

Lý do cải thiện triệu chứng lâm sàng và giảm thể tích TTL là do: thứ nhất, khi nút tắc động mạch TTL làm giảm dòng máu tới TTL do đó tuyến không được nuôi dưỡng, hoại tử rồi teo nhỏ lại. Thứ hai, giảm nồng độ hormone Testosteron vào tế bào TTL sau nút mạch sẽ ức chế sự phát triển của TTL. Thứ 3, TTL bị teo làm giảm số thụ thể cảm nhận với $\alpha - 1 -$ adrenergic dẫn đến giảm trương lực cơ cổ bàng quang nên giảm bít tắc dòng tiểu, bệnh nhân đi tiểu tốt hơn⁷.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả điều trị cho thấy mức độ triệu chứng giảm rõ: điểm trung bình IPSS, Qol, Qmax (ml/s), PVR (ml) sau can thiệp 6 tháng các chỉ số này có giá trị cải thiện lần lượt là 74,1%, 152%, 68,7%, 92,6%. Thể tích TTL sau can thiệp 3 tháng giảm trung bình là 33,55%.

Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân TSLTTTL thể tích > 80g được nút động mạch tại trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch mai. Chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp an toàn, hiệu quả, có ưu điểm thời gian can thiệp ngắn hơn, ít biến chứng hơn, cải thiện tốt triệu chứng lâm sàng, giảm thể tích TTL rõ. Nút động mạch TTL là một lựa chọn tốt cho bệnh nhân TSLTTTL với thể tích TTL lớn > 80g.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rubenstein et al (2008), Transurethral Microwave Thermotherapy of the Prostate (TUMT). eMedicine, 6 February 2008.

2. Choi SY et al (2012) Impact of changing trends in medical therapy on surgery for benign prostatic hyperplasia over two decades. Korean J Urol. 2012;53:23– 8.
3. Geavlete B et al (2013). Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases – a medium term, prospective, randomized comparison. BJU Int. 2013;111:793– 803.
4. Phan Hoàng Giang, Nguyễn Xuân Hiền, Phạm Minh Thông (2016), đánh giá hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút động mạch tuyến tiền liệt (2016), Tạp chí Y Học Việt Nam, số đặc biệt, tháng 8, 2016.
5. Francisco C. Carnevale et al (2015), Transurethral Resection of the Prostate Versus Original and PErFecTED Prostate Artery Embolization Due to Benign Prostatic Hyperplasia: Preliminary Results of a Single Center, Prospective, Urodynamic-Controlled Analysis. Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe 2015.
6. Wang et al (2015), Prostatic arterial embolization for the treatment of lower urinary tract symptoms due to large (>80 mL) benign prostatic hyperplasia: results of midterm follow-up from Chinese population, BMC Urology (2015) 15: 33.
7. Nathan E. Frenk et al (2014), MRI Findings After Prostatic Artery Embolization for Treatment of Benign Hyperplasia, AJR:203, October 2014.
8. Francisco C. Carnevale, Airton Mota Moreira, Alberto A. Antunes (2014), The “PErFecTED Technique”: Proximal Embolization First, Then Embolize Distal for Benign Prostatic Hyperplasia. Cardiovasc Intervent Radiol (2014) 37:1602–1605.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH ĐỘ PHÂN GIẢI CAO VỚI RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN

Hà Thị Tú Linh¹, Ngô Quý Châu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương trên phim cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT) với rối loạn chức năng thông khí ở bệnh nhân giãn phế quản (GPQ). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 60 ca bệnh được chụp phim cắt lớp vi tính độ phân giải cao và đo chức năng thông khí (CNTK)

tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,40 \pm 14,47$ với tỉ lệ nữ 51,7%. Hình ảnh ổ tròn sáng chiếm tỉ lệ cao nhất 96,7%, thành phế quản dày chiếm 95%, hình ảnh tổ ong chiếm 28,3%, hình ảnh ngón tay đi găng chiếm 16,7%. Thể GPQ hay gặp nhất là hình trụ chiếm 60%, hình túi 15%, hỗn hợp 21,7%, hình chuỗi hạt ít gặp nhất 3,3%. Đánh giá CNTK thấy 20% tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn chức năng thông khí (RLTK), bệnh nhân có kết quả hưởng đến RLTK hỗn hợp và hạn chế lần lượt là 46,7% và 25%; 8,3% bệnh nhân có RLTK tắc nghẽn. Có mối liên quan giữa tổn thương dày thành phế quản với giá trị trung bình các chỉ số %VC, %FEV1 với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Giá trị trung bình %VC, %FVC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân GPQ hình trụ cao hơn hình túi và hỗn hợp ($p < 0,05$). Số lượng thủy phổi càng tăng, giá trị trung

