

(23,7%), sụt cân (13,3%, tắc ruột không hoàn toàn (10%)... và 5 BN chiếm 8,3% không có triệu chứng lâm sàng trước nhập viện, được nội soi khi khám sức khỏe tổng quát tình cờ phát hiện. Các biểu hiện lâm sàng là biểu hiện của ung thư đã tương đối tiến triển. Phân tích đa biến cho thấy 73,1% BN không có triệu chứng lâm sàng u ở T1-2 và 100% ở giai đoạn chưa di căn hạch, khác biệt với nhóm có triệu chứng lâm sàng có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$ và $p=0,005$ theo thứ tự. Khả năng di căn hạch của u ở nhóm T4a cao hơn các nhóm còn lại với tỉ số chênh (OR) là 5,4 khoảng tin cậy 95% 1,5-19,1, có ý nghĩa thống kê $P=0,06$ (Chi Square). Đến hết thời gian nghiên cứu 100% các BN không có triệu chứng lâm sàng trước mổ đều chưa phát hiện tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chấn Hùng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Diệp Bảo Tuấn, Lê Anh Tuấn (2020). Bức tranh toàn cảnh phòng-trị ung thư. Tạp chí Ung thư học Việt nam, 5, 5-12.
2. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL (2013). Impact of screening colonoscopy on

outcomes in colon cancer surgery. JAMA Surg. 2013;148(8):747.

3. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66:683-691.
4. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, eds. TNM Classification of Malignant Tumours. 8th edition. Oxford: John Wiley & Sons, Inc.; 2016.
5. Cancer Genome Atlas Network. Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer. Nature. 2012;487(7407):330-337.
6. Ford AC, Veldhuyzen van Zanten SJ, Rodgers CC et al (2008). Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut. 57(11): 1545.
7. Goodman D, Irvin TT (1993). Delay in the diagnosis and prognosis of carcinoma of the right colon. Br J Surg. 1993;80(10):1327.
8. Moreno CC, Mittal PK (2016). Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. Clin Colorectal Cancer. 2016 Mar;15(1):67-73. Epub 2015 Jul 29.
9. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends-an update. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2016;25:16-27.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ VINORELBINE - CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IB-III A TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trịnh Lê Huy¹, Trần Đình Anh², Đỗ Anh Tú³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Vinorelbine-cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IB-III A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 73 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IB-III A đã phẫu thuật triệt căn, được điều trị bổ trợ phác đồ Vinorelbine-cisplatin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,14. Nam : nữ = 2,85:1. Giai đoạn bệnh sau mổ: 32,9% giai đoạn IB (24 bệnh nhân), 34,2% giai đoạn IIA (25 bệnh nhân), 19,2% bệnh nhân giai đoạn IIB (14 bệnh nhân), 13,7% giai đoạn IIIA (10 bệnh nhân). Thảm mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (78,1%). Trung vị sống thêm không bệnh (DFS) là

29,30 ± 1,63 tháng, và tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 3 năm là 41,1%. Tác dụng không mong muốn trên huyết học của phác đồ gặp ở 66,67% bệnh nhân bao gồm hạ bạch cầu hạt (61,6%) và hạ bạch cầu đỏ 3 và 4 gặp ở 27,4% bệnh nhân. Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học gặp tỷ lệ thấp và ở chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1,2). **Kết luận:** Phác đồ vinorelbine-cisplatin là một phác đồ có hiệu quả trong điều trị bổ trợ UTPKTBN, nghiên cứu đạt được DFS và tỷ lệ OS 3 năm tương đương với các thử nghiệm lâm sàng trên thế giới. Tác dụng phụ thường gặp nhất là hạ bạch cầu, các tác dụng phụ khác gặp tỷ lệ thấp và ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, vinorelbine, cisplatin, hóa chất bổ trợ

SUMMARY

THE RESULT OF ADJUVANT VINORELBINE PLUS CISPLATIN IN COMPLETELY RESECTED STAGE IB-III A NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Evaluating the result of adjuvant vinorelbine plus cisplatin in completely resected stage IB-III A NSCLC. **Patients and methods:** Descriptive

