

## KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN II-III

Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>2</sup>, Hoàng Đào Chinh<sup>1</sup>,  
Bùi Quang Biểu<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hiến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Vân Anh<sup>1</sup>

### TOM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ hóa xạ trị điều biến liều ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn II-III. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 53 bệnh nhân UTVMH giai đoạn II-III được điều trị bằng kỹ thuật xạ trị điều biến liều kết hợp hóa chất đồng thời, theo dõi từ 10/2014 đến 07/2023. Sử dụng đường cong Kaplan-Meier để ước tính các tỷ lệ sống thêm. **Kết quả:** Tại thời điểm 1 tháng sau xạ trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần là 90,6% và 9,4%. Thời gian theo dõi trung bình 55 tháng (13-106 tháng). Tỷ lệ sống thêm không tái phát tại chỗ - tại vùng, sống thêm không bệnh, sống thêm không di căn xa và sống thêm toàn bộ 5 năm là 100%, 91,4%, 91,4% và 93,7%. Độc tính cấp độ 3,4 của phác đồ chủ yếu trên hệ tạo máu (giảm bạch cầu 11,3%) và nhiễm độc gan (15,1% độ 3, 1,9% độ 4). **Kết luận:** Hóa xạ trị điều biến liều là phương pháp có hiệu quả trong điều trị UTVMH giai đoạn II-III, với độc tính mức độ vừa trên hệ tạo máu và chức năng gan.

**Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, hóa xạ trị đồng thời, xạ trị điều biến liều.

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF INTENSITY MODULATED RADIATION THERAPY WITH CONCURRENT CHEMOTHERAPY IN STAGE II-III NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

**Objective:** To evaluate the efficacy and toxicity of concurrent chemoradiotherapy (CCRT) regimen in stage II-III nasopharyngeal carcinoma (NPC) patients. **Methods:** A retrospective study on 53 patients stage II-III NPC who underwent IMRT with concurrent chemotherapy; follow-up between October, 2014 to July, 2023. Survival outcomes were assessed using the Kaplan-Meier curves. **Results:** The mean follow-up time was 55 months (13-106 months). At 1 month after CCRT, the complete and partial response rate were 90,6% and 9,4%, respectively. The 5-year locoregional-free survival (LRFS), distant metastasis-free survival (DMFS), disease-free survival (DFS), and overall survival (OS) rates were 100%, 91,4%, 91,4%, and 93,7%, respectively. Acute toxicities grade 3-4 occurred in hematologic (Leukopenia 11,3%) and hepatotoxicity (15,1% grade 3; 1,9% grade 4).

<sup>1</sup>Bệnh viện TWQĐ 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: drtuan108@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

**Conclusion:** IMRT with concurrent chemotherapy is an effective therapy in stage II-III NPC treatment, with moderate toxicity in hematologic and hepatotoxicity.

**Keywords:** Nasopharyngeal carcinoma, concurrent chemoradiotherapy, Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là loại ung thư có đặc điểm phân bố theo khu vực địa lý, thường gặp nhất ở Nam Trung Quốc, Đông Nam Á và Bắc Phi. Tại Việt Nam, UTVMH là bệnh ung thư phổ biến đứng hàng thứ 9, với tỷ lệ mắc bệnh chuẩn theo tuổi 5,6/100.000 dân [1]. Điều trị UTVMH đã có nhiều bước phát triển trong 20 năm qua do những tiến bộ trong kỹ thuật xạ trị và bằng chứng từ nhiều thử nghiệm lâm sàng. Trong đó, xạ trị điều biến liều (XTĐBL) nổi bật với các ưu điểm: Phân bố liều theo hình dạng khối u, giảm liều cho tổ chức lành xung quanh, được khuyến cáo ưu tiên trong điều trị UTVMH. Hóa chất đồng thời giúp tăng tác dụng xạ trị để kiểm soát tại chỗ-tại vùng tốt hơn và tiêu diệt các tổn thương vi di căn. Các nghiên cứu cho thấy sự kết hợp XTĐBL và hóa trị đồng thời với cisplatin điều trị UTVMH giai đoạn II-III cho tỷ lệ kiểm soát tại chỗ-tại vùng khoảng 90% [2], đặc biệt với giai đoạn III có nguy cơ cao (T3,N1-2,M0) có xu hướng điều trị hóa chất tân bổ trợ giúp cải thiện thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ di căn xa. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo kết quả của phác đồ XTĐBL kết hợp hóa chất đồng thời trong UTVMH giai đoạn II-III. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ hóa xạ trị điều biến liều ở bệnh nhân UTVMH giai đoạn II-III.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 53 bệnh nhân UTVMH mới được chẩn đoán, có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô, giai đoạn bệnh II-III theo AJCC 2017, được xạ trị điều biến liều kết hợp hóa chất đồng thời tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 09 năm 2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân tuổi từ 18-75 tuổi, chỉ số toàn trạng ECOG 0-1. Chức năng gan, thận, tủy xương cho phép điều trị hóa

