

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp đã được chấp nhận rộng rãi và minh chứng được hiệu quả trong can thiệp điều trị TVĐĐCSC với các ưu điểm: khôi phục chiều cao gian đốt sống, đường cong sinh lý, giảm sự thoái hóa đĩa đệm liền kề, đồng thời tránh được các biến chứng tại vị trí lấy xương ghép, rút ngắn thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashimoto K, Aizawa T, Kanno H, Itoi E. Adjacent segment degeneration after fusion spinal surgery-a systematic review. *Int Orthop*. 2019; 43(4):987-993. doi:10.1007/s00264-018-4241-z
2. Aa B, Js U, Fl V, Mc P, Nr C. History of cervical disc arthroplasty. *Neurosurgical focus*. 2009;27(3). doi:10.3171/2009.6.FOCUS09128
3. **Textbook of Spinal Surgery PDF** | PDF | Orthopedic Surgery | Neurosurgery. Scribd. Accessed November 6, 2022.

- <https://www.scribd.com/document/382524179/Textbook-of-Spinal-Surgery-pdf>
4. Panjabi MM, White AA. Basic biomechanics of the spine. *Neurosurgery*. 1980;7(1):76-93. doi:10.1227/00006123-198007000-00014
 5. Hilibrand AS, Carlson GD, Palumbo MA, Jones PK, Bohlman HH. Radiculopathy and myelopathy at segments adjacent to the site of a previous anterior cervical arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am*. 1999;81(4):519-528. doi:10.2106/00004623-199904000-00009
 6. Kim HK, Kim MH, Cho DS, Kim SH. Surgical outcome of cervical arthroplasty using bryan(r). *J Korean Neurosurg Soc*. 2009;46(6):532-537. doi:10.3340/jkns.2009.46.6.532
 7. Jackson RJ, Davis RJ, Hoffman GA, et al. Subsequent surgery rates after cervical total disc replacement using a Mobi-C Cervical Disc Prosthesis versus anterior cervical discectomy and fusion: A prospective randomized clinical trial with 5-year follow-up. *J Neurosurg Spine*. 2016; 24(5):734-745. doi:10.3171/2015.8.SPINE15219

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

Đinh Công Định¹, Nguyễn Công Hoàng²

muốn của xạ trị thấp.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTPTBN. Kết quả điều trị HXĐT thời sử dụng xạ trị điều biến liều VMAT trong điều trị UTPTBN GĐ khu trú và một số tác dụng phụ tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 BN UTPTBN GĐ khu trú điều trị HXĐT tại Bệnh viện K. Hóa trị phác đồ EP x 2 chu kỳ, xạ trị kỹ thuật VMAT và 2 chu kỳ EP sau HXĐT. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTPTBN. Kết quả điều trị HXĐT sử dụng xạ trị điều biến liều VMAT trong điều trị UTPTBN GĐ khu trú và một số tác dụng phụ. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới có hút thuốc lá, triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho và đau ngực, kích thước u trung bình là 5.2 ± 0.8 cm, BN có hạch trung thất >10mm trên phim chụp cắt lớp vi tính là 100%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của u cao: 96.7%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lên đến 60%. Tỷ lệ biến chứng sớm viêm phổi độ 2 thấp: 3.3%, không có BN viêm độ 3, 4. Biến chứng sớm viêm thực quản độ 2 là 3.3%, không có viêm độ 3, 4. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khối u cao, tác dụng không mong

SUMMARY

REVIEW THE PRIMARY RESULT OF VOLUMETRIC MODULATED ARC THERAPY (VMAT) RADIATION THERAPY FOR PATIENTS WITH LIMITED STAGE SMALL CELL LUNG CANCER AT K HOSPITAL

Purpose: Our study aims to review some the clinical, subclinical and early side effects and results to treated in concurrent chemotherapy of limited stage small cell lung cancer at K hospital. **Methods:** 30 patients with limited stage small cell lung cancer. Who are treated by concurrent chemoradiation therapy, using EP 2cycles and 60Gy of RT and EP 2 cycles after concurrent chemotherapy; using VMAT technique. To review some the clinical, subclinical and early side effects and results to treated in concurrent chemotherapy of limited stage small cell lung cancer at K hospital. **Results:** Most of patients were man with the smoke, common symptoms be cough and chest pain, medium tumor size were 5.2 ± 0.8 . All cases have mediastinum lymph node in computed tomography scanner. PR of tumor: 96.7%, CR of tumor up to: 60%. Rate of pneumonia early complication grade 2: 3.3%. Esophagitis early complication grade 2: 3.3%. **Conclusion:** In our study, we found that use VMAT to make to increase the result of responded and the side effects of group were low.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Công Định

