

28%; 24,8% và 23,2%. Hạ BC hạt độ 4 đợt I, II, III tương ứng là 22,4%; 26,4% và 25,6%.

- Các tác dụng phụ khác như: nôn, buồn nôn, đau cơ, biến chứng thần kinh ngoại vi gặp chủ yếu độ 1,2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6): 394-424.
2. **Zanoni DK, Montero PH, Migliacci JC, et al (2019).** Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). *Oral Oncol*, 2019. 90: 115-121.
3. **Chi A.C, T.A. Day, and B.W. Neville (2015).** Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma--an update. *CA Cancer J Clin*, 65(5): 401-21.
4. **Ma J, Liu Y, Yang X, et al (2013).** Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *World J Surg Oncol*, 11: 67.
5. **Vijay M. Patil, Vanita Noronha, Amit Joshi, et**

al (2015). Compliance With Neoadjuvant Chemotherapy in T4 Oral Cancers: Place, Person, Socioeconomic Status, or Assistance. *J Glob Oncol*, 1(2): 65-72.

6. **Lê Văn Quảng (2013).** Nghiên cứu điều trị ung thư lưỡi giai đoạn III, IV (M0) bằng cisplatin - 5FU hỗ trợ trước phẫu thuật và/hoặc xạ trị. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Pergolizzi S, Santacaterina A, Adamo B, et al (2011).** Induction chemotherapy with paclitaxel and cisplatin to concurrent radiotherapy and weekly paclitaxel in the treatment of loco-regionally advanced, stage IV (M0), head and neck squamous cell carcinoma. Mature results of a prospective study. *Radiat Oncol*, 6: 162.
8. **Phạm Cẩm Phương (2005).** Đánh giá hiệu quả của hoá chất tân bổ trợ phác đồ CF trong điều trị ung thư lưỡi giai đoạn III, IV (M0) tại bệnh viện K từ năm 2002 - 2005, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Gibson MK, Li Y, Murphy B, et al (2005).** Randomized phase III evaluation of cisplatin plus fluorouracil versus cisplatin plus paclitaxel in advanced head and neck cancer (E1395): an intergroup trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol*, 2005. 23(15): 3562-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN K

Trương Công Minh¹, Võ Văn Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn ung thư cổ tử cung giai đoạn III tại bệnh viện K và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 76 bệnh nhân ung thư cổ tử cung (UTCTC) giai đoạn III (FIGO 2018) tại bệnh viện K, được xạ trị khung chậu bằng kỹ thuật 3D-CRT đồng thời với hóa chất phác đồ Cisplatin hàng tuần, theo sau đó là xạ trị áp sát suất liều cao từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018. Tiêu chí chính là tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) 3 năm, tiêu chí phụ là các độc tính muộn của phác đồ. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 67,5%. U xâm lấn âm đạo 1/3 dưới, đường kính ngăn hạch chậu ≥ 15 mm, di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng là các yếu tố độc lập liên quan đến DFS. Tỷ lệ độc tính muộn độ 1,2 và độ 3,4 trên tiêu hóa và tiết niệu lần lượt là 44,7%; 18,4%; 9,2%; 2,6%. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời triệt căn trên bệnh nhân UTCTC giai đoạn III với xạ trị

áp sát suất liều cao đem lại tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm khả quan trong khi các độc tính muộn trên hệ tiêu hóa, tiết niệu ở mức chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung, giai đoạn III, hóa xạ đồng thời triệt căn, DFS 3 năm

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY IN STAGE III CERVICAL CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

Objectives: The aims of our study were to evaluate the result of concurrent chemoradiotherapy in FIGO III cervical cancer patients and late toxicities of this treatment method. **Patients and Methods:** 76 patients stage III cervical cancer (FIGO 2018) with good performance status (PS 0-2) were treated with three-dimensional conformal radiation therapy (3D CRT) combined with chemotherapy (weekly Cisplatin regimen), followed by computed tomography-guided high-dose-rate (HDR) brachytherapy. The primary end point was 3-year disease-free survival rate and prognosis factors, secondary end points were late toxicities of this treatment. **Result:** The 3-year DFS for the 76 eligible patients was 67.5%. On multivariate analyses, invasion of the lower third of vagina, short axis of pelvic lymph node diameter of ≥ 15 mm, para-aortic lymph node metastasis were identified as adverse prognostic factors for DFS in stage III cervical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trương Công Minh

Email: truongcongminh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2021

Ngày duyệt bài: 16.3.2021

cancer patients. The rates of grade 1-2 and 3-4 of gastrointestinal and genitourinary late toxicities were 44,7%; 18,4%; 9,2% and 2,6% respectively.

