

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III KHÔNG PHẪU THUẬT ĐƯỢC BẰNG HOÁ XẠ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ VINORELBINE-CISPLATIN

Hồ Duy Tuấn Anh¹, Nguyễn Thị Thái Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và tác dụng không mong muốn của hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III với phác đồ Cisplatin – Vinorelbine đường uống tại bệnh viện K và bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 48 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III (AJCC 2017 – TNM 8th) tại bệnh viện K và bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, được xạ trị lồng ngực đồng thời với hóa chất phác đồ Cisplatin – Vinorelbine đường uống từ tháng 12/2021 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 60,32; nam:nữ=42/6. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 58,3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85,4%. Phân tích đa biến cho thấy trị hoãn xạ >14 ngày và MBH không tuyến ảnh hưởng xấu đến đáp ứng. Trung vị PFS là 8,2 tháng. Trị hoãn thời gian xạ trị > 14 ngày là yếu tố làm giảm PFS. Độc tính thường gặp là hạ bạch cầu (54,2%), viêm phổi (45,8%) và viêm da sau xạ (54,2%), đa số ở độ 1,2. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời UTPKTBN giai đoạn III sử dụng phác đồ Cisplatin – Vinorelbine đường uống đem lại tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm không tiến triển tốt.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III, hóa xạ trị đồng thời, Cisplatin, Vinorelbine đường uống

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH CISPLATIN AND ORAL VINORELBINE IN STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: The aims of our study were to evaluate the response rate, progression-free survival (PFS) and tolerate of concurrent chemoradiotherapy of Cisplatin-Vinorelbine(oral) regimen in stage III non-small-cell lung cancer patients. **Patients and Methods:** In this cross-sectional study, we enrolled 48 patients with stage III non-small-cell lung cancer (according to the AJCC 2017 classification) who had a good performance status (PS of 0-1) at National cancer hospital and Nghe An oncology hospital. These patients were treated with a combination of radiation therapy and chemotherapy, consisting of Cisplatin and

oral Vinorelbine. **Result:** Mean of age is 60,32; Male/Female rate is 42/6. The overall response rate was 58,3% and the median PFS was 8,2 months. On multivariate analyses, prolonged radiation treatment time of more than 14 days and adenocarcinoma pathology were 2 independent factor that decrease response rate. Prolonged radiation also associated with a decreased PFS. Common toxicities are leukopenia (54,2%), pneumonia(45,8) and post-radiation dermatitis (54,2%), most of which are grade 1,2. **Summary:** Concurrent chemoradiotherapy with regimen of Cisplatin and oral Vinorelbine for patients stage III NSCLC elicited favorable response rates and progression-free survival outcomes.

Keywords: non-small cell lung cancer, stage III, chemoradiation, Cisplatin and oral Vinorelbine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Globocan 2020, ung thư phổi (UTP) đứng thứ 2 về tỷ lệ mắc và đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư trên thế giới; ước tính mỗi năm có 2,2 triệu ca mắc mới và 1,8 triệu ca tử vong do ung thư phổi.¹ Hóa xạ trị đồng thời (HXĐT) hiện là điều trị tiêu chuẩn của ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III không phẫu thuật được.

Với ưu điểm tăng cảm ứng của phóng xạ đã được chứng minh,² Vinorelbine là 1 trong hoá chất tiềm năng để kết hợp xạ trị trong HXĐT. Hơn nữa, đặc điểm tương đương về dược động lực giữa Vinorelbine uống và truyền đã đem lại 1 phác đồ có những ưu thế vượt trội như: tăng khả năng tuân thủ điều trị do dễ dàng sử dụng, giảm chi phí điều trị, giảm tác dụng phụ do truyền tĩnh mạch.³ Trên thế giới đã có một số nghiên cứu áp dụng hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Vinorelbine đường uống kết hợp với Cisplatin và đem lại những kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1. *Kết quả điều trị của hóa xạ trị đồng thời phác đồ Cisplatin kết hợp Vinorelbine đường uống trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III*

2. *Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 48 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III (AJCC 2017 – TNM 8th) tại bệnh viện K và bệnh viện Ung bướu Nghệ An,