xạ trị đồng thời: Bạch cầu  $\geq 4G/L$ , hemoglobin  $\geq 100g/L$ , tiểu cầu  $\geq 100G/L$ , creatinine  $\leq 132\mu mol/L$ , SGOT/SGPT  $\leq 2$  lần giới hạn bình thường. Không có hóa chất tân bổ trợ hoặc bổ trợ sau điều trị, hoặc điều trị đích. Tất cả BN đều được chụp MRI để chẩn đoán, đánh giá đáp ứng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh nặng kết hợp không cho phép hóa xạ trị, phụ nữ có thai hoặc cho con bú, bệnh nhân đã điều trị ung thư khác trước đó.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Mẫu thuận tiện bao gồm 53 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

**Quy trình tiến hành nghiên cứu:**

+ Xạ trị: Tất cả các BN được điều trị bằng kỹ thuật XTĐBL. Về các thể tích điều trị và cơ quan lành theo hướng dẫn của Ủy ban Quốc tế về Đo lường và Đơn vị Bức xạ (ICRU 50 và 62) [10]. Kế liều 70Gy/33 phân liều cho u nguyên phát và hạch di căn; 59,4Gy/33 phân liều cho vùng có nguy cơ di căn cao; 54Gy/33 phân liều cho vùng có nguy cơ di căn thấp; 5 phân liều/tuần từ thứ 2 đến thứ 6 trong 6,5 tuần. Chụp CT mô phỏng và lập kế hoạch xạ trị lại được tiến hành sau 20 buổi xạ trị.

+ Hóa chất: Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> hoặc 80mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch ngày 1, 22, 43 hoặc 30-40mg/m<sup>2</sup> hàng tuần trong 6-7 tuần.

Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị, sau đó 3 tháng/lần trong 2 năm đầu tiên, 6 tháng/lần trong những năm tiếp theo. Bệnh nhân tái phát, di căn xa được tiếp tục điều trị phụ thuộc giai đoạn tái phát.

**Các chỉ số đánh giá:**

Tỷ lệ sống thêm: Thời gian theo dõi được tính từ ngày bắt đầu điều trị đến lần khám cuối hoặc tử vong. Sự kiện cho sống thêm không bệnh là tái phát hoặc tiến triển tại chỗ, tại vùng, di căn xa hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào; cho sống thêm không di căn xa là di căn xa; cho sống thêm toàn bộ là tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào; cho sống thêm không tái phát tại chỗ-tại vùng là tái phát hoặc tiến triển của u nguyên phát và/hoặc hạch.

