

quả với bệnh nhân mang thai giả. Hơn nữa, nếu bệnh nhân giả bệnh (giả mang thai), phải xem xét khía cạnh áp lực mang thai của bệnh nhân, và xem xét liệu bệnh nhân có rối loạn nhân cách trong trường hợp này. Trong ca bệnh này bệnh nhân không hợp tác điều trị nên không thể đưa ra nhận xét về điều trị.

IV. KẾT LUẬN

1. Trong quá trình khám, đánh giá, theo dõi các thông tin khai thác cần đầy đủ, nhiều nguồn khác nhau để có cách nhìn toàn diện với tình trạng bệnh.

2. Đối với những bệnh nhân có biểu hiện giống mang thai nhưng không có bằng chứng mang thai cần thăm khám thực thể, tâm thần và các cận lâm sàng đầy đủ nhất giúp cho gia đình, nhân viên y tế, gia đình có chẩn đoán chính xác nhất.

3. Quá trình tiếp nhận bệnh nhân trên và tham khảo ý văn cũng đặt ra các vấn đề với chuyên khoa sản, tâm thần, có thể giám định về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association và American Psychiatric Association, *btv*.

- (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
2. Hoyer C.L. (1939). Pseudocyesis. By George Davis Bivin, Ph. D., and M. Pauline Klinger, M. A. (Bloomington, Indiana: The Principia Press, Inc., 1937.). *Am J Psychiatry*, **95**(5), 1250–1250.
3. Tarín J.J., Hermenegildo C., García-Pérez M.A. và cộng sự. (2013). Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol*, **11**(1), 39.
4. Laplante P. (1991). The Couvade Syndrome. *Can Fam Physician*, **37**, 1633–1660.
5. Yadav T., Balhara Y.P.S., và Kataria D.K. (2012). Pseudocyesis Versus Delusion of Pregnancy: Differential Diagnoses to be Kept in Mind. *Indian J Psychol Med*, **34**(1), 82–84.
6. Larner A.J. (2008). Delusion of pregnancy in frontotemporal lobar degeneration with motor neurone disease (FTLD/MND). *Behav Neurol*, **19**(4), 199–200.
7. López M.A.C., Rodríguez J.L.R., và García M.R. (2013). Physiological and Pathological Hyperprolactinemia: Can We Minimize Errors in the Clinical Practice?, *IntechOpen*.
8. Ahuja N., Moorhead S., Lloyd A.J. và cộng sự. (2008). Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and delusion of pregnancy. *Psychosomatics*, **49**(2), 163–167.

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

Nguyễn Thị Hoài Thương¹, Nguyễn Thị Thái Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ gemcitabine- cisplatin điều trị dẫn đầu trên nhóm bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IV(M0) tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 39 BN UTMH giai đoạn III-IV (M0) được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ gemcitabine- cisplatin 3 chu kỳ tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2022. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo tiêu chuẩn Recist 1.1, độc tính dựa theo phần độ tiêu chuẩn Common Terminology Criteria for Adverse Events v.5.0 (CTCAE). **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 94.9%, Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tại u và

hạch lần lượt là 91.3% và 84.6%. Tác dụng phụ lên hệ tạo huyết thường gặp ở chu kỳ thứ 3 là hạ bạch cầu (59%), giảm huyết sắc tố (30.8%) và hạ tiểu cầu (12.9%). Hầu hết các độc tính độ 1,2. 1/39 (2.6%) BN tăng creatin độ 1, 25.6% BN tăng men gan độ 1 sau hóa chất, các tác dụng phụ hay gặp gồm buồn nôn (94.8%), nôn (64.1%), chủ yếu là độ 1. **Kết luận:** hóa chất dẫn đầu gemcitabine- cisplatin ở bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IV(M0) mang lại tỉ lệ đáp ứng cao, dung nạp tốt, độc tính tối thiểu trên hệ tạo huyết.

