

men gan nhất. Điều này rất quan trọng trong thực hành lâm sàng vì bệnh nhân Việt Nam có tỷ lệ nhiễm viêm gan B cao, nếu sử dụng các thuốc ảnh hưởng lên chức năng gan nhiều thì có thể cộng hợp làm nặng hơn tình trạng tăng men gan. Về ảnh hưởng đến chức năng thận, các nghiên cứu ALEX và J-ALEX không đề cập đến độc tính này.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình: $50 \pm 10,2$ tuổi, nam (34,6%), nữ (65,4%), ECOG PS 0-1 chiếm 88,4%, PS=2 là 7,7% PS=3 là 3,8%.

- Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng ho (ho khan 42,3%), đau ngực (61,5%), mệt mỏi, chán ăn 38,5%. Các triệu chứng về thần kinh 14,3%.

- Các vị trí di căn: Di căn dịch màng phổi, phổi 34,6%, di căn não (34,6%).

- Xét nghiệm ALK bằng NGS chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%.

5.2. Kết quả điều trị: - Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 84,6%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 100%. Tỷ lệ đáp ứng tổn thương não 66,7%.

- Độc tính trên hệ huyết học thấp 10%, không gặp độc tính độ 3,4

- Không gặp độc tính độ 3,4 trên hệ tiêu hóa

- Tăng men gan độ 3 chiếm 3,8%, không gặp độc tính độ 3,4 ảnh hưởng đến chức năng thận⁹

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** Accessed December 26, 2023. <http://gco.iarc.fr/today/home>

2. **Socinski MA, Evans T, Gettinger S, et al.** Treatment of Stage IV Non-small Cell Lung Cancer. *Chest.* 2013;143(5 Suppl):e341S-e368S. doi:10.1378/chest.12-2361
3. **Grande E, Bolós MV, Arriola E.** Targeting oncogenic ALK: a promising strategy for cancer treatment. *Mol Cancer Ther.* 2011;10(4):569-579. doi:10.1158/1535-7163.MCT-10-0615
4. **Tan DS, Geater S, Yu CJ, et al.** First-line ceritinib versus chemotherapy in patients (pts) with advanced ALK rearranged (ALK+) non-small cell lung cancer (NSCLC): ASCEND-4 Asian subgroup analysis. *Annals of Oncology.* 2019;30:v599-v600. doi:10.1093/annonc/mdz259.016
5. **Đánh giá tỉ lệ đáp ứng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến ALK điều trị bằng Ceritinib.** Accessed December 27, 2023. <https://nci.vn/en/de-tai-khoa-hoc/danh-gia-ti-le-dap-ung-benh-nhan-ung-thu-phoi-khong-te-bao-nho-giai-doan-tien-xa-co-dot-bien-alk-dieu-tri-bang-ceritinib>
6. **Peters S, Camidge DR, Shaw AT, et al.** Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2017;377(9): 829-838. doi:10.1056/NEJMoa1704795
7. **Đình KD, Vũ HT, Nguyễn TTH.** Đánh giá kết quả điều trị Ceritinib trên bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến ALK tại bệnh viện K. *VMJ.* 2022;518(1). doi:10.51298/vmj.v518i1.3332
8. **Solomon BJ, Mok T, Kim DW, et al.** First-line crizotinib versus chemotherapy in ALK-positive lung cancer. *N Engl J Med.* 2014;371(23):2167-2177. doi:10.1056/NEJMoa1408440
9. **Azzoli CG, Baker S, Temin S, et al.** American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Chemotherapy for Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol.* 2009; 27(36): 6251-6266. doi:10.1200/JCO.2009.23.5622

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HÓA CHẤT CẢM ỨNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN III - IVA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Anh Hải¹, Bùi Ngọc Cung², Lê Văn Cường³, Trần Văn Tôn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đáp ứng và độc tính của hóa chất cảm ứng điều trị ung thư đầu cổ giai đoạn III - IVA tại Bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng, phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với

tiến cứu trên 29 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư đầu cổ giai đoạn III-IVA được hóa trị cảm ứng tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Sau 3 chu kỳ hóa trị cảm ứng 77,27% giảm triệu chứng hạch cổ, 66,67% đỡ nuốt nghẹn, 71,43% đỡ nói khàn, 75% đỡ đau đầu; 66,67% hết hoàn toàn ù tai và chảy máu mũi. Theo RECIST 1.1, đáp ứng hoàn toàn là 17,25%, đáp ứng một phần là 58,62%; bệnh không đổi là 20,68%; có 3,45% ca bệnh tiến triển. Trong nhóm ung thư hạ họng và ung thư thanh quản: 18,75% đáp ứng hoàn toàn, 62,50% đáp ứng 1 phần, 18,75% bệnh không đổi. Kết thúc hóa trị cảm ứng không có bệnh nhân nào cần phẫu thuật. Độc tính hay gặp là giảm bạch cầu hạt (89,70%) chủ yếu là độ 2 với

