

thân rễ						
Tinh dầu lá	0,2	0,2	> 1,6	> 1,6	0,1	0,1

#### IV. KẾT LUẬN

Tên khoa học của cây sa nhân thu tại tỉnh Đắk Nông được giám định là *Wurfbainia villosa* (Lour.) Skorničk. & A.D.Poulsen, họ Gừng (Zingiberaceae). Phân tích thành phần hóa học của tinh dầu thân rễ và lá sử dụng sắc ký khí ghép nối khối phổ giúp phát hiện 22 hợp chất trong tinh dầu thân rễ với camphen (12,92%),  $\beta$ -pinen (10,16%), fenchyl acetat (8,9%), bornyl acetat (6,24%) là các thành phần chính; trong khi đó 12 hợp chất được phát hiện trong tinh dầu lá với  $\alpha$ -pinen (45,04%) và  $\beta$ -pinen (29,91%) là các thành phần chính. Thành phần tinh dầu trong cả thân rễ và lá đều có hoạt tính kháng vi sinh vật trên *Staphylococcus aureus* (Tụ cầu vàng) và nấm *Candida albicans*. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lá và thân rễ của cây Sa nhân có thể là một nguồn cung cấp tinh dầu

có hoạt tính kháng vi sinh vật trên *S. aureus* và *C. albicans*, bên cạnh hạt đã được sử dụng từ lâu làm dược liệu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Huy Bích và cộng sự** (2003), Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, tập II, trang 645-648, NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội
2. **Adams, R.P.** (2017). Identification of essential oil components by gas chromatography-mass spectrometry, ed. 4.1. Allured Publishing Corporation, Carol Stream, p. 793
3. **Clinical and Laboratory Standards Institute** (2017), M27-A2-Reference Method for Broth Dilution Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts.
4. **Clinical and Laboratory Standards Institute** (2018), M100 Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing.
5. **Ao, H., Wang, J., Chen, L., Li, S., Dai, C.** (2019), Comparison of Volatile Oil between the Fruits of *Amomum villosum* Lour. and *Amomum villosum* Lour. var. *xanthioides* T.L.Wu et Senjen Based on GC-MS and Chemometric Techniques, *Molecules* 2019, 24, 1663, doi: 10.3390/ molecules24091663

## KẾT QUẢ HOÁ TRỊ DOCETAXEL BƯỚC 2 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Vi Tuấn Anh<sup>1</sup>, Lê Thanh Đức<sup>2</sup>, Lê Chính Đại<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phác đồ Docetaxel bước 2 trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Phương pháp:** Thiết kế mô tả lâm sàng, theo dõi dọc trên 59 bệnh nhân điều trị tại khoa Nội 2 bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 6/2021-6/2023. Tiêu chí đánh giá là sự cải thiện triệu chứng lâm sàng (đáp ứng cơ năng) và tiêu chuẩn RECIST (đáp ứng thực thể). **Kết quả:** Triệu chứng ho giảm từ 72,9% xuống còn 40,1%; đau ngực giảm từ 83% xuống còn 55,9%; tình trạng khó thở và đau xương cải thiện chậm. Tỷ lệ bệnh tiến triển chiếm 54%; thấp nhất là đáp ứng một phần chiếm 15%; có 31% bệnh nhân ổn định. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 7,6±3,0 (tháng), thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,6±6,9 tháng. **Kết luận:** Docetaxel có hiệu quả trong điều trị bước 2 ung thư phổi không tế bào nhỏ.

**Từ khoá:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, hoá trị bước 2.

#### SUMMARY

#### RESULTS OF DOCETAXEL STEP 2 CHEMOTHERAPY FOR LATE STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NGHE AN ONCANCE HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the results of Docetaxel step 2 regimen in the treatment of non-small cell lung cancer. **Methods:** Clinical descriptive design, longitudinal follow-up on 59 patients treated at Internal Medicine Department 2, Nghe An Oncology Hospital from June 2021 to June 2023. Evaluation criteria were improvement in clinical symptoms (mechanical response) and RECIST criteria (physical response). **Results:** Cough symptoms decreased from 72.9% to 40.1%; Chest pain decreased from 83% to 55.9%; Shortness of breath and bone pain improved slowly. The rate of disease progression is 54%; The lowest is partial response, accounting for 15%; 31% of patients are stable. The average progression-free survival time was 7.6±3.0 (months), the average overall survival time was 13.6±6.9 months. **Conclusion:** Docetaxel is effective in the second-line treatment of non-small cell lung cancer. **Keywords:** non-small cell lung cancer, second step chemotherapy.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư ở nhiều nước trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2020, UTP chiếm khoảng 1/10