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

study of 73 patients completely resected stage IB-IIIa non-small cell lung cancer were received adjuvant vinorelbine plus cisplatin chemotherapy at Hanoi Medical University Hospital from 01/2016 to 4/2022. **Results:** The mean age of 57,14 years old, male: female ratio was 2,85:1. 24 (32,9%) patients had postoperative stage IB disease, 25 (34,2%) had stage IIA disease, 14 (19,2%) had stage IIB disease and 10 (13,7%) had stage IIIA disease. The major histological type was adenocarcinoma (78,1%). Median disease free survival was $29,30 \pm 1,63$ months, and 3-year survival was 41,1%. Chemotherapy caused hematologic side effects in 66,67% of patients including neutropenia in 61,4% and grade 3/4 neutropenia in 27,4%. Non-hematologic toxic effects of chemotherapy were reported at low rates and almost mild (grade 1/2). **Conclusions:** The vinorelbine-cisplatin regimen is an effective regimen in the adjuvant treatment of non-small cell lung cancer, the study showed that the results in disease-free survival and overall survival were comparable to those of other studies in the world. The most common side effect was neutropenia, the other side effects were reported at low rate and usually mild.

Keywords: Non-small cell lung cancer, vinorelbine, cisplatin, adjuvant chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở Việt Nam. GLOBOCAN 2021 ghi nhận 26.262 ca mắc mới ung thư phổi và 23.797 ca tử vong do ung thư phổi trong năm 2021[1]. Khoảng 85% ung thư phổi là tấp ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), và đối với những bệnh nhân giai đoạn sớm UTPKTBN (khoảng 30%), phẫu thuật là điều trị ưu tiên bước đầu [2].

Điều trị hóa chất bổ trợ được chỉ định cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IB-IIIa sau phẫu thuật triệt căn. Hóa trị bổ trợ nền tảng platin đã cho thấy hiệu quả kéo dài sống thêm toàn bộ và giảm tỷ lệ tái phát qua nhiều thử nghiệm lâm sàng [3]. Vinorelbine là một Vinca alkaloid bán tổng hợp mới, đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị bổ trợ UTPKTBN trong các nghiên cứu lâm sàng khi sử dụng đơn trị hoặc kết hợp [4].

Trong các thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh phác đồ vinorelbine-cisplatin với các phác đồ trước đây như cisplatin đơn trị hoặc cisplatin kết hợp với etoposide hoặc một Vinca alkaloid khác, phác đồ bộ đôi vinorelbine – cisplatin vượt trội hơn hẳn. Các thử nghiệm giai đoạn III đã chứng minh những ưu điểm của phác đồ phối hợp vinorelbine với cisplatin trong liệu pháp bổ trợ ở bệnh nhân UTPKTBN đã kéo dài thời gian sống thêm không bệnh (DFS) cũng như thời gian sống thêm toàn bộ (OS) [5-7]. Do tính hiệu quả và tính ưu việt đó, phác đồ vinorelbine-cisplatin đã trở thành phác đồ được chấp nhận trên thế giới

và Việt Nam trong điều trị bổ trợ UTPKTBN.

Hiện tại ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phác đồ này. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị của vinorelbine-cisplatin trong điều trị bổ trợ UTPKTBN giai đoạn IB-IIIa đã được phẫu thuật triệt căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 73 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-IIIa được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ vinorelbine-cisplatin sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2016 đến tháng 4/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTP giai đoạn IB- IIIA theo phân loại AJCC lần thứ 7 năm 2010.
- Chẩn đoán mô bệnh học là UTPKTBN theo phân loại WHO 2015.
- Bệnh nhân toàn trạng tốt PS 0-2
- BN đã được phẫu thuật triệt căn.
- Điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Vinorelbine – Cisplatin.
- Chấp nhận, tham gia nghiên cứu, có hồ sơ lưu trữ thông tin đầy đủ

Từ 01/2016 đến tháng 4/2022 chúng tôi lựa chọn được 73 bệnh nhân theo các tiêu chuẩn trên.

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

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: tuổi, giới, lí do vào viện mô bệnh học, vị trí u, giai đoạn bệnh (theo AJCC 7th)
- Thời gian sống thêm không bệnh (DFS), thời gian sống thêm toàn bộ (OS)
- Độc tính lên huyết học: thiếu máu, hạ bạch cầu, hạ tiểu cầu
- Độc tính ngoài huyết học: nôn/buồn nôn, tiêu chảy, viêm gan, suy thận, độc tính thần kinh ngoại vi

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- **Bước 1:** Thu nhận các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (thời gian thu thập từ tháng 4/2022 đến tháng 6/2022).

- **Bước 2:** Thu thập số liệu về các biến số và chỉ số nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (Từ tháng 6/2022 đến tháng 8/2022).