Conclusion: Concurrent chemoradiotherapy with HDR brachytherapy for patients stage III cervical cancer improved progression-free survival while late toxicities were acceptable for major patients.

Keywords: cervical cancer, stage III, chemoradiation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những ung thư thường gặp và tỷ lệ tử vong cao nhất ở giới nữ trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2018, ung thư cổ tử cung đứng thứ 4 trong các ung thư gặp ở nữ giới, đồng thời xếp thứ 4 về tỷ lệ tử vong do bệnh ung thư gây ra cho nữ giới, với 8,6 triệu người mắc và 4,2 triệu người tử vong mỗi năm. [1].

Hiện nay, điều trị UTCTC xâm nhập ở giai đoạn sớm thì phương pháp chủ yếu là phẫu thuật hoặc xạ trị triệt căn; nhưng ở giai đoạn tiến triển tại chỗ thì hóa xạ đồng thời triệt căn là phương pháp điều trị chiếm vị trí quan trọng. Phân loại mới nhất của FIGO (Liên đoàn Sản phụ khoa Quốc tế) năm 2018 có sự thay đổi đáng kể so với các phân loại trước đó, khi mà di căn hạch vùng (hạch tiểu khung, hạch cạnh động mạch chủ bụng) được xếp vào FIGO IIIC bất kể kích thước và mức độ xâm lấn của khối u. Với sự thay đổi này, giai đoạn III trở thành giai đoạn có đặc điểm đa dạng nhất, và các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân UTCTC giai đoạn III cũng là vấn đề đang được quan tâm nghiên cứu trên thế giới. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về hóa xạ trị đồng thời ung thư cổ tử cung giai đoạn III còn chưa có nhiều. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn ung thư cổ tử cung giai đoạn III tại bệnh viện K từ năm 2017-2018.*

2. *Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 76 bệnh nhân UTCTC giai đoạn III (FIGO 2018) được điều trị hóa xạ trị đồng thời triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018. Ngày kết thúc nghiên cứu: 01/11/2020.

*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTCTC bằng mô bệnh học, được phân loại giai đoạn III (FIGO 2018). Hạch tiểu khung/ cạnh động mạch chủ bụng được xác định di căn trên tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh:

+ Hạch có SUV > 2.5 trên PET/CT, hoặc lớn

hơn độ tập trung FDG nền của gan.

+ Hạch có đường kính ngắn ≥ 10 mm trên cộng hưởng từ (MRI) tiểu khung hoặc cắt lớp vi tính (CT) [2].

- Bệnh nhân được điều trị phác đồ hóa xạ đồng thời triệt căn.

- Chỉ số toàn trạng PS 0-2 (theo ECOG).

- Có hồ sơ bệnh án và thông tin xạ trị đầy đủ

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không được điều trị hóa xạ trị đồng thời triệt căn (xạ trị triệu chứng, xạ trị triệt căn đơn thuần, hóa xạ trị tiền phẫu). Bệnh nhân không có xét nghiệm chụp CT/ MRI/ PET-CT để đánh giá giai đoạn trước điều trị. Bệnh nhân bỏ dở điều trị. Các bệnh nhân mắc các bệnh phối hợp khác có chống chỉ định của hóa trị (tim mạch, gan, thận...). Bệnh nhân có ung thư thứ 2 ngoài UTCTC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

2.2.2. Các bước tiến hành

- **Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân, thu thập thông tin trước điều trị.**

