

8. **Rahmati, R.; Dogan, S.; Pyke, O.; Palmer, F.; Awad, M.; Lee, N.; Kraus, D.H.; Shah, J.P.; Patel, S.G.; Ganly, I.** Squamous Cell Carcinoma of the Tonsil Managed by Conventional Surgery and Postoperative Radiation. *Head Neck* 2015, 37, 800–807, doi:10.1002/hed.23679.
9. **Gorphe, P.; Classe, M.; Ammari, S.; Garcia, G.; Even, C.; Casiraghi, O.; Breuskin, I.; Tao, Y.; Temam, S.; Blanchard, P.; et al.** Patterns of Disease Events and Causes of Death in Patients with HPV-Positive versus HPV-Negative Oropharyngeal Carcinoma. *Radiother. Oncol.* 2022, 168, 40–45, doi:10.1016/j.radonc.2022.01.021.
10. **Ang, K.K.; Harris, J.; Wheeler, R.; Weber, R.; Rosenthal, D.I.; Nguyen-Tân, P.F.; Westra, W.H.; Chung, C.H.; Jordan, R.C.; Lu, C.; et al.** Human Papillomavirus and Survival of Patients with Oropharyngeal Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010, 363, 24–35, doi:10.1056/NEJMoa0912217.

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

Võ Văn Xuân<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Duy<sup>1</sup>, Vũ Xuân Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm họng giai đoạn III-IVA bằng kỹ thuật IMRT và độc tính của phác đồ. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiên cứu trên 42 bệnh nhân UT vòm mũi họng trong thời gian từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021. **Kết quả:** 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỉ lệ 75,7%. T1 có 100% đáp ứng hoàn toàn, T2 có 87,5%; T3 có 90,9% đáp ứng hoàn toàn và T4 là 62,5%. 100% N0 đáp ứng hoàn toàn, N1 có 94,7% và N2 là 70,6%. Độc tính trên hệ tạo máu gặp chủ yếu độ 1 và 2. Tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3 16,7%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 chiếm 9,6% và độ 4 là 2,4%. Thiếu máu độ 3 chiếm tỉ lệ 2,4%. Độc tính độ 3 ngoài hệ tạo huyết chiếm tỉ lệ thấp: Mệt mỏi tỉ lệ 9,6%. Viêm niêm mạc miệng là 11,6%. Sụt cân 4,8%. **Kết luận:** Phác đồ này cho tỉ lệ đáp ứng tốt, an toàn.

**Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, hóa trị, xạ trị.

**Từ viết tắt:** Ung thư vòm mũi họng (UTVMH), Bệnh nhân (BN)

### SUMMARY

#### RESULTS OF TECHNICAL RADIOTHERAPY IMRT COMBINED WITH CHEMOTHERAPY IN THE NASOPHARYNX CANCER STAGE III-IVA

**Objective:** Evaluating response rate of concurrent chemoradiotherapy with IMRT technique in stage III-IVa nasopharyngeal carcinoma and safety profile of this regimen. **Method:** Descriptive, retrospective plus prospective study of 42 stage III-IVa nasopharyngeal carcinoma patients treated from April 2019 to March 2021. **Results:** All patients responded to treatment, of which complete response rate was 75.7%. The complete response rates in T1-

T4 tumor were 100%, 87.5%, 90.9%, and 62.5%, respectively. The complete response rates in N0, N1, N2 disease were 100%, 94.7%, and 70.6%, respectively. Common hematological adverse events included grade 3 leukopenia (16.7%), grade 3 neutropenia (9.6%) and grade 4 neutropenia (2.4%). Non-hematological side effects included oral mucositis (11.6%), fatigue (9.6%), and weight loss (4.8%). **Conclusion:** The regimen brings good response rate and safety. **Keywords:** Nasopharyngeal carcinoma, radiotherapy, chemotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh ung thư thường gặp. Theo Globocan 2018, UTVMH 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. Tại Việt Nam, bệnh hay gặp nhất trong ung thư đầu cổ và là một trong 10 loại ung thư hàng đầu, đứng thứ 6 tỉ lệ mắc bệnh. Tỉ lệ mắc UTVMH là 5,7/100000 dân (nam/nữ:3/1), tỉ lệ tử vong đứng thứ 7 với 3,9%.

