

trong những năm gần đây. Để phát huy được các ưu điểm của VNXMCN cần phải nắm rõ giải phẫu, vật da được cấp máu bởi 2 nhánh xuyên nhánh trong và nhánh ngoài của động mạch mũ chậu nông. Trong tạo hình khuyết hồng chi trên vật nhánh xuyên mũ chậu nông tự do có một số ưu điểm như sau: vật da mỏng, có thể sử dụng như vật phúc hợp, có thể thiết kế vật da lớn với đường dẫn sẹo tại nơi ch vật. Bên cạnh những thuận lợi thì nhược của vật da ngắn luôn là thách thức của phẫu thuật viên tạo hình. Một trong những tiêu chí lựa chọn vật da là dựa trên tình trạng khuyết hồng nơi tổn thương bên cạnh đó là kinh nghiệm, kiến thức và trải nghiệm^(5,6).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng 8 VNXMCN dạng tự do che phủ thành công các trường hợp khuyết hồng mô mềm chi trên. Tất cả các vật da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vật da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Vật da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, ngón tay và cẳng tay, mặt mu tay bàn 1 trường hợp, lòng bàn tay 3 trường hợp, móm cụt bàn tay 2 trường hợp, ngón tay 1 trường hợp, cẳng tay 1 trường hợp.

V. KẾT LUẬN

VNXMCN sử dụng trong che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay có độ tin cậy cao. Vật có thể thiết kế với kích thước lớn, đáng cậy và linh động, vật mỏng, sẹo nơi cho vật có

thể đóng kín ngay thì đầu, sẹo thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hong JP, Sun SH, Ben-Nakhi M.** Modified superficial circumflex iliac artery perforator flap and supermicrosurgery technique for lower extremity reconstruction: a new approach for moderate-sized defects. *Ann Plast Surg* 2013;71:380-3.
2. **Hong JP.** The use of supermicrosurgery in lower extremity reconstruction: the next step in evolution. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:230-5.
3. **McGregor IA, Jackson IT.** The groin flap. *Br J Plast Surg* 1972;25:3-16.
4. **Daniel RK, Taylor GI.** Distant transfer of an island flap by microvascular anastomoses. A clinical technique. *Plast Reconstr Surg* 1973;52:111
5. **Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:233-40.
6. **Suh YC, Hong JP, Suh HP.** Elevation technique for medial branch based superficial circumflex iliac artery perforator flap. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 2018;50:256-8.
7. **Yoshimatsu H, Steinbacher J, Meng S, et al.** Superficial circumflex iliac artery perforator flap: an anatomical study of the correlation of the superficial and the deep branches of the artery and evaluation of perfusion from the deep branch to the sartorius muscle and the iliac bone. *Plast Reconstr Surg* 2019;143:589-602.
8. **Suh HS, Jeong HH, Choi DH, et al.** Study of the medial superficial perforator of the superficial circumflex iliac artery perforator flap using computed tomographic angiography and surgical anatomy in 142 patients. *Plast Reconstr Surg* 2017;139:738-48.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Long¹, Trịnh Lê Huy², Nguyễn Công Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá đánh giá hiệu quả điều trị hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, có theo dõi dọc. Từ 01/2015 đến tháng 01/2019 có 45 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú được điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời; bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc" (RECIST),

và độc tính của phác đồ theo tiêu chuẩn NCI 2.0 – WHO. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 46,1± 6,2. Tỷ lệ nam/nữ là 8/1. Đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất với 37,8%. Kích thước u trung bình là 2,6 ± 0,7 cm; tỷ lệ di căn hạch là 68,9%. UTBM tế bào nhỏ là thể mô bệnh học hay gặp nhất với 95,6%. 91,2% bệnh nhân được dùng liều hóa chất 85-100% liều chuẩn. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 97,8%, đáp ứng hoàn toàn đạt được 97,8%. Phác đồ chỉ gặp độc tính độ I và II, độc tính nặng độ III và IV ít gặp. Các độc tính kéo dài suy tim, xơ phổi gặp 2,2% và chỉ gặp ở mức độ I. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú bằng hóa xạ trị đồng thời có tính khả thi, tỷ lệ đáp ứng cao và độc tính chấp nhận được. **Từ khóa:** Ung thư phổi tế bào nhỏ, giai đoạn khu trú