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vi Tuấn Anh

Email: bstuananhna@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

(11,4%) bệnh ung thư được chẩn đoán và 1/5 (18,0%) bệnh nhân tử vong, trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm 80-85%. Tại thời điểm chẩn đoán, 40% bệnh nhân UTPKTBN đã ở giai đoạn IIIB - IV, nghĩa là không còn khả năng phẫu thuật, không còn khả năng điều trị triệt căn. Bệnh sử tự nhiên của UTPKTBN thường có tiên lượng rất xấu với thời gian sống trung bình khoảng 4 tháng và chỉ 5 - 10% sống trên 1 năm. Những lợi ích lâm sàng của Docetaxel trong điều trị bước hai UTPKTBN đã được chứng minh qua hai thử nghiệm pha III từ cuối năm những 1990 (TAX 317 và TAX 320). Mặc dù một số nghiên cứu cho thấy đa hóa trị trong điều trị bước hai UTPKTBN cho lợi ích hơn về sống thêm không tiến triển nhưng lại không giúp cải thiện về sống còn toàn bộ và tỷ lệ sống còn sau một năm, với tác dụng không mong muốn chấp nhận được. Tuy nhiên, tại Việt Nam, đây vẫn là lựa chọn hàng đầu do khả năng hạn chế trong tiếp cận về giá thuốc cũng như các bộ xét nghiệm đi kèm cùng với số lượng thuốc cung ứng hạn chế.

Tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An, sau nhiều năm ứng dụng lâm sàng, hiện tại vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về kết quả cũng như các tác dụng không mong muốn của phác đồ này, vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** (1) Bệnh nhân được chẩn đoán là UTPKTBN giai đoạn muộn theo kết quả mô bệnh học và phân loại của AJCC 2017; (2) Đã được hóa trị bước một bệnh giữ nguyên hoặc bệnh đáp ứng một phần nhưng tiến triển lại trong vòng 6 tháng; (3) Không có hoặc không biết tình trạng đột biến gen; (4) Chỉ số toàn trạng PS  $\leq$  2; (5) Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn bình thường; (6) Không mắc ung thư thứ hai; (7) Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST; (8) Không mắc các bệnh cấp tính, mạn tính trầm trọng trong thời gian gần; (9) Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ; (10) Chấp nhận tham gia nghiên cứu; (11) Không có chống chỉ định điều trị hóa chất.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Bệnh nhân chưa điều trị bước một; (2) Dị ứng hoá chất.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 59 bệnh nhân UTPKTBN điều trị tại khoa Nội 2 bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong thời gian từ tháng 6/2021 – 6/2023 theo phương pháp lấy mẫu

thuận tiện.

**Phương pháp tiến hành:** Trước truyền Docetaxel (liều 75mg/m<sup>2</sup> da, pha loãng trong 250ml dung dịch Natriclorid 0,9%, truyền tĩnh mạch thời gian tối thiểu 60 phút), bệnh nhân được dùng thuốc theo phác đồ (Glucocorticoid (Solumedrol 40mg  $\times$  2 lọ, tiêm tĩnh mạch), thuốc đối kháng thụ thể 5 – HT3 (ondasetron 8mg  $\times$  2 ống, tiêm tĩnh mạch). Dexamethason 8mg uống ngày 3,4 lần hoặc Odansetron 16mg/ngày chia 2 lần ngày 3, 4 lần hoặc Granisetron 2mg uống ngày 3,4 lần) kết hợp điều trị phổi hợp (xạ trị nếu có triệu chứng chèn ép trung thất, di căn não; ức chế chống hủy xương nếu có di căn xương...)