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Quân Y 175

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Tôn

Email: drton103@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

58,65%, độ 3 gặp 17,25%; không có độ 4. Tăng men gan gặp ở 37,95% bệnh nhân, chủ yếu là độ 1 với 34,50%; không có độ 3, 4. Buồn nôn gặp ở tất cả các bệnh nhân chủ yếu độ 1 (75,85%), độ 2 gặp ở 24,15%; nôn gặp ở 58,65%, chỉ có 6,90% nôn độ 2, còn lại là độ 1. **Kết luận:** Đối với ung thư đầu cổ giai đoạn III-IVA, hóa trị cảm ứng có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao với các độc tính ở mức chấp nhận được. Ở nhóm ung thư hạ họng thanh quản, hóa trị cảm ứng giúp mở ra cơ hội điều trị không phẫu thuật, bảo tồn chức năng thanh quản.

Từ khóa: hóa trị cảm ứng, ung thư đầu cổ

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF INDUCTION CHEMICAL HEAD AND NECK CANCER TREATMENT STAGES III – IVA AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To evaluate the initial results of induction chemotherapy for head and neck cancer stage III - IVA at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** a retrospective descriptive combined with prospective study on 29 stage III-IVA head and neck cancer patients. All of patients was received induction chemotherapy at the Oncology Center of Military Hospital 103 from January 2021 to August 2023. **Results:** After 3 cycles of induction chemotherapy 77.27% reduces symptoms of cervical lymph nodes, 66.67% reduces choking, 71.43% reduces hoarseness, 75% reduces headaches; 66.67% completely eliminated tinnitus and nosebleeds. According to RECIST 1.1, complete response is 17.25%, partial response is 58.62%; stable disease is 20.68%; advance disease is 3.45%. In the group of hypopharyngeal and laryngeal cancer 18.75% had complete response, 62.50% partial response, 18.75% disease remained unchanged. At the end of induction chemotherapy, no patient required surgery. Common toxicity is agranulocytosis accounting for 89.70%, mainly grade 2 with 58.65%, grade 3 with 17.25%; no grade 4. Liver enzyme elevation was found in 37.95% of patients, mainly grade 1 with 34.48%; no grade 3, 4. Nausea was found in all patients, mainly grade 1 (75.85%), grade 2 occurred in 24.15%; vomiting was found in 58.65%, only 6.90% had grade 2 vomiting, the rest was grade 1. **Conclusion:** For stage III-IVA head and neck cancer, induction chemotherapy has a high rate treatment response with acceptable toxicity. In the group of hypopharyngeal and laryngeal cancer, induction chemotherapy give the opportunity to non-surgical treatment, preserving laryngeal function.

Keywords: induction chemotherapy, head and neck cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư đầu cổ (UTĐC) đứng thứ 5 trong số các ung thư (UT) thường gặp (Globocan 2020) [1]; 60% UTĐC tại thời điểm được chẩn đoán ở giai đoạn III - IVA. Theo Lorch và cộng sự công bố trên tạp chí Lancet (2011) cho thấy hóa chất cảm ứng (Induction Chemotherapy - IC) làm tăng tỉ lệ điều trị bảo

tồn và hạn chế di căn xa so với việc chỉ điều trị tại chỗ đơn thuần [2]. Theo Blanchard trong hóa trị cảm ứng với UTĐC, phác đồ TPF cho thấy hiệu quả vượt trội [3], đặc biệt ở nhóm ung thư hạ họng và ung thư thanh quản, hóa trị cảm ứng phác đồ TPF sau đó xạ trị đơn thuần cho hiệu quả bảo tồn thanh quản (LPR) và tỷ lệ sống còn không rối loạn chức năng thanh quản (LDFFS) cao. Theo nghiên cứu của Pointreau tỷ lệ LPR sau 5 và 10 năm lần lượt là 74% và 70,3%, tỷ lệ LDFFS sau 5 năm là 67,2% sau 10 năm là 63,7% [4]. Tại Việt Nam đa số các nghiên cứu mới dừng lại ở vai trò của hóa trị cảm ứng đối với ung thư vòm mũi họng, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hóa trị cảm ứng đối với ung thư đầu cổ nói chung, mà cụ thể là đối với phác đồ TPF. Đặc biệt chưa có nghiên cứu nào đề cập tới vai trò của hóa trị cảm ứng trong điều trị bảo tồn thanh quản ở những bệnh nhân ung thư hạ họng thanh quản. Xuất phát từ thực tiễn đó nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài này hướng tới mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu hóa chất cảm ứng điều trị ung thư đầu cổ giai đoạn III - IVA tại Bệnh viện Quân Y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 29 bệnh nhân chẩn đoán xác định là ung thư đầu cổ giai đoạn III-IVA được hóa trị cảm ứng tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân UTĐC mới được chẩn đoán, giai đoạn bệnh III-IVA theo phiên bản 8 của AJCC năm 2017.