Từ khóa: ung thư vòm mũi họng, hóa chất dẫn đầu, giai đoạn III-IV(M0)

SUMMARY

TREATMENT RESULT OF GEMCITABIN-CISPLATIN AS INDUCTION CHEMOTHERAPY IN NASOPHARYNX CANCER STAGE III-IV(M0) IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: Treatment results and adverse effects of gemcitabine-cisplatin induction chemotherapy on patients with stage III-IV (M0) nasopharynx cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and methods:** clinical trial, retrospective, study on 39 patients with stage III-IV (M0) nasopharynx cancer who received 3

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thương

Email: Bsthuong105@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

cycle induction chemotherapy gemcitabine-cisplatin at the hospital. Nghe An Oncology Hospital from January 2020 to May 2022. Patients were assessed for response according to Recist 1.1 criteria, toxicity based on Common Terminology Criteria for Adverse Events v.5.0 (CTCAE) classification. **Results:** Overall response rate was 94.9%, Total response rate in tumor and node are 91.3% and 84.6%. leukopenia (59%), anemia (30.8%) and thrombocytopenia (12.9%). Most toxicity grade 1,2. 1/39 patients with grade 1 elevation of creatinine, 25.6% of patients with grade 1 elevation of liver enzymes after chemotherapy, common side effects include nausea (94.8%), vomiting (64.1%), mainly grade 1. **Conclusion:** gemcitabine-cisplatin regimen induction chemotherapy in patients with stage III-IV (M0) nasopharynx cancer has a high response rate, well tolerated, mild toxicity, mainly on the hematopoietic system.

Key words: nasopharynx cancer, induction chemotherapy, stage III-IV(M0)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh phổ biến ở các nước Đông Nam Á và miền nam Trung Quốc, bao gồm cả Hong Kong. Tỷ lệ mắc bệnh lên đến 25 trường hợp trên 100.000 người mỗi năm, chiếm gần một nửa tỉ lệ mắc toàn cầu¹. Ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), bệnh được điều trị triệt căn với xạ trị đơn thuần, tỉ lệ sống còn toàn bộ lên đến trên 90%. Tuy nhiên UTVMH phần lớn được phát hiện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng, do đó việc phối hợp với hóa chất trong điều trị UTVMH là rất quan trọng. Thử nghiệm gần đây của Hong Kong NPC-0501 chỉ ra những cải thiện đáng kể trong thời gian sống thêm bệnh không tiến triển PFS (78% so với 62% sau 5 năm; P = 0,015) và thời gian sống tổng thể OS (84% so với 72%; P = 0,042) của hóa chất dẫn đầu, ngoài ra còn kiểm soát di căn xa tốt hơn so với hóa chất hỗ trợ. Dựa trên hiệu quả đáng khích lệ này, hóa chất dẫn đầu sau đó là HXT đồng thời đã trở thành một phác đồ lựa chọn trong điều trị UTVMH giai đoạn tiến triển tại vùng trong một số hướng dẫn thực hành trên thế giới như NCCN, EHNS- ESMO- ESTRO, CSCO... Nhiều phác đồ được lựa chọn cho điều trị hóa chất dẫn đầu như Gemcitabin- cisplatin, TCF, CF,...nhiều thử nghiệm lâm sàng được mở ra để so sánh hiệu quả giữa các phác đồ này. Gemcitabin- cisplatin đã chứng minh được hiệu quả mang lại khả năng sống còn toàn bộ (OS) và khả năng sống sót không di căn xa (DFS) tốt hơn, độc tính chấp nhận được khi điều trị dẫn đầu so với phác đồ TCF². Tại bệnh viện ung bướu Nghệ An, phác đồ đã được áp dụng trong lâm sàng trong những năm gần đây. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào thực hiện đánh giá

kết quả điều trị của phác đồ này. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị dẫn đầu và tác dụng không mong muốn của phác đồ gemcitabine- cisplatin trên nhóm bệnh nhân UTVMH giai đoạn III-IV(M0).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTVMH giai đoạn III-IV (M0) được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabin- Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ T1/2020 đến T5/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mới được chẩn đoán UTVMH theo phân loại của AJCC 2017 giai đoạn III-IV (M0), có mô bệnh học xác định là: ung thư biểu mô vòm họng, tuổi từ 18-70 tuổi, chỉ số toàn trạng ECOG 0, 1, chức năng gan, thận và tủy xương, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: Bạch cầu $\geq 3000/\text{mm}^3$ Hb $\geq 10\text{g}/\text{mm}^3$, Tiểu cầu $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$, Bilirubin toàn phần $\leq 1,5\text{mg}/\text{dl}$; AST/ALT ≤ 2 lần giới hạn bình thường. Creatinine $\leq 1,5\text{mg}/\text{dl}$, được điều trị hóa chất 3 chu kỳ phác đồ Gemcitabin-Cisplatin, sau đó hóa xạ trị đồng thời, hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắc ung thư thứ 2, bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn hoặc mắc một số bệnh nội khoa nghiêm trọng ảnh hưởng đến điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn: chọn mẫu thuận tiện, 39 BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn điều trị tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ T1/2020- T5/2022.