**Phương pháp theo dõi và đánh giá:** thời điểm đánh giá là sau mỗi 3 chu kỳ hoá chất (tại các thời điểm thăm khám trước mỗi đợt hoá chất)

- (1) Đánh giá đáp ứng cơ năng dựa trên sự cải thiện triệu chứng lâm sàng (ho, đau ngực, khó thở...)

- (2) Đánh giá đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST bao gồm:

+ Đáp ứng hoàn toàn (biến mất các tổn thương đích, không xuất hiện tổn thương mới);

+ Đáp ứng một phần (Giảm ít nhất trên 30% tổng đường kính lớn nhất các tổn thương đích so với tổng đường kính lớn nhất ban đầu, không xuất hiện tổn thương di căn mới, không có tổn thương tiến triển ở bất kỳ vị trí nào);

+ Bệnh giữ nguyên (Tổng đường kính lớn nhất các tổn thương đích không giảm đủ để đánh giá đáp ứng một phần và cũng không tăng đủ để đánh giá bệnh tiến triển so với tổng đường kính lớn nhất lúc nhỏ nhất kể từ lúc bắt đầu điều trị trong thời gian ít nhất 4 tuần và không xuất hiện tổn thương mới);

+ Bệnh tiến triển (Tăng ít nhất 20% tổng đường kính lớn nhất của các tổn thương đích so với tổng đường kính lớn nhất lúc nhỏ nhất kể từ lúc bắt đầu điều trị hoặc xuất hiện một hoặc nhiều tổn thương mới).

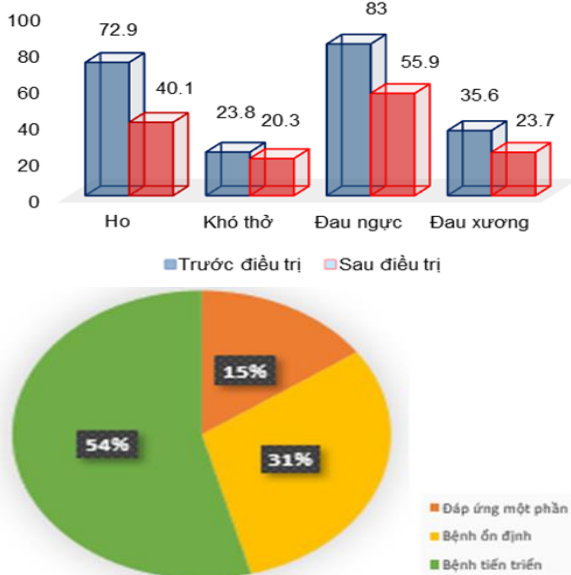
**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học, dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 22.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đảm bảo sự tham gia của tất cả các bệnh nhân là hoàn toàn tự nguyện. Bệnh nhân có quyền rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các số liệu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

59 bệnh nhân UTPKTBN tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 62,5 $\pm$ 7,09 (tuổi), lớn nhất là 77 tuổi, nhỏ nhất là 40 tuổi; trong đó có 74,6% có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào. Nhóm

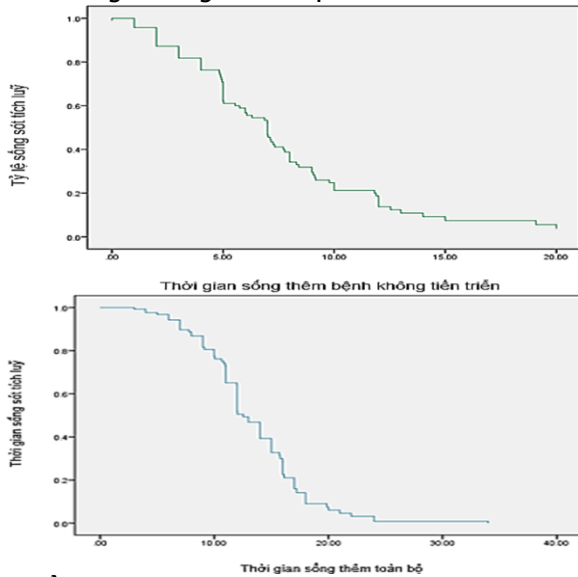
triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là các triệu chứng hô hấp (chiếm 84,7%). Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và phân loại đáp ứng điều trị theo RECIST sau điều trị Docetaxel bước 2 được biểu diễn ở biểu đồ 1.



