch chiếm 5,1%, sau đó là biến cố tái NMCT và đột quỵ với tỉ lệ là 3,8%, cuối cùng là biến cố tử vong 2,6%.

5.2.2. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với các biến cố tim mạch chính. Các yếu tố như tuổi ≥ 75 , Killip ≥ 2 , RLLM có môi liên qua với các MACE sau can thiệp mạch vành ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông NT, Thành TT.** "Các biến cố tim mạch chính trong vòng 6 tháng ở bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành bằng stent phủ thuốc". tạp chí tim mạch học Việt Nam. 2016.
2. **Tuấn NQ.** "Can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp". Nhà xuất bản y học. 2011;256.
3. **Tuấn NQ, Quang NN, Linh ĐH.** "Nhồi máu cơ tim và hội chứng vành cấp". Bệnh học nội khoa

- tập 1. 2018:227-55.
4. **Danek BM.** "Effect of Lesion Age on Outcomes of Chronic Total Occlusion Percutaneous Coronary Intervention: Insights From a Contemporary US Multicenter Registry". can J Cardiol. 2016;32(12).
 5. **P; EMM, al LVe.** Predicting major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention: the Texas Heart Institute risk score. Am Heart J 2008;6(155):1068-74.
 6. **Sia C-H.** "Association between smoking status and outcomes in myocardial infarction patients undergoing percutaneous coronary intervention". Sci rep. 2021;1(11).
 7. **TEO KK.** "Cardiovascular Risk Factors and Prevention: A Perspective From Developing Countries". can J Cardiol. 2021;37(5).
 8. **Z G.** "The evolution of percutaneous coronary intervention: from balloons to drug eluting stents". Med Arh. 2002;61(2):35-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III BẰNG PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT PACLITAXEL CARBOPLATIN KẾT HỢP ĐỒNG THỜI VỚI XẠ TRỊ

Nguyễn Quang Trung¹, Nguyễn Khánh Toàn¹,
Phạm Thị Hường¹, Nguyễn Văn Nhật¹, Bùi Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị trên bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi tiến cứu trên 35 BN UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 3/2019 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66 \pm 7,3$, tỷ lệ nam/nữ = 6/1. 31/35 (88,6%) BN hoàn thành đủ liều xạ và chu kỳ hóa trị. Tỷ lệ đáp ứng chung 65,7%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85,7%. Thiếu máu gặp ở 14/35 BN (40%), chủ yếu độ 1. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính là 28,6%, chủ yếu là hạ bạch cầu độ 1 và độ 2 và không có BN hạ bạch cầu độ 4. Hạ tiểu cầu gặp ở 1 BN (2,9%), không có BN nào độ 3,4. Các độc tính không liên quan đến huyết học nói chung ở mức độ nhẹ độ 1, 2: viêm thực quản (37,2%), viêm da 25,7%, viêm phổi (20%), tăng men gan (11,4%), tăng creatinine (5,7%). **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel Carboplatin an toàn và hiệu quả tốt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III

Từ khóa: Paclitaxel Carboplatin, ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III.

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hường
Email: bshuonng2ub@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023
Ngày duyệt bài: 22.5.2023

SUMMARY

EVALUATING OF RESULTS OF THE TREATMENT OF STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH CHEMOTHERAPY PACLITAXEL CARBOPLATIN COMBINED WITH RADIATION THERAPY

Aims: To evaluate response and side effects of patients with stage III Non-small-cell lung cancer who were treated first-line by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy. **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 35 non-small cell lung cancer patients in stage III treated by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy from March 2019 to August 2022. **Results:** Median of age $66 \pm 7,3$, male/female: 6/1. 31/35 (88,6%) patients completed the full dose of chemotherapy and radiotherapy. Partial response was achieved in 23 patients (65,7%) and the rate of disease control is 85,7%. Anemia occurs in 14/35 patients (40%), mainly grade 1. The percentage of neutropenia is 28,6%, and there are no patients with grade 4 leukopenia, mostly grade 1, 2. Thrombocytopenia were observed in 1 (2,9%) patients, and no case of grade 3, 4. Non-hematologic toxicities were generally mild with grade 1, 2: esophagitis (37,2%), dermatitis (25,7%), pneumonia (20%). An increased level of elevated transaminases (11,4%), creatinine in blood (5,7%). **Conclusion:** Our finding shows that concurrent chemoradiotherapy with Paclitaxel Carboplatin regimen was safe and effective in grade III non-small cell lung cancer.