Phác đồ điều trị: Gemcitabin $1000\text{mg}/\text{m}^2$ da truyền TM ngày 1,8. Cisplatin $80\text{mg}/\text{m}^2$ da, truyền TM ngày 1. Mỗi chu kỳ 3 tuần x 3 chu kỳ.

Đánh giá đáp ứng điều trị: đánh giá sau 3 chu kỳ theo tiêu chuẩn Recist 1.1

Đánh giá độc tính của phác đồ: theo phân độ tiêu chuẩn Common Terminology Criteria for Adverse Events v.5.0 (CTCAE).

Xử lý số liệu: nhập số liệu, làm sạch, mã hóa số liệu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 và các test thống kê y học.

Đạo đức nghiên cứu: bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện, trung thực trong thu thập và xử lý số liệu.

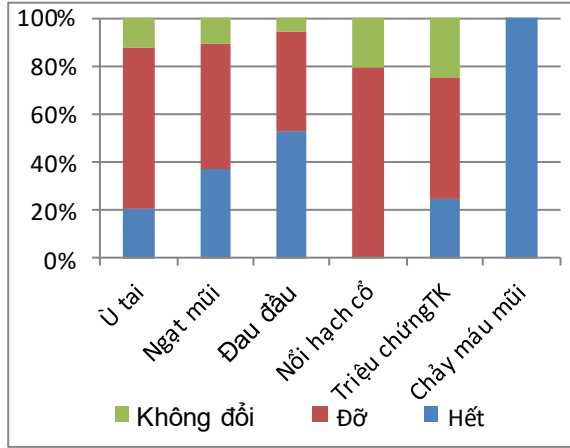
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 52.50 ± 11.59 , tuổi nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 69 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 40-60 tuổi, chiếm 53.8%. Tỉ lệ nam/nữ là 2/1. Phần lớn triệu chứng khiến bệnh nhân vào viện là nổi hạch cổ chiếm tỉ lệ 48.7%. Tiếp theo là ù tai và chảy

máu mũi chiếm tỉ lệ 15.4%. BN có loại mô học UTBMV không sừng hóa chiếm 87.2%.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ giai đoạn III, IV(M0) lần lượt là 17.9% và 82.1%.

2. Đánh giá kết quả điều trị:



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đáp ứng cơ năng

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng giảm dần sau các đợt điều trị. Sau 3 đợt điều trị hóa chất dẫn đầu, các triệu chứng như ù tai, ngạt mũi, nổi hạch cổ, triệu chứng thần kinh đều thuyên giảm hơn 50%. 4/4 BN có triệu chứng chảy máu mũi thuyên giảm hoàn toàn 100%. 2/8 BN có triệu chứng TK không giảm sau điều trị.

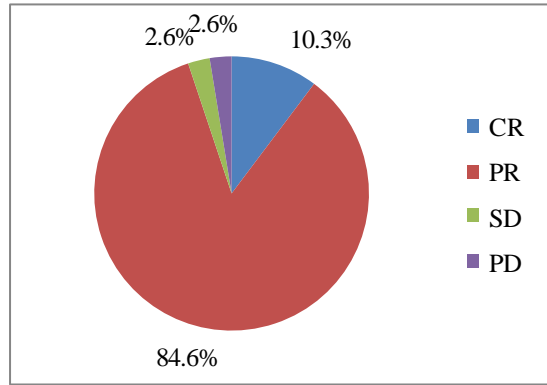
Bảng 1: Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Tác dụng không mong muốn		ĐỘ 1 N (%)	ĐỘ 2 N (%)	ĐỘ 3 N (%)	ĐỘ 4 N (%)
HB	Đợt 1	2(5.1)	0	1(2.6)	0
	Đợt 2	7(17.9)	4(10.3)	2(5.1)	0
	Đợt 3	7(17.9)	4(10.3)	1(2.6)	0
NEU	Đợt 1	6 (15.4)	4(10.3)	0	0
	Đợt 2	5(12.8)	5(12.8)	0	0
	Đợt 3	12(30.8)	7(17.9)	4(10.3)	0
PLT	Đợt 1	3(7.7)	2(5.1)	1(2.6)	0
	Đợt 2	5(12.8)	1(2.6)	0	0
	Đợt 3	3(7.7)	1(2.6)	1(2.6)	0

