KẾT QUẢ SỚM XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU KẾT HỢP HÓA TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVA

Trịnh Lê Huy[1], Nguyễn Văn Vinh[2]

TÓM TẮT

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý tương đối phổ biến, đứng đầu trong ung thư đầu cổ. Vòm mũi họng ở vị trí sâu nhiều cơ quan quan trọng lân cận, vì vậy vai trò của các kỹ thuật xạ trị hiện đại (IMRT, VMAT, IGRT…) kết hợp với hóa trị ngày càng được nghiên cứu và cho thấy ảnh hưởng rõ rệt tạo thành quy chuẩn. **Mục tiêu**: Đánh giá kết quả điều trị sớm và một số yếu tố liên quan của phác đồ xạ trị điều biến liều (IMRT) kết hợp hóa trị đồng thời của ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu gồm 42 bệnh nhân (BN) UTVMH giai đoạn III-IVA (trừ nhóm di căn hạch N3) AJCC 8th 2017, mô bệnh học ung thư biểu mô không biệt hóa, chỉ số ECOG 0-1 từ tháng 04/2019 – 03/2021 tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Kết quả nghiên cứu**: 100% BN thực hiện đủ phác đồ hóa xạ đồng thời (HXĐT) với 3 chu kỳ Cisplatin ngày 1, 22, 43 và một chu kỳ hóa trị bổ trợ (HTBT) Cisplatin + 5FU, 90,5% hoàn thành đủ phác đồ. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) sau HXĐT tại u, hạch, chung lần lượt là 88,1%; 85,7%; 76,2%, còn lại là đáp ứng một phần. Tỉ lệ ĐUHT sau HTBT tại u, hạch, chung lần lượt là 92,9%; 88,1%; 85,7%, còn lại là đáp ứng một phần. **Kết luận**: Xạ trị điều biến liều phối hợp với hoá chất là phác đồ đem lại hiệu quả cao trên nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA.

Từ khóa: ung thư vòm mũi họng, xạ trị điều biến liều, tỉ lệ đáp ứng

SUMMARY

EARLY RESULTS OF INTENSITY-MODULATED RADIATIONTHERAPY COMBINEDCONCURRENT CHEMOTHERAPY FOR STAGE III-IVA NASOPHARYNGEALCARCINOMA

Nasopharyngeal cancer (NPC) is the most common site of cancer inthe head and neck. The nasopharyn is located deeply in many nearby important organs, so the role of modern radiotherapy techniques (IMRT, VMAT, IGRT…) in combination with chemotherapy has been increasingly studied and became the standard of care. **Objective**: to evaluate early treatment results and some related factors of intensity modulated radiation therapy (IMRT) regimen combined with concurrent chemotherapy of nasopharyngeal cancer stage III-IVA AJCC 8th 2017 in Nghe An Oncology Hospital. **Patients and Methods**: Retrospective and prospective description included 42 patients with stage III-IVA NPC (except N3 nodes metastisis group), histopathology of undifferentiated carcinoma, ECOG 0-1, from April 2019 to March 2021 at NgheAnOncology Hospital. **Results**: 100% of patients had enough concurrent chemoradiotherapy (CCRT) with 3 cycles of Cisplatin on days 1, 22, 43 and one cycle of adjuvant chemotherapy (ACT) with Cisplatin plus 5FU, 90,5% completed the regimen. The rates of complete response (CR) after CCRT at tumor, lymph node and both were 88,1%; 85,7%; 76,2%, respectively; the remaining patients had partial response. The rates of CR after ACT at tumor, lymphnode and both were 92,9%; 88,1%; 85,7%, respectively; the remaining patients had partial response. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy withIMRT was safe and effective in stage III-IVA nasopharyngreal carcinoma patients.

Key words: nasopharyngeal carcinoma, intensity modulated radiation therapy, response rates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính xuất phát của tế bào biểu mô vòm họng và mang tính chất địa lý rõ rệt. Bệnh rất hay gặp ở miền nam Trung Quốc, vùng Đông Nam Á, người Eskimo bản địa ở Greenland và Alaska và dân số Bắc Phi, nhưng lại hiếm gặp ở các nước Âu Mỹ. Tại Việt Nam, UTVMH là ung thư hay gặp nhất trong ung thư đầu cổ và là một trong 10 loại ung thư hàng đầu, đứng thứ 6 tỉ lệ mới mắc bệnh, với tỷ lệ là 5,7/ 100000 dân (giới nam gấp hơn 3 lần giới nữ), đứng thứ 7 tỉ lệ tử vong là 3,9% [1].