- **Điều trị + Xạ trị:** bệnh nhân được xạ trị ngoài bằng kỹ thuật xạ trị 3D theo hình dạng khối u (3D-CRT) sử dụng 4 trường chiếu hình hộp với phân liều 1,8-2Gy cho đến tổng liều 45-50,4Gy. Che chì sau 36-40 Gy xạ ngoài hoặc nâng liều parametre hoặc nâng liều hạch chậu là các quyết định phụ thuộc vào đánh giá và lựa chọn của bác sĩ xạ trị. Xạ trị áp sát theo sau xạ ngoài với 3-5 lần xạ trị và tổng liều điểm A của xạ áp sát đạt 30-40 Gy + Hóa trị: Phác đồ Cisplatin hàng tuần (liều 40mg/m²) là phác đồ tiêu chuẩn, được sử dụng trong thời gian xạ ngoài.

- **Đánh giá thời gian sống thêm:** Thời gian sống thêm không bệnh (DFS): là thời gian từ lúc bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển, hoặc tái phát tại vùng, hoặc di căn xa hoặc tử vong (khi chưa có tiến triển). Tính đến ngày kết thúc nghiên cứu là ngày 01/11/2020, những trường hợp chưa có biến cố trên xảy ra sẽ bị kiểm duyệt (censored).

- **Đánh giá các tác dụng phụ:** Các thông tin về độc tính muộn được thu thập bằng cách phỏng vấn bệnh nhân và/hoặc hồi cứu trên sổ khám bệnh định kỳ/ bệnh án nhập viện (nếu có). Biến chứng muộn của HXĐT điều trị UTCTC được định nghĩa là biến chứng xuất hiện ở thời điểm ≥ 3 tháng sau xạ trị và phân loại dựa theo thang điểm độc tính muộn của RTOG/EORTC [3]

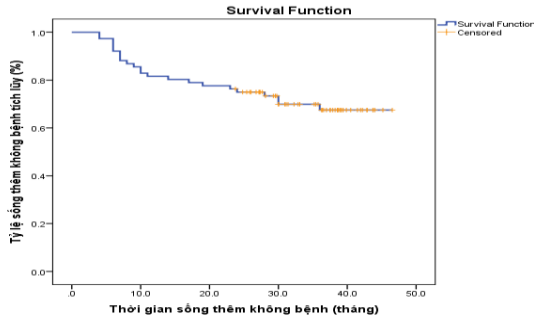
2.2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Đánh giá sống thêm bằng phương

pháp Kaplan – Meier, phân tích đơn biến với kiểm định log-rank và phân tích đa biến với mô hình hồi quy Cox. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được quy ước với $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kết quả điều trị

3.1.1. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và các yếu tố liên quan



Biểu đồ 3. 1: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Bảng 3.1: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại các thời điểm

Sống thêm theo Kaplan- Meier	1 năm	2 năm	3 năm
Số trường hợp xảy ra biến cố tích lũy	14	19	23
Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy (%)	81,6%	75,0%	67,5%

3.1.3. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh 3 năm

Bảng 3.3: Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh 3 năm

Đặc điểm	Số bệnh nhân (tỷ lệ)	Tỷ lệ DFS 3 năm	Phân tích đơn biến (log-rank)	Phân tích đa biến (mô hình hồi quy Cox)	
			p	HR(95%CI)	p
Mô bệnh học					
UTBM vảy	71 (93,4%)	67,9%	0,694	-	-
UTBM tuyến	5 (6,6%)	60,0%			
Kích thước u					
< 40mm	18 (23,7%)	79,0%	0,188	-	-
≥ 40mm	58 (76,3%)	63,7%			
Xâm lấn âm đạo 1/3 dưới					
Không xâm lấn	66 (86,8%)	73,5%	<0.001	7,48	<0.001
Xâm lấn 1/3 dưới	10 (13,2%)	30,0%			
Xâm lấn parametre					
Không xâm lấn	11 (14,4%)	72,7%	0,818	-	-
Có xâm lấn	65 (85,6%)	66,9%			
Xâm lấn thành chậu					
Không xâm lấn	33	71,3%	0,704	-	-
Có xâm lấn	43	64,8%			
Di căn hạch chậu 2 bên					
Không di căn 2 bên	53	72,0%	0,167	1,21	0,695
Di căn hạch 2 bên	23	55,7%			

Trung vị thời gian sống thêm không bệnh	NR
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	31,1±9,7

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 81,6%; 75,0%; 67,5%. Đa số các biến cố (tái phát, di căn, tử vong) xảy ra ở năm đầu tiên sau điều trị. Thời gian theo dõi trung bình đạt 31,1±9,7 tháng.