Nhận xét: Hầu hết các độc tính độ 1,2 và gặp nhiều hơn ở chu kỳ hóa chất thứ 3. Hay gặp nhất là hạ bạch cầu chiếm tỉ lệ 59%, giảm huyết sắc tố chiếm 30,8% và có 12.8% bệnh nhân hạ tiểu cầu. Trong đó 2.6% BN giảm huyết sắc tố độ 3 cần truyền máu, 10.3% BN hạ bạch cầu độ 3 cần điều trị kích bạch cầu, không có BN sốt hạ bạch cầu, 2.6% BN hạ độ 3. Các độc tính trên có thể kiểm soát và BN tiếp tục được điều trị HXT đồng thời

Bảng 2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết:

Độc tính		ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
AST	Đợt 1	13	33.3	0	0	0	0	0	0
	Đợt 2	11	28.1	0	0	0	0	0	0
	Đợt 3	10	25.6	0	0	0	0	0	0
ALT	Đợt 1	10	25.6	0	0	0	0	0	0
	Đợt 2	15	38.5	0	0	0	0	0	0



Biểu đồ 2: Tỷ lệ đáp ứng chung

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 94.9%, trong đó 33/39 (84.6%) đạt PR, 4/39 (10.3%) đạt CR; 1/39 (2.6%) BN bệnh giữ nguyên sau 3 chu kỳ, 1/39 (2.6%) BN tiến triển tại u sau 3 chu kỳ. Đáp ứng chủ yếu tại u và hạch là đáp ứng một phần, chiếm 66.7% và 61.5%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tại u chiếm tỷ lệ 91.3%. Có 1 BN bệnh tiến triển tại u trong khi tỉ lệ đáp ứng toàn bộ tại hạch là 84.6%.

3. Độc tính của phác đồ:

Độc tính lên hệ tạo huyết:

	Đợt 3	2	5.1	0	0	0	0	0	0
Creatinin	Đợt 1	2	5.1	0	0	0	0	0	0
	Đợt 2	1	2.6	0	0	0	0	0	0
	Đợt 3	1	2.6	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn		28	71.8	8	20.5	1	2.6	0	0
Nôn		17	43.6	7	17.9	1	2.6	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu chỉ có 1/39 (2.6%) BN có giảm mức lọc cầu thận, creatinin tăng độ 1 sau điều trị. BN này được giảm liều cisplatin ở chu kì 2 và 3, sau đó HXT đồng thời với phác đồ carboplatin. Tất cả các trường hợp tăng men gan đều độ 1 và thường gặp ở 2 chu kì đầu. 94.9% BN có buồn nôn sau truyền hóa chất trong đó 1 BN không thể ăn được gì (buồn nôn độ 3. 64,1% BN nôn độ 1,2. Các tác dụng phụ tiêu chảy, nổi ban hay giảm thính lực không được ghi nhận.