Tỷ lệ đáp ứng: sau hóa xạ trị đồng thời 1 tháng, được đánh giá dựa trên hình ảnh MRI so với trước điều trị, theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u rắn (RECIST 1.1)

Đánh giá độc tính cấp và muộn: theo tiêu chuẩn thuật ngữ chung cho các biến cố có hại (CTCAE 5.0). Chọn thời điểm 90 ngày sau khi bắt đầu xạ trị để tính mốc thời gian cho độc tính cấp và muộn.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng đường cong Kaplan–Meier để biểu diễn tỉ lệ sống thêm toàn bộ của BN.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Phác đồ điều trị đã được khuyến cáo theo Hội ung thư Hoa Kỳ, châu Âu và Trung Quốc; đã được thông qua Viện Ung thư - Bệnh viện TWQĐ 108. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện điều trị và tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu (n=53)**

Đặc điểm		Số BN (n=53)	%
Trung vị tuổi (năm)		55(33-74)	
Nam		40	75,5
Nữ		13	24,5
Chỉ số toàn trạng	ECOG 0	41	77,4
	ECOG 1	12	22,6
Hút thuốc	Có	30	56,6
	Không	23	43,4
Uống rượu	Có	25	47,2
	Không	28	52,8
Giải phẫu bệnh	Ung thư biểu mô không biệt hóa	51	96,2
	Khác	2	3,8
Giai đoạn T	T1	25	47,2
	T2	17	32,1
	T3	11	20,8
Giai đoạn N	N0	4	7,5
	N1	24	45,3
	N2	25	47,2
Giai đoạn bệnh	II	21	39,6
	III	32	60,4
Chụp PET-CT trước điều trị	Có	43	81,1
	Không	10	18,9
EBV trước điều trị	Có làm XN	45	84,9
	Không làm	8	15,1
	Âm tính	16	30,2
	Dương tính	29	54,7

Trung vị tuổi của bệnh nhân là 55 (33-74 tuổi), nam giới chiếm đa số (75,5%). Điểm toàn trạng ECOG 0 chiếm 77,4%. Tỷ lệ BN có hút thuốc 56,6%, uống rượu 47,2%. Type mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô không biệt hóa: 51 BN (96,2%). BN giai đoạn III chiếm 60,4%, với T3 là 20,8%, N2 là 47,2%. Có 43 BN (81,1%) được chụp PET-CT đánh giá giai đoạn trước điều trị. Có 45/53 BN được xét nghiệm EBV trước điều trị, trong đó có 29 BN EBV dương tính. Định lượng EBV trung bình  $2,1 \times 10^4$  ( $100 - 2,7 \times 10^5$ ) copies/ml.

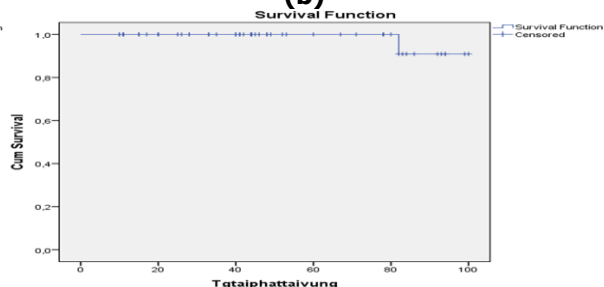
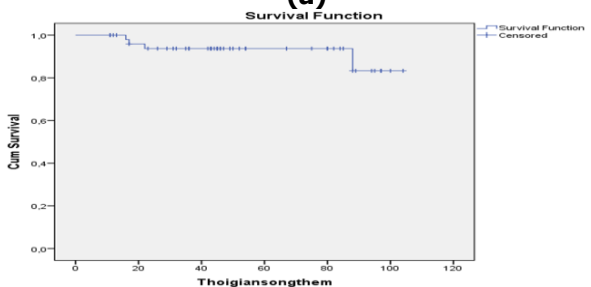
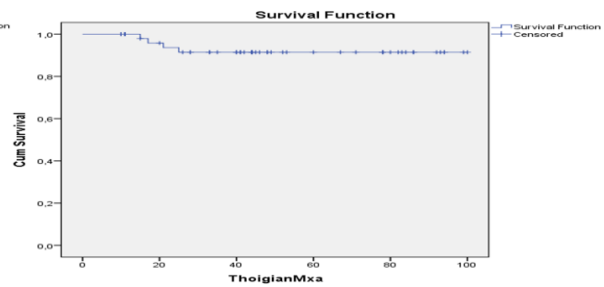
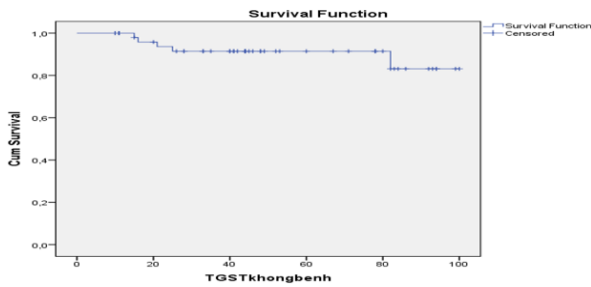
**Bảng 2. Phác đồ điều trị và tỷ lệ đáp ứng (n=53)**