Email: drdinhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTP là một trong 10 bệnh ung thư thường gặp trên thế giới. theo hiệp hội bệnh phổi Hoa kỳ năm 2020 có khoảng 228.000 ca mắc mới UTP. Số ca tử vong do UTP khoảng 23% trong tổng số BN chết vì bệnh ung thư. Ở Việt Nam, Theo Globocan 2020, UTP đứng thứ 2 về tỷ lệ mới mắc ở nam giới chiếm 18.9% người mắc mới, sau ung thư gan và cũng thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú, chiếm 9.1% ca mới mắc. Tính chung số người mắc UTP đứng thứ 2 sau ung thư gan. Tại Việt Nam hàng năm có khoảng 182.563 trường hợp mới mắc ung thư¹.

UTP có hai nhóm giải phẫu bệnh chính là UTPTBN (chiếm ~20%) và ung thư biểu mô không phải tế bào nhỏ (chiếm ~ 80%), hai nhóm bệnh này có phương pháp và điều trị tiên lượng khác nhau. Đối với điều trị UTPTBN GD khu trú vai trò HXĐT là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Từ xạ trị 2D với liều xạ 60-66Gy cho kết quả kiểm soát u tại chỗ tại vùng thấp, cho đến nay xạ trị 3D và nhiều kỹ thuật xạ trị hiện đại đã ra đời như xạ trị điều biến liều (VMAT, IMRT), xạ trị sử dụng CT mô phỏng 4D, xạ trị dưới hướng dẫn hình ảnh (IGRT) đã đem lại các kết quả cao.

Kỹ thuật xạ trị VMAT và chụp mô phỏng 3 thì thờ mang lại hiệu quả kiểm soát tại chỗ tốt, làm giảm thể tích đích do giảm độ mở biên và giảm liều tối đa đối với cơ quan nguy cấp như: tim, tủy sống. Do đó làm tăng hiệu quả điều trị và giảm tác dụng phụ của xạ trị. Trên thế giới đã có một số tác giả công bố kết quả áp dụng kỹ thuật này điều trị bệnh UTPTBN, cho kết quả cao. Ở Việt Nam nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. Với xu hướng ứng dụng các kỹ thuật xạ trị hiện đại VMAT trong điều trị nhằm đem lại hiệu quả điều trị cho bệnh nhân UTPTBN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả bước đầu xạ trị điều biến liều VMAT trong điều trị hóa xạ đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại Bệnh viện K".

Mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTPTBN.
2. Đánh giá kết quả điều trị HXĐT sử dụng xạ trị điều biến liều VMAT trong điều trị UTPTBN GD khu trú và một số tác dụng phụ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 30 BN UTPTBN GD khu trú được điều trị xạ trị VMAT tại bệnh viện K từ 01/2022 đến 10/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN UTPTBN GD khu trú, (AJCC VIII – 2017)

- Chẩn đoán xác định bằng MBH: SCLC
- BN được điều trị HXĐT (Xạ trị bằng kỹ thuật VMAT liều 60 Gy; HC phác đồ EP x2 CK), EP x2 CK sau HXĐT.
- Điều trị lần đầu, không có tiền sử bị bệnh ung thư khác.
- Thể trạng tốt, ECOG=0,1 (WHO).
- Không có chống chỉ định xạ trị, hóa trị.
- Có thể theo dõi được BN trong và sau quá trình điều trị.

- Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có chỉ định điều trị HXĐT.
- Ung thư không phải ung thư nguyên phát của phổi.

- BN không tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật, GD lan tràn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu. Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (LS)...

Lập kế hoạch xạ trị:

Phương tiện:

- Máy CT SIM (chụp cắt lớp mô phỏng).
- Máy gia tốc Infinity; Versa HD thực hiện kỹ thuật xạ trị VMAT.
- VMAT, có phần mềm tính liều: bản quyền, bản đầy đủ.
- Sử dụng bức xạ photon mức năng lượng 6MV.
- Không dùng dụng cụ ép bụng và bộ kê vùng thân bệnh nhân.
- Máy xăm và đánh dấu trên da.