**Biểu đồ 1.** Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và phân loại đáp ứng điều trị theo RECIST

Triệu chứng lâm sàng có sự cải thiện tốt sau điều trị, cụ thể, triệu chứng ho giảm từ 72,9% xuống còn 40,1%; đau ngực giảm từ 83% xuống còn 55,9%; tình trạng khó thở và đau xương cải thiện chậm. Tỷ lệ bệnh tiến triển chiếm 54%; thấp nhất là đáp ứng một phần chiếm 15%; có 31% bệnh nhân ổn định.

Thời gian sống thêm được biểu diễn ở biểu đồ 2.



**Biểu đồ 2.** Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là  $7,6 \pm 3,0$  (tháng), trong đó, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển nhỏ nhất là 0 tháng và dài nhất là 24 tháng. Trung vị của thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 6,9 tháng.

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $13,6 \pm 6,9$  tháng. Thời gian ngắn nhất là 3 tháng, thời gian dài nhất là 34 tháng, trung vị là 11,4 tháng.

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là giảm huyết sắc tố (76,3%) và giảm bạch cầu (45,8%). Tác dụng không mong muốn ngoài hệ huyết học thường gặp nhất là tăng creatinin máu (95%); tiêu chảy (81,3%), tăng men gan (78%).

#### IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu điều trị điều trị bệnh nhân UTP giai đoạn di căn là giúp bệnh nhân kiểm soát triệu chứng, như giúp bệnh nhân đỡ đau, đỡ khó thở, khoảng cách giữa các lần chọc dịch màng phổi cho bệnh nhân tăng lên và giúp cải thiện chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng cơ năng tương đối tốt. Các tác giả trong nước cũng nghiên cứu trên nhóm đối tượng bệnh nhân UTP giai đoạn muộn, nhưng tiến hành điều trị bằng các phác đồ hóa chất khác nhau, tuy nhiên tỷ lệ đáp ứng cơ năng cũng tương tự. Theo Nguyễn Việt Hà và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng cơ năng là 58,5%, trong đó có đáp ứng cơ năng hoàn toàn (hết hẳn các triệu chứng lâm sàng) là 17,0% khi sử dụng phác đồ Paclitaxel - Cisplatin. Nghiên cứu của Bùi Xuân Thăng và cộng sự cho tỷ lệ đáp ứng lâm sàng là 50,1% (sử dụng duy trì Docetaxel sau phác đồ Paclitaxel - Cisplatin).

Đối với đáp ứng thực thể, biểu đồ 1 (bên phải) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá bệnh ổn định, đáp ứng một phần và bệnh tiến triển lần lượt là 31%; 15% và 54%. Như vậy, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR – Disease Control Rate, bao gồm tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng một phần và tỷ lệ bệnh nhân có bệnh ổn định) đạt 69%, tương đương với một số tác giả nước ngoài như Shepherd và cộng sự (đáp ứng 45%); Kawano Y. và cộng sự (đáp ứng 44%), tỷ lệ kiểm soát bệnh là 78%; Belani C.P. và cộng sự (tỷ lệ kiểm soát bệnh là 64,9%; Novello S. và cộng sự (đáp ứng 30,6%), kiểm soát bệnh là 87,1%.

Thời gian sống thêm không tiến triển là một trong những tiêu chí quan trọng khi đánh giá hiệu quả điều trị của một phác đồ hóa trị cho bệnh nhân ở giai đoạn di căn xa. Hơn nữa, kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển có vai trò quan trọng với bệnh nhân vì khi đó thời gian

sống thêm có chất lượng tốt được kéo dài và giúp trì hoãn được triệu chứng của bệnh lâu hơn. Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển cho kết quả nhanh hơn đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và không bị ảnh hưởng bởi liệu pháp điều trị sau đó. Trong nghiên cứu này, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là  $7,6 \pm 3,0$  (tháng), tương tự, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $13,6 \pm 6,9$  tháng. Điều này cho thấy, hiệu quả của Docetaxel bước 2 trong điều trị UTPKTBN khá rõ ràng.