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Tú Linh

Email: linhha.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

bình các chỉ số %VC, %FVC, %FEV1, FEV1/FVC càng giảm. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa tình trạng suy giảm chức năng phổi với tổn thương dày thành phế quản, số lượng các thùy giãn phế quản và các thể giãn phế quản.

Từ khóa: Giãn phế quản, phim cắt lớp vi tính lồng ngực, chức năng thông khí.

SUMMARY

RELATIONSHIPS BETWEEN HIGH-RESOLUTION COMPUTED TOMOGRAPHY AND LUNG FUNCTION IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASIS

Objectives: To determine the relationship between high-resolution computed tomography (HRCT) and lung function in patients with bronchiectasis. **Methods:** A cross-sectional description of 60 cases underwent thoracic high-resolution CT and lung function tests at the Respiratory Center, Bach Mai Hospital from September 2021 to September 2022. **Results:** The mean age $61,40 \pm 14,47$ with 51,7% were female. Bright circle was the most common image 96,7%, bronchial wall thickening 95%, honeycomb shape 28,3%, and gloved finger sign 16,7%. Cylindrical bronchiectasis 60%, cystic (saccular) bronchiectasis 15%, mixed 21,7%, and the least common type of bronchiectasis was varicose 3,3%. 20% patients showed normal lung function; patients with mixed obstructive-restrictive type and restrictive type were 46,7% and 25%; 8,3% patients had obstructive type. There was a relationship between bronchial wall thickening and mean values of %VC, %FEV1 with statistical significance $p < 0,05$. The mean values of %VC, %FVC, %FEV1 in the group of patients with cylindrical were higher than those of cystic and mixed ($p < 0,05$). As the number of lung lobes increases, the average values of %VC, %FVC, %FEV1, FEV1/FVC indicators decrease. **Conclusion:** There is a relationship between lung function decline and bronchial wall thickening, the number of bronchiectasis lobes, and the type of bronchiectasis.

Keywords: bronchiectasis, high-resolution computed tomography, lung function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GPQ là tình trạng giãn ra bất thường và vĩnh viễn của phế quản. Giãn phế quản là một nguyên nhân quan trọng gây ra suy giảm chức năng phổi với tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống của những người bị ảnh hưởng và hệ thống y tế do bệnh nhân sử dụng nhiều nguồn lực chăm sóc y tế bao gồm thăm khám thường xuyên, nhập viện, chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao lớp mỏng và sử dụng kháng sinh.² Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán GPQ và thường được sử dụng để phân loại mức độ nghiêm trọng của GPQ. Ở những bệnh nhân bị giãn phế quản, tình trạng suy giảm chức năng phổi có thể không đồng nhất với các triệu chứng trên lâm sàng và

có liên quan đến số lượng các thùy giãn phế quản, mức độ giãn phế quản. Đánh giá chức năng thông khí có giá trị tiên lượng trong điều trị.³⁻⁶ Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương trên phim cắt lớp vi tính độ phân giải cao với rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân giãn phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định GPQ trên HRCT theo tiêu chuẩn: Khi có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau: Đường kính trong của phế quản lớn hơn động mạch đi kèm; Các phế quản không nhỏ dần: Phế quản trên một đoạn 2cm có đường kính tương tự phế quản đã phân chia ra phế quản đó; Thấy phế quản đi cách màng phổi thành ngực dưới 1cm; Thấy phế quản đi sát vào trung thất; Thành phế quản dày.¹

Các bệnh nhân có chẩn đoán giãn phế quản được đo CNTK tại phòng đo chức năng hô hấp của Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2022 tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Chọn mẫu: thuận tiện.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

*Chỉ tiêu về HRCT: hình thái tổn thương (trụ, túi, chuỗi hạt, hỗn hợp); mức độ lan tỏa tổn thương (số thùy phổi).