Đặc điểm			%
Thời gian điều trị trung bình (tuần)		8,3±1,7 (6-16)	
Liều tích lũy Cisplatin trung bình (mg/m <sup>2</sup> )		248,7±54,4 (100-300)	
Phác đồ hóa chất	Cách 3 tuần (N1,22,43)	48	90,6
	Hàng tuần	5	9,4
Hoàn thành phác đồ	Có	40	75,5
	Không	13	24,5
Đáp ứng	Hoàn toàn	48	90,6
	1 phần	5	9,4

Trong nghiên cứu có 48/53 BN được điều trị phác đồ Cisplatin 80-100 mg/m<sup>2</sup> cách 3 tuần (ngày 1, 22, 43) chiếm 90,6%. 5 BN phác đồ hàng tuần Cisplatin 30-40mg/m<sup>2</sup>. Tỷ lệ hoàn thành phác đồ: 40 bệnh nhân truyền đủ các đợt hóa chất (75,5%), 100% BN xạ đủ liều 70Gy/33Fx. Thời gian xạ trị trung bình 8,3±1,7 tuần (6-16 tuần). Liều tích lũy Cisplatin trung bình đạt 248,7 ± 54,4 mg/m<sup>2</sup>

Tại thời điểm 1 tháng sau xạ trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần tương ứng là 88,7% và 11,3%. Không có bệnh ổn định và bệnh tiến triển.

**Tỷ lệ sống thêm**



**Hình 1. Đường cong Kaplan-Meier biểu thị thời gian**

(a) Sống thêm không bệnh, (b) Sống thêm không di căn xa, (c) Sống thêm toàn bộ, (d) sống thêm không tái phát tại chỗ, tại vùng

Thời gian theo dõi trung bình 55 tháng (13-106 tháng). Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu: Có 4 BN di căn xa, 1 BN tái phát tại vùng. Có 4 BN tử vong trong đó: 3 BN do di căn xa, 1 BN do độc tính muộn. Thời gian sống thêm tại thời điểm 5 năm: Tỷ lệ sống thêm không tái phát tại chỗ - tại vùng, sống thêm không bệnh, sống thêm không di căn xa và sống thêm toàn bộ ước tính tại thời điểm 5 năm là 100%, 91,4%, 91,4% và 93,7%. Có 1 BN tái phát tại vùng sau thời điểm 5 năm (sau điều trị 82 tháng).

**Độc tính cấp và muộn của phác đồ**

**Bảng 3: Các độc tính cấp của phác đồ**

Độc tính cấp	Độ 1 - 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%

Hệ tạo máu						
Giảm bạch cầu	31	58,5	6	11,3	0	0
Giảm bạch cầu hạt	27	51,0	5	9,4	0	0
Giảm huyết sắc tố	31	58,5	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	12	22,6	0	0	0	0
Tăng GOT, GPT máu	22	41,5	8	15,1	1	1,9
Tăng Creatinine máu	8	15,1	1	1,9	0	0
Viêm niêm mạc	52	98,1	1	1,9	0	0
Buồn nôn, nôn	43	81,1	1	1,9	0	0
Sụt cân	39	73,5	0	0	0	0

Các tác độc tính cấp đa số là độ 1,2: trong đó viêm niêm mạc 98,1% và buồn nôn, nôn 81,1% là thường gặp nhất, sụt cân (73,5%). Các độc tính độ 3 chủ yếu trên hệ tạo máu, giảm bạch cầu (11,3%) tăng men gan (15,1%), có 1 BN tăng men gan độ 4 do bệnh lý viêm gan kết hợp.