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh

Email: hotuananh725@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

được xạ trị lồng ngực đồng thời với hóa chất phức đồ Cisplatin – Vinorelbine đường uống từ tháng 12/2021 đến tháng 6/2023.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi, thể mô bệnh học không tế bào nhỏ; được phân giai đoạn IIIA không còn khả năng phẫu thuật hoặc từ chối phẫu thuật hoặc giai đoạn IIIB, IIIC theo phân loại AJCC/UICC 8. Không có xâm lấn cột sống gây chèn ép tủy sống, không có hội chứng trung thất cần phải can thiệp bằng xạ trị gấp. Tuổi từ trên 18 đến dưới 75 tuổi. Thể trạng chung tốt: PS từ 0-1 theo phân loại ECOG.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đã điều trị đặc hiệu ung thư (phẫu thuật, hóa chất, xạ trị) trước đó. Tiền sử có ung thư thứ 2 ngoài UTPKTBN. Bệnh nhân từ chối hợp tác, mất theo dõi. Bệnh nhân được hỗ trợ bằng Durvalumab sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc. Cỡ mẫu nghiên cứu: thuận tiện.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân, thu thập thông tin trước điều trị.

- Điều trị

+ Xạ trị: Được tiến hành đồng thời với hóa trị, bắt đầu từ ngày đầu tiên của chu kỳ hóa trị thứ nhất. Kỹ thuật xạ trị 3D theo hình dạng khối u (3D-CRT) hoặc kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT) với tổng liều 60-66 Gy, phân liều 1,8-2Gy. Các thể tích bia được xác định theo tiêu chuẩn của báo cáo ICRU 50/62.

+ Hóa trị: Phác đồ hoá chất Cisplatin 80mg/m² tĩnh mạch ngày 1 kết hợp Vinorelbine 40mg/m² uống ngày 1, 8 (chu kỳ 3 tuần).

- Đánh giá đáp ứng: Đánh giá các tỷ lệ đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1. Thời điểm đánh giá đáp ứng điều trị: Sau 40Gy xạ trị và sau kết thúc xạ trị 1 tháng.

- Đánh giá sống thêm không tiến triển

Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS): là thời gian từ lúc bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển, hoặc tái phát tại vùng, hoặc di căn xa hoặc tử vong (khi chưa có tiến triển). Thời điểm kết thúc nghiên cứu là ngày

Bảng 3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

Các yếu tố		Có đáp ứng (Hoàn toàn + một phần)	Không đáp ứng (Giữ nguyên + tiến triển)	Tổng	P
Tuổi	< 60	11	10	21	0,46
	≥ 60	17	10	27	
	Nam	26	16	42	0,22

31/06/2023. Đánh giá PFS và các yếu tố ảnh hưởng đến PFS.

2.2.3. Xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính: Tính tỷ lệ %. Biến định lượng: Tính giá trị trung bình, độ lệch. Đánh giá sống thêm bằng phương pháp Kaplan – Meier. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.2.4. Đạo đức nghiên cứu. Phác đồ nghiên cứu đã được phê duyệt trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ” của Bộ Y Tế. Đảm bảo thông tin mà bệnh nhân và người nhà cung cấp được giữ bí mật, không công bố danh tính người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình ± SD	60,32 ± 8,08	
Giới	Nam	42	87,5
	Nữ	6	12,5
Thể trạng	PS 0	24	50
	PS 1	19	39,6
	PS2	5	10,4
Hút thuốc lá	Đang hút thuốc/đã bỏ <10 năm	29	60,4
	Đã bỏ ≥10 năm/không hút	19	39,6
Sút cân trước điều trị	< 5%	38	79,2
	≥ 5%	10	20,8

3.2. Đánh giá đáp ứng

Bảng 3.2: Đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1

Đáp ứng	N	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	28	58,3
Bệnh ổn định	13	27,1
Bệnh tiến triển	7	14,6
Tổng	48	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần, bệnh ổn định và bệnh tiến triển lần lượt là 0%; 58,3%; 27,1% và 14,6%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ: 58,3%; tỷ lệ kiểm soát bệnh: 85,4%.

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

Giới	Nữ	2	4	6	
PS	0	11	13	24	0,08
	1,2	17	7	24	
Sút cân ≥5%	Có	20	18	38	0,12
	Không	8	2	10	
MBH	Tuyển	16	17	33	0,04
	Không tuyển	12	3	15	
Liều xạ	≥ 60Gy	28	17	45	0,07
	< 60 Gy	0	3	3	
Trì hoãn xạ ≥ 14 ngày	Có	4	8	12	0,04
	Không	24	12	36	
Chu kỳ hoá chất	≥ 2	25	18	42	1,00
	<2	3	2	5	
Giai đoạn	IIIA	9	4	13	0,35
	IIIB+IIIC	19	16	35	
Tổng		28	20	48	

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy MBH tuyển và trì hoãn xạ >14 ngày là 2 yếu tố làm giảm tỷ lệ đáp ứng, với p=0,04<0,05.