*Chỉ tiêu về mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương trên HRCT với rối loạn CNTK:

- Liên quan giữa hình thái GPQ với rối loạn CNTK.

- Liên quan giữa mức độ lan tỏa tổn thương với rối loạn CNTK.

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Khám lâm sàng, chụp phim cắt lớp vi tính độ phân giải cao.

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán được khai thác theo mẫu bệnh án nghiên cứu, đo CNTK.

2.6. Xử lý kết quả nghiên cứu. Theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.7. Nghiên cứu tuân theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 60 bệnh nhân GPQ tuổi trung bình: $61,40 \pm 14,47$, thấp nhất 23, cao nhất 86, trong đó nam nữ chiếm tỉ lệ lần lượt là 48,3% và 51,7%.

3.1. Kết quả nghiên cứu phim HRCT:

Bảng 1. Phân bố vị trí tổn thương GPQ trên HRCT

Vị trí phổi	Phổi phải			Phổi trái	
	Trên	Giữa	Dưới	Trên	Dưới
n	23	45	48	31	50
Tỷ lệ (%)	38,3	75,0	80,0	51,7	83,3

Nhận xét: GPQ thùy trên phổi trái chiếm 51,7%, thùy dưới phổi trái chiếm tỷ lệ cao 83,3%. Thùy trên, thùy giữa và thùy dưới phổi phải tỷ lệ GPQ lần lượt là 38,3%, 75% và 80%.

Bảng 2. Hình ảnh GPQ trên phim HRCT

Hình ảnh tổn thương	N	%
Thành phế quản dày	57	95
Hình ảnh ngón tay đi găng	10	16,7
Hình ổ tròn sáng (hình nhân)	58	96,7
Hình ảnh tổ ong (kén)	17	28,3
Hình ảnh viêm phổi vùng giãn phế quản	36	60

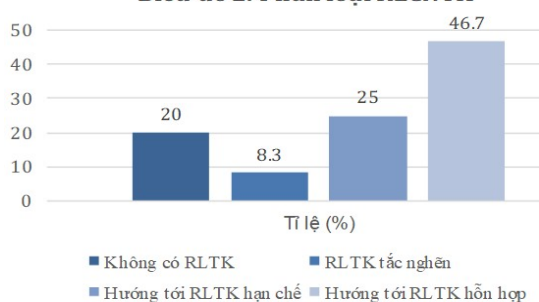
Nhận xét: Hình ảnh ổ tròn sáng chiếm tỷ lệ

Bảng 3. Các chỉ số đánh giá chức năng thông khí

Các chỉ số	N	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất
%VC	60	69,32	18,94	33	121
%FVC	60	69,38	17,71	32	129
%FEV1	60	61,03	22,47	22	127
FEV1/FVC	60	65,97	13,61	40	98

Nhận xét: Kết quả đo chức năng thông khí trên 60 bệnh nhân cho thấy giá trị trung bình các chỉ số %VC là 69,32 ± 18,94; %FVC 69,38 ± 17,71; %FEV1 61,03 ± 22,47; FEV1/FVC 65,97 ± 13,61.

Biểu đồ 2. Phân loại RLCNTK



Nhận xét: 20% tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn chức năng thông khí, bệnh nhân có kết quả hướng đến RLTK hỗn hợp và hạn chế lần lượt là 46,7% và 25%, 8,3% bệnh nhân có RLTK tắc nghẽn.

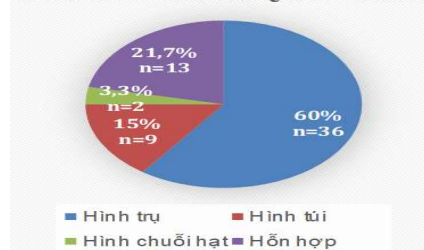
3.3. Môi liên quan giữa HRCT và CNTK:

3.3.1. Liên quan giữa hình ảnh tổn thương GPQ và CNTK:

Bảng 4. Liên quan giữa hình ảnh tổn thương GPQ với giá trị trung bình các chỉ

cao nhất 96,7%, thành phế quản dày chiếm 95%, hình ảnh tổ ong chiếm 28,3%, hình ảnh ngón tay đi găng chiếm 16,7%, hình ảnh viêm phổi vùng phế quản giãn chiếm 60%.