Keywords: Paclitaxel Carboplatin, non-small cell lung cancer, stage III

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo Globocan 2020, ước tính có khoảng 2,21 triệu người mắc mới (chiếm 11.4%) và 1,79 triệu người tử vong do ung thư phổi (chiếm 18%). Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong hàng năm do UTP là 20.710 ca chiếm 19,2% số ca tử vong do ung thư nói chung [1]. Theo phân loại tổ chức y tế thế giới WHO, UTP được chia thành hai nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80-85 % và UTP tế bào nhỏ.

Hiện nay hoá xạ trị đồng thời (HXTĐT) được xem là điều trị chuẩn cho BN UTPKTBN giai đoạn IIIA không mổ được hoặc giai đoạn IIIB, IIIC. HXTĐT có ưu thế về việc kiểm soát bệnh tại chỗ và di căn xa nhờ sự tương tác cùng lúc giữa hóa và xạ trị. Với nỗ lực tối ưu hóa kết quả điều trị, nhiều nghiên cứu đã xác định sự phối hợp paclitaxel - carboplatin đồng thời với xạ trị cho kết quả sống thêm tương tự nhưng với độc tính thấp hơn phác đồ hóa chất có chứa cisplatin [2].

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về điều trị UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được với các mô thức điều trị khác nhau như: hoá trị đơn thuần hoặc hoá - xạ trị đồng thời... với phương pháp điều trị HXTĐT áp dụng kỹ thuật PET/CT mô phỏng với phác đồ Paclitaxel-carboplatin cho tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 78,6%, 51,3% và 39,6% rất khả quan [3]. Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An HXTĐT là phương pháp điều trị chuẩn được áp dụng đối với BN giai đoạn III không mổ được, IIIB, IIIC nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị này vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá đáp ứng hóa xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III.

2. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 35 BN UTPKTBN giai đoạn III điều trị HXTĐT phác đồ Paclitaxel Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 3/2019 – tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán là UTPKTBN giai đoạn IIIA không mổ được, IIIB, IIIC.
- Chưa được điều trị đặc hiệu trước đó.

- Các tổn thương đích đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST.

- Tuổi \geq 18, thể trạng theo ECOG PS từ 0-1.
- Không có các bất thường về giải phẫu lồng ngực ảnh hưởng tới xạ trị.
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn bình thường.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại trừ các BN không đủ tiêu chuẩn trên.
- BN từ chối hợp tác, không theo dõi được.
- Tiền sử bị ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc.

2.2.2. Thu thập thông tin: Mỗi BN được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, dựa trên các thông tin hồi cứu từ bệnh án được lưu trữ.

2.2.3. Các bước tiến hành:

- Đánh giá lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) trước điều trị

- Đánh giá TNM từ đó phân loại giai đoạn theo AJCC 8th, chẩn đoán mô bệnh học theo WHO

- Điều trị hóa chất theo phác đồ:

Paclitaxel 45-50mg/m² da truyền tĩnh mạch ngày 1

Carboplatin AUC2 truyền tĩnh mạch ngày 1

Lặp lại mỗi tuần với 6 chu kỳ hóa chất

- Xạ trị được tiến hành đồng thời với hóa trị tổng liều 60-66Gy chia thành 5 phân liều/tuần, mỗi phân liều 2Gy.

- Trong suốt quá trình HXTĐT, BN sẽ được khám LS, xét nghiệm máu sau mỗi tuần điều trị hoá trị và xạ trị. Nếu BN không có diễn biến bất thường BN sẽ được điều trị hết liệu trình được đặt ra và đánh giá lại đáp ứng sau khi kết thúc 1 tháng HXTĐT. Nếu trong quá trình HXTĐT bệnh tiến triển sẽ dừng điều trị HXTĐT, chúng tôi ghi nhận các độc tính liên quan tới hoá trị và xạ trị, BN sẽ được điều trị theo hướng dẫn lâm sàng UTP. Sau khi kết thúc HXTĐT 1 tháng BN sẽ được đánh giá lại đáp ứng dựa trên khám LS, các xét nghiệm CLS. Đánh giá đáp ứng (bệnh đáp ứng hoàn toàn, một phần hoặc giữ nguyên, bệnh tiến triển sau điều trị), ghi nhận các độc tính liên quan đến điều trị.