UTVMH nhạy cảm với cả xạ trị và hóa trị. Phối hợp hóa xạ trị dựa trên nhóm Platin được chỉ định cho các giai đoạn UTVMH tiến triển tại chỗ, tại vùng (III-IVA). Kết quả kiểm soát tại chỗ tốt hơn, kéo dài thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát, di căn xa cho bệnh nhân ung thư vòm họng.<sup>1</sup> Hóa xạ đồng thời có hoặc không kết hợp với hóa trị cảm ứng hoặc hỗ trợ được chỉ định cho UTVMH giai đoạn III-IVA.<sup>2,3</sup> Một số nghiên cứu cho thấy hóa trị hỗ trợ sau hóa xạ trị đồng thời là cần thiết cho UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng nhằm cải thiện thời gian sống toàn bộ và không bệnh. Hóa trị liệu cảm ứng được chỉ định trước hóa xạ trị đồng thời đã cải thiện đáng kể tỷ lệ OS, PFS so với chỉ dùng hóa xạ trị đồng thời.

Kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT), xạ điều

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Xuân

Email: xuandr64@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

biến thể tích hình cung (VMAT), xạ trị dưới hướng dẫn hình ảnh (IGRT)... giúp tối ưu liều lượng và cải thiện các biến chứng cho các mô lành liên quan như mắt, tuỷ sống, tuyến nước bọt, mạch máu... tỉ lệ sống thêm 5 năm UTMH giai đoạn III, IV theo 3 kĩ thuật 2D, 3D-CRT, IMRT lần lượt là 60%, 71%, 79%.<sup>4,5</sup>

IMRT bắt đầu áp dụng ở Việt Nam từ năm 2008. Nhưng còn ít báo cáo về kết quả điều trị UTMH. 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". Với mục tiêu: *Đánh giá đáp ứng hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm họng giai đoạn III-IVA bằng kĩ thuật IMRT và độc tính của phác đồ.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 42 bệnh nhân UTMH được điều trị tại Bệnh viện K và Ung Bướu Nghệ An thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Chẩn đoán xác định UTMH giai đoạn III-IVA, theo UICC/AJCC 2017.
- Giải phẫu bệnh: ung thư biểu mô vảy không sừng hóa tỳp không biệt hóa.
- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1.
- Điều trị lần đầu phác đồ điều trị hóa xạ trị đồng thời bằng kĩ thuật IMRT
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh lý nội khoa phối hợp nặng chống chỉ định với hóa trị.
- BN bỏ điều trị không lý do.
- Bệnh nhân mất thông tin, và không theo dõi được

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

**2.3. Xử lý 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.
- Sử dụng các thuật toán thống kê:
  - + Mô tả: trung bình, độ lệch, giá trị min, max.
  - + So sánh các tỉ lệ: Dùng phép kiểm định khi bình phương ( $X^2$ ) để kiểm tra mối liên hệ giữa các biến. Trong trường hợp giá trị mong đợi nhỏ

hơn 5 thì sử dụng test  $X^2$  với hiệu chỉnh Fisher với bảng 2\*2, Phi Cramer's với bảng > 2\*2. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi độ tin cậy có giá trị  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.**

- Các phương pháp điều trị đều đã được thử nghiệm, áp dụng thành công ở nước ngoài và một số cơ sở trong nước.
- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện ký cam kết.
- Bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu.
- Bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị bệnh, theo dõi và chăm sóc sức khỏe. Trong quá trình nghiên cứu, nếu gặp biến chứng nguy hiểm sẽ được xử lý và có thể ngừng nghiên cứu để đảm bảo tính mạng.
- Được hội đồng đạo đức, Ban Giám đốc của bệnh viện K cho phép nghiên cứu.
- Kết quả nghiên cứu nhằm tăng chất lượng điều trị cho người bệnh.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu 42 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị đồng thời từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021, chúng tôi thu được kết quả như sau:

**3.1. Kết quả điều trị**

**3.1.1. Tỉ lệ hoàn thành liệu trình điều trị**  
**Bảng 1. Tỉ lệ hoàn thành liệu trình điều trị**

Hoàn thành điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Xạ trị 70 Gy	42	100
3 chu kỳ Cisplatin J1, J22 và J 43	42	100
Bổ trợ CF 2 chu kỳ	41	97,6
Bổ trợ CF 3 chu kỳ	38	90,5

**Nhận xét:** 100% các bệnh nhân nhận đủ xạ trị và 3 chu kỳ hóa chất Cisplatin đồng thời cùng với xạ trị, 90,5% số bệnh nhân nhận đủ 3 chu kỳ hóa chất bổ trợ

**3.1.2. Trì hoãn điều trị do tác dụng phụ**  
**Bảng 2. Trì hoãn điều trị do tác dụng phụ**

Thời gian trì hoãn điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dưới 1 tuần	12	28,6
Từ 1 đến ≤ 2 tuần	26	61,9
Trên 2 tuần	4	9,5
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân trì hoãn điều trị trên 2 tuần chiếm 9,5%.

**3.2. Đáp ứng điều trị**

**Bảng 3. Đáp ứng tại u và hạch sau điều trị**

Đáp ứng	Tại u		Tại hạch		Chung	
	n	%	n	%	n	%

Hoàn toàn	39	92,9	37	88,1	36	85,7
Một phần	3	7,1	5	11,9	6	14,3
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 85,7%; à đáp ứng một phần là 14,3%.

**Bảng 4. Đáp ứng điều trị theo T**

T	Đáp ứng điều trị				Tổng		p
	Hoàn toàn		Một phần		n	%	
	n	%	n	%			
T1	4	100	0	0	4	100	0,083
T2	7	85,7	1	12,5	8	100	
T3	20	90,9	2	9,1	22	100	
T4	5	62,5	3	37,5	8	100	
<b>Cộng</b>	<b>36</b>	<b>85,7</b>	<b>6</b>	<b>14,3</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** T1 có 100% đáp ứng hoàn toàn, T2 có 87,5%; T3 có 90,9% đáp ứng hoàn toàn và T4 là 62,5%.

**Bảng 5. Đáp ứng theo N**

N	Đáp ứng điều trị				Tổng		p
	Hoàn toàn		Một phần		n	%	
	n	%	n	%			
N0	6	100	0	0	6	100	0,025
N1	18	94,7	1	5,3	19	100	
N2	12	70,6	5	29,2	17	100	
<b>Cộng</b>	<b>36</b>	<b>85,7</b>	<b>6</b>	<b>14,3</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Sau HXBT, 100% N0 đáp ứng hoàn toàn, N1 có 94,7% và N2 là 70,6%.

### 3.3. Đánh giá các độc tính của phác đồ

#### 3.3.1. Độc tính cấp trên hệ tạo huyết

**Bảng 6. Độc tính trên hệ tạo huyết**

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ BC	10	23,8	9	21,4	7	16,7	0	0
Hạ BC hạt	8	19,0	12	28,6	4	9,6	1	2,4
Hạ Hb	14	33,3	7	16,7	1	2,4	0	0
Hạ TC	12	28,6	1	2,4	0	0	0	0

**Nhận xét:** Độc tính trên hệ tạo máu gặp chủ yếu độ 1 và 2. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3 16,7%. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 chiếm 9,6% và độ 4 là 2,4%. Thiếu máu độ 3 chiếm tỷ lệ 2,4%.

#### 3.3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết

**Bảng 7. Độc tính ngoài hệ tạo huyết**

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3	
	n	%	n	%	n	%
Mệt mỏi	29	69,0	9	21,4	4	9,6
Buồn nôn	16	38,1	10	23,8	0	0
Nôn	13	31,0	7	16,7	0	0
Viêm niêm mạc miệng	14	33,3	15	35,7	5	11,9
Khô miệng	18	42,8	14	33,3	0	0
Viêm da	30	71,4	12	28,6	0	0
Sụt cân	20	47,6	14	33,3	2	4,8
Tăng Creatinin	2	4,8	1	2,4	0	0
Tăng AST, ALT	11	26,1	3	7,1	0	0
Hạ Natri máu	15	35,7	5	11,9	5	11,9
Hạ Kali máu	16	38,1	4	9,6	6	14,3

**Nhận xét:** Độc tính độ 3 chiếm tỷ lệ thấp: Mệt mỏi tỷ lệ 9,6%. Viêm niêm mạc miệng là 11,6%. Sụt cân 4,8%. Có 11,9% và hạ kali máu chiếm 14,3%.