- **Bước 3:** Liên hệ bệnh nhân (điện thoại hoặc thăm khám định kỳ) ghi nhận thời gian sống thêm (từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2022).

- **Bước 4:** Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm (Tháng 10/2022 đến tháng 11/2022)

- **Bước 5:** Hoàn thiện sản phẩm nghiên cứu (Tháng 11/2022 đến tháng 12/2022).

Từ Tháng 1/2023 đến nay: gửi sản phẩm đăng báo, chờ ý kiến phản biện của các nhà chuyên môn.

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Việc tiến hành nghiên cứu nhận được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của được giữ bí mật.

- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	54	74,0
Nữ	19	26,0
Tuổi		
< 40	1	1,4
40-49	7	9,6
50-59	39	53,4
≥ 60	26	35,6
Tình trạng hạch		
N0	50	68,5
N1	17	23,3
N2	6	8,2
Mô bệnh học		
UTBM tuyến	57	78,1
UTBM vảy	7	9,6
UTBM TB lớn	3	4,1
Khác	2	2,7
Kích thước u		

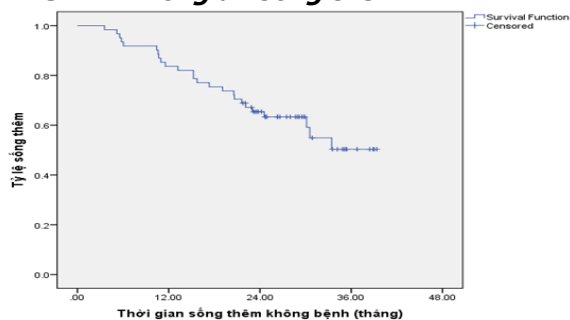
< 3cm	16	21,9
3-5cm	37	50,7
5-7cm	16	21,9
≥ 7cm	4	5,5
Giai đoạn bệnh		
IB	24	32,9
IIA	25	34,2
IIB	14	19,2
IIIA	10	13,7
Tổng	73	100

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 74,0% (54/73). Tỷ lệ nam: nữ là 2,85:1. Kích thước u trung bình 3,92cm, kích thước u lớn nhất là 10cm. Nhóm bệnh nhân có u kích thước 3-5cm chiếm tỷ lệ cao nhất (50,7%). Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch chiếm 68,5%, di căn hạch N1,N2 chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 21,2% và 6,1%. Trong các nhóm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%). Ngoài 3 thể mô bệnh học chính trên, nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp UTBM hỗn hợp tuyến vảy và 1 trường hợp UTBM tấp ruột của phổi.

Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm tỷ lệ 32,9%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 13,7%.

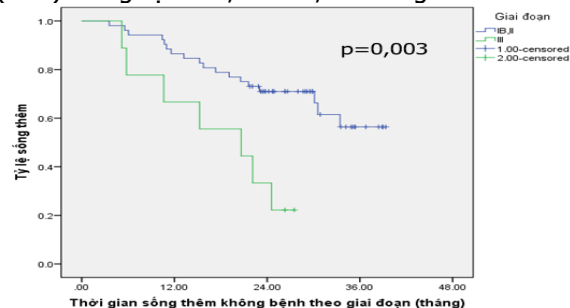
3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Thời gian sống thêm



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) trung vị là 29,30 ± 1,63 tháng.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) theo giai đoạn

Nhận xét: 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 là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS)

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ	Số bệnh nhân	%
OS 1 năm	58	79,5
OS 2 năm	44	60,3
OS 3 năm	30	41,1
	73	100