- Chỉ số toàn trạng PS : 0-1.

- Chức năng gan, thận, tủy xương cho phép hóa trị [1]: bạch cầu ≥ 4 G/L, hemoglobin ≥ 100 g/L, tiểu cầu ≥ 100 G/L, creatinine ≤ 132 $\mu\text{mol/L}$, GOT/GPT $< 2,5$ lần giới hạn bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân UTĐC có bệnh kết hợp mức độ nặng không cho phép hóa trị cảm ứng.

- Bệnh nhân đã điều trị ung thư trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi; giới; tình trạng toàn thân; vị trí ung thư; giai đoạn T, N, TNM (theo AJCC 8); phác đồ hóa chất cảm ứng được sử dụng.

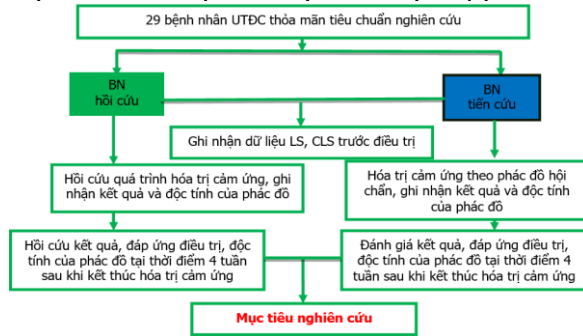
- Đánh giá kết quả đáp ứng: theo triệu chứng cơ năng; theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Ghi nhận độc tính và phân mức độ.

2.4. Xử lý số liệu. Phân tích số liệu bằng

các thuật toán trên phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị: tỷ lệ %, giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Hóa chất cảm ứng điều trị ung thư đầu cổ giai đoạn muộn (III đến IVA) đã được thực hiện thường quy tại Bệnh viện 103. Các thông tin người bệnh chỉ phục vụ mục tiêu khoa học và được bảo mật tuyệt đối.



Sơ đồ quy trình nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		Số BN (n=29)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình (năm)		58,45±9,82	
Giới tính	Nam	27	93,10
	Nữ	02	6,90
Chỉ số toàn trạng	ECOG 0	9	31,03
	ECOG 1	20	68,97
Phân loại theo vị trí	Ung thư vòm họng	10	34,48
	Ung thư hạ họng	12	41,38
	Ung thư thanh quản	04	13,80
	Ung thư hầu miệng	03	10,34
Phân chia giai đoạn T	T1	03	10,34
	T2	09	31,03
	T3	09	31,03
	T4	08	27,60
Phân chia giai đoạn N	N0	0	0,0
	N1	05	17,24
	N2	13	44,83
	N3	11	37,93
Giai đoạn bệnh theo TNM	Giai đoạn III	10	34,48
	Giai đoạn IVA	19	65,52
Triệu chứng lâm sàng	Hạch cổ	22	75,86
	Nuốt vướng	12	41,36
	Nói khàn	07	24,14
	Đau đầu	04	13,79
	Triệu chứng khác (ù tai, ngạt mũi, chảy máu mũi)	03	10,34
Phác đồ hóa chất sử dụng	TPF	19	65,52
	Gemcistabin - Cisplatin	10	34,48

Nam giới chiếm đa số (93,10%); chủ yếu là ECOG 1 (68,97%). Ung thư vòm và hạ họng chiếm chủ yếu (tỷ lệ 34,48% và 41,38%). Tổn thương u từ T2 trở lên chiếm 89,66%. Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương hạch, hạch N2, N3 chiếm tỷ lệ lớn (44,83% và 37,93%); giai đoạn IVA chiếm đa số (65,52%).