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: nguyenvanlong7290@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

SUMMARY

RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIATION FOR LIMITED-STAGE SMALL CELL LUNG

CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

Objectives: to evaluate initial results of concurrent chemoradiation for limited-stage small cell lung cancer. **Methods:** Clinical trial, no control group. From January 2015 to January 2019, we enrolled 45 limited-stage small cell lung cancer. All patients were treated concurrent chemoradiation – thoracic RT 60Gy – 2Gy/fraction plus Etoposide-Cisplatin x 4 cycles. We assessed response rate and toxicity. **Results:** Clinical features: median of age 46,1. Chest pain is the most common symptoms (37,8%). The average tumor size is 2.6cm. Mediastinal node metastasis rate was 68,9%. Small cell carcinoma has highest rate 95,6%. Efficacy: 91,2% of patients were treated with 85-100% standard dose of chemotherapy. Overall response rate was 97,8%. Complete response rate was high with 97,8%. Treatment was well tolerated. The most common toxicity was neutropenia, almost grade I and II, other toxicities were less common. Heart failure and lung fibrosis was 2,2% and mild with no symptoms. **Conclusion:** Concurrent chemoradiation for limited-stage small cell lung cancer is feasible and high efficacy. **Keywords:** Limited-stage small-cell lung cancer, concurrent chemoradiation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2018), ước tính hàng năm có khoảng 1,8 triệu ca UTP mới mắc, chiếm 12,9% trong tổng số tất cả các bệnh ung thư và chiếm gần 27% trong tổng số ca tử vong do ung thư nói chung [1],[2]. Ở nam giới, UTP là ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất (1,2 triệu ca mới mắc, chiếm 16,7% trong tổng số ung thư mới mắc ở nam giới), đặc biệt ở đông Âu và đông Á. Ở nữ giới tỷ lệ mắc thấp hơn và khác nhau ở từng vùng, cao nhất ở Bắc Mỹ và Bắc Âu.

Ung thư phổi được chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (UTPKPTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), trong đó UTPTBN chiếm 15 - 20% [3]. UTPTBN mang các đặc điểm khác biệt so với các nhóm còn lại là bệnh lý ác tính với tiên lượng xấu, với sự phát triển nhanh, di căn xa sớm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [4]. Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp có thể điều trị khỏi bệnh đối với bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú. Phác đồ đã được áp dụng điều trị ở nhiều nước như Nhật Bản, Canada, Mỹ, Châu Âu,... và đã chứng minh hiệu quả làm hạn chế tái phát sớm, tăng thời gian sống thêm, giảm được

liều lượng và độc tính của thuốc. Tại Việt Nam, phác đồ hóa xạ trị đồng thời UTPTBN giai đoạn khu trú đã được áp dụng điều trị trong vài năm trở lại đây, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào báo cáo hiệu quả điều trị của phác đồ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú được điều trị hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện K và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định: ung thư phổi tế bào nhỏ
- Giai đoạn khu trú theo phân loại AJCC lần thứ 7 - 2010
- Kết quả mô bệnh học: ung thư biểu mô tế bào nhỏ
- Được điều trị bằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời
- Thể trạng chung tốt (PS từ 0 - 2 theo thang điểm của WHO)
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Từ 01/2014 đến tháng 06/2019 chúng tôi lựa chọn được 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Loại những bệnh nhân không đủ điều kiện trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, theo dõi dọc.

- Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Điều trị hóa xạ trị đồng thời

Hóa-xạ trị đồng thời: Xạ trị được tiến hành đồng thời cùng với hóa trị và tiếp tục điều trị đủ liều ở các chu kỳ tiếp theo của phác đồ.