**Bảng 4: Các độc tính muộn của phác đồ**

Độc tính muộn	n	%
<b>Khít hàm</b>		
Độ 1	3	5,7
Độ 4	1	1,9
<b>Khô miệng</b>		
Độ 1	40	75,5
Độ 2	7	13,2
<b>Nhược giáp</b>		
Sạm da, xơ cứng da	15	28,3
Viêm mũi xoang mạn	32	60,4
Viêm tai giữa, ù tai	19	35,8
Hoại tử xương hàm	1	1,9

Các độc tính muộn chủ yếu là khô miệng độ 1 (75,5%), viêm mũi xoang mạn (60,4%), viêm tai giữa, ù tai (35,8%), tỷ lệ BN nhược giáp sau xạ trị 24,5%. Có 1 BN bị hoại tử xương hàm dưới và khít hàm độ 4 (1,9%)

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của nhóm BN nghiên cứu.

53 BN trong nghiên cứu có tuổi trung bình 55, chỉ số toàn trạng tốt ECOG 0 77,4%. Đây cũng là yếu tố thuận lợi để hoàn thành được phác đồ hóa xạ trị. Tỷ lệ BN được chụp PET-CT trước điều trị khá cao 81,1%, kết hợp với chụp MRI giúp cho việc đánh giá giai đoạn u và hạch được chính xác hơn. Các BN không chụp PET-CT đều được chụp CT ngực và xạ hình xương đánh giá di căn xa. Có 45/53 BN được xét nghiệm EBV trước điều trị, trong đó tỷ lệ EBV dương tính là 54,7%. Nồng độ EBV trung bình  $2,1 \times 10^4$  ( $100 - 2,7 \times 10^5$ ) copies/ml. Hiện nay, vai trò gây bệnh của virus EBV đối với UTMH đã được làm rõ trên cơ sở các bằng chứng về mặt lâm sàng, dịch tễ và thực nghiệm: BN UTMH có nồng độ EBV cao là yếu tố nguy cơ quan trọng để đưa ra quyết định sử dụng hóa chất đồng thời hoặc tân bổ trợ [9].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội ung thư Mỹ (ASCO) và Trung Quốc (CSCO) năm 2021, hóa xạ trị đơn thuần vẫn là điều trị cơ bản cho UTMH giai đoạn II-III theo phân tầng các yếu tố nguy cơ, có thể kết hợp với hóa chất tân bổ trợ hoặc bổ trợ trong 1 số trường hợp có nguy cơ cao [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN được xạ đủ liều 70Gy/33Fx. 40 BN truyền đủ các đợt hóa chất, tỷ lệ hoàn thành phác đồ đạt 75,5%. Liều tích lũy Cisplatin trung bình đạt 248,7mg/m<sup>2</sup>, trong đó có 86,8% BN đạt liều tích lũy  $\geq 200$ mg/m<sup>2</sup>. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh liều tích lũy Cisplatin  $\geq 200$ mg/m<sup>2</sup> là một yếu tố tiên lượng độc lập, có ý nghĩa cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ, phác đồ hàng tuần hoặc cách 3 tuần đều cho kết quả tương đương [6]. Thời gian xạ trị trung bình trong nghiên cứu

là 8,3 tuần, dài hơn so với thời gian tiêu chuẩn 6,5-7 tuần. Nguyên nhân do 1 số yếu tố như: BN phải dừng xạ trị 1 đợt để điều trị nhiễm độc gan, hạ bạch cầu, máy xạ trục trặc, lập kế hoạch pha 2 lâu hơn dự kiến...cũng gây ảnh hưởng đến tổng thời gian điều trị.