## V. KẾT LUẬN

Docetaxel có hiệu quả trong điều trị UTPKTBN bước 2, cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng (ho, đau ngực), đánh giá theo RECIST cho thấy bệnh ổn định ở 31% bệnh nhân nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hà, Đặng Văn Khoa (2013), Đánh giá hiệu quả phác đồ Paclitaxel – Cisplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB- IV, Tạp chí Y học thực hành, (873) – số 6/2013, 28- 31.
2. Bùi Xuân Thắng, Nguyễn Thị Thu Hương (2023). Kết quả điều trị duy trì Docetaxel sau hoá chất phác đồ Paclitaxel – Cisplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện K, Tạp chí Y học Việt Nam, 522(1), tr 265-269.
3. Shepherd F.A., Dancey J, Arnold et al (2001) Phase II study of pemetrexed disodium, a multitargeted antifolate, and cisplatin as first-line therapy in patients with advanced nonsmall cell lung carcinoma. Cancer, 92, 595-600.
4. McGuire, Shelley. World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. Advances in nutrition 7.2 (2016): 418-419.
5. Belani CP, Yamamoto N, Bondarenko IM et al (2014). Randomized phase II study of pemetrexed/cisplatin with or without axitinib for non-squamous non-small-cell lung cancer. BMC Cancer, 14, 290.
6. WHO (2015). Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and hearts. 4 ed: Lyon: IARC Press.
7. Kawano Y, Ohyanagi F, Yanagitani N et al (2013). Pemetrexed and cisplatin for advanced non-squamous non-small cell lung cancer in Japanese patients: phase II study. Anticancer Res, 33(8), 3327-33.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO NỘI MÔ GIÁC MẠC Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG GIẢ TRÓC BAO TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đoàn Kim Thành<sup>1,2</sup>, Lê Minh Tuấn<sup>1</sup>,  
Lê Ngọc Vân Anh<sup>1,2</sup>, Đặng Hoàng Long<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tế, lâm sàng và đặc điểm tế bào nội mô (TBNM) giác mạc ở bệnh nhân có hội chứng giả tróc bao (GTB) tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả thực hiện trên 94 bệnh nhân bao gồm 50 mắt có biểu hiện hội chứng GTB và 50 mắt không có biểu hiện hội chứng từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023. Các bệnh nhân được thăm khám và chụp hình TBNM giác mạc bằng máy sinh hiển vi phản chiếu NIDEK CEM 530, ghi nhận các thông số dịch tế, lâm sàng và đặc điểm TBNM. **Kết quả:** Tuổi và giới tính tương đồng giữa 2 nhóm đối tượng. Các thông số về thị lực, nhãn áp, cũng như độ sâu tiền phòng và phân độ đục thủy tinh thể không khác biệt giữa nhóm GTB và nhóm chứng. Mật độ TBNM trung bình ở nhóm GTB là  $2513,08 \pm 435,94$  tế bào/mm<sup>2</sup> thấp hơn so với nhóm

chứng là  $2669,26 \pm 298,54$  tế bào/mm<sup>2</sup> ( $p = 0,043$ ). Các thông số khác về đặc điểm TBNM không khác biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Bệnh nhân có biểu hiện hội chứng GTB có mật độ TBNM thấp hơn so với nhóm chứng có đặc điểm dịch tế tương đồng. Cần lưu ý cần trọng đối với các phẫu thuật nội nhãn ở bệnh nhân GTB nhằm hạn chế mất bù nội mô sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Hội chứng giả tróc bao, tế bào nội mô giác mạc, sinh hiển vi phản chiếu.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF THE CORNEAL ENDOTHELIUM IN PATIENTS WITH PSEUDOEXFOLIATION SYNDROME

**Purpose:** To investigate epidermoloy, clinical characteristics, and corneal endothelial cells' parameters in PEX patients. **Methods:** Cross-sectional study. 100 eyes were separated into 2 groups, with 50 eyes in the PEX group and 50 eyes in the normal group. Patients were examined, and information about epidermoloy and clinical characteristics was collected. Then, patients were taken for corneal endothelial cell imaging with specular microscopy (NIDEK CEM 530). **Results:** Age and sex distributions are similar between groups. There was no statistically difference between the PEX and the normal group's visual acuity, intraocular pressure, anterior chamber depth, and

<sup>1</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Kim Thành

Email: dkthanh1605@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024