

chống đau: bệnh nhân (%), teo cơ theo rễ dây thần kinh: 1 bệnh nhân (1,4%), rối loạn cơ vòng: 2 bệnh nhân (2,8%).

Qua nghiên cứu 2.359 BN TVĐĐ CSTL, Bùi Quang Tuyến thấy dấu hiệu Lasègue (+) là đặc trưng của bệnh và gặp 80,33% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự (92,9%). Ngoài dấu hiệu Lasègue, chúng tôi còn gặp dấu hiệu "Chuông bấm", ấn các điểm Valleix đau với tỷ lệ rất cao (94,4%). Trong nghiên cứu của Trần Thị Bích Thảo, dấu hiệu "chuông bấm" (+): 34 BN (85%); điểm đau Valleix: 38 BN (90%); dấu hiệu Lasègue (+): 38 BN (95%); tư thế chống đau: 36 BN (90%); teo cơ theo rễ thần kinh: 5 BN (12,5%); rối loạn cơ vòng: 2 BN (5%) [9].

V. KẾT LUẬN

- Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6- 12 tháng, sau đó là trên 1 năm

- Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao.

- Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối, đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi.

- Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân giảm hoặc mất phản xạ gối, phản xạ gót hoặc rối loạn cả phản xạ gối và gót, giảm sức cơ theo rễ dây thần kinh chi phối. Tỷ lệ teo cơ là 27,5%.

- Trong nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm chúng

tôi gặp 2 trường hợp có biểu hiện thoát vị đĩa đệm không hoàn toàn với các biểu hiện: rối loạn cảm giác tăng sinh môn, rối loạn cơ tròn và rối loạn vận động.

- Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrew J** (2006). Functional restoration for a chronic lumbar disk extrusion with associated radiculopathy. Issue of Physical therapy: 1-11.
2. **Hồ Hữu Lương** (2012), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Trần Ngọc Anh** (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tạp chí y dược học, 4.
4. **Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Hòa** (2017). Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phác đồ tiêm ngoài màng cứng methylprednisolon kết hợp với uống Cyclophosphorine A.
5. **Lê Tự Phương Thảo, Võ Hoàng Nghiệp** (2009). Đặc điểm hình ảnh học trên BN đau vùng thắt lưng. Tạp chí Y học thực hành, 2: 152-160.
6. **Đặng Ngọc Huy** (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cộng hưởng từ và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng cùng, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. **Hồ Hữu Lương** (2006), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Hà Nội.
8. **Bùi Quang Tuyến** (2007), Điều trị Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
9. **Trần Thị Bích Thảo** (2015). Nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp tiêm ngoài màng cứng kỹ thuật 2 kim. Tạp chí y dược học quân sự, 2.

KẾT QUẢ XẠ TRỊ KỸ THUẬT VMAT KẾT HỢP ĐỒNG THỜI HOÁ TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Quang Duy*, Vũ Xuân Huy*, Võ Văn Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xạ trị kỹ thuật VMAT kết hợp đồng thời hoá trị phác đồ paclitaxel – carboplatin bệnh ung thư thực quản 1/3 trên tại bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng thực hiện trên 51 người bệnh UTTQ trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng

7 năm 2022. **Kết quả:** 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 45,1%. Về mức độ cải thiện lâm sàng, đa phần người bệnh có đáp ứng hoàn toàn (70,6%). Tác dụng không mong muốn trong quá trình hóa trị thường gặp như giảm huyết sắc tố (9,8%), giảm bạch cầu (15,4%), độc tính lên gan (13,7%), độc tính lên thận (17,6%). Các tác động lên cơ quan khác như buồn nôn (27,4%), nôn (13,7%), viêm miệng (5,9%), rụng tóc (39,1%). Tác dụng không mong muốn trong quá trình xạ trị như viêm thực quản do tia xạ (86,3%), viêm da (76,5%). **Kết luận:** Phác đồ điều trị này nên được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị ung thư thực quản do an toàn và đáp ứng tốt.