## IV. BÀN LUẬN

**Kết quả điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân hoàn thành đủ phác

đồ hóa xạ trị đồng thời và theo sau hóa trị bổ trợ CF. Có 41 bệnh nhân (97,6%) hoàn thành 2 chu kỳ hóa trị bổ trợ CF, 38 bệnh nhân (90,5%) hoàn thành đầy đủ phác đồ hóa xạ trị đồng thời kết hợp với 3 chu kỳ hóa trị bổ trợ CF. Như vậy có 1 bệnh nhân dừng phác đồ hóa trị sau đợt hóa trị bổ trợ thứ 1, và 3 bệnh nhân dừng phác đồ hóa trị bổ trợ thứ 2. Trì hoãn điều trị của bệnh nhân trong giới hạn cho phép trong điều trị, bệnh nhân có thể được nghỉ từ 7-10 ngày thường là khi bệnh nhân xạ đến 20 phân liều khi có tác dụng phụ da và niêm mạc... độ 2 trở lên.

Đáp ứng điều trị sau kết thúc hóa trị bổ trợ, tỉ lệ BN đáp ứng hoàn toàn tại u, hạch và chung lần lượt là 92,9%; 88,1%; 85,7%, BN đáp ứng một phần tại u, hạch và chung lần lượt là 7,1%; 11,9%; 14,3%, không có bệnh nhân không đáp ứng hoặc tiến triển. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,109$ ) giữa mức độ đáp ứng thực thể tại thời điểm kết thúc hóa xạ đồng thời và hóa trị bổ trợ.

Như vậy kết quả của chúng tôi có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn các nghiên cứu trước đây Lê Chính Đại <sup>6</sup> (74,2%) có thể là do chúng tôi sử dụng kỹ thuật IMRT kết hợp hóa trị bổ trợ. Kết quả điều trị tương đồng Bùi Vinh Quang (2012)<sup>7</sup> (kỹ thuật 3D-CRT) (89,3%). Hoàng Đào Chinh (2015)<sup>8</sup> (kỹ thuật IMRT) (84,4%)

#### **Độc tính trên hệ huyết học.**

Hạ bạch cầu và bạch cầu hạt: Chúng tôi ghi nhận được tỉ lệ hạ bạch cầu xuất hiện ở 61,9%, trong đó hạ bạch cầu độ 1 chiếm 23,8%, hạ bạch cầu độ 2 chiếm 21,4% và hạ bạch cầu độ 3 chiếm 16,7%. Xét về mức độ hạ bạch cầu hạt, chúng tôi thấy hạ bạch cầu hạt xuất hiện ở 57,1% bệnh nhân. Điều này xảy ra chủ yếu ở độ 1 và độ 2 tương ứng là 19,0% và 28,6%. Có 7 bệnh nhân (9,6%) trường hợp hạ bạch cầu độ 3, và 1 bệnh nhân (2,4%) hạ bạch cầu độ 4. Những bệnh nhân này xảy ra ở sau chu kỳ hóa chất thứ 4 và thứ 5, đây cũng là nguyên nhân khiến bệnh nhân phải tạm ngừng hóa trị và sử dụng thuốc kích bạch cầu. Hoàng Đào Chinh (2015)<sup>8</sup> báo cáo tỉ lệ hạ bạch cầu độ 1, 2, 3, 4 lần lượt là 15,6%; 31,3%; 37,5%; 0% và hạ bạch cầu hạt tương ứng là 12,5%; 31,3%; 21,9%; 3,1%.