##### 4.2. Tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm.

Tại thời điểm 1 tháng sau xạ trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần tương ứng là 90,6% và 9,4%. Kết quả này cũng tương đồng với 1 số tác giả trong nước như Trần Thị Kim Phượng (2018): hóa xạ trị đồng thời UTMH giai đoạn II cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần là 93,5%; 6,5% [7]. Một nghiên cứu trong nước khác của Phạm Lâm Sơn (2022) hóa xạ trị đồng thời 68 BN UTMH giai đoạn IIB-III với Cisplatin hàng tuần cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần sau 1 tháng 86,7; 13,3%, sau 3 tháng 95%; 5% [8]. UTMH là loại ung thư nhạy cảm với tia xạ và hóa chất, đặc biệt khi dùng kỹ thuật XTĐBL kết hợp với hóa chất đủ liều thì tỷ lệ đáp ứng càng cao. Thực tế, các nghiên cứu trên thế giới thường ít đánh giá tỷ lệ đáp ứng sau điều trị mà đánh giá tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tại vùng sau các khoảng thời gian.

Tỷ lệ sống thêm không tái phát tại chỗ - tại vùng, sống thêm không bệnh, sống thêm không di căn xa và sống thêm toàn bộ 5 năm là 100%, 91,4%, 91,4% và 93,7%. Cơ quan di căn xa chủ yếu là gan (3 BN), phổi (1 BN). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Ting Jin (2019) hóa xạ đồng thời BN UTMH giai đoạn 2 cho tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm là 90,5%; 80,6% [4] và cao hơn so với nghiên cứu của Lei Wang (2021) 272 BN UTMH giai đoạn III có hoặc không hóa xạ trị cho các tỷ lệ sống thêm không tái phát tại chỗ - tại vùng, sống thêm không bệnh, sống thêm không di căn xa và sống thêm toàn bộ 10 năm tương ứng là 87,8%; 68,8%; 80,7%; 74,9% [3]. Điều này chủ yếu do thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn (5 năm so với 10 năm), tất cả các BN đều được hóa chất đồng thời với liều tích lũy cao  $>200$ mg/m<sup>2</sup> nên hiệu quả điều trị có thể cao hơn. Thực tế sau 5 năm, có 1 BN trong nghiên cứu của chúng tôi tái phát tại vùng sau 82 tháng và 1 BN tử vong sau 86 tháng. Nghiên cứu của T.T.K.Phượng (2018) và Phạm Lâm Sơn (2022) cho tỷ lệ sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh sau 3 năm là 88,7%; 86,0% và 84,1%, 82,3% [7],[8]. Nhìn chung, BN UTMH giai đoạn II-III thường có tiên lượng sống thêm tốt sau 5 năm nên cần theo dõi trong thời gian dài đủ dài để có kết quả chính xác hơn.

**4.3. Độc tính của phác đồ.** Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ độc tính cấp độ 3,4 là 33,96%, trong đó chủ yếu trên hệ tạo máu 11,3% và nhiễm độc gan 17%. Nguyên nhân tăng men gan chủ yếu trên các BN có bệnh lý kết hợp viêm gan virus B mạn. Phác đồ hóa xạ trị với Cisplatin liều cao là 1 yếu tố gây bùng phát đợt cấp dẫn đến tình trạng nhiễm độc gan tăng dần. Hơn nữa liều tích lũy Cisplatin >200mg/m<sup>2</sup> có thể gây độc tính trên hệ tạo máu nhiều hơn. Các độc tính cấp khác như viêm niêm mạc, buồn nôn, suy thận thường ở mức độ nhẹ hơn.