Từ khóa: Ung thư thực quản, Paclitaxel-

**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Duy

Email: ngduy10210@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

Carboplatin, hóa trị, xạ trị

Viết tắt: UTTQ-Ung thư thực quản

SUMMARY

RESULTS OF TECHNICAL RADIOTHERAPY VMAT COMBINED WITH CHEMOTHERAPY WITH PACLITAXEL - CARBOPLATIN REGIMENS IN THE UPPER THIRD OF ESOPHAGEAL CANCER AT THE K HOSPITAL

Objective: Evaluation of the results of technical radiotherapy VMAT combined with chemotherapy with paclitaxel - carboplatin regimens in the upper third of esophageal cancer at the K hospital. **Method:** An uncontrolled clinical intervention study was performed on 51 patients with esophageal cancer from August 2021 to July 2022. **Results:** 100% of patients responded to treatment, of which complete response was 45.1%. In terms of clinical improvement, the majority of patients had a complete response (70.6%). Undesirable effects during chemotherapy are common such as decreased hemoglobin (9.8%), leukopenia (15.4%), hepatotoxicity (13.7%), and nephrotoxicity (17.6%). Effects on other organs such as nausea (27.4%), vomiting (13.7%), stomatitis (5.9%), hair loss (39.1%). Undesirable effects during radiation therapy such as radiation esophagitis (86.3%), dermatitis (76.5%). **Conclusion:** This treatment regimen should be applied more commonly in the treatment of esophageal cancer due to its safety and good response.

Key word: Esophageal cancer, Paclitaxel-Carboplatin, chemotherapy, radiation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, ung thư thực quản đứng thứ 7 trong các bệnh ác tính, phổ biến nhất trên thế giới và đứng thứ 3 trong các ung thư đường tiêu hóa sau ung thư đại trực tràng và dạ dày. Tỷ lệ mắc ung thư thực quản ở châu Á lên đến 481552 ca.[1] Ở Việt Nam năm 2020 ghi nhận có tổng cộng 3281 trường hợp ung thư thực quản chiếm tỷ lệ 1,7%, trong đó có 3080 (2,5%) trường hợp tử vong do bệnh này.[2]

Điều trị ung thư thực quản chủ yếu phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng của bệnh nhân. Phẫu thuật, xạ trị, hoá trị là ba phương pháp chủ yếu, đối với giai đoạn sớm phương pháp phẫu thuật đem lại hiệu quả tốt hơn với thời gian sống thêm cao hơn. Ở các giai đoạn muộn hơn việc phối hợp hoá xạ trị đang được ưu tiên hàng đầu trong điều trị UTTQ trên thế giới. Xạ trị điều biến thể tích hình cung (VMAT) là một kỹ thuật xạ trị mới theo hình cung, cho phép trường chiếu xạ từ tất cả các góc (360°) nhờ vậy tạo ra sự phân phối liều xạ theo hình dạng khối u ở mức độ cao,

cải thiện được khả năng đưa liều xạ cao và bao phủ được hết thể tích điều trị đồng thời bảo vệ được cơ quan nguy cấp so với kỹ thuật xạ trị thường quy. Bên cạnh đó việc sử dụng phác đồ hoá trị Paclitaxel – Carboplatin chu kỳ hàng tuần cũng cho thấy hiệu quả đáp ứng cao và ít độc tính[3]. Trên thế giới có một số nghiên cứu về xạ trị VMAT (Volumetric modulated arc therapy) đồng thời hóa chất trong UTTQ như Wu-Zhe Zhang[4], Jin Xiance[5]... cho thấy kết quả tối ưu hóa liều tại u và giảm liều đáng kể lên các cơ quan nguy cấp

