

- https://apps.who.int/iris/handle/10665/42941
2. **Wullstein H.** THEORY AND PRACTICE OF TYMPANOPLASTY: The Laryngoscope. 1956; 66(8):1076-1093. doi:10.1288/00005537-195608000-00008
  3. **Cao Minh Thành.** Phẫu thuật nội soi vá nhĩ: Kết quả và kinh nghiệm thực tiễn. Tạp chí Y học Việt nam; 2012;393;(tháng 5, số 1):76-79.
  4. **Huy NH, Trang NT, Huệ NT, Hằng ĐT.** KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÁ NHĨ UNDERLAY ĐƯỜNG ỐNG TAI. tmh. 2023;(2):77-81.
  5. **Marchioni D, Gazzini L, De Rossi S, et al.** The Management of Tympanic Membrane Perforation With Endoscopic Type I Tympanoplasty. Otol Neurotol. 2020;41(2):214-221. doi:10.1097/MAO.0000000000002465
  6. **Tseng CC, Lai MT, Wu CC, Yuan SP, Ding YF.** Comparison of endoscopic transcanal myringoplasty and endoscopic type I tympanoplasty in repairing medium-sized tympanic perforations. Auris Nasus Larynx. 2017; 44(6):672-677. doi:10.1016/j.anl.2016.12.007
  7. **Singh B, Pal P, Osahan HS, Sood AS.** Endoscopic Type I Tympanoplasty in 70 Patients with Chronic Otitis Media: A Preliminary Report. Philippine Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2021;36(2):13-13. doi:10.32412/pjohns.v36i2.1793

## KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 TRÊN BẢNG KỸ THUẬT ĐIỀU BIẾN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Trần Xuân Yên<sup>1</sup>, Võ Văn Xuân<sup>2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>3</sup>,  
Nguyễn Việt Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản 1/3 trên bảng xạ trị điều biến liều kết hợp hóa chất phác đồ CF tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 40 bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 trên giai đoạn II-IVa tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 4/2019 đến 6/2023. **Kết quả:** Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 57,98 ± 7,69 tuổi, 97,5% là nam giới, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn II là 15%, giai đoạn III là 30%, giai đoạn IVa là 55%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ đồng thời là 27,5%, sau toàn bộ quá trình điều trị là 40%, có 01 bệnh nhân tiến triển di căn gan. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 18,81 ± 2,06 tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động từ 14,79 tháng đến 22,84 tháng. OS liên quan có ý nghĩa thống kê với đáp ứng sau điều trị p<0,05 và sự khác biệt về OS giữa các giai đoạn bệnh không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Độc tính tác dụng phụ của phác đồ chủ yếu độ 1, độ 2, không có trường hợp nào độc tính nghiêm trọng. **Kết luận:** Điều trị ung thư thực quản 1/3 trên bảng phác đồ xạ trị IMRT kết hợp hóa chất CF cho kết quả điều trị tương đối cao và độc tính thấp.

**Từ khóa:** Ung thư thực quản 1/3 trên, xạ trị điều biến liều, phác đồ Cis-5FU, hóa xạ đồng thời

### SUMMARY

#### RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY BY INTENSITY MODULATED RADIATION THERAPY FOR

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

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023

### TREATING UPPER THIRD ESOPHAGEAL CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of treatment for upper third esophageal cancer using a combined intensity modulated radiation therapy (IMRT) and CF chemotherapy regimen at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive retrospective study was conducted on 40 patients with stage II-IVa upper third esophageal cancer at Nghe An Oncology Hospital from April 2019 to June 2023. **Results:** The patients in the study had a mean age of 57.98 ± 7.69 years, with 97.5% being male. The percentage of patients in stage II, stage III, and stage IVa of the disease was 15%, 30%, and 55% respectively. The complete response rate after concurrent chemoradiotherapy was 27.5%, and the overall treatment process resulted in a response rate of 40%. There was one patient who experienced liver metastasis. The average overall survival (OS) was 18.81 ± 2.06 months, with a 95% confidence interval ranging from 14.79 months to 22.84 months. The OS was statistically significant in relation to treatment response (p<0.05), but the difference in OS between disease stages was not statistically significant (p>0.05). The toxicity of the treatment regimen was mainly grade 1 and grade 2, and there were no cases of severe toxicity. **Conclusion:** Treatment of upper third esophageal cancer with IMRT and CF chemotherapy regimen resulted in relatively high treatment efficacy and low toxicity.