Trong trường hợp bệnh tiến triển trong khi HXTĐT sẽ tiến hành đánh giá lại toàn trạng, ghi nhận độc tính và tiến hành điều trị theo hướng dẫn thực hành lâm sàng điều trị UTPKTBN theo hướng dẫn thực hành tại thời điểm đó.

- Đánh giá đáp ứng thực thể: dựa theo tiêu chuẩn RECIST.

- Tác dụng không mong muốn của Pemetrexed Carboplatin: dựa vào phân độ của WHO và Viện Ung thư Hoa Kỳ NCI – CTCAE

2.2.4. Phương pháp xử trí phân tích số

liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	<60	7	20
	60-69	15	42.9
	≥70	13	37.1
Tình trạng BN theo ECOG	PS=0	5	14.3
	PS=1	30	85.7
Giai đoạn	IIIA không PT được	9	25.7
	IIIB	16	45.7
	IIIC	10	28.6
Mô bệnh học	UTBM tuyến	18	51.4
	UTBM vảy	12	34.3
	UTBM tuyến vảy	1	2.9
	UTBM loại khác	4	11.4

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 66 ± 7.3 tuổi. Tuổi lớn nhất 83, nhỏ nhất là 51 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất 60-69 chiếm 42,9 %. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,7%, nữ giới là 14,3%, tỷ lệ nam/nữ = 6/1. Tất cả BN đều có chỉ số toàn trạng tốt, trong đó PS=0 chiếm 14,3% và PS=1 chiếm 85,7%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 51,4% UTBM tuyến, 34,3% UTBM vảy, 2,9% UTBM tuyến vảy và 11,4% UTBM loại khác. Giai đoạn bệnh là một trong những yếu tố quan trọng nhằm tiên lượng điều trị đồng thời tiên lượng thời gian sống còn cho BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25,7% BN giai đoạn IIIA, 45,7% BN giai đoạn IIIB và giai đoạn IIIC là 28,6%.

3.2. Đáp ứng điều trị:

3.2.1. Đặc điểm về liều xạ trị và hóa trị

Bảng 3.3. Đặc điểm liều xạ và hóa trị

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %	
Chu kỳ hóa chất	6 chu kỳ	31	88.6
	< 6 chu kỳ	4	11.4
Liều xạ	≥ 60Gy	31	88.6
	< 60Gy	4	11.4

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 88,6% BN điều trị đủ liều xạ trị ≥ 60 Gy, và có 2 BN (5,7%) BN phải ngắt quãng quá trình điều trị xạ trị và không điều trị đủ kế hoạch xạ trị do ảnh hưởng của tác dụng phụ viêm thực độ 2 hoặc do viêm phổi độ 2 dẫn tới BN tự dừng điều trị. Có 2 BN (5,7%) tiến triển trong quá trình điều trị và

kết quả là liều xạ trị < 60 Gy. Ghi nhận liều xạ thấp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 28Gy. Trong nghiên cứu của Belani và cộng sự (2005) ghi nhận tỷ lệ BN điều trị đủ liều xạ trị là 81%, kết quả này tương đương trong nghiên cứu của chúng tôi [4].

Trong số 35 BN nghiên cứu, có 31 BN điều trị đủ 6 chu kỳ hoá trị chiếm 88,6%; có 4 BN không điều trị đủ 6 chu kỳ hoá trị, chiếm 11,4%. Không ghi nhận trường hợp BN phải giảm liều điều trị. Giải thích cho việc điều trị không đủ số chu kỳ hoá trị đặt ra do: 2 BN (5,7%) tiến triển trong quá trình điều trị nên phải thay đổi phác đồ điều trị. 1 BN viêm thực quản độ 2, 1 BN viêm phổi độ 2 là 2,9%, các độc tính này ảnh hưởng đến liệu trình điều trị, gây khó chịu dẫn đến các BN tự ngừng điều trị. Trong nghiên cứu với thiết kế tương tự, Belani (2005) ghi nhận tỷ lệ hoàn thành đủ chu kỳ hoá trị là 70%, để giải thích cho lý do không hoàn thành đủ liệu trình điều trị, tác giả ghi nhận các lý do: bệnh tiến triển, thể trạng BN kém, biến chứng liên quan đến điều trị [4].