3.2. Kết quả đáp ứng và độc tính sau 3 chu kỳ hóa chất cảm ứng

Bảng 2. Đáp ứng các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Mức độ đáp ứng					
	Không đổi		Đỡ		Hết	
	n	%	n	%	n	%
Hạch cổ (n=22)	5	22,73	17	77,27	0	0
Nuốt nghẹn (n=12)	4	33,33	8	66,67	0	0
Nói khàn (n=7)	2	28,57	5	71,43	0	0
Đau đầu (n=4)	1	25,00	3	75,00	0	0
Triệu chứng khác (n=3)	0	0	1	33,33	2	66,67

Trong số 3 bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng ù tai, chảy máu mũi, ngạt mũi thì có 2 bệnh nhân hoàn toàn hết ù tai và chảy máu mũi.

Đáp ứng một phần các triệu chứng chiếm phần lớn: có 77,27% bệnh nhân giảm triệu chứng hạch cổ; 66,67 đỡ nuốt nghẹn; 71,43 % đỡ nói khàn; 75% bệnh nhân đỡ đau đầu.

Bảng 3. Mức độ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 của từng loại ung thư

Loại ung thư	Mức độ đáp ứng (n, %)			
	Hoàn toàn	Một phần	Không đổi	Tiến triển
Hạ họng (n=12)	2 (16,7%)	8 (66,6%)	2 (16,7%)	0
Vòm (n=10)	2 (20,0%)	6 (60,0%)	2 (20,0%)	0
Thanh quản (n=4)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	0
Hầu miệng (n=3)	0	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
Tổng (n=29)	5 (17,2%)	17 (58,6%)	6 (20,7%)	1 (3,5%)

Sau 3 chu kỳ hóa trị cảm ứng, đáp ứng một phần chiếm chủ yếu, tính chung là 58,6%. Đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ 17,2%; Ung thư hầu miệng có 01 trường hợp bệnh tiến triển, không gặp bệnh tiến triển ở các nhóm ung thư khác.

Bảng 4. Độc tính của phác đồ

Độc tính	Mức độ độc tính (n, %)			
	ĐỘ I	ĐỘ II	ĐỘ III	ĐỘ IV
Giảm bạch cầu hạt	04 (13,8%)	17 (58,6%)	05 (17,2%)	0
Tăng GOT; GPT máu	10 (34,5%)	01 (03,4%)	0	0
Tăng creatinine máu	03 (10,3%)	0	0	0

Buồn nôn	22 (75,8%)	07 (24,1%)	0	0
Nôn	15 (51,7%)	02 (06,9%)	0	0

Độc tính trên hệ tạo máu (giảm bạch cầu hạt) là phổ biến nhất (tỷ lệ gặp 89,6%), chủ yếu là độ II (58,6%). Tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hóa, gan và chức năng chủ yếu là độ I và độ II, không có độ III, IV. Buồn nôn gặp ở tất cả các bệnh nhân.

3.3. Điều trị sau hóa chất cảm ứng

Bảng 5. Điều trị sau hóa chất cảm ứng

Vị trí ung thư	Phương pháp điều trị (số bệnh nhân)			Tổng
	Hóa xạ trị đồng thời	Xạ trị đơn thuần	Phẫu thuật	
Hạ họng	10	02	0	12
Vòm	10	0	0	10
Thanh quản	03	01	0	04
Hầu miệng	03	0	0	03
Tổng	26	03	0	29

Tính đến tháng 08/2023, 100% bệnh nhân hoàn thành đủ 3 chu kỳ hóa trị cảm ứng. Có 26/29 bệnh nhân tiếp tục hóa xạ trị đồng thời sau hóa trị cảm ứng, tỷ lệ 89,6%. Có 3/29 bệnh nhân chỉ cần xạ trị đơn thuần, đây là các bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ hóa trị, trong đó 2 bệnh nhân ở nhóm UT hạ họng, 1 bệnh nhân ở nhóm UT thanh quản. Không có bệnh nhân nào phải can thiệp phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả đáp ứng

- **Đáp ứng cơ năng.** Sau 3 chu kỳ hóa trị cảm ứng có sự đáp ứng rõ rệt của các triệu chứng cơ năng, cụ thể có 77,27% số bệnh nhân giảm triệu chứng hạch cổ; 8/12 bệnh nhân đỡ nuốt nghẹn chiếm 66,67%; có 71,43 % (5/7 bệnh nhân) đỡ nói khàn; 75% bệnh nhân đỡ đau đầu (3/4 bệnh nhân). Mức độ đáp ứng cơ năng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thương (2022), các triệu chứng như ù tai, ngạt mũi, nổi hạch cổ, triệu chứng thần kinh đều thuyên giảm hơn 50% [5]. Phạm Tiến Chung nghiên cứu hóa trị cảm ứng phác đồ PF đối với ung thư vòm, cho thấy tỷ lệ đáp ứng cơ năng một phần là 90,7%; có 9,3% đáp ứng cơ năng hoàn toàn [6].

