

- 2011;131(6):797-802.
4. Liu Sh, Liu km, Wang aq, Gui zg, Han xz, Wang f. Management strategies for post-traumatic knee stiffness. Biomedical. 2016.
 5. Parisien JS. The role of arthroscopy in the treatment of postoperative fibroarthrosis of the knee joint. Clin Orthop. 1988;(229):185-192.
 6. Pujol N, Boisrenoult P, Beaufils P. Post-traumatic knee stiffness: Surgical techniques. Orthop Traumatol Surg Res. 2015;101(1, Supplement):S179-S186.
 7. Vaish A, Vaishya R, Bhasin VB. Etiopathology and Management of Stiff Knees: A Current Concept Review. Indian J Orthop. 2021;55(2):276-284.
 8. Alm L, Klepsch L, Akoto R, Frosch K-H. Arthrofibrosis of the knee: clinical result after early vs. late arthroscopic arthrolysis of 100 patients. Orthop J Sports Med. 2020;8

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ EP VÀ KỸ THUẬT XẠ ĐIỀU BIẾN LIỀU TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III

Nguyễn Quang Anh¹, Đỗ Hùng Kiên²,
Nguyễn Văn Tài², Lê Thị Yến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ EP kết hợp với xạ trị điều biến liều trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III và mô tả một số tác dụng không mong muốn của điều trị trên. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 37 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hoá xạ trị đồng thời bằng kỹ thuật xạ điều biến liều và phác đồ hoá chất etoposide-cisplatin tại Bệnh viện K từ 01/2019 đến 06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình 57, tỉ lệ nam chiếm 86,5%, bệnh nhân được lựa chọn có thể trạng tốt với 22 (59,5%) trong 37 bệnh nhân ECOG 0. Giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn IIIB chiếm 62,2%, mô bệnh học chủ yếu là carcinoma tuyến 64,9%. Kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1 cho thấy tỉ lệ đáp ứng toàn bộ, một phần tương ứng là 2,7% và 83,8%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 97,3%. Thời gian trung vị sống thêm không tiến triển là 14 ± 3,7 tháng. Sống thêm không tiến triển vào thời điểm 12 tháng là 54,7% là Độc tính: Có 24,3% bệnh nhân viêm phổi, 44,2% bệnh nhân viêm thực quản chỉ ở độ I, II. Độc tính trên hệ tạo huyết chủ yếu độ I, II, chỉ có 2,7% bệnh nhân xuất hiện độ III. Độc tính trên gan, thận, nôn, mệt mỏi, sụt cân đều ở mức độ 1-2. **Kết luận:** Phác đồ không những cho kết quả khả quan về đáp ứng và sống thêm không tiến triển, mà còn giảm đáng kể các độc tính liên quan đến xạ trị

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, EP, tỉ lệ đáp ứng, độc tính.

SUMMARY

RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH ETOPOSIDE - CISPLATIN REGIMEN AND INTENSITY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Anh

Email: quanganhhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.10.2021

MODULATE RADIATION IN STAGE III NON - SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To evaluate the treatment results of EP regimen combined with dose-modulated radiotherapy in stage III non-small cell lung cancer and describe some undesirable effects of the treatment regimen. **Patients and methods:** 37 patients with stage III NSCLC who received chemotherapy and radiotherapy concurrently with intensity modulated radiation therapy and etoposide-cisplatin chemotherapy regimen at K Hospital from January 2019 to June 2021. **Results:** Study group characteristics: Mean age 57, men account for 86,5%, selected patients were in good performance status with 22 (59,5%) in 37 ECOG 0 patients. Stage host disease mainly stage IIIB accounts for 62.2%, histopathology is mainly adenocarcinoma 64.9%. **Treatment results:** Evaluation of response according to RECIST 1.1 showed that the rate of complete and partial response was 2,7% and 83,8%, respectively. Progression-free survival was 14 ± 3,7 months. Progression-free survival at 12 months 54,7% was Toxicity: There were 24,3% pneumonia patients, 44,2% esophagitis patients only grade I, II. Toxicity on hematopoietic system mainly grade I, II., only 2,7% of patients appeared grade III. Toxicity on liver, kidney, vomiting, fatigue, weight loss are at 1-2 levels. **Conclusion:** The regimen not only gave good results in terms of response rates and progression-free survival, but also significantly reduced radiation-related toxicity

Keywords: Lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, EP, response rate, toxicity..