UTVMH nhạy cảm với cả xạ trị (XT) và hóa trị (HT); trong đó, XT được coi là phương pháp chính. Với UTVMH giai đoạn sớm, XT đơn thuần đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát tại chỗ tại vùng và kết quả sống thêm. Phối hợp XT với HT dựa trên nhóm Platinum được chỉ định cho các giai đoạn UTVMH tiến triển tại chỗ, tại vùng (III-IVA). Theo hướng dẫn thực hành điều trị ung thư của Mạng lướiungthư quốc gia Hoa kỳ (National Comprehensive Cancer Network-NCCN), Hiệp hội ung thư châu Âu (European Society for Medical Oncology - ESMO), Hiệp hội xạ trị và ung thư châu Âu (European Society for Radiotherapy andOncology - ESTRO), hóa xạ đồng thời (HXĐT) kết hợp hay không kết hợpvới hóa trị bổ trợ được chỉ định như là một phác đồ chuẩn cho UTVMH giaiđoạn III-IVA [2]. Một phân tích tổng hợp với 4806 BN xác nhận việc bổ sung hóa trị bổ trợ sau hóa xạ trị đồng thời là

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy
Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26.11.2021
Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022
Ngày duyệt bài: 24.01.2022

cần thiết cho UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng (giai đoạn III-IVA) nhằm cải thiện thời gian sống toàn bộ (OS), thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) [2]. Hóa trị liệu cảm ứng được thêm vào trước hóa xạ trị đồng thời đã cải thiện đáng kể tỷ lệ OS, PFS so với chỉ dùng hóa xạ trị đồng thời, trong số những bệnh nhân mắc ung thư biểu mô vòm họng tiến triển nhưng cần cân nhắc về độc tính của phác đồ này, thường được áp dụng cho giai đoạn di căn hạch N3. Kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT) giúp tối ưu liều lượng và cải thiện các biến chứng cho các mô lành liên quan như mắt, tuỷ sống, tuyến yên, tuyến nước bọt, mạch máu, thần kinh sọ... UTVMH giai đoạn III, IV, tỉ lệ sống thêm 5 năm của 3 kĩ thuật 2D, 3D-CRT, IMRT lần lượt là 60%, 71%, 79%. Hóa - xạ trị đồng thời giúp kiểm soát tại chỗ tốt hơn, kéo dài thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát, di căn xa cho bệnh nhân UTVMH [3].

IMRT bắt đầu áp dụng ở Việt Nam từ năm 2008. Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đã triển khai điều trị UTVMH bằng phương pháp IMRT kết hợp hóa trị đồng thời từ tháng 4 năm 2019, nhưng chưa có báo cáo về kết quả điều trị UTVMH, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị đồng thời ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA tại bệnh viện ung bướu Nghệ An" với mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị sớm và một số yếu tố liên quan của phác đồ xạ trị điều biến liều hết hợp hóa trị đồng thời trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA (trừ nhóm di căn hạch N3) theo AJCC 8th 2017 từ tháng 4/2019 – 3/2021 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

➢ **Tiêu chuẩn lựa chọn**:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA, theo AJCC 2017.
- Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô typ không biệt hóa.
- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1.
- Được chẩn đoán, điều trị lần đầu, không mắc ung thư khác ngoài UTVMH.