3.1.2. Sống thêm không bệnh theo giai đoạn
Bảng 3.2: Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm theo giai đoạn

	N (%)	Tỷ lệ DFS 3 năm	Kiểm định log rank (p)
FIGO IIIA	1 (1,32%)	100%	0,451
FIGO IIIB	29 (38,2%)	73,2%	
FIGO IIIC1	43 (56,6%)	67,8%	
FIGO IIIC2	3 (3,95%)	0%	-

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm của giai đoạn IIIB, IIIC1 lần lượt là 73,2%; 67,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,451 (>0,05)$. Giai đoạn IIIA có 1 bệnh nhân và chưa xuất hiện biến cố tại thời điểm 3 năm. Giai đoạn IIIC2 có 3 bệnh nhân và không còn bệnh nhân nào sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm.

Đường kính ngăn hạch chậu					
< 15mm	58	73,5%	0,018	3,18 1,17-8,70	0,024
≥ 15mm	18	47,6%			
Di căn hạch chủ bụng					
Không di căn	73	70,3%	<0.001	12,62 2,98-53,41	0.001
Có di căn	3	0%			
Số chu kỳ hóa chất					
1-3 chu kỳ	14	60,6%	0,708		
≥ 4 chu kỳ	62	68,8%			
Thời gian điều trị					
≤ 8 tuần	39	82,0%	0,033	1,06 0,39-2,80	0,907
> 8 tuần	37	55,3%			

Nhận xét: Các yếu tố tiên lượng độc lập đối với tỷ lệ DFS 3 năm là u xâm lấn âm đạo 1/3 dưới, di căn hạch chủ bụng và đường kính ngăn hạch chậu ≥15mm.

3.2. Độc tính muộn của hóa xạ đồng thời UTCTC

Bảng 3.4. Biểu chứng muộn trên hệ tiêu hóa và tiết niệu

	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tổng
Hệ tiêu hóa	20 (26,3%)	14 (18,4%)	5 (6,6%)	2 (2,6%)	41 (53,9%)
Hệ tiết niệu	8 (10,5%)	6 (7,9%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	16 (21,1%)

Nhận xét: Có 41/76 bệnh nhân (53,9%) xảy ra biểu chứng muộn tiêu hóa, trong đó tỷ lệ biến chứng độ 3,4 chiếm 9,2% (7 bệnh nhân). Tỷ lệ biến chứng muộn trên hệ tiết niệu là 21,1% (16/76 bệnh nhân), trong đó tỷ lệ độ 3,4 là 2,6% (2 bệnh nhân).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm không bệnh và các yếu tố liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm đạt 67,5%. Với đa số các bệnh nhân thuộc giai đoạn IIIB (38,2%) và giai đoạn IIIC1 (56,6%), tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm của 2 giai đoạn này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (73,2% và 67,8%, $p=0,451$). Có 12/43 bệnh nhân FIGO IIIC1 có u xâm lấn thành chậu (đặc điểm của giai đoạn IIIB), điều này có thể giải thích phần cho kết quả tỷ lệ DFS 3 năm của 2 giai đoạn không có sự khác biệt rõ ràng. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Xiang Liu và CS với tỷ lệ 3 năm DFS của UTCTC giai đoạn IIIB – IIIC1 lần lượt là 70,4% và 66,3% [4].