Bảng 3.4. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đáp ứng điều trị.

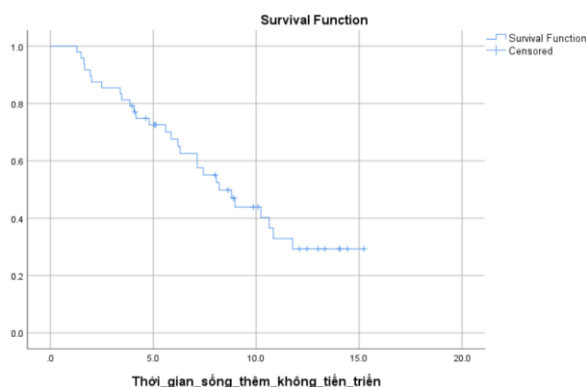
Tiêu chí	Hệ số	Hệ số hồi quy (B)	OR (e ^B)	95% CI	p
MBH	Tuyển	1	5,37	1,11 – 25,98	0,037
	Không tuyển	1,68			
Trì hoãn xạ >14 ngày	Có	1	5,13	1,10 - 23,98	0,037
	Không	1,63			

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy, MBH và trì hoãn xạ >14 ngày là 2 yếu tố ảnh hưởng độc lập đến tỷ lệ đáp ứng; với MBH không tuyển có tỷ lệ đáp ứng gấp 5,37 lần MBH tuyển; trì hoãn xạ <14 ngày có tỷ lệ đáp ứng gấp 5,13 lần nhóm trì hoãn >14 ngày.

3.4. Thời gian sống thêm không tiến triển

Bảng 3.5: Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại các thời điểm

Số BN (N)	Thời gian STKT trung bình (tháng)	Thời gian STKT trung vị (tháng)	95%CI
48	8,91 ± 0,76	8,20 ± 1,06	6,12 – 10,28
Trung vị thời gian theo dõi nhóm censored		9,38 tháng	



Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) đạt 8,2 tháng. Thời gian theo dõi trung vị của nhóm censored đạt 9,38 tháng.

3.5. Một số yếu tố liên quan đến PFS

Bảng 3.6: Một số yếu tố liên quan đến PFS (phân tích đơn biến)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Median PFS (tháng)	Phân tích đơn biến (log-rank test) p
Mô bệnh học			
UTBM tuyển	33	7,43	0,76
UTBM không tuyển	15	10,63	
Giai đoạn			
IIIA	13	10,83	0,37
IIIB/IIIC	35	8,07	
Thể trạng			
Sút cân < 5%	38	8,07	0,44
Sút cân ≥ 5%	10	8,97	
Thời gian kéo dài xạ trị (**)			
Trì hoãn > 14 ngày	12	4,07	0,004
Trì hoãn < 14 ngày	36	10,23	

(**): Thời gian kéo dài xạ trị; được tính theo số phân liều (fr) xạ trị. Cụ thể: >45 ngày với liều 60 Gy- 30 fr; >47 ngày với 64Gy-32 fr; >49 ngày với 66Gy-33fr; >51 ngày với 63Gy-35fr hoặc 70Gy - 35fr^[3]

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến với kiểm định log-rank cho thấy có 1 yếu tố có liên

Bảng 3.7. Tác dụng không mong muốn

Độc tính	Mọi độ Số BN (%)	Độ 1 Số BN (%)	Độ 2 Số BN (%)	Độ 3 Số BN (%)	Độ 4 Số BN (%)
Hạ BC	26 (54,2)	15 (31,3)	6 (12,5)	4 (8,3)	1 (2,1)
Viêm phổi	22 (45,8)	19 (39,6)	2 (4,2)	1 (2,1)	0
Viêm thực quản	18 (37,5)	15 (31,3)	2 (4,2)	1 (2,1)	0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn độ 4 ghi nhận ở 1 bệnh nhân hạ BC, chiếm 2,1%; Tác dụng không mong muốn độ 3 ở 6 bệnh nhân, trong đó 4 bệnh nhân (8,3%) hạ bạch cầu, 1 bệnh nhân viêm phổi và 1 bệnh nhân viêm thực quản. Các tác dụng không mong muốn khác đều chỉ ở độ 1,2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng điều trị. Khi phân tích trên 48 bệnh nhân được thực hiện phác đồ nghiên cứu, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 58,3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 85,4%. Phân tích đa biến cho thấy MBH tuyến và trị hoãn xạ trị >14 ngày là 2 yếu tố ảnh hưởng độc lập tới tỷ lệ đáp ứng, và làm giảm tỷ lệ đáp ứng so với các nhóm còn lại tương ứng. Cụ thể, MBH không tuyến có tỷ lệ đáp ứng gấp 5,37 lần MBH tuyến; trị hoãn xạ <14 ngày có tỷ lệ đáp ứng gấp 5,13 lần nhóm trị hoãn >14 ngày. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới điều trị HXĐT phác đồ Cisplatin kết hợp Vinorelbine uống. Nghiên cứu phase II RENO study (2018) so sánh phác đồ Vinorelbine uống – Cisplatin (OV-C) và Etoposid-Cisplatin (EP) trong HXĐT ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. Kết quả ở nhánh OV-C cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 61,9%; tương đương với nhánh EP (63,1%).⁴