- **Đáp ứng theo RECIST 1.1.** Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1, sau 3 chu kỳ hóa trị cảm ứng, tỷ lệ đáp ứng chung đạt 75,87% trong đó đáp ứng hoàn toàn (CR) 17,25%; đáp ứng 1 phần (PR) là 58,62%. Kết quả này thấp hơn so với của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thương (2022), tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 94,9%, trong đó 33/39

(84,6%) đạt PR, 4/39 (10,3%) đạt CR [5]. Điều này là do chúng tôi đánh giá UTĐC nói chung, bên cạnh UT vòm họng nhạy cảm với hóa trị cảm ứng, có những UT ít nhạy cảm hơn như UT hầu miệng.

Trong nhóm ung thư hạ họng và ung thư thanh quản (16 bệnh nhân), không có bệnh nhân nào tiến triển sau hóa trị cảm ứng. Có tới 81,25% bệnh nhân đáp ứng với hóa trị cảm ứng trong đó đáp ứng 1 phần là 62,5%; đáp ứng hoàn toàn đạt 18,75%. Kết quả này hứa hẹn hiệu quả điều trị bảo tồn thanh quản cao trong nhóm bệnh nhân này. Theo thử nghiệm của Nhóm Nghiên cứu Ung thư Thanh quản (VALCSG) nhấn mạnh những trường hợp đáp ứng tốt với hóa trị cảm ứng (phác đồ TPF) sẽ có tỷ lệ điều trị bảo tồn thanh quản cao (64%) [7]. Trong thử nghiệm giai đoạn III GORTEC 2000-01 của Pointreau, sau khi hóa trị cảm ứng phác đồ TPF, tỷ lệ bảo tồn thanh quản (LPR) sau 5 và 10 năm lần lượt là 74,0% và 70,30%. Tỷ lệ sống còn không rối loạn chức năng thanh quản (LDFFS) sau 5 năm và 10 năm tương ứng là 67,2% và 63,7% [4]. Hóa trị cảm ứng điều trị bảo tồn chức năng thanh quản là hướng nghiên cứu rất hứa hẹn, chúng tôi đang tiếp tục với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn.

4.2. Độc tính của phác đồ. Các độc tính chúng tôi ghi nhận được cũng tương tự các báo cáo đã công bố. Theo Ghi và cộng sự (2017) trong giai đoạn hóa trị cảm ứng, giảm bạch cầu trung tính là độc tính phổ biến nhất chiếm 27,5% [9]; trong nghiên cứu của Sun, hóa trị cảm ứng TPF trên nhóm bệnh nhân ung thư vòm cũng cho thấy tác dụng phụ phổ biến là giảm bạch cầu trung tính gặp với tỷ lệ 42% [10]. Tỷ lệ giảm bạch cầu hạt trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,66%, với 17,25% độ 3 cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thương (2022) tỷ lệ này lần lượt là 59% và 10,3% [5]. Tác giả Hoàng Đào Chinh đánh giá toàn bộ quá trình hóa trị cảm ứng theo sau là hóa xạ trị đồng thời phác đồ Gemcistabin - Cisplatin ghi nhận giảm bạch cầu hạt độ 2 là 36,58%; độ 3 là 29,26%, có tới 21,95% độ 4 và chỉ có 7,32% độ 1.

4.3. Điều trị sau hóa trị cảm ứng. Tất cả các bệnh nhân UT vòm họng và UT hầu miệng đều tiếp tục hóa xạ trị đồng thời sau hóa trị cảm ứng. Điều này tuân thủ chặt chẽ theo khuyến cáo của NCCN, đối với ung thư vòm mũi họng và ung thư hầu miệng sau khi kết thúc hóa trị cảm ứng, khuyến cáo bậc 1 là hóa xạ trị đồng thời đối với mọi mức độ đáp ứng [8]. Trong nhóm UT hạ họng và UT thanh quản 3/16 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn sau hóa trị cảm ứng chỉ cần xạ trị

đơn thuần, còn lại 13/16 bệnh nhân cần hóa xạ trị đồng thời. Không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu cần phải can thiệp phẫu thuật sau hóa trị cảm ứng. Đây cũng là kết quả bước đầu thuận lợi để nhóm nghiên cứu tiếp tục triển khai đánh giá hiệu quả điều trị bảo tồn thanh quản trong nhóm ung thư hạ họng, thanh quản.