Tại Việt Nam xạ trị điều biến liều với kỹ thuật hình vòng cung (VMAT) được áp dụng trong thời gian gần đây và hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị hoá xạ đồng thời với kỹ thuật xạ trị VMAT kết hợp với phác đồ hoá chất Paclitaxel – Carboplatin tuần cho bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 trên. Với mong muốn cải thiện thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và không ngừng cải thiện kết quả trong điều trị ung thư thực quản 1/3 trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả xạ trị kỹ thuật VMAT kết hợp đồng thời hoá trị phác đồ paclitaxel – carboplatin bệnh ung thư thực quản 1/3 trên tại bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) Ung thư biểu mô vảy thực quản ở 1/3 trên (dựa trên nội soi và CT scanner ngực), (2) UTTQ 1 vị trí, giai đoạn Ib – IVa, (3) Chỉ số toàn trạng từ 0 - 1 theo thang điểm ECOG, (4) Các BN được điều trị lần đầu và tham gia điều trị đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Bệnh nhân có biến chứng rò thực quản - khí phế quản, chày máu thực quản, (2) Mắc ung thư thứ 2 hoặc ung thư thực quản nhiều vị trí

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022 tại bệnh viện K

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần có.

α là ý nghĩa thống kê, ở mức $\alpha = 0,05$ thì giá trị Z tương ứng là 1,96.

p: lấy p=0,983 là tỷ lệ đáp ứng với điều trị trong nghiên cứu của Li QQ và cộng sự[6]

ϵ : Khoảng sai lệch tương đối mong muốn, trong nghiên cứu này lấy $\epsilon=0,04$

Từ công thức trên chúng tôi tính được cỡ mẫu n=41 trên thực tế chúng tôi thu thập được 51 bệnh nhân

- **Phương pháp chọn mẫu:** nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.5. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn

- Bước 2: Ghi nhận giai đoạn bệnh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bước 3: Tiến hành điều trị xạ trị điều biến liều kết hợp hóa chất Paclitaxel – Carboplatin và ghi nhận tác dụng không mong muốn mỗi đợt điều trị

- Bước 4: Đánh giá đáp ứng điều trị: bệnh nhân điều trị đủ phác đồ được nghỉ 4 tuần sau đó đánh giá đáp ứng điều trị

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đáp ứng lâm sàng: tỷ lệ triệu chứng lâm sàng được cải thiện

- Đáp ứng điều trị: tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị, dựa trên tiêu chí đánh giá đáp ứng điều trị u thực quản theo Hội ung thư học lâm sàng Nhật Bản (JSCO) với sự thay đổi về kích thước u

trên phim chụp cắt lớp vi tính. Mức độ đáp ứng chia làm 4 mức độ: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh tiến triển và bệnh ổn định

- Độc tính của hóa trị: Hemoglobin, hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, chức năng gan, thận, nôn, buồn nôn, tiêu chảy..

- Độc tính của xạ trị: viêm da, viêm thực quản, hẹp thực quản, viêm phổi do xạ trị,...

2.7. Quản lý và phân tích số liệu

- Số liệu được phân tích và quản lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Thống kê mô tả bao gồm tần số tỷ lệ % đối với số biến định tính

2.8 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo giữ bí mật mọi thông tin cá nhân của đối tượng trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện K nơi tiến hành nghiên cứu.

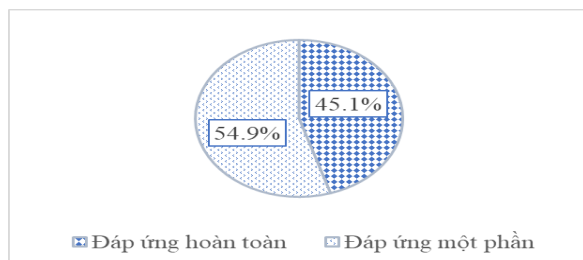
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 đối tượng nghiên cứu, hầu như người bệnh là nam giới với tỷ lệ 96,1%, nữ giới chiếm tỷ lệ 3,6%. Đối tượng ở giai đoạn III chiếm đa phần với tỷ lệ 39,2%, tiếp theo là giai đoạn II 27,5%, giai đoạn IVa có tỷ lệ 21,6% và giai đoạn I có tỷ lệ 11,7%. Kết quả quá trình điều trị được trình bày tại các bảng sau.