Nghiên cứu PROCLAIM (2016), một nghiên cứu ngẫu nhiên III thực hiện trên 598 bệnh nhân, so sánh phác đồ Pemetrexed-Cisplatin (PeC) với EP phối hợp đồng thời xạ trị lồng ngực cho bệnh nhân UTPKTBN không vảy giai đoạn III. Tỷ lệ đáp ứng của HXĐT phác đồ PeC và EP lần lượt là 35,9% và 33,0%.⁵ Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu trên thấp hơn các nghiên cứu khác có thể giải thích do tỷ lệ không điều trị ở nhánh PeC và EP lần lượt là 9,3% và 9,8%.

4.2. Thời gian sống thêm không tiến triển. Với thời gian theo dõi trung vị của nhóm censored là 9,38 tháng; chúng tôi thu được trung

quan đến PFS, đó là thời gian kéo dài xạ trị > 14 ngày ($p=0,033$). Các yếu tố khác như giai đoạn IIIA/IIIB-IIIC; MBH tuyến/không tuyến và sút cân $\geq 5\%$ / $< 5\%$ đều không có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến PFS.

3.6. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

vị PFS của nhóm nghiên cứu là 8,2 tháng. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Paul Lesueur (2018) tổng hợp các nghiên cứu phase II, phase III sử dụng phác đồ Vinorelbine – Cisplatin trong HXĐT UTPKTBN cũng cho kết quả trung vị PFS dao động từ 6,4 tháng – 12 tháng.⁶ Bên cạnh đó, khi so sánh với các phác đồ khác sử dụng đồng thời với xạ trị UTPKTBN giai đoạn III, nghiên cứu PROCLAIM cho thời gian trung vị PFS của nhánh PeC là 11,4 tháng; nhánh EP là 9,8 tháng.⁵

Có một số yếu tố có thể là nguyên nhân khiến nghiên cứu của chúng tôi có thời gian trung vị PFS thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Thứ nhất, chúng tôi đã loại khỏi nghiên cứu một số bệnh nhân được điều trị củng cố Durvalumab, như vậy sau khi loại bỏ các trường hợp dùng Durvalumab thì tỷ lệ bệnh tiến triển sau HXĐT cũng tăng lên và có ảnh hưởng đến kết quả trung vị PFS. Thứ hai, do ảnh hưởng của dịch COVID-19 trong thời gian tiến hành nghiên cứu, có nhiều bệnh nhân phải kéo dài thời gian xạ trị. Cuối cùng có thể do thời gian theo dõi của nhóm censored còn thấp, nên nhiều bệnh nhân của nhóm này chưa ghi nhận tiến triển trong thời gian nghiên cứu, dẫn đến trung vị sống thêm thấp hơn so với thực tế.

Về các yếu tố ảnh hưởng đến PFS của HXĐT UTPKTBN, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 yếu tố tiên lượng xấu đối với PFS, đó là thời gian kéo dài xạ trị >14 ngày. Matthew T. McMillan và CS đã hồi cứu trên 14154 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III trên cơ sở dữ liệu National Cancer Database, cho thấy các bệnh nhân kéo dài thời gian xạ trị có kết quả OS kém hơn so với nhóm điều trị tiêu chuẩn (18,6 tháng so với 22,7 tháng, $p<0,0001$).⁷