3.2.2. Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3.3. Tỷ lệ đáp ứng

Đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	23	65.7
Bệnh giữ nguyên	7	20.0
Tiến triển	5	14.3
Tổng	35	100

HXTĐT là phương pháp điều trị chuẩn, đem lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư phổi giai đoạn III. BN được hưởng lợi từ phác đồ với tỷ lệ kiểm soát bệnh cao và độc tính chấp nhận được cho bệnh nhân. Trong số 35 BN nghiên cứu sau khi kết thúc HXTĐT không có trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn, có 23 BN (65,7%) đạt đáp ứng một phần, 7 BN (20%) bệnh giữ nguyên, 5 BN (14,3%) tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR – Disease Control Rate, bao gồm tỷ lệ BN có đáp ứng một phần và tỷ lệ BN có bệnh ổn định) trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,7%. Tỷ lệ này cũng tương tự với kết quả của tác giả Lê Thị Yến trên 70 BN tỷ lệ kiểm soát bệnh là 82,9%[5]. Trong nghiên cứu của Vũ Hữu Khiêm và cộng sự ghi nhận tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90,5%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 28,6%, đáp ứng một phần 59,5%, bệnh giữ nguyên 2,4%; có 9,5% bệnh tiến triển [3]. Trong một nghiên cứu tương tự về phác đồ điều trị các bệnh nhân trên 70 tuổi ở Nhật Bản trong thời gian từ 2004-2013, Jumpei Takeshita và cộng sự ghi nhận tỷ lệ đáp ứng khách quan là 90%, tỷ lệ

kiểm soát bệnh là 95% [6].

3.2.3. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Bảng 3.4. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Yếu tố	Tình trạng đáp ứng	Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Giới	Nam	18	60.0	12	40.0	30	100	0.141
	Nữ	5	100.0	0	0	5	100	
Tuổi	<60	4	57.1	3	42.9	7	100	0.670
	≥60	19	67.9	9	32.1	28	100	
Mô bệnh học	Tuyến	10	55.6	8	44.4	18	100	0.313
	Vảy	8	66.7	4	33.3	12	100	
	Khác	5	100	0	0	5	100	
Giai đoạn bệnh	IIIA	7	77.8	2	22.2	9	100	0.193
	IIIB	9	56.2	7	43.8	16	100	
	IIIC	7	70.0	3	30.0	10	100	
Liều xạ	<60Gy	0	0	4	100.0	4	100	0.009
	≥ 60 Gy	23	74.2	8	25.8	31	100	
Số chu kỳ hóa trị	6	23	74.2	8	25.8	31	100	0.009
	< 6	0	0	4	100.0	4	100	

Trong các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị, chúng tôi nhận thấy nhóm BN nhận 6 chu kỳ hóa trị và xạ ≥ 60Gy có tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với nhóm BN không hoàn thành đủ 6 chu kỳ hóa trị và xạ <60Gy. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,009$. Theo các nghiên cứu khác, việc nâng liều xạ là một biện pháp quan trọng để tăng cường kiểm soát tổn thương tại chỗ, tại vùng. Bởi trong các nghiên cứu cho thấy nếu liều xạ dưới 60 Gy thì việc kiểm soát bệnh tại chỗ rất thấp. Theo Le Chevalier và cộng sự (1991) đã tiến hành một nghiên cứu về nội soi phế quản sinh thiết tổn thương sau xạ trị với liều 60 Gy đã cho thấy 80% trường hợp còn tế bào ác tính [7]. Rengan và cộng sự khi phân tích việc tăng liều xạ đối với BN UTPKTBN giai đoạn III đã nhận thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ giảm xuống khi liều xạ trên 64 Gy, với liều xạ này vẫn đảm bảo an toàn cho cơ quan lành xung quanh đồng thời kiểm soát được khối u [8].