➢ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nội khoa nặng phối hợp, nhiễm trùng cấp, chống chỉ định với hóa trị
- Bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu**: mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu
- **Cỡ mẫu**: 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu
- **Phương pháp chọn mẫu**: Chọn mẫu thuận tiện
- **Các bước tiến hành:**
- Lựa chọn BN đủ tiêu chuẩn, thu thập thông tin theo bệnh án mẫu
- Thu thập thông tin trước điều trị (đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng)
- **Phác đồ điều trị**: Xạ trị với kỹ thuật IMRT liều chỉ định 70Gy trong 33 phân liều, các thể tích xạ được tăng liều đồng thì. Hóa trị đồng thời với xạ trị Cisplatin 100mg/m^2 da ngày 1, 22, 43. Hóa trị bổ trợ phác đồ Cisplatin 80mg/m^2 da ngày 1, 5FU 100mg/m^2 da ngày 1-4, mỗi 4 tuần x 3 chu kỳ.
- Đánh giá kết quả sau điều trị ở các thời điểm sau HXĐT 4 tuần, HTBT 4 tuần.
- Xử lí số liệu: Mã hóa số liệu, xử lý và phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tuổi: ≤40	8	19,0
41-60	28	66,7
> 60	6	14,3
Trung bình		49,52±10,23
Giới tính: Nam	31	73,8
Nữ	11	26,2
Thời gian phát hiện bệnh		
Dưới 3 tháng	26	61,9
Từ 3 đến < 6 tháng	12	28,6
≥ 6 tháng	4	9,5
Chỉ số toàn trạng trước điều trị		
ECOG 0	30	71,4
ECOG 1	12	28,6
Giai Giai đoạn bệnh		
T1	4	9,6
T2	8	19,0
T3	22	52,4
T4	8	19,0
N0	6	14,3
N1	19	45,2
N2	17	40,5
III	34	81,0
IVA	8	19,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 49,52±10,23, nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 66, nhóm tuổi 41-60 hay gặp nhất chiếm 66,7%. Tỉ lệ nam/nữ: 2,8/1. Thời gian phát hiện bệnh

chủ yếu dưới 6 tháng (90,5%). Trước điều trị 71,4% BN có chỉ số ECOG 0, còn lại 21,6% BN có chỉ số ECOG 1. Phần lớn ở giai đoạn T3 (52,4%) ít nhất là T1 (9,6%). Di căn hạch N1 và N2 lần lượt chiếm 45,2% và 40,5%, còn lại là N0. 81,0% ở giai đoạn III và 19,0% ở giai đoạn IVA.

3.2 Kết quả điều trị

Bảng 2. Tỉ lệ hoàn thành liệu trình điều trị

Hoàn thành điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
HXĐT	42	100
1 chu kỳ bổ trợ CF	42	100
2 chu kỳ bổ trợ CF	41	97,6
3 chu kỳ bổ trợ CF	38	90,5

Nhận xét: 100% BN hoàn thành phác đồ điều trị hóa xạ đồng thời và một chu kỳ bổ trợ CF. 90,5% số BN hoàn thành đủ 3 chu kỳ bổ trợ CF.

Bảng 3. Tỉ lệ đáp ứng điều trị

Đáp ứng		Tại u		Tại hạch		Chung	
		Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Sau HXĐT:	Hoàn toàn	37	88,1	36	85,7	32	76,2
	Một phần	5	11,9	6	14,3	10	23,8
Sau HTBT:	Hoàn toàn	39	92,9	37	88,1	36	85,7
	Một phần	3	7,1	5	11,9	6	14,3

Nhận xét: Sau hóa xạ đồng thời, tỉ lệ BN đáp ứng hoàn toàn tại u, hạch, chung là 88,1%; 85,7% và 76,2%. Sau hóa trị bổ trợ tỉ lệ này lần lượt là 92,9%; 88,1% và 85,7%. Còn lại là đáp ứng một phần.

Bảng 4. Đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan

		Đáp ứng chung sau HTBT				
		Hoàn toàn		Một phần		
		Số BN	%	Số BN	%	
Giai đoạn	T1	4	100	0	0	p = 0,083
	T2	7	87,5	1	12,5	
	T3	20	90,9	2	9,1	
	T4	5	62,5	3	37,5	
	N0	6	100	0	0	p = 0,025
	N1	18	94,7	1	5,3	
	N2	12	70,6	5	29,4	
Số chu kỳ CF	1	1	100	0	0	p= 0,474
	2	2	66,7	1	33,3	
	3	33	86,8	5	13,2	
Đáp ứng sau HXĐT	HT	31	96,9	5	50,0	p = 0,109
	MP	1	3,1	5	50,0	