3.2.2. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn

Toxicity	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Nôn/buồn nôn	16	21,9	22	30,1	19	26,0	12	16,4	4	5,5
Tiêu chảy	65	89,0	4	5,5	4	5,5	0	0,0	0	0,0
Độc tính lên gan	56	76,7	5	6,8	6	8,2	2	2,7	1	1,4
Suy thận	65	89,0	6	8,2	2	2,7	3	4,1	0	0,0
Độc tính TK ngoại vi	68	93,2	5	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thiếu máu	46	63,0	24	32,9	3	4,1	0	0,0	0	0,0
Hạ Bạch cầu	28	38,4	11	15,1	14	19,2	13	17,8	7	9,6
Hạ tiểu cầu	73	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Các độc tính của phác đồ hay gặp nhất là hạ bạch cầu hạt với 61,6%. Nôn, buồn nôn 79,1% và hạ HST 37,0%. Hạ bạch cầu hạt độ III,IV chiếm 28,1%. Các tác dụng phụ lên gan, thận, thần kinh ít gặp, chủ yếu độ I và II. Có 1 bệnh nhân có độc tính tăng men gan độ IV.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi hay gặp nhất là 50-59 tuổi chiếm 53,4%. Tuổi trung bình là 57,14 tuổi, nhỏ nhất là 35 tuổi và lớn nhất là 73 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ chủ yếu là 74,0% (54/73), bệnh nhân nữ chiếm 26,0% (19/73); tỷ lệ nam:nữ là 2,85:1. Đặc điểm tuổi và giới của quần thể nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các thử nghiệm khác trên thế giới như thử nghiệm JBR.10 (2007), thử nghiệm ANITA (2006), thử nghiệm ILT (2008) hay thử nghiệm LACE (2010) (Cisplatin bổ trợ phổi Đánh giá) phân tích tổng hợp [5-8].

Về mô bệnh học sau mổ, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%), kết quả của chúng tôi không khác biệt so với nghiên cứu của Shukuya (2009) và Winton (2005) [9,10]. Ngược lại, trong thử nghiệm ANITA (2006) và phân tích tổng hợp LACE (2010), phần lớn các loại mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy (lần lượt là 58% và 49%) [5,8]. Tuy nhiên, theo kết luận của nhiều nghiên cứu, mô bệnh học không phải là yếu tố tiên lượng độc lập.

Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm 32,9%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 13,7%. Nhóm bệnh nhân ở giai đoạn IIIA cũng chiếm tỷ lệ thấp nhất theo nghiên cứu của Shukuya [9].

*** Sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ.** Thời gian sống thêm không bệnh trung

vi (DFS) là 29,30 ± 1,63 tháng. Kết quả này thấp hơn so với báo cáo trong thử nghiệm ANITA (2006), với tỷ lệ sống sót không bệnh trong thử nghiệm ANITA (2006) ở nhóm hóa trị bổ trợ đạt 36,3 tháng (đối với nhóm đối chứng là 20,7 tháng) [5]. Thử nghiệm JBR.10 (2007) kết luận hóa trị bổ trợ giúp kéo dài đáng kể thời gian sống thêm không tái phát so với không điều trị. Thời gian sống thêm không tái phát trung bình của nhóm chỉ theo dõi sau mổ là 46,7 tháng; đối với nhóm hóa trị bổ trợ, khi kết thúc nghiên cứu, tỷ lệ sống trung bình vẫn chưa đạt được [6]. Như vậy, thời gian sống thêm không bệnh của bệnh nhân được điều trị bằng vinorelbine-cisplatin trong thử nghiệm JBR.10 (2007) cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Một phần của sự khác biệt này là do bệnh nhân tham gia thử nghiệm JBR.10 (2007) chỉ ở giai đoạn I và II, khác với thử nghiệm ANITA và nghiên cứu của chúng tôi (bao gồm cả bệnh nhân giai đoạn III) [5,6]. Theo phân tích tổng hợp LACE (2010), vinorelbine-cisplatin kéo dài đáng kể thời gian sống thêm không bệnh (DFS) cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II, III; mặc dù phác đồ không mang lại lợi ích có ý nghĩa thống kê đối với bệnh ở giai đoạn I [8]. Cũng trong các nhánh khác của thử nghiệm LACE (2010) đối với các phác đồ bổ trợ khác (LACE-other), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về DFS ở bệnh nhân giai đoạn IB trong nhóm hóa trị bổ trợ so với chỉ theo dõi sau phẫu thuật [8].

Chúng tôi cũng phân tích mối liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh với một số yếu tố khác như giai đoạn bệnh, di căn hạch, kích thước khối u.... Kết quả cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh khác biệt có ý nghĩa thống kê (DFS) theo giai đoạn bệnh, với p=0,003. Kết quả này

cũng tương tự như nghiên cứu ANITA (2006), trong đó nhóm bệnh nhân giai đoạn I, II có thời gian sống thêm không bệnh cao hơn nhóm bệnh nhân giai đoạn III với $p=0,001$ [5]. Thời gian sống thêm không bệnh thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có kích thước $u \geq 3\text{cm}$, có di căn hạch về giá trị tuyệt đối, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 79,5%, 60,3% và 41,1%. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 3 năm của bệnh nhân

nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Hobbins S. (2016)- nghiên cứu hồi cứu trên 162.959 bệnh nhân NSCLC qua dữ liệu UTP ở Anh (2008-2013): tỷ lệ sống sót chung ở 1 năm và 3 năm là 36,2% và 15,6% (tất cả các giai đoạn). Sự khác biệt này xuất phát từ nguyên nhân nghiên cứu của Hobbins chọn cả bệnh nhân tiến triển và di căn (43%) nên kết quả sống thêm thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, kết quả sống thêm toàn bộ của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu khác (Bảng 4) [5],[8].