Các bước thực hiện. Mô phỏng điều trị

- BN nằm ngửa, tay gơ phía đầu tối đa, đầu thẳng với thân mình.
- Không sử dụng ép bụng và bộ kê vùng thân bệnh nhân. Đánh dấu trên da bằng xăm.
- Chụp CT SIM lập kế hoạch khoảng cách các lát cắt 0.5mm, 3 pha (hít vào tối đa, thở ra tối đa, thở tự do). Chuyển dữ liệu về phòng lập kế hoạch điều trị (TPS) qua cổng DICOM.

Lập kế hoạch điều trị

- Các vùng thể tích xạ trị, phân liều điều trị được dựa theo khuyến cáo của ICRU 62 đối với xạ trị UTP².

▪ Xác định vùng tổ chức nguy cấp:

- Phổi, tim, tủy sống,... theo RTOG

▪ Tính liều và lập kế hoạch VMAT:

- Xác định GTV (u, hạch) trên ba pha chụp mô phỏng 3 thì, xác định được iGTV (u, hạch) bằng cách fusion khi xác vẽ contour của u và hạch trên cả 3 thì chụp mô phỏng, từ đó xác định iCTV bằng cách $iCTV = iGTV + 0.8 \text{ mm}$,

PTV = ICTV + 5-> 10 mm.

- Kỹ sư vật lý tạo kế hoạch theo chỉ định của Bs xạ trị như liều điều trị, liều vào OARs theo RTOG, cung chiếu.

- Dùng kỹ thuật optimize để tạo ra kế hoạch xạ trị tối ưu, kế hoạch được QA, QC và Bs điều trị kiểm tra và duyệt trước điều trị BN.

- Chụp Conebeam- CT trước buổi đầu tiên điều trị, điều chỉnh hình ảnh chụp Conebeam- CT với hình ảnh PTV trùng nhau, điều trị BN.

Nội dung nghiên cứu/Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:

- Đặc điểm LS, CLS.
 - Lập kế hoạch xạ trị VMAT.
 - Đánh giá đáp ứng của u, hạch sau điều trị HXĐT so với trước điều trị.

- Một số tác dụng phụ cấp do xạ trị, hóa trị theo RTOG và CTCAE 4.0: Viêm phổi (VP), viêm thực quản (VTQ)...

2.2.4. Đánh giá kết quả

➢ Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTPTBN.

▪ Nhận xét một số đặc điểm LS của nhóm BN NC.

▪ Nhận xét một số đặc điểm CLS của BN nhóm NC.

➢ Đánh giá đáp ứng của u, hạch. Theo tiêu chuẩn đánh giá khối u đặc RECIST 1.1.

➢ Đánh giá độc tính cấp

✓ Phân độ VTQ cấp tính do xạ trị (CTCAE 4.0)

✓ Phân độ VP cấp tính do xạ trị (CTCAE 4.0)

✓ Độc tính trên hệ tạo huyết (CTCAE 4.0)

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu

- Theo bệnh án mẫu nghiên cứu UTPTBN GD khu trú

- Nhập và xử lý số liệu theo SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm LS và CLS của UTPTBN.

Bảng 1. Một số đặc điểm dịch tễ, LS

Tên chỉ số	Phân loại	Giá trị (n=30), n(%)
Tuổi	≤40	1(3.3)
	41-50	2(6.7)
	51-60	12(40)
	61-70	14(46.7)
	>70	1(3.3)
Giới	Nam	24(80)
	Nữ	6(20)
Tiền sử hút thuốc	hút thuốc	23(76.7)
	Không hút thuốc	7(23.3)
PS	0	25(83.3)
	1	5(16.7)

Triệu chứng LS hay gặp	Ho	24(80)
	Đau ngực	21(70)
	Khó thở	3(10)
	Khàn tiếng	2(6.7)
	Sút cần	16(53.3)
	Hội chứng cận u	0(0)
G Đ bệnh: T,N,M (AJCC 8 th , 2017)	II	1(3.3)
	IIIA	11(36.7)
	IIIB	16(53.3)
	IIIC	2(6.7)

Nhận xét: Độ tuổi gặp nhiều nhất từ 51- 70 tuổi, chiếm 86.7%, có 1 BN dưới 40 tuổi, 1 BN trên 70 tuổi. BN nam: 80%, BN nữ: 20%. BN hút thuốc: 76.7%. Triệu chứng LS thường gặp là ho tỷ lệ 80%, đau ngực: 70%. Theo AJCC 8th, GĐ III chiếm đa số: 96.7%.