Hạ huyết sắc tố: Trong nghiên cứu của chúng tôi 33,3% bệnh nhân xuất hiện hạ huyết sắc tố độ 1; 16,7% bệnh nhân hạ huyết sắc tố độ 2, không có bệnh nhân xuất hiện ở độ 4 nhưng có 1 bệnh nhân bị hạ bạch cầu độ 3 ở sau chu kỳ 5 kèm theo các lần trước có hạ mức độ nhẹ (độ 1, độ 2) buộc phải dừng phác đồ điều trị chu kỳ hóa trị thứ 6. Kết quả của chúng tôi

tương đương với các kết quả của tác giả Bùi Vinh Quang (2012)<sup>7</sup> với tỉ lệ hạ huyết sắc tố lần lượt là độ 1 có 41,1%, độ 2 có 7,1%, độ 3 có 1,8% và tác giả Đào Hoàng Chinh (2015)<sup>8</sup> với tỉ lệ hạ huyết sắc tố độ 1, 2, 3 lần lượt là 62,5%; 15,6% và 6,25%.

Hạ tiểu cầu: Độc tính hạ tiểu cầu thường ít gặp hơn so với hạ bạch cầu và thiếu máu, tuy nhiên nếu xảy ra ở mức độ nặng (độ 3, 4) có thể gây ra nguy cơ biến chứng nặng, nguy hiểm như chảy máu u vòm, xuất huyết tiêu hóa và xuất huyết não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân xuất hiện hạ tiểu cầu chỉ ở mức độ nhẹ ở độ 1 (28,6%) và độ 2 (2,4%), không xuất hiện ở mức độ nặng. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Đào Hoàng Chinh<sup>8</sup> với tỉ lệ hạ tiểu cầu độ 1, độ 2 lần lượt là 34,4% và 3,1%.

#### **Độc tính cấp ngoài hệ tạo huyết**

Viêm niêm mạc miệng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33,3% bệnh nhân viêm niêm mạc miệng độ 1; 35,7% viêm niêm mạc miệng độ 2, chỉ 11,9% viêm niêm mạc miệng độ 3. Kết quả của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Bùi Vinh Quang với 100% xuất hiện độc tính này, trong đó viêm niêm mạc miệng độ 1,2 chiếm 59%, độ 3, 4 chiếm 41%. Nhưng kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Hoàng Đào Chinh<sup>8</sup> với viêm niêm mạc độ 1, 2, 3, 4 lần lượt là 37,5%; 50%; 12,5%.

Độc tính trên gan, thận: Chúng tôi đánh giá độc tính trên gan qua giá trị tăng men gan gồm AST và ALT. Hầu hết các thuốc hóa chất đều có thể gây hại cho gan dẫn đến tăng AST và ALT ở các mức độ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độc tính trên gan chỉ ghi nhận ở mức độ nhẹ, độ 1 chiếm 26,1%, độ 2 chiếm 7,1%. Các độc tính này thường ổn định lại và không có tiến triển tăng nặng nên không gây gián đoạn trong quá trình điều trị. Kết quả này tương đương với báo cáo của RTOG 0225 với độc tính gan độ 1, 2, 3 lần lượt là 30,8%; 13,2% và 1,6% và của Hoàng Đào Chinh<sup>8</sup> với độc tính trên gan độ 1 là 28,1%, độ 2 là 3,1%, độ 3 là 6,2% (độc tính độ 3 ở đây xuất hiện trên bệnh nhân có tiền sử viêm gan B). Ghi nhận 4,8% bệnh nhân tổn thương thận độ 1 và 2,4% độ 2. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả của tác giả Bùi Vinh Quang<sup>7</sup> với độc tính trên thận là 5,4%, và thấp hơn tương đối với kết quả của Đào Hoàng Chinh<sup>8</sup> với độc tính thận độ 1 là 37,5%; độ 2 là 6,25%, độ 1 là 37,5% và kết quả nghiên cứu RTOG 0225 với độc tính chung trên thận, sinh dục ở các mức độ là độ 1 ở 17,6%, độ 2 ở 10,3%, độ 3 ở 2,9% bệnh nhân.