Bảng 1. Liều trung bình của các thể tích tia và OARs

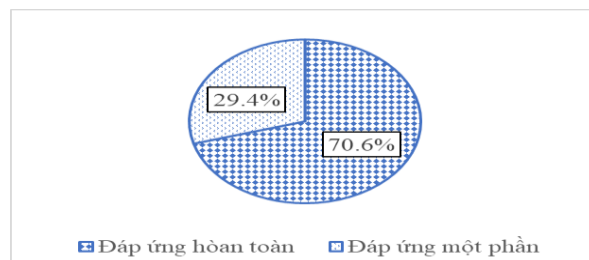
Các thể tích	GTV	CTV	PTV 50,4	PTV 64,8	Tim (V30)	Tủy sống Dmax	Phổi (V20)
VMAT	99,5%	98,5%	97,6%	98,3%	3,9%	40,0 Gy	21,7%

Nhận xét: thể tích tia GTV, CTV, PTV 50,4; PTV 64,8 nhận đủ liều 100% tương ứng là 99,5%; 98,5%; 97,6%; và 98,3%. Với các thể tích nguy cấp thì liều D max của tủy sống là 40,0 Gy; thể tích phổi nhận liều V20 là 21,7%; thể tích tim nhận liều V30 là 3,9%



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn JSCO

Nhận xét: 100% người bệnh đáp ứng với điều trị theo tiêu chuẩn JSCO, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 45,1% và đáp ứng một phần là 58,3%



Biểu đồ 2. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng điều trị trên lâm sàng

Nhận xét: Đa phần người bệnh đáp ứng hoàn toàn (70,6%) dựa trên triệu chứng lâm sàng, 29,4% đáp ứng một phần.

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn do hóa trị

Độc tính		Độ 0	Độ 1	Độ 2	Tổng
Độc tính lên huyết	Giảm huyết sắc tố	46 (90,2)	5 (9,8)	0 (0,0)	51 (100)
	Giảm bạch cầu	43 (84,3)	6 (11,8)	2 (3,9)	51 (100)

học, gan, thận	Giảm bạch cầu hạt	46 (90,2)	4 (7,8)	1 (2,0)	51 (100)
	Giảm tiểu cầu	49 (96,1)	2 (3,9)	0 (0,0)	51 (100)
	Gan (AST và/ hoặc ALT)	44 (86,3)	7 (13,7)	0 (0,0)	51 (100)
	Thận (Creatinin)	42 (82,4)	9 (17,6)	0 (0,0)	51 (100)
Độc tính trên cơ quan khác	Buồn nôn	37 (72,6)	14 (27,4)	0 (0,0)	51 (100)
	Nôn	44 (86,3)	7 (13,7)	0 (0,0)	51 (100)
	Viêm miệng	48 (94,1)	3 (5,9)	0 (0,0)	51 (100)
	Rụng tóc	31 (60,8)	16 (31,4)	4 (7,8)	51 (100)
	Tiêu chảy	49 (96,1)	2 (3,9)	0 (0,0)	51 (100)

Nhận xét: Các tác động lên huyết học bao gồm giảm huyết sắc tố (độ 1-9,8%), giảm bạch cầu (độ 1-11,8%, độ 2-3,9%), giảm bạch cầu hạt (độ 1-7,8%, độ 2-2,0%), giảm tiểu cầu (độ 1-3,9%). Độc tính đến gan có tỷ lệ 13,7%, độc tính lên thận 17,6%. Các tác động lên cơ quan khác như buồn nôn (27,4%), nôn (13,7%), viêm miệng (5,9%), rụng tóc (31,4%-độ 1, 7,8%- độ 2), tiêu chảy (3,9%).

Bảng 3. Biến chứng sớm do xạ trị

	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Tổng
Viêm thực quản	7 (13,7)	29 (56,9)	15 (29,4)	51 (100)
Trên da	12 (23,5)	32 (62,7)	7 (13,7)	51 (100)
Khàn tiếng	51 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	51 (100)