Bảng 2. Một số đặc điểm CLS

Tên chỉ số	Đặc điểm	Số BN (n)	%	
Nồng độ Pro-GRP trước điều trị	Bình thường	4	13.3	
	Tăng (>50ng/ml)	26	86.7	
Đặc điểm CLVT ngực	Kích thước u (cm)	≤ 3	1	3.3
		3 - ≤ 5	7	23.3
		5- ≤ 7	16	53.4
		> 7	6	20
	Hạch trung thất, thương đòn (>10 mm)	Có	30	100
		Không có	0	0

Nhận xét: Tần suất Pro-GRP cao gặp 86.7%. Kích thước u trung bình là 5,2 ± 0,8 cm. Kích thước u nhỏ nhất là 2.6 cm, lớn nhất là 8.5 cm. U có kích thước 5- 7 cm tỷ lệ cao nhất (53.4%). Tỷ lệ hạch trung thất >10mm trên CLVT là 100%.

Bảng 3. Đặc điểm phác đồ điều trị

Tên chỉ số	Phân loại	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Liều xạ trị BN (Gy)	≥60	30	100
	< 60	0	0
Số ck hóa chất BN điều trị	Đủ 4 ck	27	90
	≤ 3 ck	3	10

Nhận xét: Có 100% BN nhận đủ liều 60 Gy, BN điều trị đủ 4 ck hóa chất 90%. Có 3 BN điều trị 2 và 3 ck hóa trị chiếm 10%.

3.2. Kết quả điều trị và một số tác dụng phụ của phác đồ.

Bảng 4. Đánh giá đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Số BN (n)	(%)
Hoàn toàn	18	60
Một phần	11	36.7
Không đáp ứng	0	0
Tiến triển	1	3.3
Tổng	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 60%, đáp ứng một phần 36.7%, bệnh ổn định 0%, bệnh tiến triển: 3.3%.

Bảng 5. Đánh giá biến chứng sớm của xạ trị UTP

Biến chứng	Mọi độ	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Viêm thực quản	43,3%	40%	3.3%	0%	0%
Viêm phổi	40%	36.7%	3.3%	0%	0%
Viêm da	30%	30%	0%	0%	0%

Nhận xét: BN VTQ độ 1 (40%), độ 2 (3.3%), không có BN VTQ độ 3,4. BN VP độ 1 (36.7%), độ 2 (3.3%), không có BN VP độ 4, viêm da chỉ xảy ra độ 1 (30%).

Bảng 6. Độc tính huyết học

Độc tính	Mọi độ Số BN (%) n(%)	Độ 1 Số BN (%) n(%)	Độ 2 Số BN (%) n(%)	Độ 3 Số BN (%) n(%)	Độ 4 Số BN (%) n(%)
Giảm Hb	11(36.7)	5(16.7)	4(13.3)	2(6.7)	0(0)
Giảm BC	28(93.3)	11(36.7)	8(26.7)	5(16.7)	4(13.3)
Giảm BCĐN	27(90)	10(33.3)	6(20.0)	6(20)	5(16.7)
Giảm TC	13(43.3)	6(20)	4(13.3)	2(6.7)	1(3.3)

Nhận xét: Thiếu máu chủ yếu độ 1, độ 2. Giảm BC độ 1, độ 2 chiếm 63.3%, giảm độ 3: 16.7%, giảm độ 4: 13.3%. Giảm BCĐN độ 4, tỷ lệ 16.7%, độ 3 là 20%, còn lại độ 1, độ 2. Giảm TC chủ yếu độ 1, độ 4 chỉ xảy ra trên 1 BN.

Bảng 7. Tác dụng phụ trên gan thận

Độc tính	Mọi độ Số BN (%) n(%)	Độ 1 Số BN (%) n(%)	Độ 2 Số BN (%) n(%)	Độ 3 Số BN (%) n(%)	Độ 4 Số BN (%) n(%)
Tăng men gan	2(6.7)	2(6.7)	0(0)	0(0)	0(0)
Tăng creatinine	1(3.3)	1(3.3)	0(0)	0(0)	0(0)