Bảng 3. Trì hoãn điều trị do tác dụng không mong muốn

Thời gian trì hoãn điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không trì hoãn	8	20.5
Dưới 1 tuần	16	41
Từ 1 đến <2 tuần	13	33.3
Từ 2 đến < 3 tuần	2	5.1
Dừng điều trị	0	0
Tử vong	0	0
Tổng	39	100

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 16/39 (41%) BN gián đoạn điều trị hóa chất dưới 1 tuần, 13/39 (33.3%) BN gián đoạn từ 1-2 tuần, 2/39(5.2%) BN gián đoạn lâu nhất là 2-3 tuần. Không ghi nhận trường hợp tử vong do độc tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN hoàn thành 3 chu kì hóa chất, có 1/35 (2.6%) bệnh nhân phải giảm liều hóa chất do độc tính tăng creatinin độ 1. Còn lại các BN đều nhận 100% liều điều trị tính theo m² da cơ thể

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 52.50±11.59, tuổi nhỏ nhất là 22 và lớn nhất là 69 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 40-60 tuổi, chiếm 53.8%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có đỉnh tuổi cao hơn nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng(2021) tuổi trung bình 47,6 ± 13,6, theo Zhang và CS(2019), tuổi trung vị là 46 (từ 18 đến 64 tuổi)³ do sự khác biệt về vùng dịch tễ.

Về giới tính, bệnh có tỉ lệ mắc ở nam cao hơn nữ với tỉ lệ nam/ nữ là 2/1. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng⁴. Trong nghiên cứu của Zhang và CS, nam giới chiếm 75.4%, Sun Y (2016) tỉ lệ này là 4/1⁵.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy phần lớn triệu chứng khiến bệnh nhân vào viện là nổi hạch cổ chiếm tỉ lệ 48.7%. Tiếp theo là ù tai và chảy máu mũi chiếm tỉ lệ 15.4%. BN có loại mô học UTBMV không sừng hóa chiếm đa số 87.2%. Phân loại giai đoạn của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ giai đoạn IVA chiếm đa số là 82.1%, giai đoạn III là 17.9% trong đó giai đoạn u T4 và T2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 38.5% và 30.8%, các tỉ lệ N1,N2,N3 lần lượt là 23.1%, 20.5% và 48.7%

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước như Ngô Thanh Tùng, Phạm Tiến Chung⁶ hay của Perez và CS với tỷ lệ tự sờ thấy hạch cổ dao động 60-85%. Nghiên cứu Zhang, tỷ lệ T3, T4 lần lượt 47,5% và 45%; tỷ lệ phân loại N1, N2 lần lượt 47,1% và 41,7%. Giai đoạn III, IV chiếm lần lượt 45,9% và 55,1%³.

4.3. Kết quả điều trị. Các triệu chứng cơ năng giảm dần sau các đợt điều trị. Sau 3 đợt điều trị hóa chất dẫn đầu, các triệu chứng như ù tai, ngạt mũi, nổi hạch cổ, triệu chứng thần kinh đều thuyên giảm hơn 50%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cả u và hạch là 94.9%, trong đó 84.6% đạt PR, 10.3% đạt CR. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng khi nghiên cứu với phác đồ TCF dẫn đầu tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 94.3%⁴, của Phạm Tiến Chung với phác đồ CF dẫn đầu cho ORR là 94.4%⁶. Nghiên cứu của Zhang và CS cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 10%; đáp ứng một phần 84,5%; bệnh ổn định 4,2% và tiến triển 1,3%³.

Theo nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa đáp ứng điều trị với các yếu tố: tuổi, loại mô bệnh học, giai đoạn u, hạch hay giai đoạn chung (giai đoạn III, IV(M0)) p>0.05. Như vậy các yếu tố này không phải yếu tố tiên lượng cho đáp ứng với hóa chất trong điều trị.

4.4. Độc tính

Độc tính lên hệ tạo huyết: Độc tính của phác đồ lên hệ tạo huyết hầu hết độ 1,2 và thường gặp ở chu kì hóa chất thứ 3. 10.3% BN hạ bạch cầu độ 3 cần điều trị kích bạch cầu, không có BN sốt hạ bạch cầu, 12.8% bệnh nhân hạ tiểu cầu trong đó có 2.6% BN hạ tiểu cầu độ 3, 2.6% BN giảm huyết sắc độ 3 cần truyền máu. Kết quả này thấp hơn so với Lê Thị Sương

(2019)⁷, hóa chất dẫn đầu với phác đồ docetaxel- cisplatin tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3 chiếm 37%, tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 4 chiếm hơn 22%.