4.3. Tác dụng không mong muốn. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp có tác dụng không mong muốn từ độ 3 trở lên, trong đó 5 trường hợp hạ bạch cầu từ độ 3 trở

lên, 1 trường hợp viêm phổi và 1 trường hợp viêm thực quản. Các tác dụng không mong muốn khác đều ở độ 1-2, phục hồi hoàn toàn sau khi xử trí tích cực trong thời gian ngắn và không ảnh hưởng đến điều trị. Nghiên cứu của Yoichi Naito và cộng sự báo cáo 52% trường hợp hạ bạch cầu độ 3-4.⁸ Khi so sánh với phác đồ khác, cũng cho thấy tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp hơn. Nghiên cứu RENO ghi nhận, chỉ 1 trường hợp viêm thực quản độ 3-4 ở nhánh oVP so với 12 trường hợp ở nhánh EP; 19,7% bệnh nhân có tác dụng không mong muốn huyết học ở nhánh oVP so với 62,6% ở nhánh EP.⁴ Từ đó có thể thấy khả năng dung nạp rất tốt của phác đồ Cisplatin-Vinorelbine uống.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời UTPKTBN giai đoạn III sử dụng phác đồ Cisplatin – Vinorelbine uống đem lại tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) 58,3%. Trung vị PFS của nhóm bệnh nhân không điều trị củng cố Durvalumab là 8,2 tháng; với thời gian theo dõi trung vị ở nhóm censored là 9,38 tháng. Thời gian kéo dài xạ trị > 14 ngày là yếu tố tiên lượng xấu đối với PFS của nhóm bệnh nhân trên. Tác dụng không mong muốn độ 3-4 ghi nhận ở 7 bệnh nhân chiếm 14,6%, trong đó hạ bạch cầu chiếm 10,4%; viêm phổi chiếm 2,1% và viêm thực quản chiếm 2,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249.
2. **Fukuoka K, Arioka H, Iwamoto Y, et al.** Mechanism of the radiosensitization induced by

- vinorelbine in human non-small cell lung cancer cells. Lung Cancer Amst Neth. 2001;34(3):451-460. doi:10.1016/s0169-5002(01)00265-3.
3. **Yang Y, Chang J, Huang C, et al.** A randomised, multicentre open-label phase II study to evaluate the efficacy, tolerability and pharmacokinetics of oral vinorelbine plus cisplatin versus intravenous vinorelbine plus cisplatin in Chinese patients with chemotherapy-naive unresectable or metastatic non-small cell lung cancer. J Thorac Dis. 2019;11(8):3347-3359. doi:10.21037/jtd.2019.08.22.
4. **Isla D, De Las Peñas R, Insa A, et al.** Oral vinorelbine versus etoposide with cisplatin and chemo-radiation as treatment in patients with stage III non-small cell lung cancer: A randomized phase II (RENO study). Lung cancer (Amsterdam, Netherlands). Sep 2019;135:161-168.
5. **Senan S, Brade A, Wang LH, et al.** PROCLAIM: Randomized Phase III Trial of Pemetrexed-Cisplatin or Etoposide-Cisplatin Plus Thoracic Radiation Therapy Followed by Consolidation Chemotherapy in Locally Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. Mar 20 2016;34(9):953-962.
6. **Lesueur P, Martel-Laffay I, Escande A, et al.** Oral vinorelbine-based concomitant chemoradiotherapy in unresectable stage III non-small cell lung cancer: a systematic review. Expert Review of Anticancer Therapy. 2018/11/02 2018;18(11):1159-1165.
7. **McMillan MT, Ojerholm E, Verma V, et al.** Radiation Treatment Time and Overall Survival in Locally Advanced Non-small Cell Lung Cancer. International journal of radiation oncology, biology, physics. Aug 1 2017;98(5):1142-1152.
8. **Naito Y, Kubota K, Nihei K, et al.** Concurrent chemoradiotherapy with cisplatin and vinorelbine for stage III non-small cell lung cancer. J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. 2008;3(6):617-622. doi:10.1097/JTO.0b013e3181753b38.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NƠI VI HẮC TỔ BẨM SINH VÙNG MẶT BẰNG PHƯƠNG PHÁP GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ

Trương Quốc Sơn¹, Vũ Ngọc Lâm²,
Dương Mạnh Chiến^{1,3}, Phạm Thị Việt Dung^{1,4}

TÓM TẮT

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quốc Sơn

Email: truongquocsonsss@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

Nơi vi hắc tố bẩm sinh là một trong các tổn thương da hay gặp ở trẻ sơ sinh, tổn thương có thể gây mất thẩm mỹ và chuyển thành ung thư hắc tố. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp những thông tin về đặc điểm lâm sàng và những bằng chứng về kết quả điều trị nơi vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ. Kết quả cho thấy đặc điểm lâm sàng nơi vi hắc tố bẩm sinh vùng mặt trên 46 khối nơi vi hình bầu dục hay gặp nhất (43,4%), màu đen (76,1%), gồ lên mặt da (58,7%), gặp nhiều nhất ở vùng má (29,9%), kích thước nhỏ ($\leq 3\text{cm}$) hay gặp nhất (41,3%). Thực hiện phẫu thuật cho 25 bệnh