Biểu đồ 1. Thể GPQ trên HRCT



Nhận xét: Trong nghiên cứu 60 bệnh nhân GPQ thể giãn phế quản hay gặp nhất là GPQ hình trụ có 36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 60%, hình túi có 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 15%, hình chuỗi hạt ít gặp nhất có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,3%.

3.2. Chức năng hô hấp:

số đo CNTK (n=60)

Hình ảnh tổn thương	n	%VC	%FVC	%FEV1	FEV1/FVC
Thành phế quản dày	57	< 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Hình ảnh ngón tay đi găng	10	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Hình ổ tròn sáng (hình nhân)	58	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Hình ảnh tổ ong (kén)	17	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Hình ảnh viêm phổi vùng giãn phế quản	36	< 0,05	< 0,01	< 0,01	> 0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình %VC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân GPQ có và không có tổn thương dày thành phế quản có sự khác biệt với ý nghĩa thống kê p < 0,05. Đối với đặc điểm hình ảnh tổ ong ở nhóm có và không có tổn thương có sự khác biệt về giá trị trung bình %VC (p < 0,05); %FVC (p < 0,05); %FEV1 (p < 0,01); FEV1/FVC (p < 0,01). Đối với đặc điểm hình ảnh viêm phổi vùng giãn phế quản ở nhóm có và không có tổn thương có sự khác biệt về giá trị trung bình %VC (p < 0,05); %FVC (p < 0,01); %FEV1 (p < 0,01).

3.3.2. Liên quan giữa thể GPQ và CNTK:

Bảng 5. Liên quan giữa các thể GPQ với giá trị trung bình các chỉ số đo CNTK (n=60)

Thể GPQ	Hình trụ (n=36)	Hình túi (n=9)	Hỗn hợp (n=13)	p-value
%VC	74,78±19,39	58,33±16,23	63,92±15,02	< 0,05
%FVC	74,75±18,18	57,33±14,52	64,48±13,30	< 0,05
%FEV1	67,06±23,17	50,67±20,43	52,77±19,11	< 0,05
FEV1/FVC	67,28±13,14	64,00±14,26	62,62±15,14	> 0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình %VC, %FVC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân GPQ hình trụ cao hơn hình túi và hỗn hợp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.3. Liên quan số thùy tổn thương và CNTK:

Bảng 6. Liên quan giữa số thùy tổn thương GPQ với giá trị trung bình các chỉ số đo CNTK (n=60)

Số thùy	1 thùy (n=2)	2 thùy (n=22)	3 thùy (n=11)	4 thùy (n=7)	5 thùy (n=18)	R	p-value
%VC	69,00±16,97	78,91±18,95	68,91±13,31	70,43±18,16	57,44±17,15	- 0,424	0,001
%FVC	72,00±15,56	79,59±19,19	70,36±11,04	69,71±7,25	55,89±14,14	- 0,518	0,000
%FEV1	64,50±16,26	75,32±24,38	65,64±9,57	54,86±13,87	42,78±15,31	- 0,584	0,000
FEV1/FVC	69,00±5,66	72,00±14,42	71,91±7,94	58,29±11,09	57,61±11,58	- 0,468	0,000

Nhận xét: Số lượng thùy tổn thương GPQ trên HRCT có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với giá trị trung bình các chỉ số %VC ($r = - 0,424$, $p < 0,01$); % FVC ($r = - 0,518$, $p < 0,001$); %FEV1 ($r = - 0,584$, $p < 0,001$); FEV1/FVC ($r = - 0,468$, $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 60 bệnh nhân GPQ cho kết quả tuổi trung bình là $61,40 \pm 14,47$, trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ 51,7%, nam chiếm 48,3%. Lê Nhật Huy (2010)¹, Martinez-García (2021)² cũng gặp tuổi trung bình trong độ tuổi trung niên với tỉ lệ nữ có xu hướng cao hơn.