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị chuẩn ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III không có chỉ định phẫu thuật. Giai đoạn này gặp khoảng 30% tại thời điểm chẩn đoán ban đầu và tỷ lệ sống thêm 5 năm dao động từ 5% đến 17%, kết quả này phụ thuộc vào phương pháp điều trị¹. Việc phối hợp hoá xạ trị có hai mục đích, một là hoá chất

làm tăng tác dụng của xạ trị, điều này đã được minh chứng qua nhiều nghiên cứu, hai là hoá chất có tác dụng tiêu diệt các ổ vi di căn xa mà các phương tiện chẩn đoán có thể chưa phát hiện được. Có nhiều hình thức phối hợp như hoá xạ tuần tự, hoá xạ đồng thời, hoá xạ xen kẽ, tuy nhiên theo nghiên cứu của Curran và cộng sự (2003), Auperin (2010) thì hoá xạ đồng thời cho tỷ lệ đáp ứng cao nhất, dao động trong khoảng 84% so với 66% của hoá xạ tuần tự². Đối với UTPKTBN, phác đồ hoá chất trong HXĐT có nền platinum như Etoposid-cisplatin, Pemetrexed-Cisplatin, Paclitaxel-Carboplatin, các nghiên cứu cho thấy phác đồ EP mang lại hiệu quả cao trong điều trị phối hợp xạ trị trên nhóm BN giai đoạn III³. Kỹ thuật xạ trị điều biến liều với hiệu quả kiểm soát tại chỗ tốt và giảm độc tính với cơ quan lân cận tối đa từ đó do đó cải thiện kết quả điều trị và dung nạp của bệnh nhân tốt hơn⁴. Tại bệnh viện K, việc điều trị UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được bằng hoá xạ đồng thời phác đồ EP kết hợp xạ trị điều biến liều đã được thực hiện từ năm 2018 và đem lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành đề tài: "*Kết quả điều trị của phác đồ EP kết hợp với xạ trị điều biến liều trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hoá xạ trị đồng thời bằng kỹ thuật xạ điều biến liều (IMRT) và phác đồ hoá chất etoposide-cisplatin tại Bệnh viện K 01/2019 đến 06/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ.

- Chẩn đoán giai đoạn bệnh III theo AJCC 2017.

- Bệnh nhân được điều trị hoá xạ đồng thời bằng kỹ thuật IMRT (xạ trị điều biến liều) và hoá chất phác đồ Etoposide- cisplatin x 2 chu kỳ.

- Thể trạng tốt: ECOG 0 -1

- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST v1.1

- Chức năng gan, thận trong giới hạn cho phép điều trị phác đồ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có bệnh lý nội, ngoại khoa nặng hoặc mắc thêm các bệnh ung thư khác.

- Có bệnh lý kèm theo mà xạ trị lồng ngực và điều trị hoá chất nguy hại đến bệnh nhân như: nhồi máu cơ tim, suy tim, loạn nhịp tim, các bệnh lý nhiễm khuẩn chưa kiểm soát được.

- Hồ sơ lưu trữ không có đủ thông tin nghiên cứu
- Bệnh nhân không hợp tác, không theo dõi được.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

$$n = Z^2 \frac{1-P}{(1-\frac{\alpha}{2}) \epsilon^2 . P}$$

Cỡ mẫu

Trong đó: N là cỡ mẫu. $\alpha = 0.05$. $P = 0.73$ là tỉ lệ đáp ứng toàn bộ ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được điều trị hoá xạ đồng thời bằng phác đồ etoposide - cisplatin theo nghiên cứu trước (Liang và Cs³ 2017). Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 35 bệnh nhân.

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, giới, chỉ số toàn trạng PS, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học, kích thước u và hạch trước và sau điều trị, thời gian bắt đầu điều trị, thời gian tái phát hoặc tiến, các độc tính xảy ra trong quá trình điều trị.

Phân tích số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

Phác đồ điều trị: Phác đồ EP, gồm 2 chu kỳ truyền hoá chất cùng với tia xạ. Cisplatin 50 mg/m² da, truyền TM ngày 1,5,29,36; Etoposide 50 mg/m² da, truyền TM ngày 1-5, 29-33. Xạ trị sẽ được bắt đầu từ ngày đầu tiên truyền hoá chất 1.8-2 Gy/ngày, tổng liều xạ từ 60-63Gy.