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn theo các giai đoạn T lần lượt T1, T2, T3, T4 là 100%; 87,5%; 90,9%; 62,5% (p=0,083), giai đoạn N với N0, N1, N2 là 100%; 94,7%, 70,6% (p=0,025). Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn theo mức độ hoàn thành phác đồ theo số chu kỳ HTBT là 1, 2, 3 lần lượt là 100%; 66,7%; 86,8% (p=0,474). Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau HXĐT là 76,2%, sau HTBT là 85,7% (p=0,109).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi và giới tính: trong nghiên cứu của chúng tôi 42 BN có độ tuổi trung bình là 49,52 với nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 41-60 (66,7%), độ tuổi 22-66. Kết quả này tương đường với kết quả của Bùi Vinh Quang (2012) với tỉ lệ mắc cao nhất ở nhóm 40-59 tuổi (66,2%), nghiên cứu của Đào Hoàng Chinh (2015) có độ tuổi trung bình là 48,6 với độ tuổi từ 29-70 [4], [5]. Nghiên cứu của Chua và CS (2005), bệnh gặp ở tuổi trung bình là 50,62 trong độ tuổi 20-71. Tỉ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi (2,8/1) tương đương với nghiên cứu của Ngô Thanh Tùng (2001) là 2,71/1; Bùi Vinh Quang là 1,97/1 và Chua và CS là 2,4/1 [4],[5].

Chỉ số toàn trạng: Đa số (71,4%) BN của chúng tôi có ECOG 0, còn lại là ECOG 1. Kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Đào Hoàng Chinhcó tỉ lệ BN có ECOG 0, 1 lần lượt là 78,1% và 21,9% [3]. Chỉ số toàn trạng là một yếu tố quan trọng giúp các nhà lâm sàng lựa chọn phác đồ điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh trong quá trình điều trị.

Giai đoạn bệnh: Chúng tôi tiến hành xếp loại giai đoạn bệnh theo Ủy ban phòng chống ung thư Hoa Kỳ AJCC 8th 2017. Giai đoạn bệnh là

một trong những yếu tố tiên lượng cho sự thất bại tại chỗ tại vùng, di căn xa và sống thêm. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân xuất hiện nhiều nhất ở giai đoạn T3 (52,4%) ít nhất là T1 (9,6%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu Đào Hoàng Chinh theo AJCC 7thvới 46,9% ở giai đoạn T3, 28,1% ở T1, 9,4% ở T2. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu RTOG 0225 (2009) với tỉ lệ T1, T2, T3, T4 lần lượt là 25%; 41,1%; 14,7%; 19,2% [5],[6]. Về giai đoạn di căn N, giai đoạn N1, N2 chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 45,2% và 40,5%. Chúng tôi đã đưa giai đoạn N3 vào tiêu chuẩn loại trừ để hạn chế độc tính đến xạ trị do trường chiếu rộng, nhóm này ưu tiên hóa trị cảm ứng trước hóa xạ đồng thời. Kết quả này một phần tương đương với các nghiên cứu của Bùi Vinh Quangvà Đào Hoàng Chinh với giai đoạn N2 lần lượt là 48,56% và 59,4% [4],[5]. Trong 42 BN nghiên cứu 81,0% ở giai đoạn III và 19% ở giai đoạn IVA. Mặc dù có sự thay đổi về tiêu chuẩn phân loại nhưng kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Đào Hoàng Chinhvới 71,9% giai đoạn III và 28,1% ở giai đoạn IVA-B. Nghiên cứu của Bùi Vinh Quang có giai đoạn III chiếm 49%, giai đoạn IV chiếm 51% [4],[5].

Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan: Trong nghiên cứu này, 100% BN hoàn thành đủ phác đồ HXĐT và 1 chu kỳ HTBT. 90,5% BN hoàn thành đủ 3 phác đồ HTBT. 1 BN dừng sau đợt HTBT thứ 1, 3 BN dừng phác đồ sau đợt HTBT thứ 2 do các tác dụng phụ huyết học và độc tính trên thận.

Bảng 5. Mức độ hoàn thành phác đồ của một số nghiên cứu liên quan

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Phác đồ HXĐT và HTBT	HXĐT (%)	HTBT (%)
INT 0099 [7]	78	Cisplatin 100mg/m2 ngày 1, 22, 43; HTBT 3 PF chu kỳ 28 ngày	63	55
Bùi Vinh Quang [4]	56	Tương tự INT 0099	71,4	57,1
Đào HoàngChinh[5]	32	Tương tự INT 0099	71,9	56,3
Nghiên cứu của chúng tôi	42	Tương tự INT 0099	100	90,5