**Keywords:** Upper third esophageal cancer, intensity modulated radiation therapy (IMRT), Cis-5FU regimen, concurrent chemoradiotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một trong 10 loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới. Tại Việt Nam, UTTQ đứng thứ 14 với hơn 3.000 ca mắc mới mỗi năm và đứng thứ 9 về số ca tử

vong [1].

Xu hướng điều trị UTTQ hiện nay là điều trị đa mô thức. Đối với giai đoạn sớm, phẫu thuật là phương pháp có vai trò chính. Đối với giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng điều trị chính là hóa xạ trị đồng thời (HXĐT), đặc biệt là đối với UTTQ 1/3 trên, phẫu thuật rất khó khăn, nguy cơ tai biến liên quan đến phẫu thuật cao [2]. Theo các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy rằng điều trị HXĐT kết hợp hóa chất bổ trợ cho kết quả điều trị tốt. Kỹ thuật IMRT là kỹ thuật xạ trị tiên tiến, cho phép tập trung liều lượng xạ trị vào khối u, hạn chế tốt đa liều xạ vào các cơ quan lành. Xạ trị IMRT cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng tốt hơn và biến chứng tác dụng phụ thấp hơn so với phương pháp xạ trị thông thường [3].

Hiện nay, tại Nghệ An chưa có nghiên cứu nào về xạ trị IMRT ung thư thực quản 1/3 trên được thực hiện. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn đánh giá kết quả điều trị, giúp cải thiện, nâng cao chất lượng điều trị tại cơ sở thực hành, đóng góp vào bức tranh nghiên cứu khoa học chung về điều trị UTTQ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân UTTQ 1/3 trên giai đoạn II-IVa (AJCC 2017 – TNM 8th), điều trị HXĐT triệt căn, xạ trị kỹ thuật IMRT, hóa chất phác đồ CF tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 4/2019 đến 6/2023.

### • Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân UTTQ 1/3 trên được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.
- Bệnh nhân được điều trị HXĐT, phác đồ CF, xạ trị kỹ thuật IMRT
- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-2
- Chức năng huyết học, gan, thận bình thường.
- Có hồ sơ bệnh án và thông tin liên lạc đầy đủ

### • Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTQ 1/3 giữa, 1/3 dưới, nhiều vị trí, tái phát
- UTTQ có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý ung thư khác, các bệnh lý cấp tính trầm trọng.
- Bệnh nhân bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

### 2.2.2. Các bước tiến hành

- Mở thông dạ dày nuôi dưỡng. Bệnh nhân

nuốt nghẹn độ III trở lên, sụt cân > 10% trong thời gian 1 tháng được mở thông dạ dày nuôi dưỡng trước khi hóa xạ trị.

- *Hóa trị:* Hoá chất phác đồ CF, Cisplatin: 75 mg/m<sup>2</sup> da, truyền tĩnh mạch ngày 1. 5FU: 1000mg/m<sup>2</sup> da, truyền tĩnh mạch ngày 2-5. Chu kỳ 28 ngày x 4 chu kỳ (tuần 1, tuần 5, tuần 9 và tuần 13). Bệnh nhân được xạ trị ngay sau truyền hóa chất 2 giờ.

- *Xạ trị.* Kỹ thuật xạ trị IMRT trên hệ thống máy xạ trị gia tốc tuyến tính đa mức năng lượng của hãng Elekta. Liều xạ trị 50.4Gy/28 ngày, thực hiện 5 ngày/tuần.

**2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Nhập số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Đánh giá liên quan giữa các biến nghiên cứu bằng Fisher's exact test.