Đánh giá đáp ứng điều trị:

- Đánh giá đáp ứng: Theo tiêu chuẩn (RECIST 1.1), dựa trên lâm sàng và chụp chụp CLVT sau khi kết thúc điều trị, có so sánh với CLVT trước điều trị.

- Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển theo phương pháp Kaplan - Meier.

- Đánh giá độc tính điều trị theo CTCAE 4.0. Ghi nhận độc tính đầu mỗi chu kỳ hoá trị và sau mỗi 2 tuần xạ.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: những đặc điểm cơ bản của nhóm đối tượng nghiên cứu

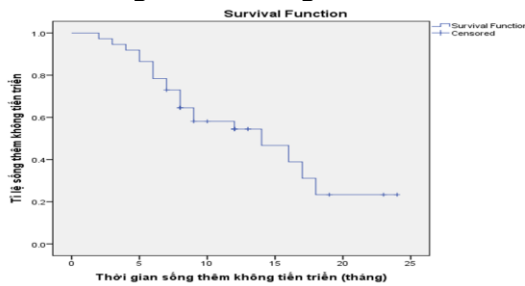
Số liệu được thể hiện dưới dạng n (%) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)

| Tuổi phát hiện bệnh (năm) | 57 ± 1.2 |
|---------------------------|-------------|
| ≤ 50 tuổi | 7 (18,9 %) |
| 51 - 60 tuổi | 21 (56,8 %) |
| ≥ 61 tuổi | 9 (24,3 %) |
| Giới tính: | |
| Nam | 32 (86,5%) |

| | |
|------------------------------|-------------|
| Nữ | 5 (13,5%) |
| Chỉ số toàn trạng PS: | |
| 0 | (59,5 %) |
| 1 | (40,5 %) |
| Thể mô bệnh học | |
| Ung thư biểu mô tuyến | 24 (64,9 %) |
| Ung thư biểu mô vảy | 11 (29,7 %) |
| Ung thư biểu mô tế bào lớn | 2(5,4 %) |
| Giai đoạn bệnh | |
| IIIA | 10 (27%) |
| IIIB | 23(62,2%) |
| IIIC | 4 (10,8%) |

Nhận xét: Tuổi trung bình là $57 \pm 1,2$ tuổi. Giới nam chiếm đa số 86,5%. Mô bệnh học chủ yếu là carcinoma tuyến. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IIIB là nhiều nhất với 62,2%.

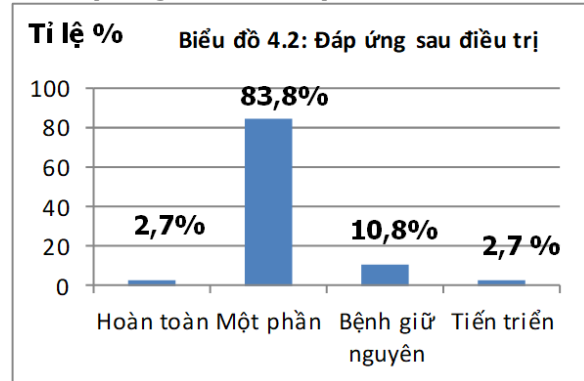
3.2 Sống thêm không tiến triển:



Biểu đồ 3.2: Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Trung vị sống không tiến triển là $14 \pm 3,7$ tháng. Sống còn không tiến triển tại thời điểm 6 tháng là 81,1%, tại 12 tháng là 54,7%.

**3.3 Kết quả điều trị
Đáp ứng sau điều trị:**



- BN đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 2,7%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 83,8%, tỷ lệ bệnh giữ nguyên chiếm 10,8%, tỉ lệ bệnh tiến triển là: 2,7%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt được là 97,3%.

3.4 Một số tác dụng không mong muốn của điều trị:

Bảng 3.4: Một số tác dụng không mong muốn của điều trị:

| Độc tính | Mọi độ Số BN (%) | Độ 0 Số BN (%) | Độ 1 Số BN (%) | Độ 2 Số BN (%) | Độ 3 Số BN (%) | Độ 4 Số BN (%) |
|----------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Viêm phổi | 9(24,3) | 28 (75,7) | 6(16,2) | 3(8,1) | 0 | 0 |
| Viêm thực quản | 16(44,2) | 21(56,8) | 14 (37,8) | 2(5,4) | 0 | 0 |
| Viêm da | 17(45,9) | 16(43,2) | 15(40,5) | 2(5,4) | 0 | 0 |
| Giảm Hb | 24(64,8) | 13 (36,2) | 20 (54,1) | 3(8,1) | 1 (2,7) | 0 |
| Giảm BC | 22(59,2) | 15 (40,8) | 17(45,9) | 4(10,8) | 1(2,7) | 0 |
| Giảm BCDN | 19(48,6) | 28 (51,4) | 11(29,7) | 7(18,9) | 1(2,7) | 0 |
| Giảm TC | 5 (13,5) | 32 (86,4) | 4 (10,8) | 1(2,7) | 0 | 0 |
| Nôn | 16(43,2) | 24 (64,9) | 14(35,1) | 0 | 0 | 0 |
| Tăng men gan | 7(18,9) | 30 (81,1) | 6(16,2) | 1(2,7) | 0 | 0 |
| Tăng creatinin | 2 (5,4) | 35 (94,5) | 2 (5,4) | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: Độc tính xuất hiện trong quá trình điều trị chủ yếu là độ I, độ II, trong đó độ I chiếm đa số.

Về độc tính trên huyết học, có 59,2% bệnh nhân bị hạ số lượng bạch cầu, 48,6% bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính, 64,8% bệnh nhân thiếu máu và 13,5% bệnh nhân hạ tiểu cầu.

Độc tính trên hóa sinh chủ yếu là gây tăng men gan (18,9%), độc tính gây tăng creatinin ít hơn (5,8%). Nôn gặp ở 35,1% bệnh nhân.

Tỷ lệ viêm thực quản do tia xạ gặp ở 44,2% trong đó chủ yếu là viêm thực quản độ 1 chiếm tỷ lệ là 40,5%, độ 2 chiếm 5,4%

Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến điều trị là 24,3%, trong đó viêm phổi độ 1 chiếm 16,2%, viêm phổi độ 2 là 8,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 57 ± 1.2 . Nhóm tuổi chiếm đa số là 51-60 tuổi, chiếm 56,8%. TheoĐinh Công Định⁵, tuổi trung bình là 57, tuổi thường gặp 50 -60 chiếm tỉ lệ cao (50%). Chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm 86,5%. Lê Thị Yến⁶, nam giới chiếm 78,6%. Qua đó chúng tôi thấy bệnh ung thư phổi thường gặp ở nam giới lớn tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân ở giai đoạn IIIB là nhiều nhất chiếm 62.2%, tiếp đến là giai đoạn IIIA 27% và giai đoạn IIIC 10.8%. Trong nghiên cứu của Lê Tuấn Anh⁷, 44.2% bệnh nhân ở giai đoạn IIIA, 55.8 % bệnh nhân ở giai đoạn IIIB. Nghiên cứu của Liang và cộng sự³ tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn IIIA/IIIB cũng tương tự chúng tôi (26%/74%). Nhìn chung các nghiên cứu xu hướng chọn bệnh nhân giai đoạn IIIB, vì đây là giai đoạn rất điển hình cho sự phối hợp hóa xạ trị đồng thời.

Về phân loại mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 64,9%. Theo nghiên cứu của Lê Thị Yến⁶, ung thư biểu mô tuyến chiếm 62,9%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác trong nước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân hoàn thành 2 chu kì hóa chất EP đồng thời với xạ trị 60-63Gy. Liều xạ trên cơ quan lành được tính toán trong giới hạn cho phép.

Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2,7% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 83,8% đáp ứng một phần, 10,8% bệnh giữ nguyên, 2,7% bệnh tiến triển. Tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 86.5%. Trong nghiên cứu của Lê Thị Yến⁶ tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 78,6%, tuy nhiên tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này ở giai đoạn IIIB. Trong nghiên cứu của Liang và cs³, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 73.7%, thấp hơn chúng tôi có thể do trong nghiên cứu này có tới 16.6% bệnh nhân nhận liều xạ < 60Gy. Trong nghiên cứu của Đinh Công Định⁵ với kĩ thuật xạ VMAT tỉ lệ kiểm soát bệnh là 93.3% tương đồng tỉ lệ kiểm soát bệnh của nghiên cứu chúng tôi.