- Xạ trị: Bắt đầu ngay từ chu kỳ đầu của hóa trị và tiếp tục xạ trị đến khi đủ liều. Tổng liều xạ là 60 Gy, phân liều 2 Gy/ngày, 5 ngày/1 tuần.

- Hóa trị: Phác đồ Etoposide – Cisplatin (EP) [5].
+ Cisplatin 75 mg/m² da, truyền TM (1 giờ) ngày 1.

+ Etoposide 100 mg/m² da, truyền TM (2 giờ) ngày 1-3.

Chu kỳ 3 tuần x 4 chu kỳ. 2 chu kỳ đầu tiên sẽ tiến hành cùng với xạ trị.

Sơ đồ điều trị

Chu kỳ 1	Tuần 1							Tuần 2							Tuần 3						
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Cisplatin																					

Etoposide																						
Xạ trị																						
Chu kì 2	Tuần 1							Tuần 2							Tuần 3							
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Cisplatin																						
Etoposide																						
Xạ trị																						
Chu kì 3	Tuần 1							Tuần 2							Tuần 3							
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Cisplatin																						
Etoposide																						
Xạ trị																						
Chu kì 4	Tuần 1							Tuần 2							Tuần 3							
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Cisplatin																						
Etoposide																						
Xạ trị																						

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc" (RECIST):

+ Đáp ứng hoàn toàn (ĐƯHT): Biến mất tất cả các tổn thương.

+ Đáp ứng một phần (ĐƯMP): Giảm $\geq 30\%$ tổng ĐKLN tất cả các tổn thương.

+ Bệnh giữ nguyên: Giảm $< 30\%$ hoặc tăng $< 20\%$ tổng ĐKLN các tổn thương.

+ Bệnh tiến triển: Tăng $\geq 20\%$ tổng ĐKLN các tổn thương hoặc xuất hiện tổn thương mới.

- Đánh giá độc tính của phác đồ theo tiêu chuẩn của WHO – NCI 2.0.

2.3. Xử lý số liệu

- Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: dùng phần mềm SPSS 20.0

- Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm:

Thống kê mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn.

So sánh trung bình: Test ANOVA ($p < 0,05$).

So sánh tỷ lệ: Test Chi square ($p < 0,05$)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đau ngực	17	37,8
Ho	11	24,5
Khàn tiếng	1	2,2
Không có triệu chứng	16	35,5
Chỉ số toàn trạng		
ECOG = 0	24	53,3
ECOG = 1	21	46,7

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là đau ngực chiếm 37,8%. Số bệnh nhân không có

triệu chứng chiếm khá cao 35,5%

Chỉ số toàn trạng ECOG = 0 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chụp CLVT ngực		
* Kích thước u		
- < 3cm	21	46,7
- 3 – 5 cm	17	37,7
- > 5 cm	7	15,6
* Bờ khối u		
- Rỗ nét	1	4,4
- Nham nhớt, không đều	44	95,6
* Xâm lấn tổ chức		
- Không xâm lấn	26	57,8
- Xâm lấn xung quanh	19	42,2
* Hạch trung thất		
- Có	31	68,9%
- Không	14	31,1%
Thể mô bệnh học		
UTBM tế bào nhỏ	43	95,6
UTBM tế bào nhỏ thể hỗn hợp	2	4,4

Nhận xét: Kích thước u trung bình là 2,6 \pm 0,7 cm. Kích thước nhỏ nhất là 1cm, lớn nhất là 6 cm. Phần lớn u có kích thước < 3 cm (46,7%).

Khối u có bờ nham nhớt không đều chiếm đa số (95,6%).

68,9% các trường hợp khối u xâm lấn tổ chức xung quanh. Tỷ lệ có hạch trung thất trên phim chụp cắt lớp vi tính là 46,7%.