Rối loạn nước điện giải: Chúng tôi ghi nhận 11,9% bệnh nhân hạ natri máu độ 3 và 14,4% bệnh nhân gặp hạ kali máu ở mức độ 3. Các bệnh nhân gặp độc tính này hầu hết là không có triệu chứng, hoặc triệu chứng nhẹ và đáp ứng tốt khi tiến hành điều trị bổ sung nước và điện giải. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Hoàng Đào Chinh<sup>8</sup> với tỉ lệ bệnh nhân hạ natri và kali máu ở các độ 3, 4 lần lượt là 34,4%; 6,3% và 12,5%; 3,1%.

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVa xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị đồng thời từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau. Về đáp ứng điều trị: tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 85,7%, một phần 14,3%. Giai đoạn T1 có 100% đáp ứng hoàn toàn, T2 có 87,5%; T3 có 90,9% đáp ứng hoàn toàn và T4 là 62,5%. Về một số tác dụng phụ của phác đồ: Độc tính trên hệ tạo máu gặp chủ yếu độ 1 và 2. Tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3 là 16,7%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 chiếm 9,6% và độ 4 là 2,4%. Thiếu máu độ 3 chiếm tỉ lệ 2,4%, độc tính độ 3 ngoài hệ tạo huyết chiếm tỉ lệ thấp: viêm niêm mạc miệng là 11,6%, sụt cân 4,8%, có 11,9% bệnh nhân hạ Natri và hạ kali máu chiếm 14,3%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen L, Hu CS, Chen XZ, et al.** Concurrent chemoradiotherapy plus adjuvant chemotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3 multicentre

randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2012; 13(2):163-171.

2. **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.
3. **Nguyễn Thị Hà.** Đánh giá kết quả xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVB: Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
4. **Chen YP, Tang LL, Yang Q, et al.** Induction Chemotherapy plus Concurrent Chemoradiotherapy in Endemic Nasopharyngeal Carcinoma: Individual Patient Data Pooled Analysis of Four Randomized Trials. *Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research*. 2018; 24(8):1824-1833.
5. **Lee AWM, Tung SY, Ng WT, et al.** A multicenter, phase 3, randomized trial of concurrent chemoradiotherapy plus adjuvant chemotherapy versus radiotherapy alone in patients with regionally advanced nasopharyngeal carcinoma: 10-year outcomes for efficacy and toxicity. *Cancer*. 2017;123(21):4147-4157.
6. **Lê Chinh 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 (M0): Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
7. **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 sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
8. **Hoàng Đào Chinh và cộng sự.** Đánh giá kết quả bước đầu xạ trị điều biến liều kết hợp hóa trị đồng thời ung thư vòm hầu giai đoạn III- IVB. *Tạp chí Ung thư học* 2015;2.

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN COVID-19 TRONG KHU CÁCH LY TẬP TRUNG TRONG CỘNG ĐỒNG

Đỗ Đức Thuần<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Thảo<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân Covid-19 đang thực hiện cách ly tập trung trong cộng đồng được khảo sát trong nghiên cứu này. **Đối tượng và phương pháp:** 130 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm SARS-CoV-2 bằng test realtime RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên đang cách ly tập trung tại quận Gò Vấp, thành phố Hồ Chí Minh được

thu thập từ tháng 9 tới tháng 11 năm 2021. Thang điểm trầm cảm- lo âu- stress (DASS-21) được sử dụng để khảo sát tình trạng rối loạn trầm cảm của bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn trầm cảm trong khu cách ly tập trung ở cộng đồng là 15.6%. Trong đó, tăng chỉ số khối cơ thể (BMI) liên quan với tăng điểm rối loạn trầm cảm. Hơn nữa, nhóm đối tượng từ 40-60 tuổi biểu hiện điểm rối loạn trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối tượng nhỏ hơn 40 tuổi. **Kết luận:** Tăng tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân Covid-19 đang cách ly tại khu cách ly tập trung trong cộng đồng.

**Từ khóa:** Covid-19, rối loạn trầm cảm, DASS-21

#### SUMMARY

#### THE CHARACTERISTICS OF DEPRESSION

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học Viện Quân y  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thảo  
Email: phamngocthaovmmu@gmail.com  
Ngày nhận bài: 26.12.2022  
Ngày phản biện khoa học: 15.2.2023  
Ngày duyệt bài: 28.2.2023