Đánh giá OS bằng phương pháp Kaplan – Meier. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự đồng ý thực hiện của Hội đồng khoa học Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tuổi

**Bảng 3.1: Tuổi**

Tuổi	n	%
< 40	1	2,50
40-49	4	10,00
50-59	16	40,00
60-69	17	42,50
> 70	2	5,00
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>
Dmean ± SD (Min – Max)	57,98 ± 7,69 (34-71)	

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 57,98 ± 7,69 tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 60-69 tuổi chiếm 42,50%, xếp thứ 2 là độ tuổi từ 50-59 tuổi, chiếm 40%. Các nhóm tuổi <40 tuổi, 40-49 tuổi, > 70 tuổi lần lượt chiếm 2,50%, 10,00% và 5,00%.

### 3.2. Giới

**Bảng 3.2: Giới**

Giới	n	%
Nam	39	97,50
Nữ	1	2,50
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** Trong tổng số 40 bệnh nhân, có 39 bệnh nhân là nam giới chiếm 97,50% và chỉ có 1 bệnh nhân là nữ giới chiếm 2,50%.

### 3.3. Đặc điểm mô bệnh học

**Bảng 3.3: Đặc điểm mô bệnh học**

Mô bệnh học	n	%
SCC	39	97,50
AC	1	2,50
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

**Nhận xét:** 39 bệnh nhân tương ứng 97,50% là biểu mô tế bào vảy, chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2,50% là ung thư biểu mô tế bào tuyến.

**3.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh theo phân loại TNM**

**Bảng 3.4: Đặc điểm giai đoạn bệnh theo phân loại TNM**

Giai đoạn T	n	%
T2	2	5,00
T3	16	40,00
T4	22	55,00
<b>Giai đoạn N</b>		
N0	7	17,50
N1	23	57,50
N2	9	22,50
N3	1	2,50
<b>Giai đoạn TNM</b>		
II	6	15,00
III	12	30,00
IVa	22	55,00
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

**Bảng 3.6: Đánh giá đáp ứng điều trị theo giai đoạn bệnh sau hóa xạ đồng thời**

	Đáp ứng sau hóa xạ đồng thời						P
	Hoàn toàn		Một phần		Tổng		
T2	2	100	0	0,00	2	100	0,018
T3	6	37,50	10	62,50	16	100	
T4	3	13,64	19	86,36	22	100	
II	4	66,67	2	33,33	6	100	0,032
III	4	33,33	8	66,67	12	100	
IVa	3	13,64	19	86,36	22	100	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của giai đoạn T2, T3, T4 lần lượt là 100%, 37,50% và 13,64%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của giai đoạn II, III, IVa lần lượt là 66,67%, 33,33%, 13,64%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.7: Đánh giá đáp ứng theo giai đoạn bệnh sau toàn bộ quá trình điều trị**

	Đáp ứng sau toàn bộ thời gian điều trị								P
	Hoàn toàn		Một phần		Tiến triển		Tổng		
T2	2	100	0	0	0	0	2	100	0,036
T3	9	56,25	7	43,75	0	0	16	100	
T4	5	22,73	16	72,73	1	4,54	22	100	
II	6	100	0	0	0	0	6	100	0,005
III	5	41,67	7	58,33	0	0	12	100	
IVa	5	22,73	16	72,73	1	4,54	22	100	

**Nhận xét:** Giai đoạn T: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn T2, T3, T4 lần lượt là 100%, 56,25%, 22,73%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Giai đoạn bệnh TNM: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn II, III, IVa lần lượt là 100%, 41,67%, 22,73%. Sự khác biệt này có

**Nhận xét:** Bệnh nhân có giai đoạn T2, T3, T4 lần lượt là 5,00%, 40,00% và 55,00%. Giai đoạn N1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,5%, giai đoạn N3 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,50%, giai đoạn N0 và N2 lần lượt là 17,50% và 22,50%. Về giai đoạn bệnh chung, giai đoạn II, III IVa lần lượt là 15,00%, 30,00% và 55,00%.

**3.5. Đánh giá đáp ứng theo giai đoạn bệnh**

**Bảng 3.5: Đánh giá đáp ứng điều trị**

	n	%
<b>Sau HXĐT</b>		
Hoàn toàn	11	27,50
Một phần	29	72,50
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Sau toàn bộ ĐT</b>		
Hoàn toàn	16	40,00
Một phần	23	57,50
Giữ nguyên	0	0,00
Tiến triển	1	2,50
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Sau điều trị HXĐT, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 27,50% và 72,50%. Sau toàn bộ quá trình điều trị số liệu này tương ứng là 40,00% và 57,50%, có 2,50% bệnh tiến triển và không có bệnh nhân nào bệnh giữ nguyên.

ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

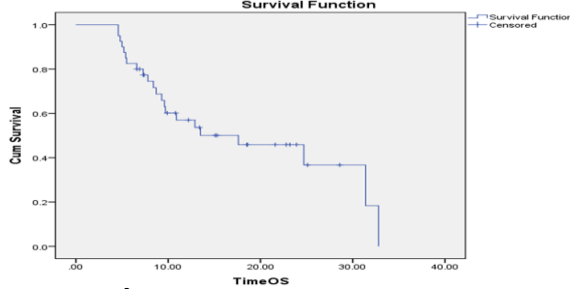
**3.6. Thời gian theo dõi sau điều trị**

**Bảng 3.8: Theo dõi sau điều trị**

	Dmean ± SD (Min – Max)
Thời gian theo dõi sau điều trị	13,34 ± 8,04 (4,60 – 32,80)

**Nhận xét:** Trung bình thời gian theo dõi sau điều trị là  $13,34 \pm 8,04$  tháng, ngắn nhất là 4,60 tháng và dài nhất là 32,80 tháng.

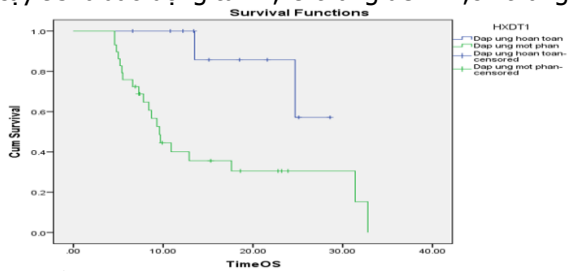
**3.7. Kết quả sống thêm toàn bộ**



**Biểu đồ 3.1. Sống thêm toàn bộ**  
**Bảng 3.9: Sống thêm toàn bộ**

	Trung bình OS $\pm$ SD	95% CI
<b>Thời gian</b>	18,81 $\pm$ 2,06	14,79–22,84

**Nhận xét:** Trung bình OS của đối tượng nghiên cứu là  $18,81 \pm 2,06$  tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động từ 14,79 tháng đến 22,84 tháng.

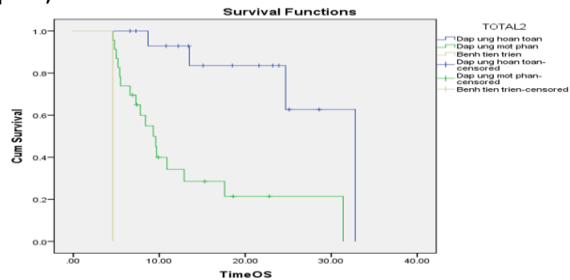


**Biểu đồ 3.2. Sống thêm toàn bộ theo đáp ứng sau HXĐT**

**Bảng 3.10: Sống thêm toàn bộ theo đáp ứng sau HXĐT**

Giai đoạn	Trung bình OS $\pm$ SD	95% CI	p
Đáp ứng hoàn toàn	25,33 $\pm$ 2,04	21,33 – 29,33	0,008
Đáp ứng một phần	15,62 $\pm$ 2,32	11,07 – 20,17	

**Nhận xét:** Trung bình OS đối với bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần sau điều trị lần lượt là  $25,33 \pm 2,04$  tháng,  $15,62 \pm 2,32$  tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

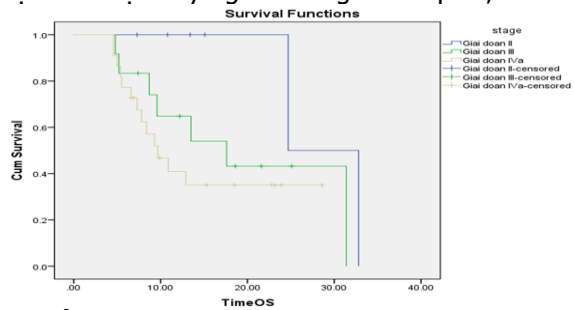


**Biểu đồ 3.3. Sống thêm toàn bộ theo đáp**

**ứng sau toàn bộ quá trình điều trị**  
**Bảng 3.11: Sống thêm toàn bộ theo đáp ứng sau toàn bộ quá trình điều trị**

Giai đoạn	Trung bình OS $\pm$ SD	95% CI	p
Đáp ứng hoàn toàn	27,59 $\pm$ 2,93	21,86 – 33,33	0,000
Đáp ứng một phần	13,52 $\pm$ 2,32	8,99 – 18,06	
Bệnh tiến triển	4,60 $\pm$ 0,00	4,60 – 4,60	