Kết quả này cao hơn các nghiên cứu có phác đồ tương đương có thể là do các chọn mẫu của chúng tôi có chỉ số toàn trạng tốt hơn, loại bỏ BN có di căn hạch N3 để hạn chế độc tính. Mặt khác chúng tôi chủ động hydrat hóa khi truyền Cisplatin, và quan tâm đến vấn đề điều trị hỗ trợ để tối thiểu BN bị dừng điều trị do tác dụng phụ. Chúng tôi tiến hành đánh giá đáp ứng thực thể qua khám lâm sàng và cận lâm sàng (soi TMH, CLVT 64 dãy tiêm thuốc cản quang, MRI đầu cổ tiêm chất tương phản sau khi kết thúc HXĐT 4 tuần, HTBT 4 tuần. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u, hạch, chung sau HXĐT là 88,1%; 85,7%; 76,2% sau HTBT là 92,9%; 88,1%; 85,7%; còn lại là đáp ứng một phần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,109) ở tỉ lệ đáp ứng giữa 2 thời điểm này. Nó tương đương với các nghiên cứu kinh điển khi bổ sung HTBT sau HXĐT nhằm mục đích cải thiện PFS, OS so với HXĐT.Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị cao hơn các nghiên cứu của Lê Chính Đại (74,2%), Đặng Huy Quốc Thịnh (75,2%)và tương đương với các nghiên cứu của Al-Sarraf(89,0%), Bùi Vinh Quang (kỹ thuật 3D-CRT) (89,3%), Hoàng Đào Chinh (IMRT) (84,4%) [4],[5],[8]. Có được những kết quả này có thể là do chúng tôi chọn 100% BN có mô bệnh học UTBM không biệt hóa (đáp ứng tốt với xạ trị, hóa trị), loại trừ BN có di căn hạch N3. Hơn nữa chúng tôi sử dụng kỹ thuật phân phối liều IMRT tối ưu hóa liều trên khối u. Mặt khác chúng tôi chỉ chấp nhận người bệnh hoàn thành phác đồ đề ra, không bỏ điều trị vì lí do chuyên môn. Qua phân tích các yếu tố liên quan, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi đánh giá liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng với giai đoạn T (p=0,083). Nguyên nhân có thể là do cỡ mẫu nhỏ và phân bố các dưới nhóm không đồng đều. Tuy nhiên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỉ lệ đáp ứng với giai đoạn N (p=0,025). Tương tự như giai đoạn T, đối với mức độ tuân thủ phác đồ, tỉ lệ đáp ứng giữa các nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,474). Kết quả này có thể là do tất cả các BN đã tham gia đủ HXĐT và thêm 1 chu kỳ HTBT.

V. KẾT LUẬN

Xạ trị điều biến liều phối hợp với hoá chất là phác đồ đem lại tỉ lệ đáp ứng cao trên nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA đặc biệt giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u, tại hạch, và tỉ lệ đáp ứng chung lần lượt là 92,9%; 88,1%; 85,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer.** CANCER TODAY. Nasopharynx. 2018.
2. **Chan, A. T. C. et al.** Nasopharyngeal cancer: EHNS-ESMO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol**23 Suppl 7**, vii83-85 (2012).
3. **Lee, N. et al.** Intensity-modulated radiotherapy in

the treatment of nasopharyngeal carcinoma: an update of the UCSF experience. Int J Radiat Oncol Biol Phys**53**, 12–22 (2002).
4. **Bùi Vinh Quang**. Nghiên cứu điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III, IV (M0) bằng hóa xạ trị gia tốc 3 chiều (3D) theo hình dạng khối u. (Luận án Tiến sỹ Y học, 2012).
6. **Lee, N. et al.** Intensity-modulated radiation therapy with or without chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma: radiation therapy oncology group phase II trial 0225. J Clin Oncol**27**, 3684–3690 (2009).
7. **Wee, J. et al.** Randomized trial of radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy in patients with American Joint Committee on Cancer/International Union against cancer stage III and IV nasopharyngeal cancer of the endemic variety. J Clin Oncol**23**, 6730–6738 (2005).
8. **Lê Chính Đại.** Nghiên cứu điều trị phối hợp hóa-xạ trị và xạ trị đơn thuần bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn III, IV (Mo). (Luận án Tiến sỹ Y học, 2007).
9. **Al-Sarraf, M. et al.** Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized Intergroup study 0099. J Clin Oncol**16**, 1310–1317 (1998).