Khi phân tích mối liên quan giữa thể mô bệnh học và đáp ứng điều trị, chúng tôi nhận thấy nhóm UTBM tuyến, vảy và UTBM khác có tỷ lệ đáp ứng điều trị lần lượt là 55.6%, 66.7% và 100%. Tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,313$. Về giai đoạn, không có khác biệt mang ý nghĩa thống kê tỷ lệ đáp ứng giữa BN giai đoạn IIIA, IIIB và IIIC trong nghiên cứu của chúng tôi, $p=0,193$. Tác giả Lê Thị Yến (2019) ghi nhận yếu tố kích thước khối u ban đầu ảnh hưởng đến kết quả đáp ứng [5]. Ngoài ra, về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng nam và nữ, với $p=0,141$. Về tuổi, cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng giữa hai nhóm tuổi trên và dưới 60, với $p=0,670$. Kết quả này tương tự với tác giả khác [5].

3.3. Tác dụng không mong muốn:

3.3.1. Trên hệ tạo huyết

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết	Độ									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	19	54.3	5	14.3	10	28.6	1	2.9	0	0
Giảm bạch cầu hạt	25	71.4	7	20.0	3	8.6	0	0	0	0
Giảm huyết sắc tố	21	60.0	11	31.4	3	8.6	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	34	97.1	0	0	1	2.9	0	0	0	0

Điều trị UTPKTBN giai đoạn III với mục tiêu điều trị triệt căn là một mục tiêu rất quan trọng. Độc tính hay tác dụng không mong muốn của điều trị cũng là một yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến lộ trình điều trị của bệnh nhân. Khi điều trị hóa xạ trị đồng thời không chỉ tiêu diệt các tế bào ung thư mà cũng tiêu diệt luôn những tế

bào lành, do đó tác dụng không mong muốn luôn là một trong những vấn đề quan tâm hàng đầu khi. Một số bệnh nhân có thể nguy hiểm đến tính mạng nếu tác dụng không mong muốn không được phát hiện và xử trí kịp thời. Ngoài ra, với những bệnh nhân dung nạp thuốc kém do nhiều tác dụng không mong muốn, bác sĩ lâm

sàng cần phải cân nhắc việc giảm liều và trì hoãn liệu trình điều trị, thậm chí ngừng điều trị vì tác dụng phụ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số 35 bệnh nhân sau khi điều trị ghi nhận các độc tính bao gồm: 43.7% bệnh nhân có giảm số lượng bạch cầu, giảm huyết sắc tố là 40% bệnh nhân và hạ tiểu cầu là 2.9% bệnh nhân. Trong số bệnh nhân hạ huyết sắc tố chủ yếu gặp bệnh nhân hạ độ 1 chiếm 78.6%, không ghi nhận trường hợp hạ độ 3 và độ 4. Hơn nữa, không có bệnh nhân nào phải truyền khối hồng cầu. Liên quan tới hạ bạch cầu, có 43.7% bệnh nhân hạ bạch cầu, đa số là độ 1 và độ 2, hạ bạch cầu độ 3 có 1 trường hợp chiếm 2.9% và không có hạ bạch cầu độ 4. Hạ bạch cầu trung tính gặp ở

28.6 % bệnh nhân ở mức độ nhẹ độ 1 và độ 2. Hạ tiểu cầu gặp trên 1 bệnh nhân (2.9%) ở độ 2. So sánh với tác giả Vũ Hữu Khiêm cho thấy, tỷ lệ giảm bạch cầu là 52,4%, giảm huyết sắc tố là 66,7%, không có trường hợp nào giảm huyết sắc tố độ 3, 4; hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3, 4 chỉ chiếm 11,9% [3]. Trong nghiên cứu tương tự, tác giả Belani (2005) ghi nhận tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3, 4 là 51% trong đó hạ bạch cầu hạt độ 3, 4 là 26%, hạ tiểu cầu độ 3, 4 là 12% [4]. Như vậy, so với các nghiên cứu thì độc tính trên hệ tạo huyết của chúng tôi thấp hơn, đồng thời độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ độ 1, độ 2, hiếm gặp độc tính độ 3 trở lên.