Nhận xét: Độc tính lên gan, thận là ít gặp, tăng men gan 6.7%, tăng creatinine 3.3%, đều ở độ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm LS, CLS của UTPTBN. Kết quả tại bảng 1 về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi gặp nhiều nhất từ 51- 70 tuổi, chiếm 86.7%, có 1 BN dưới 40 tuổi, 1 BN trên 70 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ lớn với 80%. Kết quả tương tự với kết quả NC của các tác giả trong nước về UTPTBN^{3,4}. Tỷ lệ hút thuốc trong nghiên cứu này là 76.7%. Trong đó không có BN nữ giới nào hút thuốc. Kết quả tương tự với các nghiên cứu về UTPTBN tại nước ta như của Đặng Thanh Hồng (2005)⁵. Triệu chứng hay gặp nhất là ho khan kéo dài 80%. Kết quả này tương tự kết quả của các tác giả trong nước về UTPTBN GD khu trú như Võ Văn Xuân với 76,7%⁶; Đặng Thanh Hồng (2005) là 70,2%⁵. Điều này đúng về mặt sinh bệnh học UTPTBN. Đa phần UTPTBN thường là thể trung tâm, khi xuất hiện khối u thường có triệu chứng kích thích gây ho nhiều hơn khi là đau. Bảng 2. cho thấy tỷ lệ ProGRP tăng chiếm 76.7% các trường hợp. Kết quả nghiên cứu này là hoàn toàn phù hợp với đặc điểm của các nghiên cứu trước đây về nồng độ chất chỉ điểm ProGRP, với tỷ lệ gặp dao động từ 80-95%⁷. Tuy nhiên, vai trò ProGRP chỉ mang yếu tố tham khảo, không

chẩn đoán xác định bệnh. Kích thước (KT) u trung bình là $5.2 \pm 0,8$ cm, u nhỏ nhất có KT~ 2.6 cm, u lớn nhất có KT~ 8.5 cm. U có KT~ 5- 7 cm tỷ lệ cao nhất 53.4%. Tỷ lệ di căn hạch trung thất phát hiện trên chụp CLVT trong nhóm BN của NC là 100%. Kết quả này của chúng tôi cho thấy, KT u nhỏ, tuy nhiên sự di căn hạch cũng rất cao. Điều này càng cho thấy mức độ ác tính và khả năng di căn xa và di căn sớm của bệnh.

4.2. Kết quả điều trị và một số tác dụng phụ.

4.2.1. Đặc điểm phương pháp điều trị. Có 90% số BN điều trị đủ 4 ck hóa chất(HC), chỉ 2 BN chỉ điều trị 3 ck HC chiếm 6.7%, 1 BN điều trị 2 ck HC, do sau 2 ck BN có tiến triển di căn não. Về xạ trị, 100% BN nhận đủ liều 60Gy. Kết quả NC này so với một số NC trước kia về điều trị HXĐT cho thấy có cải thiện rõ rệt. Có thể lý giải do NC này chúng tôi sử dụng kỹ thuật xạ trị VMAT tiên tiến hơn và chụp mô phỏng 3 thì thờ, so với các nghiên cứu sử dụng kỹ thuật xạ 3D và chỉ chụp 1 thì thờ tự do.

4.2.2. Đáp ứng điều trị. NC của chúng, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ rất cao là 96,7% trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 60%. Tỷ lệ đáp ứng một phần là 36,7%, có 1 BN tiến triển di căn não. Nghiên cứu đầu tiên tại Nhật Bản áp dụng

phác đồ HXĐT UTPTBN của tác giả Takada M và CS (2002) cho thấy, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 96%⁸. Kết quả cho thấy mức đáp ứng rất tốt của UTPTBN với HXT.

4.2.3. Một số tác dụng phụ của phác đồ Một số tác dụng phụ sớm xạ trị vùng ngực

Viêm phổi: Kết quả NC của chúng tôi, tỷ lệ VP ở mọi độ là 40%. Chủ yếu là VP độ I, độ II chỉ xảy ra ở 1 BN. Không có BN nào VP độ III, IV hoặc VP dẫn đến tử vong. Kết quả NC này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Xuân với viêm phổi độ III, IV là 8,6%⁶ và Hoàng Trọng Tùng. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân đều có thể trạng trước điều trị tốt, PS = 0,1, thể trạng tốt hơn nên việc điều trị HXĐT có tiên lượng tốt hơn cũng như độc tính hạn chế hơn và kỹ thuật xạ VMAT được chúng tôi sử dụng xạ trị với ưu thế của phương pháp lập kế hoạch nghịch đảo làm giảm liều vào cơ quan nguy cấp, bên cạnh đó việc chụp 3 thì mô phỏng cũng giúp xác định thể tích xạ trị tối ưu hóa hơn và độ mở biên từ GTV sang các thể tích LS và thể tích điều trị hẹp hơn so với chụp mô phỏng 1 thì. Trước kia, xạ trị đối với ung thư phổi tế bào nhỏ việc xạ trị dự phòng hạch trung thất là bắt buộc. Do vậy trường chiếu xạ thường rộng, tỷ lệ VP thường cao hơn. Đến nay, việc xạ trị hạch trung thất chỉ là xạ trị khi có tổn thương hạch thấy được trên chụp CLVT – elective node irradiation. Trường chiếu xạ hẹp hơn so với trước nên tỷ lệ VP, xơ phổi sau điều trị giảm.