UTBM tế bào nhỏ chiếm phần lớn với 95,6%.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1 Đáp ứng điều trị

Bảng 3. Đáp ứng điều trị

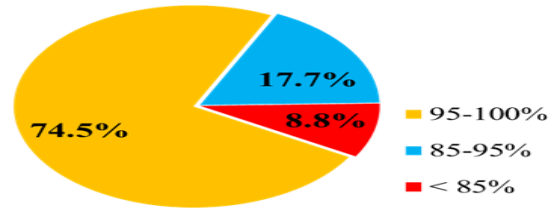
Đáp ứng	Số bệnh nhân	%
Đáp ứng hoàn toàn	35	77,8
Đáp ứng một phần	9	20,0

Bệnh giữ nguyên	1	2,2
Bệnh tiến triển	0	0
Tổng	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 95,6%, trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt 35/45 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 97,8%.

Duy nhất 1 trường hợp bệnh giữ nguyên chiếm tỷ lệ rất thấp 2,2%. Không có trường hợp nào bệnh tiến triển trong quá trình điều trị

3.3.1. Liều hóa chất sử dụng



Biểu đồ 1: Liều hóa chất sử dụng

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng liều >85% so với liều chuẩn là 91,2%.

3.3. Tác dụng phụ

Bảng 4. Một số tác dụng phụ phác đồ

Tác dụng phụ	Độ I		Độ II		Độ III		Độ IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ bạch cầu	8	17,8	7	15,6	5	11,1	2	4,4
Hạ bạch cầu hạt	8	17,8	7	15,6	5	11,1	2	4,4
Hạ tiểu cầu	4	8,8	3	6,7	0	0	0	0
Hạ huyết sắc tố	10	22,2	8	17,8	6	13,3	0	0
Tăng men gan	6	13,3	0	0	0	0	0	0
Tăng Creatinine	2	4,4	0	0	0	0	0	0
Viêm thực quản	7	15,6	5	11,1	0	0	0	0
Viêm phổi	2	4,4	0	0	0	0	0	0
Xơ phổi	1	2,3	0	0	0	0	0	0
Thay đổi phân số tổng máu (EF)	1	2,3	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: - Tác dụng phụ lên hệ huyết học: hạ bạch cầu là hay gặp nhất, hạ bạch cầu độ III & IV gặp 15,5%. Độc tính lên gan, thận là ít gặp.

- Viêm phổi gặp ở 2/45 bệnh nhân chiếm 4,4%. Viêm thực quản gặp tỷ lệ khá cao với 26,7%, tất cả đều ở mức độ nhẹ.

- Tác dụng phụ lên tim gặp 1 bệnh nhân và suy tim chỉ ở độ I, không có triệu chứng lâm sàng. Xơ phổi gặp duy nhất 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 2,3%.

IV. BÀN LUẬN

***Triệu chứng lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất với 37,8% các trường hợp. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn nhiều với kết quả của các tác giả trong nước với tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ngực 60-70%. Điều này có thể giải thích do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở giai đoạn khu trú khi khối u còn nhỏ, chưa lan rộng. Chính vì vậy mà tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng chiếm 35,5% các trường hợp.

Các triệu chứng toàn thân, hay các triệu chứng phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn như khó thở, khàn tiếng cũng ít gặp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

***Triệu chứng cận lâm sàng.** Về kích thước u, kích thước trung bình là 2,6 cm, u nhỏ

nhất có kích thước 1 cm, u lớn nhất có kích thước 6 cm. Có đến 84,4% khối u có kích thước <3cm. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm nhóm bệnh nhân giai đoạn khu trú của chúng tôi.

Về đặc điểm xâm lấn, có đến 42,2% các trường hợp có xâm lấn cấu trúc cơ quan lân cận, tỷ lệ di căn hạch trung thất phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 68,9%. Kết quả này của chúng tôi cho thấy, tuy kích thước u nhỏ, tuy nhiên sự xâm lấn và di căn hạch cũng khá cao. Điều này càng cho thấy mức độ ác tính và khả năng di căn xa sớm của bệnh.