Nhận xét: Đa phần người bệnh viêm thực quản do tia xạ (86,3%), trong đó độ 1 chiếm tỷ lệ 56,9% và độ 2 chiếm tỷ lệ 29,4%. Tác dụng phụ trên da do xạ trị gặp ở 76,5%, trong đó chủ yếu là viêm da độ 1 chiếm 62,7%, độ 2 chiếm 13,7%.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi kết thúc hóa xạ trị đủ liều, bệnh nhân được nghỉ 4 tuần sau đó đánh giá lại cho thấy, 100% bệnh nhân có đáp ứng về mặt cơ năng trong đó có 68,6% đáp ứng hoàn toàn, bệnh nhân hết nuốt nghẹn, ăn uống tốt, tăng cân so với trước điều trị, có 31,4% đáp ứng một phần. Đánh giá đáp ứng khách quan theo JSCO (kích thích u trên phim chụp cắt lớp vi tính), cho kết quả khá ấn tượng với 45,1% đáp ứng hoàn toàn và 54,9% đáp ứng một phần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Li QQ và cộng sự với tỷ lệ đáp ứng là 98,3% (đáp ứng hoàn toàn 71,2%, một phần 27,1%).[6] Khi so sánh với nghiên cứu sử dụng phác đồ điều trị khác nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tốt hơn như nghiên cứu của Ohtsu trên 54 bệnh nhân ung thư biểu mô vẩy thực quản giai đoạn T4M1 (di căn hạch), điều trị hoá xạ trị đồng thời phác đồ Cisplatin - Fluorouracin và tia xạ tổng liều 60 Gy, kết quả đáp ứng hoàn toàn 33%, đáp ứng một phần 53%, không đáp ứng 9,2%, tiến triển 3,7%[7], Kaosu Ishida nghiên cứu 60 bệnh nhân UTTQ giai đoạn T4M1 (di căn hạch) điều trị hoá chất phác đồ Cisplatin - Fluorouracin + tia xạ 60 Gy đồng thời, kết quả cho thấy tỉ lệ đáp ứng là 68,3%, không đáp ứng là 28,4%[8]. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lợi trên 132 bệnh nhân UTTQ giai đoạn III - IV được điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin - Fluorouracin kết hợp với xạ trị 60 Gy tại u và

hạch thì tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng chung sau điều trị là 82,6%; trong đó đáp ứng hoàn toàn khoảng 30%[9]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do trong nghiên cứu này các bệnh nhân được xạ trị kỹ thuật cao VMAT giúp kiểm soát và tiêu diệt tổn thương u và hạch tốt hơn và tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn sớm là cao hơn.

Một số tác dụng không mong muốn trong quá trình hóa trị thường gặp như giảm huyết sắc tố (độ 1-9,8%), giảm bạch cầu (độ 1-11,8%, độ 2-3,9%), độc tính đến gan (độ 1-13,7%), độc tính lên thận (độ 1-17,6%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi, báo cáo các tác dụng phụ chủ yếu liên quan đến huyết học là hạ bạch cầu (16,7%) và thiếu máu (18,2%), nhưng không có trường hợp nào bị độc tính \geq độ 3[9], tương đồng so với nghiên cứu của Kresztes RS và cộng sự với tỷ lệ người bệnh giảm bạch cầu là 12,0%, thiếu máu là 6% và giảm tiểu cầu là 2%. [3] Nghiên cứu của Van Hagen và cộng sự trên 171 bệnh nhân UTTQ điều trị hóa xạ trị đồng thời với paclitaxel-carboplatin hàng tuần, các tác dụng phụ hay gặp trên huyết học và ngoài huyết học chủ yếu là độ 1, 2 như hạ bạch cầu (60%), hạ bạch cầu trung tính (9%), hạ tiểu cầu (54%). Việc điều trị bổ sung như truyền máu, truyền khối tiểu cầu cần cân nhắc thực hiện trong việc sử dụng phác đồ điều trị này cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận các tác động lên cơ quan khác như buồn nôn (27,4%), nôn (13,7%), viêm miệng (5,9%), rụng