**Nhận xét:** Trung bình OS đối với bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh tiến triển sau điều trị lần lượt là  $27,59 \pm 2,93$  tháng,  $13,52 \pm 2,32$  tháng,  $4,60 \pm 0,00$  tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$



**Biểu đồ 3.4. Sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh**

**Bảng 3.12: Sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn	Trung bình OS $\pm$ SD	95% CI	p
II	28,75 $\pm$ 4,05	20,81 – 36,69	0,109
III	19,46 $\pm$ 3,64	12,33 – 26,58	
IVa	15,07 $\pm$ 2,30	10,56 – 19,57	

**Nhận xét:** Trung bình OS của bệnh nhân giai đoạn II, III, IVa lần lượt là  $28,75 \pm 4,05$  tháng,  $19,46 \pm 3,64$  tháng,  $15,07 \pm 2,30$  tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**3.8. Độc tính trên hệ tạo huyết, gan, thận**

**Bảng 3.13: Độc tính trên hệ tạo huyết, gan, thận**

		n	%
Huyết sắc tố	Độ 0	9	22,50
	Độ 1	23	57,50
	Độ 2	8	20,00
Bạch cầu hạt	Độ 0	24	60,00
	Độ 1	5	12,50
	Độ 2	5	12,50
Tiểu cầu	Độ 0	30	75,00
	Độ 1	10	25,00
Gan (AST)	Độ 0	38	95,00

và/hoặc ALT)	Độ 1	2	5,00
Thận (Creatinin)	Độ 0	30	75,00
	Độ 1	10	25,00

**Nhận xét:** Đối với huyết sắc tố: 57,50% giảm độ 1, 20,00% giảm độ 2. Đối với bạch cầu hạt: 60,00% không hạ bạch cầu, hạ bạch cầu độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 12,50%, 12,50% và 15,00%. Đối với tiểu cầu: 75,00% không hạ tiểu cầu, 25,00% hạ tiểu cầu độ 1. Đối với chức năng gan: chỉ 5,00% tăng men gan độ 1, còn lại 95% không có tình trạng tăng men gan. Đối với chức năng thận: 75,00% không tăng Creatinin, 25% tăng Creatinin độ 1.

**3.9. Tác dụng phụ cấp tính**

**Bảng 3.14: Tác dụng phụ cấp tính**

		n	%
Viêm da	Độ 1	33	82,50
	Độ 2	7	17,50
Nôn	Độ 0	34	85,00
	Độ 1	6	15,00
Viêm thực quản	Độ 0	2	5,00
	Độ 1	27	67,50
	Độ 2	11	27,50
Viêm phổi	Độ 0	36	90,00
	Độ 1	4	10,00

**Nhận xét:** Viêm da: 82,50% viêm da độ 1, 17,50% viêm da độ 2. Nôn mửa: không nôn chiếm 85,00%, nôn độ 1 chiếm 15,00%. Viêm thực quản độ 0, độ 1, độ 2 lần lượt là 5,00%, 67,50% và 27,50%. Viêm phổi độ 1 chiếm 10,00%, 90,00% không có tình trạng viêm phổi.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 40 bệnh nhân UTTQ 1/3 trên giai đoạn II-IVa. Độ tuổi trung bình là 57,98 ± 7,69 tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 71 tuổi, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 50-69 tuổi với 82,5%. UTTQ là bệnh lý thường gặp ở nam giới, nghiên cứu này cũng cho kết quả 97,5% là nam giới. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Thùy Linh có độ tuổi trung bình là 53,7 ± 6,9 tuổi hay nghiên cứu của Minh Tuấn có độ tuổi trung bình là 56,9 ± 7,7 tuổi, độ tuổi thường gặp nhất là 50-60 tuổi [4] [5]. Giai đoạn bệnh của bệnh nhân được khảo sát chủ yếu là giai đoạn muộn, 55% giai đoạn IVa, 30% giai đoạn III, chỉ có 15% bệnh nhân giai đoạn II. So sánh với nghiên cứu của Thùy Linh, Minh Tuấn và Falk Roeder thì nghiên cứu chúng tôi có giai đoạn muộn hơn [4] [5] [6].