Với thời gian theo dõi trung bình 13,7 tháng, chúng tôi ghi nhận trung vị sống không tiến triển là 14 tháng, sống thêm không tiến triển vào thời điểm 6 tháng là 81,1%, tại 12 tháng là 54,7%. Trong nghiên cứu của Hàng Quốc Tuấn⁸, trung vị sống thêm không tiến triển là 14 tháng. Nghiên cứu của Liang và cs³ cũng là 14 tháng, tương đồng với NC của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Lê Thị Yến⁶, thời gian sống thêm không bệnh là 15,8 tháng, cao hơn chúng tôi do trong nghiên cứu này chỉ có giai đoạn IIIB, trong khi nghiên cứu của chúng tôi có cả bệnh nhân ở giai đoạn IIIC (nhóm bệnh nhân tiến triển rất sớm trong nghiên cứu của chúng tôi).

Đánh giá tác dụng không mong muốn của điều trị, chúng tôi nhận thấy đa phần các độc tính dừng lại ở độ 1, 2 và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Các độc tính liên quan đến tia xạ như viêm phổi chiếm 24,3% trong đó độ 1

chiếm 16,2% và độ 2 chiếm 8,1%. Trong nghiên cứu của Lê Thị Yến⁶, tỉ lệ viêm phổi do xạ chiếm 42,8%, trong nghiên cứu của Hàng Quốc Tuấn⁸ tỉ lệ viêm phổi do xạ là 20,8%. Theo David A. Palma⁹, tỉ lệ viêm phổi do xạ trị là 29,8 %. Đối với viêm thực quản tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,2%, trong đó độ 1 chiếm 37,8%, độ 2 chiếm 5,4% cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Yến⁶ là 51.4%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kĩ thuật xạ IMRT – kĩ thuật đã được chứng minh giảm độc tính so với kĩ thuật xạ 3D qua nhiều nghiên cứu⁴. Ngoài ra các nghiên cứu cũng chỉ ra phác đồ EP trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ít gây nguy cơ viêm phổi hơn phác đồ PC trong các nghiên cứu của tác giả khác. Nghiên cứu Liang và Cs³, tỉ lệ viêm phổi từ độ 2 trở lên của nhóm xạ trị kết hợp với EP (18,9%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so 33,3% ở nhóm dùng PC với p = 0,036. Theo Mun Sem Liew, tỉ lệ viêm phổi do xạ của PC là 66% cao hơn EP là 33% với p = 0.033. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Đinh Công Định⁵, tỉ lệ viêm phổi là 26.7 %, viêm thực quản là 36.7 %, nghiên cứu này sử dụng xạ VMAT và phác đồ giống chúng tôi. Về độc tính huyết học, có 59.2% bệnh nhân gặp tác dụng phụ hạ bạch cầu, 46.8% bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính, trong đó chỉ có 2.7% hạ độ 3, 64.8% bệnh nhân thiếu máu, có 1 bệnh nhân thiếu máu độ 3. Độc tính trên hóa sinh gây tăng men gan 18.9%, trong đó độ I là 16.2%, độ II là 2.7%), độc tính gây tăng creatinin ít hơn (5.4%, đều là độ I). Độc tính trên hệ tiêu hóa chủ yếu là nôn (35.5%, độ I là 57.9%, độ II là 18.4%), rất ít bệnh nhân tiêu chảy (18.4%, đều là độ I).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng hóa xạ trị đồng thời phác đồ EP kết hợp với xạ điều biến liều không những mang lại kết quả tốt về đáp ứng và sống thêm không tiến triển mà các độc tính liên quan đến xạ trị giảm đáng kể. Đây là hướng đi mới với nhiều triển vọng. Nhưng cần có thêm nghiên cứu trong tương lai để đánh giá về sự cải thiện của sống thêm với phác đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cordeiro de Lima VC, Baldotto CS, Barrios CH, et al.** Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer Treated With Concurrent Chemoradiation Followed or Not by Consolidation Chemotherapy: A Survival Analysis From a Brazilian Multicentric Cohort. *JGO*. 2018;(4):1-11. doi:10.1200/JGO.17.00214
2. **Curran WJ, Paulus R, Langer CJ, et al.** Sequential vs. concurrent chemoradiation for stage