Đặc điểm về mô bệnh học, hầu hết các trường hợp có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào nhỏ, chiếm 95,6% các trường hợp. Có 2 trường hợp được chẩn đoán là thể hỗn hợp chiếm 4,4%. Điều này là hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước về ung thư phổi tế bào nhỏ [5].

*** Kết quả điều trị**

- Đáp ứng điều trị: Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 45 bệnh nhân được sử dụng phác đồ hóa xạ trị kết hợp cho thấy, tỷ lệ đáp ứng chung rất cao là 97,8% trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt được trên 35/45 bệnh nhân chiếm 77,8%.

Sơ sánh tỷ lệ đáp ứng của một số nghiên cứu

Tác giả	Phác đồ	n	Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (%)	Tỷ lệ đáp ứng (%)
Gaspar LE và CS (1991) [9]	Hóa chất đơn thuần CAV	143	19,0	38,0
Fukuoka M và CS (2005) [10]	Hóa xạ tuần tự EP	125	21,0	78,0
Kubota K và CS (2014) [11]	Hóa xạ trị đồng thời IP	129	70,0	93,0
Kubota K và CS (2014) [11]	Hóa xạ trị đồng thời EP	129	71,0	95,0
Võ Văn Xuân CS (2009) [12]	Hóa xạ trị kết hợp EP	90	68,9	97,7%
Chúng tôi	Hóa xạ trị đồng thời EP	45	77,8	97,8

Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của các tác giả Kubota và CS (2014). Rõ ràng phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho tỷ lệ đáp ứng cao hơn so với điều trị hóa xạ trị tuần tự hay hóa chất đơn thuần. So với nghiên cứu của Võ Văn Xuân, tỷ lệ đáp ứng của chúng tôi cũng tương tự, tuy nhiên tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của chúng tôi là cao hơn (77,8% so với 68,9%). Nhận định này của chúng tôi cũng tương tự so với kết quả của nghiên cứu phân tích cộng gộp từ 12 nghiên cứu pha III của các tác giả De Ruyscher D (2016) [6].

Tác dụng phụ. Tác dụng phụ của phương pháp hóa xạ trị kết hợp đều chấp nhận được. Tỷ lệ có độc tính của hóa chất lên máu ngoại vi và gan thận gặp ở dưới 50%, chủ yếu gặp độc tính độ I và độ II, độc tính độ III và IV chiếm tỷ lệ rất thấp. Trong số các độc tính nặng độ III và IV, hay gặp nhất là độc tính lên dòng bạch cầu. Hạ bạch cầu trung tính độ III-IV gặp ở 12,6% các trường hợp. Đây là nguyên nhân có thể khiến bệnh nhân gặp biến chứng, đặc biệt là viêm phổi. Chính vì vậy, khi bệnh nhân xuất hiện hạ bạch cầu cần theo dõi sát trên lâm sàng, khi hạ bạch cầu mức độ nặng (độ III, IV), việc điều trị kháng sinh dự phòng là rất quan trọng.

Khi điều trị hóa xạ trị đồng thời, biến chứng viêm phổi là biến chứng nguy hiểm, nếu không phát hiện kịp thời có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân, đặc biệt trên nền bệnh nhân u phổi thể trung tâm, khả năng thông khí kém hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ viêm phổi là 4,4%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Xuân (2009) là 8,6% [7]. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi, liều xạ trị là thấp hơn của tác giả 60Gy so với 70Gy. Một độc tính khác hay gặp hơn viêm phổi là viêm niêm mạc thực quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 25,6% bệnh nhân có viêm niêm mạc thực quản với biểu hiện nóng rát sau xương ức. Tuy nhiên độc tính chỉ gặp ở mức độ I, II, không gặp bệnh nhân nào ở độc tính độ III và IV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ độc tính gây suy tim gặp 1/45 bệnh nhân chiếm 2,3%. Bệnh nhân này đều ở mức suy tim độ I,