Viêm thực quản: Bảng 5, tỷ lệ VTQ là 43.3%, trong đó 40% trường hợp VTQ độ I, 3.3% BN VTQ độ II, không ghi nhận BN VTQ độ III, IV. Tỷ lệ này thấp hơn so với NC cùng phác đồ điều trị nhưng dùng kỹ thuật 3D điều trị. Kỹ thuật VMAT được ưu tiên lựa chọn hơn so với phương pháp xạ trị 3D cũ bởi tác dụng phụ gặp phải là ít hơn.

Viêm da: Trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 30%, chỉ là độ I, không có BN nào viêm da độ II, III, IV. Tỷ lệ này thấp hơn và mức độ nhẹ hơn so với nghiên cứu sử dụng kỹ thuật xạ 3D.

Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết, gan thận. Theo bảng 6. Độc tính hạ BC và BCDNTT hay gặp nhất, tỷ lệ lần lượt 93.3%: 90%, hạ BC độ III và IV gặp lần lượt 16.7% và 13.3%. Hạ BCDNTT độ III và IV lần lượt 20%: 16.7%. Hạ Hb 36,7%, chủ yếu là độ I, Hạ TC gặp ở 43.3%, thường ở độ I và II, 1 BN độ IV chỉ chiếm 3.3%. Không có bệnh nhân nào tử vong liên quan đến độc tính huyết học được ghi nhận. Tác dụng phụ

chức năng gan thận. Theo bảng 7. Kết quả cho thấy phác đồ ít có ảnh hưởng lên gan thận, tăng men gan 6.7%, tăng Creatinine 3.3%. Kết quả của chúng tôi là tương tự với kết quả NC trong và ngoài nước về HXĐT UTPTBN.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 51- 70 tuổi, chiếm 86.7%, chủ yếu ở nam giới có tiền sử hút thuốc lá mắc bệnh, triệu chứng thường gặp là ho và đau ngực. Tần suất Pro-GRP cao gặp 86.7% số BN, kích thước u trung bình là $5,2 \pm 0,8$ cm, BN có hạch trung thất >10mm trên phim CLVT là 100%.

- Tỷ lệ u đáp ứng toàn bộ cao 96.7%, biến chứng sớm của xạ trị thấp, VTQ và VP chỉ ghi nhận ở mức độ nhẹ, độ 1 và độ 2. Viêm da do xạ trị chỉ ở độ 1. Tỷ lệ giảm BC và BCDNTT cao lần lượt 93.3%: 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan 2020** [Online]. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>
2. **ICRU Report No: 62 (1999)**. International Commission on Radiation Units and Measurements, ICRU Report 62 (1999) Prescribing, recording and reporting photon beam therapy (Supplement to ICRU report 50).
3. **Bùi Diệu and công sự** (2010). Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu của 6 vùng địa phương giai đoạn 2004-2008 Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2010;1/2010:75-77.
4. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Bùi Công Toàn. Ung thư phổi** (2007). In: Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Hà Nội: NXB Y học; 2007:176-187.
5. **Đặng Thanh Hòa, Cs** (2005). Hóa trị ung thư phổi tế bào nhỏ đối với người lớn tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2005: Phụ bản tập 9-Số 4:377-383.
6. **Võ Văn Xuân (2009)**. Nghiên cứu áp dụng phác đồ kết hợp hóa - xạ trị trong ung thư phổi đánh giá kết quả điều trị, Đại học Y Hà Nội.
7. **Isgro MA, Bottoni P, Scatena R** (2015). Neuron-Specific Enolase as a Biomarker: Biochemical and Clinical Aspects. Advances in experimental medicine and biology. 2015;867:125-143.
8. **Takada M, Fukuoka M, Kawahara M, et al** (2002). Phase III study of concurrent versus sequential thoracic radiotherapy in combination with cisplatin and etoposide for limited-stage small-cell lung cancer: results of the Japan Clinical Oncology Group Study 9104. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2002;20(14):3054-3060.
9. **Hoàng Trọng Tùng** (2022). Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời UTPTBN giai đoạn khu trú bằng Cisplatin-Etoposide tại Bệnh viện K.