Đầu năm 2019, Koji Matsuo và cộng sự đã tiến hành phân tích dựa trên dữ liệu của SEER cho thấy giai đoạn IIIC1 có tỷ lệ sống còn đặc trưng cho nguyên nhân 5 năm thay đổi từ 39,3% đến 74,8% theo mức độ xâm lấn của khối u (T1: 74,8%, T2: 58,7%, T3: 39,3%) [5]. Như vậy, bên cạnh phân loại giai đoạn FIGO, đặc điểm xâm lấn cụ thể của khối u cũng là yếu tố tiên lượng quan trọng cần quan tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xâm lấn âm đạo 1/3 dưới là yếu tố độc lập tiên lượng xấu đối với DFS 3 năm với kết quả phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy Cox. Trong một phân tích hồi cứu trên 216 bệnh nhân UTCTC giai đoạn IIIB, Katanyoo và cộng sự cho kết luận: u xâm lấn âm đạo 1/3 dưới là yếu tố tiên lượng xấu đối với

DFS (HR: 1,64 (95%CI 1.12–2.41)) và OS (HR: 1.63 (95%CI 1.11–2.40)) [6]. Điều này có thể được giải thích do u xâm lấn âm đạo 1/3 dưới không nhận được đủ liều xạ trị áp sát nên ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát tại chỗ.

Bên cạnh đó, đặc điểm di căn hạch cũng là yếu tố tiên lượng quan trọng. Một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra kích thước hạch chậu di căn là yếu tố ảnh hưởng đến tái phát và sống thêm của bệnh nhân UTCTC. Nghiên cứu của Sanghyuk Song và cộng sự cho thấy tỷ lệ DFS 5 năm với hóa xạ trị đồng thời UTCTC của nhóm bệnh nhân di căn hạch chậu ≥15mm, di căn hạch chậu < 15mm và không di căn hạch lần lượt là 50%, 67% và 80% [7]. Một nghiên cứu khác của Xin Li và cộng sự cho thấy tỷ lệ sống thêm 3 năm của các bệnh nhân di căn hạch chậu ≥15mm thấp hơn đáng kể so với nhóm hạch chậu <15mm (72,1% so với 87,1%) [8]. Với những nghiên cứu điều trị "lên thang" so với hóa xạ trị đồng thời tiêu chuẩn đang tiến hành (điều trị hóa chất trước HXĐT – INTERLACE trial, hóa chất cùng cố sau HXĐT – OUTBACK trial), chúng ta có thể hi vọng những nhóm bệnh nhân nguy cơ cao này có thể nhận được lợi ích từ các điều trị "lên thang" trong tương lai.

4.2. Độc tính muộn của hóa xạ trị đồng thời UTCTC. Về các biểu chứng muộn của hóa xạ trị, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng độ 1,2 trên tiêu hóa và tiết niệu lần lượt là 44,7% và 18,4%; độc tính muộn độ 3,4 trên tiêu hóa và tiết niệu lần lượt là 9,2% và 2,6%.

Đa số độc tính muộn độ 3,4 là viêm trực tràng chảy máu (5/76), viêm bàng quang chảy máu (2/76), có 1 bệnh nhân tắc ruột cần phẫu thuật và 1 bệnh nhân rò trực tràng âm đạo. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một nghiên cứu tổng quan hệ thống trên 19 thử nghiệm lâm sàng điều trị hóa xạ trị đồng thời UTCTC sử dụng xạ trị ngoài 3D-CRT (tỷ lệ độc tính độ 1,2 và 3,4 trên tiêu hóa và tiết niệu lần lượt là 45,2%, 17,5%, 8% và 1,5%)[9].

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện hồi cứu dựa trên dữ liệu đơn trung tâm với cỡ mẫu nhỏ và cách lấy mẫu thuận tiện. Bên cạnh đó, chúng tôi đã loại trừ những bệnh nhân không được đánh giá CT/MRI/PET-CT trước điều trị nên quần thể nghiên cứu sẽ có thể có sai số lựa chọn.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời với kỹ thuật xạ ngoài 3D-CRT và hóa chất Cisplatin hàng tuần tuân theo sau đó là xạ trị áp sát suất liều cao (HDR) đem lại tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 67,5% trên nhóm bệnh nhân UTCTC giai đoạn III trong khi độc tính muộn ở mức chấp nhận được. U xâm lấn âm đạo 1/3 dưới, đường kính ngăn hạch chậu \geq 15mm, di căn hạch cạnh động mạch chủ bụng là các yếu tố độc lập tiên lượng xấu đối với tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram và cộng sự (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68 (6), 394-424.