Bảng 4. Tỷ lệ sống thêm của UTPKTBN trong một số nghiên cứu

Nghiên cứu		OS (%)			
		1 năm	2 năm	3 năm	5 năm
Nguyễn Thị Lê (2012) [12]	PT đơn thuần	87,5	8,4		
	PT+ HT bổ trợ	90,6	17,8		
	HT đơn thuần	59,4	0		
Nguyễn Khắc Kiểm (2016) [13]		89,0	73,0	67,0	
ANITA trial (2006) [5]		79,0	61,0		46,0
LACE-Vinorelbine (2010) [8]				64,3	55,1
Our study (2021)		80,0	61,4	41,4	

So với kết quả của thử nghiệm ANIA (2006) về hiệu quả của phác đồ vinorelbine-cisplatin ở bệnh nhân giai đoạn IB-IIIA, tương tự như thiết kế nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 năm và 2 năm là 79,0% và 61,0% tương ứng không khác biệt có ý nghĩa so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5].

* **Độc tính.** Tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính là 61,6%, giảm bạch cầu cấp III/IV chiếm tỷ lệ 27,4%. Theo kết quả thử nghiệm JBR.10 (2007), tỷ lệ giảm bạch cầu các cấp lên tới 88%, trong đó giảm bạch cầu trung tính độ 3 và 4 chiếm 73% [6]. Tương tự, tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính mọi mức độ và giảm bạch cầu trung tính độ 3,4 trong thử nghiệm ANITA (2006) lần lượt là 92% và 85% ở nhóm hóa trị bổ trợ; cao hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phác đồ với liều cisplatin 80mg/m² ngày 1 và vinorelbine 30mg/m² ngày 1,8 mỗi 3 tuần; tất cả bệnh nhân được dùng đủ liều (95-100%). Một đánh giá hồi cứu về thiết kế nghiên cứu của hai thử nghiệm này cho thấy rằng thử nghiệm ANITA (2006) được thiết kế với liều cisplatin 100mg/m² vào ngày 1 và vinorelbine 30mg/m² vào các ngày 1,8,15,22 trong 28- chu kỳ ngày (liều cisplatin cao hơn nghiên cứu của chúng tôi). Thử nghiệm JBR.10 (2007) sử dụng liều cisplatin 50 mg/m² vào ngày 1,8 và vinorelbine 30 mg/m² vào các ngày 1,8,15,22 trong chu kỳ 28 ngày. Sự khác biệt về liều lượng và sự kết hợp của vinorelbine-cisplatin một phần có thể dẫn đến tỷ lệ độc tính

khác nhau giữa các nghiên cứu [6].

Các độc tính khác được ghi nhận ở mức độ thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ (1/2). Kết quả này không khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ vinorelbine-cisplatin là phác đồ hiệu quả trong điều trị bổ trợ ung thư phổi không tế bào nhỏ, nghiên cứu cho thấy kết quả sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới. Tác dụng phụ thường gặp nhất là giảm bạch cầu trung tính, các tác dụng phụ khác được ghi nhận với tỷ lệ thấp và thường nhẹ.

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.2021; 71(3): 209-249.
2. **Trần Văn Thuận** (2019). Non-small cell lung cancer. Guidelines for the diagnosis and treatment of common cancers. Medical Publishing House, Hanoi, 92-105.
3. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai** (2010). Lung cancer. Medical treatment of cancer. Medical Publishing House, Hanoi, 81-98.
4. **Lê Văn Quảng, Trịnh Lê Huy** (2021). Chemotherapy for Cancer, Medical Publishing House, Hanoi, 207-221.
5. **Douillard J.-Y., Rosell R., De Lena M. et al.** Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected

- stage IB–IIIA non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2006; 7(9): 719–727.
6. **Pepe C., Hasan B., Winton T.L. et al.** Adjuvant vinorelbine and cisplatin in elderly patients: National Cancer Institute of Canada and Intergroup Study JBR. 10. *J Clin Oncol.* 2007; 25(12): 1553–1561.
 7. **Winton T., Livingston R., Johnson D. et al.** Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2005; 352(25): 2589–2597.
 8. **Douillard J.-Y., Tribodet H., Aubert D. et al.** Adjuvant cisplatin and vinorelbine for completely resected non-small cell lung cancer: subgroup analysis of the Lung Adjuvant Cisplatin Evaluation. *J Thorac Oncol.* 2010; 5(2): 220–228.
 9. **Shukuya T., Takahashi T., Tamiya A. et al.** Evaluation of the safety and compliance of 3-week cycles of vinorelbine on days 1 and 8 and cisplatin on day 1 as adjuvant chemotherapy in Japanese patients with completely resected pathological stage IB to IIIA non-small cell lung cancer: a retrospective study. *Jpn J Clin Oncol.* 2009; 39(3): 158–162.
 10. **Winton T., Livingston R., Johnson D. et al.** Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2005;352(25): 2589–2597.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NHIỄM TOXOCARA SPP. VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀNG TUẤN TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2022- 2023

Nguyễn Thị Thúy Kiều¹, Dương Văn Tê², Nguyễn Văn Quang Khải²,
Trần Đỗ Hùng², Dương Thị Loan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giun đũa chó, mèo là bệnh lây truyền cho người chủ yếu từ chó, mèo, người bị nhiễm bệnh do ăn phải trứng có chứa ấu trùng của *Toxocara* spp. Kỹ thuật ELISA được dùng để phát hiện nhiễm *Toxocara* spp. **Mục tiêu nghiên cứu:** - Xác định tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng *Toxocara* spp. - Tìm hiểu mối liên quan giữa tỷ lệ nhiễm *Toxocara* spp. với các chỉ số cận lâm sàng trên những bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 280 bệnh nhân có các triệu chứng ngứa, nổi mề đay đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng và được bác sĩ chỉ định thực hiện các xét nghiệm để phát hiện nhiễm *Toxocara* spp. **Kết quả:** tỷ lệ nhiễm *Toxocara* spp. là 55%, trong đó nữ giới chiếm 63,9%, vùng nông thôn nhiễm cao hơn vùng thành thị chiếm 68,9%. Bệnh nhân nhiễm *Toxocara* spp. có chỉ số bạch cầu tăng chiếm 67,6%. **Kết luận:** tỷ lệ nhiễm *Toxocara* spp. trên những bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng chiếm 55%, trên bệnh nhân nhiễm *Toxocara* spp. có chỉ số bạch cầu tăng với tỷ lệ 67,6%.

Từ khóa: *Toxocara* spp., ELISA (Enzyme Link Immune Sorbent Assay), bạch cầu.

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Kiều

Email: 21860110045@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

STUDY THE SITUATION OF TOXOCARA SPP. AND SOME FACTORS ARE INVOLVED IN THE PATIENT WHO COMES TO THE EXAMINATION AT HOANG TUAN GENERAL HOSPITAL SOC TRANG PROVINCE IN 2022-2023

Background: Ringworm of dogs and cats is a disease mainly transmitted from dogs and cats to humans, people become infected by ingesting eggs containing the larvae of *Toxocara* spp. The ELISA technique is used to detect *Toxocara* spp. **Objectives:** To determine the incidence of *Toxocara* spp. and to understand the relationship between the incidence of *Toxocara* spp. infection with submyopic indicators clinical on patients visiting Hoang Tuan General Hospital in Soc Trang province in 2022-2023. **Subjects and methods of study:** The cross-sectional descriptive study analyzed over 280 patients with symptoms of itching and urticaria who visited Hoang Tuan General Hospital in Soc Trang province and were prescribed tests to detect *Toxocara* spp. **Results:** *Toxocara* spp. infection rate was 55%, of which the proportion of females infected was higher than males accounting for 63.9%, the rate in rural to higher than urban accounts for 68.9%. The proportion of patients infected with *Toxocara* spp. had an increased leukocyte index of 67.6%. **Conclusion:** The rate of *Toxocara* spp. infection among patients visiting Hoang Tuan General Hospital in Soc Trang province is quite high, accounting for 55%, the proportion of patients infected with *Toxocara* spp. has an increased rate of leukocytes accounting for 67.6%.

Keywords: *Toxocara* spp., ELISA (Enzyme Link Immune Sorbent Assay), leukocytes.