Đánh giá phân bố vị trí tổn thương trên HRCT thấy tổn thương GPQ tập trung chủ yếu ở thùy dưới 2 phổi và có xu hướng tăng dần từ cao xuống thấp. Phổi trái có tỉ lệ thùy trên 51,7%, thùy dưới 83,3%. Tương tự phổi phải có tỉ lệ thùy trên, thùy giữa và thùy dưới lần lượt là 38,3%, 75% và 80% (bảng 1). Theo Lê Nhật Huy nghiên cứu 52 bệnh nhân GPQ, tỉ lệ GPQ thùy dưới phải chiếm 51,9%; thùy dưới trái 71,2%.¹ Hoàng Minh Lợi 2001 cũng gặp tỉ lệ cao ở thùy dưới 2 bên, thùy dưới phải 32,9%, dưới trái 26,8%.³ Kết quả trên phù hợp với bệnh sinh quá trình viêm mạn tính, tăng tiết chất nhầy ứ đọng thường xuyên.

Bảng 2 cho kết quả hình ảnh ổ tròn sáng chiếm tỉ lệ cao nhất 96,7%, thành phế quản dày chiếm 95%, hình ảnh tổ ong chiếm 28,3%, hình ảnh ngón tay đi găng chiếm 16,7%, hình ảnh viêm phổi vùng phế quản giãn chiếm 60%. Hoàng Minh Lợi (2001) nghiên cứu 82 bệnh nhân gặp hình đường ray, ống sáng 91,46%; hình tròn sáng 18,29%; hình tổ ong 26,82%; hình ngón

tay đi găng 25,60%; đông đặc, tổ chức hóa nhu mô phổi 42,68%.³ Lê Nhật Huy gặp 78,8% hình đường ray, hình ống sáng; hình tròn sáng 55,8%; hình tổ ong, chùm nhỏ 26,8%, hình GPQ trong ổ đông đặc phổi 38,5%.¹ Kết quả của chúng tôi gần tương đương các tác giả trên.

Trong nghiên cứu 60 bệnh nhân GPQ thể giãn phế quản hay gặp nhất là GPQ hình trụ có 36 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 60%, hình túi có 9 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 15%, hỗn hợp chiếm tỉ lệ 21,7%, hình chuỗi hạt ít gặp nhất có 2 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 3,3% (biểu đồ 1). Hoàng Minh Lợi (2001) gặp 65,85% trường hợp GPQ thể hình trụ, 12,19% thể hình túi, 2,43% hình chuỗi hạt và 19,51% hỗn hợp.³ Lê Nhật Huy nghiên cứu 52 bệnh nhân GPQ hình trụ 74%, hình túi và hỗn hợp đều chiếm 13%.¹ Kết quả của chúng tôi tương tự của các tác giả.

Giãn phế quản được đặc trưng bởi sự tắc nghẽn đường dẫn khí từ nhẹ đến trung bình và có xu hướng xấu đi theo thời gian. Các nghiên cứu này cho thấy các đường dẫn khí lớn trở nên giãn ra nhưng các đường dẫn khí nhỏ và trung bình với sự dày lên của thành phế quản do quá trình viêm sẽ gây ra tắc nghẽn luồng khí.^{4,5}

Kết quả đo chức năng thông khí trên 60 bệnh nhân cho thấy giá trị trung bình %VC $69,32 \pm 18,94$; %FVC $69,38 \pm 17,71$; %FEV1 $61,03 \pm 22,47$; FEV1/FVC $65,97 \pm 13,61$ (bảng 3). Giá trị trung bình chỉ số FEV1/FVC ở mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí. Các giá trị trung bình %VC, %FVC, %FEV1 cũng thấp hơn giá trị bình thường. Kết quả của Jin-Hwa Lee %FVC 76 ± 19 , %FEV1 69 ± 25 , FEV1/FVC 67 ± 14 .⁶ Çiftçi Fatma (2016) %FVC $58,73 \pm 17,37$, %FEV1

44,78 ± 15,22, FEV1/FVC 65,79 ± 11,74.⁷ Martinez-García MA nghiên cứu 81 bệnh nhân %FEV1 56,9 ± 19,4, FEV1/FVC 55,1 ± 10,6.⁸ Kết quả của chúng tôi gần tương đương các tác giả.