3.3.2. Ngoài hệ tạo huyết

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết	Độ									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tăng men gan	31	88.6	2	5.7	2	5.7	0	0	0	0
Tăng creatinin	33	94.3	2	5.7	0	0	0	0	0	0
Mệt mỏi/chán ăn	9	29.7	26	71.3	0	0	0	0	0	0
Nôn/ buồn nôn	5	14.3	22	62.9	8	22.9	0	0	0	0
Viêm da	26	74.3	7	20.0	2	5.7	0	0	0	0
Viêm phổi	28	80.0	6	17.1	1	2.9	0	0	0	0
Viêm thực quản	22	62.8	12	34.3	1	2.9	0	0	0	0

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 13 bệnh nhân chiếm 37.2% viêm thực quản trong đó có 12 bệnh nhân (34.3%) viêm thực quản độ 1 và 1 bệnh nhân (2.9%) viêm thực quản độ 2. Ghi nhận 1 trường hợp viêm thực quản độ 2 chiếm 2,9%, bệnh nhân tự ngưng điều trị. Kết quả này thấp hơn với các nghiên cứu của Bùi Công Toàn và cộng sự (2014) khi ghi nhận 55,1% trường hợp viêm thực quản, Lê Thị Yến (2019) ghi nhận 51,4% [5], [9]. Hơn nữa, tỷ lệ viêm thực quản độ 3/4 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn của Bùi Công Toàn cùng cộng sự ghi nhận 14,3% viêm thực quản độ 3. Có thể là do được phát hiện và điều trị sớm các trường hợp viêm thực quản mức độ nhẹ.

Cùng với viêm thực quản thì viêm phổi là một trong hai biến chứng nặng sau điều trị có thể ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng sống, ảnh hưởng tới liệu trình điều trị của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm phổi sau xạ trị chiếm tỷ lệ 20%, tuy nhiên không ghi nhận trường hợp nào bị viêm phổi độ 3. Tổng kết một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy các độc tính này đều giới hạn ở mức độ cho phép điều trị. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác như của Vũ Hữu Khiêm (2017) ghi nhận 28,6% trường hợp viêm phổi [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 25.7%, tuy nhiên chủ yếu là độ 1, các bệnh nhân đa số chỉ có dấu hiệu ban mờ đỏ hoặc nhạt tại vị trí xạ trị, sau đó xuất hiện bong tróc các lớp sừng phía trên, chỉ có 5.7% các trường hợp còn lại xuất hiện diện tia xạ bóng đỏ, tróc da, rỉ dịch viêm ở độ 2, các bệnh nhân này được hướng dẫn chăm sóc vệ sinh vùng tia xạ hàng ngày và tạm thời dừng xạ trị, khi có dấu hiệu dần hồi phục thì chỉ định điều trị tiếp tục. Theo Jiang và cộng sự, , trong một phân tích hồi cứu trên các bệnh nhân UTPKTBN được điều trị bằng IMRT, tỷ lệ viêm da độ 3 trở lên là 8% [10].

Nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có 11.4% tăng men gan nhưng đều ở mức độ nhẹ độ 1 và độ 2. 2 trường hợp bệnh nhân tăng creatinine (5.7%) liên quan đến điều trị, các độc tính này không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị của bệnh nhân. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hữu Khiêm (2017) khi ghi nhận 28,6% bệnh nhân tăng men gan và 4,8% bệnh nhân tăng creatinine [3].

IV. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình 66 ± 7.3, tỷ lệ nam/nữ = 6/1. Bệnh nhân giai đoạn IIIA, chiếm 25,7%; 45.7% giai đoạn IIIB và 28.6 % giai đoạn IIIC. Tỷ lệ hoàn thành liều xạ và chu kỳ

hóa trị đạt 88.6%. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 65.7%. Không có trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 85.7%. Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng đáp ứng và liều xạ cũng như số chu kỳ hóa trị. Thiếu máu chiếm tỷ lệ 40% bệnh nhân, chủ yếu độ 1. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính 28.6 %, bệnh nhân ở mức độ nhẹ độ 1, độ 2. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 2 gặp ở 1 bệnh nhân (2.9%). Viêm thực quản 37.2%, viêm phổi 20%, viêm da 25.7% chủ yếu độ 1,2. Tăng men gan gặp ở 11,4% số bệnh nhân, đều ở mức độ nhẹ (độ 1, 2). Tăng creatine máu gặp ở 2 bệnh nhân, chiếm 5.7% số bệnh nhân (độ 1).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel R L** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. 71 (3), 209-249.
2. **Kelly K, Crowley J, Bunn P A, Jr., et al** (2001). Randomized phase III trial of paclitaxel plus carboplatin versus vinorelbine plus cisplatin in the treatment of patients with advanced non-small-cell lung cancer: a Southwest Oncology Group trial. J Clin Oncol, 19 (13), 3210-3218.
3. **Vũ Hữu Khiêm** (2017). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa - xạ trị và kỹ thuật PET/CT mô phỏng, Đại học Y Hà Nội.
4. **Belani C P, Choy H, Bonomi P, et al** (2005).