Đối với các độc tính muộn chủ yếu là khô miệng độ 1,2, viêm mũi xoang, ù tai, viêm tai giữa. XTĐBL ngoài việc nâng liều vào u tốt còn giúp bảo vệ cơ quan lành như tuyến nước bọt, thân não, khớp thái dương hàm... từ đó hạn chế các độc tính muộn độ 3,4 nâng cao chất lượng sống cho BN. Trong nghiên cứu chỉ có 1 BN bị khít hàm độ 4 và hoại tử xương hàm dưới.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy XTĐBL kết hợp hóa chất đồng thời với Cisplatin điều trị UTMH giai đoạn II-III là phác đồ có hiệu quả cao với độc tính cấp độ 3,4 ở mức độ vừa, chủ yếu trên hệ tạo máu và chức năng gan. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian chưa đủ dài nên cần theo dõi trong thời gian dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer - World Health Organization.**

2. **Fan Zhang, Yuan Zhang, et al,** Efficacy of Concurrent Chemotherapy for Intermediate Risk NPC in the Intensity Modulated Radiotherapy Era: a Propensity-Matched Analysis, Scientific Reports | 5:17378 | DOI: 10.1038/srep17378
3. **Lei Wang et al** 2021. Efficacy of concurrent chemoradiotherapy in subgroups of stage III nasopharyngeal carcinoma: an analysis based on 10-year follow-up, Radiat Oncol (2021) 16:215
4. **Ting Jin,** 2019. Concurrent Chemoradiotherapy With or Without Induction Chemotherapy for Patients with Stage II Nasopharyngeal Carcinoma: An Update. doi: 10.1016/j.tranon.2019.08.007
5. **Chemotherapy in Combination With Radiotherapy for Definitive-Intent.** Treatment of Stage II-IVA Nasopharyngeal Carcinoma: CSCO and ASCO Guideline, J Clin Oncol 39:840-859. © 2021
6. **Mete Gundog,** 2022. A comparison of cisplatin cumulative dose and cisplatin schedule in patients treated with concurrent chemo-radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma. DOI: 10.1016/j.bjorl.2019.04.008
7. **Trần Thị Kim Phượng,** "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn II tại bệnh viện K", Luận văn tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội
8. **Phạm Lâm Sơn,** 2022. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOÁ XẠ TRỊ BỆNH UNG THƯ VÒM HỌNG GIAI ĐOẠN IIB-III BẰNG CISPLATIN HANG TUẦN VÀ XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 518 Số 2 (2022)
9. **NCCN Guidelines Version 2.** 2022, Head and Neck Cancers, Cancer of the Nasopharynx, NASO-2
10. **ICRU Report 62, Prescribing,** Recording and Reporting Photon Beam Therapy (Supplement to ICRU 50).

# ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH CÓ TRIỆU CHỨNG COVID-19 KÉO DÀI VÀ NHU CẦU HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH SAU NHIỄM COVID-19 CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Võ Phạm Minh Thu<sup>1</sup>, Trần Trọng Anh Tuấn<sup>2</sup>,  
Nguyễn Minh Phương<sup>1</sup>, Phan Việt Hưng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tình trạng COVID-19 kéo dài và các yếu tố liên quan biểu hiện đa dạng và ảnh hưởng đến

sức khỏe tinh thần, thể chất của người bệnh sau nhiễm COVID-19 cấp ở nhiều mức độ khác nhau. Nhu cầu hỗ trợ của người bệnh cần được đánh giá đúng mức nhằm giúp người bệnh hồi phục và tái hòa nhập xã hội và công việc. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng COVID-19 kéo dài, yếu tố liên quan và khảo sát nhu cầu hỗ trợ điều trị của người bệnh sau nhiễm COVID-19 cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành ở 667 bệnh nhân ≥ 16 tuổi có tình trạng COVID-19 kéo dài đến khám tại Phòng khám Hậu COVID-19, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Đặc điểm dân số nghiên cứu có tuổi

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Phạm Minh Thu

Email: vpmthu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 29.8.2023