tóc (31,4%-độ 1, 7,8%- độ 2). Các triệu chứng này đã được nghi nhận trong các nghiên cứu trước đây[9], tuy nhiên với tỷ lệ tương đối khác nhau một phần có thể là do đặc điểm thể trạng của đối tượng nghiên cứu và ở các giai đoạn bệnh khác nhau. Kết quả cũng cho thấy đa phần người bệnh có viêm thực quản do tia xạ (86,3%), biểu hiện của bệnh nhân là cảm giác bỏng rát vùng tia, ban đầu chỉ đau nhẹ khi nuốt, sau bệnh nhân đau nhiều, không ăn được phải dùng tia xạ, điều trị hỗ trợ bằng kháng sinh, giảm viêm, giảm đau và với các bệnh nhân không mở thông dạ dày thì có thể phải tạm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Triệu chứng viêm da cũng được ghi nhận với tỷ lệ khá cao 76,5%. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của cứu của Nguyễn Đức Lợi, tỷ lệ viêm thực quản là 43,9%, độ 1 là 35,6%, độ 2 là 8,3% và viêm da là 88,2%.[9] Điều này có thể giải thích do liều xạ của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu này

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 51 người bệnh cho thấy, 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 45,1%, đáp ứng một phần chiếm 54,9%. Về mức độ cải thiện lâm sàng, đa phần người bệnh có đáp ứng hoàn toàn (70,6%). Một số tác dụng không mong muốn trong quá trình hóa trị thường gặp như giảm huyết sắc tố (độ 1-9,8%), giảm bạch cầu (độ 1-11,8%, độ 2-3,9%), độc tính đến gan (độ 1-13,7%), độc tính lên thận (độ 1-17,6%). Các tác động lên cơ quan khác như buồn nôn (27,4%), nôn (13,7%), viêm miệng (5,9%), rụng tóc (31,4%-độ 1, 7,8%- độ 2). Tác dụng không mong muốn trong quá trình xạ trị như viêm thực

quản do tia xạ (86,3%), viêm da (76,5%). Phác đồ điều trị này nên được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị ung thư thực quản do an toàn và dung nạp tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021. **71**(3): p. 209-249.
2. **International Agency for Research on Cancer**, VietNam - Global Cancer Observatory. 2020.
3. **Keresztes, R.S., et al.**, Preoperative chemotherapy for esophageal cancer with paclitaxel and carboplatin: results of a phase II trial. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2003. **126**(5): p. 1603-1608.
4. **Zhang, W.Z., et al.**, Volumetric modulated arc therapy vs. c-IMRT for the treatment of upper thoracic esophageal cancer. PLoS One, 2015. **10**(3): p. e0121385.
5. **Jin, X., et al.**, CRT combined with a sequential VMAT boost in the treatment of upper thoracic esophageal cancer. J Appl Clin Med Phys, 2013. **14**(5): p. 153-61.
6. **Li, Q.Q., et al.**, Definitive concomitant chemoradiotherapy with docetaxel and cisplatin in squamous esophageal carcinoma. Dis Esophagus, 2010. **23**(3): p. 253-9.
7. **Ohtsu, A., et al.**, Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus. J Clin Oncol, 1999. **17**(9): p. 2915-21.
8. **Ishida, K., et al.**, Phase II study of cisplatin and 5-fluorouracil with concurrent radiotherapy in advanced squamous cell carcinoma of the esophagus: a Japan Esophageal Oncology Group (JEOG)/Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG9516). Jpn J Clin Oncol, 2004. **34**(10): p. 615-9.
9. **Nguyễn Đức Lợi**, Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III, IV tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ y học. 2015, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ NỘI NHA KHÔNG PHẪU THUẬT RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI CÓ SỬ DỤNG GUTTA FLOW BIOSEAL

Phạm Thị Nhung¹, Trịnh Thị Thái Hà², Vũ Quang Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nội nha của răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật có sử dụng gutta

¹Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Nhung

Email: ptnhung@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 19.8.2022

flow bioseal. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân có răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật, được khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, từ tháng 7/2021 đến 6/2022. Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu can thiệp lâm sàng. **Kết quả và kết luận:** Răng viêm tủy không hồi phục chiếm tỷ lệ cao nhất, 42,86%. Khối chất hàn ống tủy đồng nhất (chiếm 85,71%) cao hơn khối chất hàn có khoảng trống (chiếm 14,29%). Ngay sau hàn ống tủy, kết quả tốt cao hơn trung bình và kém. Kết quả tốt chiếm 88,58%.