- III non-small cell lung cancer: randomized phase III trial RTOG 9410. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(19):1452-1460. doi:10.1093/jnci/djr325
3. **Liang J, Bi N, Wu S, et al.** Etoposide and cisplatin versus paclitaxel and carboplatin with concurrent thoracic radiotherapy in unresectable stage III non-small cell lung cancer: a multicenter randomized phase III trial. *Annals of Oncology.* 2017;28(4):777-783. doi:10.1093/annonc/mdx009
 4. **Boyle J, Ackerson B, Gu L, Kelsey CR.** Dosimetric advantages of intensity modulated radiation therapy in locally advanced lung cancer. *Adv Radiat Oncol.* 2017;2(1):6-11. doi:10.1016/j.adro.2016.12.006
 5. **Đinh Công Định.** "Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng hóa chất kết hợp xạ trị VMAT tại Bệnh viện K." Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.:2020.
 6. **Lê Thị Yến.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phức đồ paclitaxel - carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại Bệnh viện K. Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2019.
 7. **Lê Tuấn Anh.** "Hóa-xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III." Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Published online 2015.
 8. **Hàng Quốc Tuấn và cs.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không mổ được bằng phức đồ hóa chất Paclitaxel-Carboplatin kết hợp hóa xạ đồng thời. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, 4, 68-75. Published online 2020.
 9. **Palma DA, Senan S, Tsujino K, et al.** Predicting radiation pneumonitis after chemoradiation therapy for lung cancer: an international individual patient data meta-analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2013; 85(2):444-450. doi:10.1016/j.ijrobp.2012.04.043

KIẾN THỨC VÀ HÀNH VI TÌNH DỤC AN TOÀN CỦA NGƯỜI DI CƯ LAO ĐỘNG TỰ DO TẠI PHƯỜNG HOÀNG LIỆT, QUẬN HOÀNG MAI, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2021

Trần Thị Thanh Thủy¹, Nguyễn Ngọc Kiều Anh²

TÓM TẮT

Kết quả: Điều tra mô tả cắt ngang trên 209 đối tượng là người di cư lao động tự do tại phường Hoàng Liet, quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2021 nhằm mô tả kiến thức và hành vi tình dục an toàn và một số yếu tố liên quan. Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện và Snowball Sampling, sử dụng bộ công cụ tự điền khuyết danh để thu thập số liệu. Kết quả nghiên cứu cho thấy người di cư lao động tự do có kiến thức tình dục an toàn đạt khá cao, chiếm 70,33%. Tuy nhiên kiến thức về thời điểm dễ có thai nhất trong chu kỳ kinh nguyệt khá thấp (35% nam và 58% nữ). Các đối tượng tham gia nghiên cứu đã nghe nói về tình dục an toàn, nhưng để hiểu về tình dục an toàn còn chưa được cao.

Từ khóa: Tình dục an toàn, di cư, lao động tự do, Hà Nội.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND BEHAVIOURS OF SAFE SEX OF FREELANCE WORKERS IN HOANG LIET WARD, HOANG MAI DISTRICT, HANOI CITY IN 2021

A cross-sectional study was conducted on 209 subjects freelance migrant workers in Hoang Liet ward, Hoang Mai district, Hanoi in 2021 for the purpose of describing knowledge and total sexual

behavior and a number of important factor links. Select the sample by the method and Snowball Sampling, use the anonymous tooler to collect the data. Research results for self-employed workers show that having full educational knowledge is quite high, accounting for 70.33%. However, knowledge about the most fertile time in the menstrual cycle is quite low (35% of men and 58% of women). Study of the whole population, the subjects had heard about the education landscape, but their understanding of the education landscape was not very high.

Keywords: safe sex, migration, freelance workers, Hanoi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê đến giữa năm 2019, số người di cư toàn cầu là 271,6 triệu người, tăng 0,7 điểm so với năm 20001, điều này chứng tỏ nhu cầu tìm việc làm, nơi ở mới, môi trường giáo dục mới không ngừng tăng cao, thu hút đông đảo nguồn lực cũng như chất xám đổ về những khu vực, quốc gia phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội mạnh. Trong làn sóng lao động di cư thì đối tượng lao động tự do đang chiếm đông đảo và ngày một tăng mạnh, đặc biệt trong các ngành dịch vụ. Đây cũng là đối tượng mà gần đây được xã hội quan tâm hơn cả bởi toàn bộ lao động này đều không có hợp đồng lao động, cũng có nghĩa là họ không có hoặc phải tự xoay sở để có được một loạt quyền lợi cơ bản của người đi làm: Bảo hiểm xã hội dành cho hưu bổng, bảo hiểm thất nghiệp khi không có việc làm. Những khó khăn về kinh tế, xã hội thì những người di

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Thủy

Email: Tranthanhhthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021