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG NHUỘM MÀNG NGĂN TRONG BẰNG HỖN HỢP TRYPAN BLUE 0.08% PHA GLUCOSE 10% VỚI TỶ LỆ 1:1.

Trương Văn Bạn*, Nguyễn Thị Nhất Châu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng nhuộm màng ngăn trong bằng hỗn hợp Trypan blue 0.08% pha Glucose 10% với tỷ lệ 1:1. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng trên 27 bệnh nhân bị lỗ hoàng điểm các giai đoạn 2, 3 và 4 từ tháng 1/2015 đến tháng 9/2015 được tiến hành phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm với sự hỗ trợ của hỗn hợp Trypan blue và Glucose 10% với tỷ lệ 1:1 để nhuộm màng ngăn trong. Bệnh nhân được đánh giá tác dụng nhuộm màng ngăn trong của hỗn hợp thuốc nhuộm trypan blue và glucose 10% với các tiêu chí tình trạng bắt màu của màng ngăn trong trong quá tình phẫu thuật, tình trạng bóc màng ngăn trong trong quá trình phẫu thuật, và đánh giá kết quả giải phẫu và thị lực của bệnh nhân sau phẫu thuật. **Kết quả:** Hỗn hợp Trypan blue 0.08% và glucose 10% với tỉ lệ 1:1 có tác dụng đủ để nhuộm màng ngăn trong trong phẫu thuật lỗ hoàng điểm: 88,9% mắt bắt màu thuốc nhuộm trung bình, 96,3% mắt bóc được màng ngăn trong hoàn toàn. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ lỗ hoàng điểm đóng hoàn toàn là 85,2%, 14,8% lỗ hoàng điểm đóng một phần, toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thị lực cải thiện sau phẫu thuật, trong đó 66,7% bệnh nhân có thị lực cải thiện trên hai hàng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Hỗn hợp Trypan blue 0.08% và glucose 10% với tỉ lệ 1:1 có tác dụng đủ để nhuộm màng ngăn trong trong phẫu thuật lỗ hoàng điểm.

Từ khóa: Lỗ hoàng điểm, Trypan blue

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECT OF STAINING THE INTERNAL LIMITING MEMBRANE BY THE MIXTURE OF TRYPAN BLUE 0.08% AND GLUCOSE 10% AT A RATIO 1:1.

Objectives: To report on the use of the mixture of trypan blue 0.08% and glucose 10% for the staining the internal limiting membrane during vitrectomy. **Subjectives and Medthod:** 27 consecutive patients with macular hole of stage 2, 3, 4 with different etiologies were recruited for vitrectomy and ILM peel in Retinal Department of VNIO during the period of 1/2015 to 9/2015. ILM peeling was done with the mixture of trypan blue 0.08% and glucose 10% 1:1 assisted. The results was evaluated based on the ability of internal limiting membrane staining and the possibility of totally peeling membrane during the surgery. Postoperatively, the results was evaluated based on anatomical and functional outcomes. **Results:** The mixture of trypan blue 0.08% and glucose 10% 1:1 provided mediocre but good enough staining of internal limiting membrane for macular hole surgery: 88.9% overage ILM staining, 99.3% of eyes got total ILM peeling during the surgery. 3 months post-op, 85.2% of eyes got total macular hole close, 14,8% of eyes got partial macular hole close. All of the eyes got improvement in visual acuity, 66.7% of eyes got visual acuity improvement of more than 2 lines of Snellen chart. **Conclusion:** The mixture of trypan blue 0.08% and glucose 10% 1:1 provided mediocre but good enough staining of internal limiting membrane for macular hole surgery.

Key words: Macular hole, Trypan blue

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ hoàng điểm (LHĐ) là một trong số các bệnh lý dịch kính võng mạc gây méo hình và mất thị lực trung tâm phổ biến ở người lớn tuổi. Ước tính hàng năm xuất hiện 7,8 LHĐ mới/100.000 dân.[1] Bóc màng ngăn trong là kỹ thuật cơ bản của phẫu thuật LHĐ, nhưng khó và tinh tế, dễ gây tổn thương cho võng mạc vùng hoàng điểm.[2] Nhiều nghiên cứu đã đặt ra để tìm các

**Bệnh viện Mắt Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Bạn
Email: bantruong1212@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 13.01.2022
Ngày duyệt bài: 24.01.2022