- Combined chemoradiotherapy regimens of paclitaxel and carboplatin for locally advanced non-small-cell lung cancer: a randomized phase II locally advanced multi-modality protocol. J Clin Oncol, 23 (25), 5883-5891.
5. **Yến L T** (2019). Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, Luận án Tiến Sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 6. **Takeshita J, Masago K, Fujita S, et al** (2014). Weekly administration of paclitaxel and carboplatin with concurrent thoracic radiation in previously untreated elderly patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: A case series of 20 patients. Mol Clin Oncol, 2 (3), 454-460.
 7. **Le Chevalier T, Arriagada R, Quoix E, et al** (1991). Radiotherapy alone versus combined chemotherapy and radiotherapy in nonresectable non-small-cell lung cancer: first analysis of a randomized trial in 353 patients. J Natl Cancer Inst, 83 (6), 417-423.
 8. **Rengan R, Rosenzweig K E, Venkatraman E, et al** (2004). Improved local control with higher doses of radiation in large-volume stage III non-small-cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 60 (3), 741-747.
 9. **Bùi công Toàn T V T v c s** (2014). Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa - xạ trị đồng thời. Tạp chí y học thực hành,
 10. **Jiang Z Q, Yang K, Komaki R, et al** (2012). Long-term clinical outcome of intensity-modulated radiotherapy for inoperable non-small cell lung cancer: the MD Anderson experience. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 83 (1), 332-339.

THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN CỦA PHỤ NỮ TỪ 20-49 TUỔI TẠI HUYỆN NGHĨA HƯNG, TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Trần Thị Nhi¹, Lê Thế Trung¹, Vũ Thị Ân¹,
Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả khẩu phần ăn; thói quen ăn uống của phụ nữ 20-49 tuổi tại 2 xã của huyện Nghĩa Hưng, tỉnh Nam Định. Tổng số 193 phụ nữ 20-49 tuổi được phỏng vấn bằng phiếu hỏi và đánh giá khẩu phần ăn bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua. Năng lượng khẩu phần trung bình đạt 2017,8 Kcal/ngày đáp ứng 87,8% theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị với tỷ lệ Protein: Lipid: Glucid là 17,5: 16,8: 65,7. Các chất dinh dưỡng trong khẩu phần về protein: 87,8 g/ngày, lipid: 37,3 g/ngày, glucid: 331,9 g/ngày, canxi: 681,7 mg/ngày, sắt: 15,6 mg/ngày, kẽm: 13,4 mg/ngày. Tỷ lệ Ca/P; lượng vitamin B2 và

canxi, sắt, kẽm của khẩu phần thực tế của phụ nữ cơ bản đều chưa đáp ứng đủ theo nhu cầu khuyến nghị. Kết luận: Khẩu phần ăn 24 giờ thiếu cân đối về hàm lượng vitamin, khoáng chất trong khẩu phần ăn, đáp ứng thiếu vi chất dinh dưỡng còn cao so với khuyến nghị. Cần tiến hành các hoạt động truyền thông, giáo dục dinh dưỡng nhằm thay đổi nhận thức, thực hành dinh dưỡng của phụ nữ. **Từ khóa:** khẩu phần, dinh dưỡng, phụ nữ 20-49 tuổi

SUMMARY

THE SITUATION OF THE COUNTRY OF WOMEN FROM 20-49 YEARS OLD IN NGHIA HUNG DISTRICT, NAM DINH PROVINCE IN 2020

Descriptive study of dietary intake; Eating habits of women aged 20-49 years old in 2 communes of Nghĩa Hưng district, Nam Dinh province. A total of 193 women aged 20-49 years were interviewed using questionnaires and their dietary intake was assessed

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhi

Email: mainhi.tran97@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023