không gây ra các triệu chứng lâm sàng. Chỉ phát hiện khi siêu âm tim kiểm tra thấy có giảm phân số tổng máu EF. Biến chứng xơ phổi gặp 1/45 bệnh nhân, độc tính cũng chỉ xuất hiện ở mức độ I, có thay đổi trên phim chụp mà không có các triệu chứng lâm sàng. Các độc tính này đều là các độc tính kéo dài và nguy hiểm, tuy nhiên trong nghiên cứu này gặp với tỷ lệ rất thấp và tất cả đều ở mức độ nhẹ, chưa có triệu chứng. Cần theo dõi dài hơn để đưa ra tỷ lệ chính xác nhất về các độc tính muộn của phác đồ.

V. KẾT LUẬN

- Đau ngực là triệu chứng phổ biến nhất (37,8%), không có triệu chứng chiếm 35,5%.
- Chụp CLVT: Kích thước u trung bình là 2,6 cm; 68,9% di căn hạch trung thất
- Mô bệnh học tuýp UTBM tế bào nhỏ chiếm đa số với 95,6%.
- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng liệu hóa chất 85-100% liều chuẩn là 91,2%
- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 97,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt 77,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torre L. A., Bray F., Siegel R. L. et al** (2015), Global cancer statistics, 2012, CA Cancer J Clin. 65(2), 87-108.
2. **International Agency for Research on Cancer World Health Organization** (2013), GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Lung Cancer, truy cập ngày-2013, tại trang web http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
3. **LM Krug, MC Pietanza and MG Kris** (2011), "Small cell and other neuroendocrine tumors of the lung", DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer Principle and Practice of Oncology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 848-870.
4. **DeVita Hellman & Rosenberg's** (2015), Cancer-Principles & Practice of Oncology 10, LWW, New York.
5. **Phạm Nguyên Cường** (2015), Nghiên cứu phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô phổi theo WHO 2004 và IASLC/ATS/ERS 2011 có sử dụng dấu ấn hóa mô miễn dịch, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Kubota K., Hida T., Ishikura S. et al** (2014), Etoposide and cisplatin versus irinotecan and cisplatin in patients with limited-stage small-cell lung cancer treated with etoposide and cisplatin plus concurrent accelerated hyperfractionated thoracic radiotherapy (JCOG0202): a randomised phase 3 study, Lancet Oncol. 15(1), 106-13.

7. **Võ Văn Xuân** (2009), Nghiên cứu áp dụng phác đồ kết hợp hóa - xạ trị trong ung thư phổi tế bào nhỏ và đánh giá kết quả điều trị, Đại học Y Hà Nội.
8. **De Ruyscher D., Lueza B., Le Pechoux C. et**

al (2016), Impact of thoracic radiotherapy timing in limited-stage small-cell lung cancer: usefulness of the individual patient data meta-analysis, Ann Oncol. 27(10), 1818-28.

KHẢO SÁT HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ CÔNG TÁC CẤP PHÁT THUỐC TẠI KHOA DƯỢC BỆNH VIỆN PHƯƠNG CHÂU SA ĐÉC NĂM 2022