Độc tính ngoài hệ tạo huyết: trong nghiên cứu có 1 BN tăng creatinin độ 1, được giảm liều cisplatin sau đó HXT đồng thời với carboplatin. Tăng men gan đều độ 1 và thường gặp ở 2 chu kì đầu. Không có trường hợp nào tổn thương gan nặng cần phải dừng điều trị. Độc tính đường tiêu hóa nôn, buồn nôn ở độ 1, 2. Chỉ 2.6% BN nôn, buồn nôn độ 3. Không ghi nhận các trường hợp tiêu chảy, nổi ban hay giảm thính lực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN hoàn thành 3 chu kì hóa chất, có 1/35 (2.6%) bệnh nhân phải giảm liều hóa chất do độc tính tăng creatinin độ 1. Còn lại các BN đều nhận 100% liều điều trị tính theo m² da cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân thư vòm họng giai đoạn III-IV(M0) được điều trị hóa chất tân bổ trợ phác đồ gemcitabine- cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An chúng tôi thu được kết quả như sau:

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cả u và hạch là 94.9%, trong đó 84.6% đạt PR, 10.3% đạt CR
- Độc tính của phác đồ lên hệ tạo huyết hầu hết độ 1,2 và thường gặp ở chu kì hóa chất thứ 3
- Độc tính tăng men gan đều độ 1 và thường gặp ở 2 chu kì đầu. Không có trường hợp nào tổn thương gan nặng cần phải dừng điều trị, độc tính đường tiêu hóa nôn, buồn nôn ở độ 1, 2
- 100% BN hoàn thành 3 chu kì hóa chất.

KIẾN NGHỊ

Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài để đánh giá đáp ứng của hóa xạ kết hợp sau điều trị tân bổ trợ, theo dõi kết quả sống thêm và những biến chứng muộn của điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Zhu J, Duan B, Shi H, et al.** Comparison of GP and TPF induction chemotherapy for locally advanced nasopharyngeal carcinoma. *Oral Oncology.* 2019; 97:37-43. doi:10.1016/j.oraloncology.2019.08.001
3. **Zhang Y, Chen L, Hu GQ, et al.** Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *New England Journal of Medicine.* 2019;381(12):1124-1135. doi: 10.1056/NEJMoa1905287
4. **Ngô Thanh Tùng.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Hóa Xạ Đồng Thời Theo Sau Hóa Chất Cảm Ứng Trên Nhóm Bệnh Nhân Ung Thư Vòm Họng Giai Đoạn III-IVA.; 2021.
5. **Sun Y, Li WF, Chen NY, et al.** Induction chemotherapy plus concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Oncology.* 2016;17(11): 1509-1520. doi:10.1016/S1470-2045 (16)30410-7
6. **Phạm Tiến Chung.** Đánh Giá Kết Quả Của Phác Đồ Hóa Xạ Trị Đồng Thời Với Hóa Chất Bổ Trợ Trước Cho Bệnh Nhân Ung Thư Vòm Họng Giai Đoạn III, IV (N2,3) Tại BV K Từ Tháng 11/2011 Đến Tháng 12/2013.; 2018.
7. **Lê Thị Sương.** Đánh Giá Đáp Ứng và Độc Tính Của Phác Đồ TC Trong Điều Trị Tán Bổ Trợ Ung Thư Vòm Họng Giai Đoạn III-IVB.; 2019.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐỘT BIẾN EXON 2 GEN KRAS CỦA 35 BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2021

Trương Thị Bích Trang¹, Phạm Thị Ngọc Nga², Phạm Hoàng Khánh²,
Trần Thị Cẩm Nhung³, Nguyễn Phúc Duy², Hoàng Đức Trình²

TÓM TẮT

¹Công ty cổ phần Center Lab Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

Đặt vấn đề: Trong ung thư đại-trực tràng (UTĐTT), thuốc điều trị nhắm trúng đích phân tử EGFR chỉ mang lại lợi ích cho những bệnh nhân (BN) không có đột biến gen KRAS, trong đó đột biến trên exon 2 chiếm từ 30%-50%. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm cận lâm sàng và đột biến exon 2 gen KRAS trên 35 BN UTĐTT tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (ĐHYDCT) năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 BN được chẩn đoán UTĐTT tại Bệnh viện Trường ĐHYDCT năm 2021. Đặc điểm cận lâm sàng từ kết quả nội soi, xét nghiệm CEA và