V. KẾT LUẬN

Hóa chất cảm ứng có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao, độc tính ở mức chấp nhận được trong điều trị ung thư đầu cổ giai đoạn III-IVA. Ở nhóm ung thư hạ họng thanh quản, hóa trị cảm ứng giúp mở ra cơ hội điều trị không phẫu thuật, bảo tồn chức năng thanh quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan** (2020). Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site in Viet Nam.
2. **Lorch J.H., Goloubeva O., Haddad R.I., et al.** (2011). Long term results of TAX324, a randomized phase III trial of sequential therapy with TPF versus PF in locally advanced squamous cell cancer of the head and neck. *Lancet Oncol*, 12(2), 153–159.
3. **Blanchard P., Bourhis J., Lacas B., et al.** (2013). Taxane-cisplatin-fluorouracil as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancers: an individual patient data meta-analysis of the meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer group. *J Clin Oncol*, 31(23), 2854–2860.
4. **Pointreau Y., Garaud P., Chapet S., et al.** (2009). Randomized Trial of Induction

- Chemotherapy with Cisplatin and 5-Fluorouracil with or Without Docetaxel for Larynx Preservation. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 101(7), 498–506.
5. **Nguyễn Thị Hoài Thương và cộng sự** (2022). Kết quả hóa trị dẫn đầu phác đồ Gemcitabin-Cisplatin ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IV(M0) tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2), 190–194.
 6. **Phạm Tiến Chung** (2018), Nghiên cứu phác đồ hóa xạ trị đồng thời có hóa trị trước cho ung thư vòm mũi họng giai đoạn N2,3 M0 tại bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 7. **Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group, Wolf G.T., Fisher S.G., et al.** (1991). Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med*, 324(24), 1685–1690.
 8. **National Comprehensive Cancer Network** (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®); Head and Neck Cancers Version 1.2023.
 9. **Ghi M.G., Paccagnella A., Ferrari D., et al.** (2017). Induction TPF followed by concomitant treatment versus concomitant treatment alone in locally advanced head and neck cancer. A phase II–III trial. *Annals of Oncology*, 28(9), 2206–2212.
 10. **Sun Y., Li W.-F., Chen N.-Y., et al.** (2016). Induction chemotherapy plus concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 17(11), 1509–1520.

KẾT QUẢ CAN THIỆP RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ NẶNG Ở TRẺ TỪ 18-36 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI CÀ MAU

Nguyễn Minh Phương¹, Trần Thiện Thắng¹, Võ Văn Thi¹
Phan Việt Hưng¹, Trịnh Thanh Thuý², Nguyễn Ngọc Thùy²,
Ninh Thị Minh Hải², Lê Hoàng Mỹ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: rối loạn phổ tự kỷ là một loại rối loạn phát triển tâm thần đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng xã hội và những hành vi bị hạn chế hoặc lặp lại, gây ảnh hưởng đến cá nhân, gia đình, xã hội và tổn thất tài nguyên cộng đồng, đặc biệt là rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng. Việc can thiệp sớm các trường hợp rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng là cần thiết đối với cá nhân trẻ và gia đình, cộng đồng, giúp trẻ sớm hòa nhập và giảm gánh nặng cho gia đình, xã

hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả can thiệp rối loạn phổ tự kỷ nặng ở trẻ từ 18-36 tháng tuổi tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng bằng phương pháp PECS (Picture Exchange Communication System) hay còn được gọi là phương pháp giáo dục bằng hình ảnh trên 20 trẻ 18-36 tháng được chẩn đoán mắc rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng theo thang điểm CARS (The Childhood Autism Rating Scale) tại bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau. **Kết quả:** Đánh giá mức độ tự kỷ bằng thang điểm CARS và năng lực thích ứng của trẻ bằng thang điểm Vineland-II sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng, tất cả các lĩnh vực của thang điểm CARS có điểm trung bình giảm xuống và điểm trung bình của các chỉ số và điểm tổng thể của thang điểm Vineland-II đều tăng; nhóm tuổi, giới tính và nơi ở có mối liên quan đến kết quả sau can thiệp ($p < 0,05$). **Kết luận và kiến nghị:** tỷ lệ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024