Dương Trương Phú¹, Trần Cát Vy², Quách Khánh Thành¹, Nguyễn Tuấn Kiệt¹, Phạm Diệu Huệ Anh¹, Nguyễn Văn Cường¹, Cao Nguyễn Hồng Khanh¹, Nguyễn Thị Thuý Nga¹, Hồ Thị Diễm Phương¹, Nguyễn Chí Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân điều trị ngoại trú về công tác cấp phát thuốc của nhân viên y tế cấp phát thuốc khoa dược Bệnh viện Phương Châu Sa Đéc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát 150 người bệnh 15 - 60 tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phương Châu Sa Đéc từ 15/11/2022 đến 30/11/2022 khảo sát sự hài lòng bằng thang điểm Likert 5 mức độ và thang điểm NPS. **Kết quả:** Qua kết quả khảo sát 150 bệnh nhân cho thấy sự hài lòng chung của bệnh nhân khi trải nghiệm mua thuốc tại bệnh viện Phương Châu Sa Đéc được đánh giá ở mức độ rất hài lòng cao nhất với tỷ lệ 63,3%, hài lòng chiếm tỷ lệ 36,7%. Không ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân không hài lòng. Cũng thông qua kết quả khảo sát 150 bệnh nhân, kết quả chỉ số NPS ghi nhận đạt 80,7%. 80% bệnh nhân sẵn sàng chia sẻ thương hiệu Phương Châu Sa Đéc nói chung và nhà thuốc bệnh viện nói riêng đến với bạn bè và người thân. **Kết luận:** Đây là kết quả đáng mong đợi trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, để tiếp tục cải tiến, duy trì sự hài lòng cũng như nâng cao chỉ số NPS. **Từ khóa:** hài lòng, điều trị ngoại trú, cấp phát thuốc

SUMMARY

SURVEY ON PATIENT SATISFACTION IN DRUG DISPENSING AT THE PHARMACY DEPARTMENT OF PHUONG CHAU SA DEC HOSPITAL IN 2022

Objective: Survey the satisfaction of outpatient patients with the dispensing of medicine by medical staff dispensing medicine in the pharmacy department of Phuong Chau Sa Dec Hospital. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study surveying 150 patients aged 15 - 60 years old receiving outpatient treatment at Phuong Chau Sa Dec Hospital from November 15, 2022 to November 30,

2022, surveying satisfaction satisfied with the 5-level Likert scale and NPS scale. **Results:** The results of a survey of 150 patients showed that patients' overall satisfaction with their drug purchasing experience at Phuong Chau Sa Dec hospital was rated at the highest level of very satisfaction with a rate of 63.3%. , satisfaction rate is 36.7%. There were no cases of patient dissatisfaction recorded. Also through the survey results of 150 patients, the recorded NPS index reached 80.7%. 80% of patients were willing to Ready to share the Phuong Chau Sa Dec brand in general and the hospital pharmacy in particular with friends and relatives. **Conclusion:** This is a desirable result in health care services. However, to continue to improve, maintain satisfaction as well as improve NPS index

Keywords: satisfaction, outpatient treatment, medicine dispensing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi đời sống xã hội được nâng cao thì nhu cầu về khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe ngày càng được chú trọng, người ta đến bệnh viện không chỉ để khám bệnh, chữa bệnh mà còn tầm soát sức khỏe. Dịch vụ y tế là một dịch vụ đặc biệt. Về bản chất, dịch vụ y tế như: khám, chữa bệnh phục vụ bệnh nhân và gia đình. Dịch vụ y tế cũng như các loại hình dịch vụ khác đều có điểm chung là chất lượng của chúng rất khó nắm bắt và xác định được, nhưng nó lại là một tiêu chuẩn về đo lường sự khác biệt giữa các đối thủ hoạt động cùng các loại hình dịch vụ. Chất lượng cũng chính là thứ vũ khí cạnh tranh tốt nhất, vì thế mỗi bệnh viện cần quan tâm đến chất lượng dịch vụ y tế, cụ thể là phải hiểu nhu cầu mà bệnh nhân quan tâm để đáp ứng tốt nhất và làm hài lòng họ [1], [2]. Thực tế hiện nay cho thấy bệnh nhân ngày càng quan tâm nhiều hơn đến chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh từ khâu bắt đầu tham gia vào dịch vụ cho đến khâu cuối cùng. Chính vì vậy, chúng ta có thể khẳng định rằng mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng dịch vụ y tế là rất quan trọng. Việc đo lường giá trị của các chỉ số hài lòng này sẽ giúp các cơ sở y tế có cái nhìn chính

¹Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

²Trường Đại học Tây Đô

Chịu trách nhiệm chính: Dương Trương Phú

Email: dtrphu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024