Các đối tượng nghiên cứu được điều trị theo phác đồ, đánh giá kết quả điều trị tại 2 thời điểm là sau HXĐT 4 tuần và sau khi kết thúc điều trị 1 tháng. Sau đó, bệnh nhân được tái khám đánh

giá 3 tháng/lần. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau HXĐT là 27,5%, đáp ứng một phần là 72,5%. Số liệu này đối với sau khi kết thúc toàn bộ quá trình điều trị là 40% và 57,5%, có 2,5% tiến triển di căn gan. Chúng tôi tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn T, giai đoạn TNM của bệnh với mức độ đáp ứng sau HXĐT và sau toàn bộ quá trình điều trị. Nghiên cứu này cho kết quả đáp ứng hoàn toàn thấp hơn đối với nghiên cứu của Thùy Linh là 56,2%, tương đương kết quả tác giả Minh Tuấn là 41,7% [4] [5].

Trung bình OS của đối tượng nghiên cứu là 18,81 ± 2,06 tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động từ 14,79 - 22,84 tháng, bệnh nhân có OS dài nhất cho đến khi kết thúc nghiên cứu là 32,04 tháng, bệnh nhân có OS ngắn nhất là 4,6 tháng. OS trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với các tác giả nước ngoài như Anhui Shi, Falk Roeder hay của tác giả Thùy Linh [4] [6] [7]. Nguyên nhân do bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn muộn, nghiên cứu trải qua thời kỳ đỉnh điểm dịch Covid-19 nên ảnh hưởng đến việc điều trị và thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân. Nghiên cứu chúng tôi xác định có sự liên quan giữa đáp ứng sau điều trị và OS (p<0,05), tuy nhiên, sự khác biệt về OS giữa các giai đoạn bệnh không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Độc tính ghi nhận trên hệ huyết học, gan thận chủ yếu độ 1, độ 2, chỉ có 15% bệnh nhân có hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3. Có 82,5% bệnh nhân viêm da độ 1, 17,5% viêm da độ 2, 15% bệnh nhân có nôn do hóa chất, 67,50% viêm thực quản độ 1, 27,50% bệnh nhân viêm thực quản độ 2 và chỉ có 10% viêm phổi. Kết quả này cho thấy độc tính nghiên cứu chúng tôi tương đương tác giả Thùy Linh, thấp hơn hẳn so với nghiên cứu Shu-Lian Wang và Anhui Shi [4] [7] [8].

**V. KẾT LUẬN**

Điều trị ung thư thực quản 1/3 trên bằng xạ trị IMRT kết hợp đồng thời hóa trị phác đồ CF cho hiệu quả điều trị tương đối cao. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau HXĐT là 27,50%, sau toàn bộ quá trình điều trị là 40,00%. Trung bình OS là 18,81 ± 2,06 tháng, OS có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ đáp ứng sau HXĐT và sau toàn bộ quá trình điều trị, sự khác biệt về OS giữa các giai đoạn bệnh không có ý nghĩa thống kê. Độc tính cấp tính và mạn tính của phác đồ chủ yếu độ 1, độ 2, không ghi nhận các trường hợp có độc tính nghiêm trọng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. Global

- Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), (2021), 209–249.
- Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Nhà xuất bản Y học, (2020), 264–279.
  - Intensity Modulated Radiation Therapy Collaborative Working Group**. Intensity-modulated radiotherapy: current status and issues of interest. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 51(4), (2001), 880–914.
  - Linh Dương Thùy**. Đánh giá kết quả hóa xạ trị điều biến liều bệnh ung thư thực quản 13 trên, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2018).
  - Tuấn Vũ Minh**. Đánh giá kết quả hóa trị đồng thời triệt căn ung thư thực quản giai đoạn II-III
  - Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2020).
  - Roeder F., Nicolay N.H., Nguyen T., et al.** Intensity modulated radiotherapy (IMRT) with concurrent chemotherapy as definitive treatment of locally advanced esophageal cancer. Radiation Oncology, 9(1), (2014), 191.
  - Shi A., Liao Z., Allen P.K., et al.** Long-term survival and toxicity outcomes of intensity modulated radiation therapy for the treatment of esophageal cancer: A large single-institutional cohort study. Adv Radiat Oncol, 2(3), (2017), 316–324.
  - Wang S.-L., Liao Z., Liu H., et al.** Intensity-modulated radiation therapy with concurrent chemotherapy for locally advanced cervical and upper thoracic esophageal cancer. World J Gastroenterol, 12(34), (2006), 5501–5508.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI BẰNG LASER PHỐI HỢP THỦ THUẬT MULLER

Phạm Thị Thanh Xuân<sup>1</sup>, Bùi Văn Lệnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Ngọc Cương<sup>2</sup>, Trương Thị Thanh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Linh<sup>2</sup>, Trần Minh Thoại<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Hậu quả suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mục tiêu nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới có chỉ định điều trị Laser phối hợp với thủ thuật Muller. **Đánh giá kết quả của phương pháp Laser phối hợp với thủ thuật Muller.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu không đối chứng trên 49 người bệnh (NB) suy giãn hệ TM nông chi dưới được điều trị bằng laser phối hợp thủ thuật Muller tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) và Can thiệp điện quang (CTĐQ) bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 3/2021 đến 3/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh  $56,31 \pm 12,63$ , tỷ lệ nữ/nam là 2,5. Triệu chứng lâm sàng búi giãn tĩnh mạch và đau nặng chân với tỷ lệ lần lượt là 93,33% và 90%. Giai đoạn lâm sàng theo CEAP thường gặp chiếm tỉ lệ cao nhất là C2 chiếm 61,67%. Điểm VCSS trước điều trị  $6,02 \pm 1,47$ . Trước can thiệp, đường kính và dòng trào ngược TMHL lần lượt là  $6,97 \pm 1,63\text{mm}$ ,  $3,56 \pm 1,42\text{s}$ . Đường kính tĩnh mạch giãn dưới da vùng cẳng chân điều trị bằng thủ thuật Muller là  $3,87 \pm 0,8\text{mm}$ . Hiệu quả tắc mạch 100% sau can thiệp; triệu chứng và giai đoạn lâm

sàng theo CEAP, điểm VSSC, đường kính tĩnh mạch giảm rõ rệt so với trước can thiệp. Thủ thuật an toàn với tỷ lệ biến chứng thủ thuật tại thời điểm ngay sau can thiệp, sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng thấp, không gặp biến chứng nặng. **Kết luận:** Phương pháp laser nội tĩnh mạch kết hợp với thủ thuật Muller trong điều trị SGTMNCD là phương pháp ít xâm lấn, tỉ lệ thành công cao với hiệu quả tắc mạch 100%, không tái phát sau theo dõi 6 tháng, giảm triệu chứng trên lâm sàng và trên siêu âm Doppler. Tỷ lệ biến chứng ngay sau can thiệp thấp, thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng không ghi nhận biến chứng

**Từ khóa:** suy giãn tĩnh mạch chi dưới, can thiệp laser nội mạch, Muller.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF VARICOSE VEINS TREATMENT USING ENDOVENOUS LASER COMBINED WITH MULLER'S AMBULATORY PHLEBECTOMY

**Objective** The consequences of varicose veins of the lower limbs greatly affect the quality of life of patients. The objective of the study to describe the clinical and ultrasound characteristics of superficial varicose veins of the lower limbs with indications for endovenous laser combined with the Muller's procedure. Evaluation of the results of endovenous laser combined with the Muller procedure. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 49 patients with varicose veins of the lower limbs undergoing endovenous laser combined with Muller's procedure at the Radiology Center of Hanoi Medical University from March 2021 to March 2023. **Results:** Regarding the characteristics of the study subjects, the mean age was  $56,1 \pm 12,63$  years old, the female/male ratio was

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Xuân

Email: drthanhxuanpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023