2. **X. Liu, W. Wang, K. Hu và cộng sự (2020).** A Risk Stratification for Patients with Cervical Cancer in Stage IIIC1 of the 2018 FIGO Staging System. Sci Rep, 10 (1), 362.
3. **J. D. Cox, J. Stetz và T. F. Pajak (1995).** Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Int J Radiat Oncol Biol Phys, 31 (5), 1341-1346.
4. **X. Liu, J. Wang, K. Hu và cộng sự (2020).** Validation of the 2018 FIGO Staging System of Cervical Cancer for Stage III Patients with a Cohort from China. Cancer management and research, 12, 1405-1410.
5. **K. Matsuo, H. Machida, R. S. Mandelbaum và cộng sự (2019).** Validation of the 2018 FIGO cervical cancer staging system. Gynecol Oncol, 152 (1), 87-93.
6. **K. Katanyoo (2017).** Comparing treatment outcomes of stage IIIB cervical cancer patients between those with and without lower third of vaginal invasion. J Gynecol Oncol, 28 (6), e79.
7. **S. Song, J. Y. Kim, Y. J. Kim và cộng sự (2013).** The size of the metastatic lymph node is an independent prognostic factor for the patients with cervical cancer treated by definitive radiotherapy. Radiother Oncol, 108 (1), 168-173.
8. **X. Li, L. C. Wei, Y. Zhang và cộng sự (2016).** The Prognosis and Risk Stratification Based on Pelvic Lymph Node Characteristics in Patients With Locally Advanced Cervical Squamous Cell Carcinoma Treated With Concurrent Chemoradiotherapy. Int J Gynecol Cancer, 26 (8), 1472-1479.
9. **J. M. Kirwan, P. Symonds, J. A. Green và cộng sự (2003).** A systematic review of acute and late toxicity of concomitant chemoradiation for cervical cancer. Radiother Oncol, 68 (3), 217-226.

ĐÁNH GIÁ SỰ HIỂU BIẾT VÀ KỸ THUẬT DÙNG THUỐC HÍT CỦA BỆNH NHÂN HEN TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Thị Thanh Hòa¹, Nguyễn Tứ Sơn², Phan Quỳnh Lan¹
Quách Thị Thanh Nhân¹, Nguyễn Quỳnh Anh¹, Nguyễn Văn Đĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiểu biết của bệnh nhân hen người lớn về tự quản lý hen và kỹ thuật dùng thuốc hít. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân hen từ 08/2020 đến 03/2021 sử dụng bộ câu hỏi

đánh giá hiểu biết tự quản lý hen (ASMQ), kiểm soát triệu chứng hen (ACT) và bảng kiểm đánh giá kỹ thuật dùng thuốc hít thông qua phỏng vấn trực tiếp/trực tuyến. **Kết quả:** Tuổi trung bình của 53 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 44,6 (SD: 13,3), nữ chiếm 64,2%. Trung vị điểm ASMQ chuyển đổi là 57,1 (tối đa 100). 11,3% bệnh nhân có hiểu biết tốt; 58,5% hiểu biết trung bình và 30,2% hiểu biết kém. 92% bệnh nhân có kỹ thuật dùng thuốc hít kém. **Kết luận:** Gần 1/3 bệnh nhân nghiên cứu có hiểu biết kém về tự quản lý hen và hầu hết có kỹ thuật dùng thuốc hít kém. Cần can thiệp để cải thiện vấn đề chăm sóc bệnh nhân hen.

Từ khóa: Hiểu biết về tự quản lý hen, kiểm soát hen, kỹ thuật dùng thuốc hít, Vinmec.

¹Bệnh viện Vinmec Times City

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hòa

Email: smallyoana@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021

Ngày duyệt bài: 17.3.2021