Biểu đồ 2 cho thấy 12 trường hợp không có rối loạn chức năng thông khí chiếm tỉ lệ 20%; bệnh nhân có kết quả hướng đến RLTK hỗn hợp và hạn chế lần lượt là 46,7% và 25%; 8,3% bệnh nhân có RLTK tắc nghẽn. Nghiên cứu của Công Thị Kim Khánh 1995 trên 121 bệnh nhân gặp 48 trường hợp RLTK hỗn hợp chiếm tỉ lệ 39,7%; 34,7% trường hợp RLTK hạn chế; 13,2% RLTK tắc nghẽn và 12,4% không có RLTK.⁹ Theo Lê Nhật Huy 15,4% không có RLTK; 55,8% có RLTK hạn chế; 26,9% có RLTK tắc nghẽn.¹ Kết quả của chúng tôi gần tương tự kết quả các tác giả.

Đánh giá liên quan giữa hình ảnh tổn thương GPQ và CNTK cho thấy giá trị trung bình %VC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân có và không có tổn thương dày thành phế quản có sự khác biệt với ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (bảng 4). Nghiên cứu của Lynch D A trên 261 bệnh nhân cho thấy có mối tương quan giữa mức độ dày thành phế quản và giá trị trung bình của %FEV1 ($r = -0,367$, $p < 0,001$); %FVC ($r = -0,239$, $p < 0,0001$); FEV1/FVC ($r = -0,186$, $p < 0,01$).¹⁰ Jin-Hwa Lee cũng chỉ ra mối liên quan giữa dày thành phế quản với giá trị trung bình %FVC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.⁶ Như vậy tổn thương dày thành phế quản có mối liên quan đến sự suy giảm chức năng phổi.

GPQ hình chuỗi hạt trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp. Vì vậy chúng tôi tiến hành tìm mối liên quan giữa CNTK giữa thể GPQ hình trụ, hình túi và hỗn hợp. Giá trị trung bình %VC, %FVC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân GPQ hình trụ cao hơn hình túi và hỗn hợp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 5). Lê Nhật Huy (2010): %VC, %FEV1 nhóm hình trụ cao hơn hình túi và hỗn hợp với $p < 0,05$.¹ Lynch D A cũng cho kết quả nhóm GPQ hình trụ có giá trị trung bình %FEV1, %FVC cao hơn so với nhóm hình túi với $p < 0,01$.¹⁰

Chúng tôi cũng tiến hành so sánh giá trị trung bình các chỉ số CNTK theo số lượng thùy phổi tổn thương trên CLVTPGC. Kết quả là số lượng thùy phổi tổn thương có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với giá trị trung bình các chỉ số %VC ($r = -0,424$, $p < 0,01$); %FVC ($r = -0,518$, $p < 0,001$); %FEV1 ($r = -0,584$, $p < 0,001$); FEV1/FVC ($r = -0,468$, $p < 0,001$). Giá trị trung bình các chỉ số %VC, %FVC, %FEV1, FEV1/FVC đều giảm dần theo mức độ lan tỏa của thùy phổi có GPQ (bảng 6). Nghiên cứu của

Nguyễn Thị Huyền so sánh giá trị trung bình của CNTK theo số lượng thùy phổi bị tổn thương. Kết quả cho thấy tổn thương GPQ đơn độc ở 1 thùy phổi có giá trị trung bình các chỉ số FEV1, FVC, TLC, FEV1/FVC cao nhất, tiếp đó giảm dần theo số lượng thùy bị tổn thương, trường hợp tổn thương cả 5 thùy phổi có CNTK thấp nhất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.¹¹

V. KẾT LUẬN

Bệnh gặp ở độ tuổi trung niên với tỷ lệ nữ lớn hơn. Đặc điểm tổn thương trên HRCT có hình ảnh ổ tròn sáng chiếm tỉ lệ cao nhất 96,7%, thành phế quản dày chiếm 95%. Thể GPQ hay gặp nhất là hình trụ chiếm 60%, hình túi 15%, hỗn hợp 21,7%, hình chuỗi hạt ít gặp nhất 3,3%. Đánh giá CNTK thấy 20% trường hợp không có rối loạn chức năng thông khí, kết quả hướng đến RLTK hỗn hợp và hạn chế lần lượt là 46,7% và 25%; 8,3% RLTK tắc nghẽn. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tổn thương dày thành phế quản với giá trị trung bình các chỉ số %VC, %FEV1, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Giá trị trung bình %VC, %FVC, %FEV1 ở nhóm bệnh nhân GPQ hình trụ cao hơn hình túi và hỗn hợp. Số lượng thùy phổi càng tăng, giá trị trung bình các chỉ số %VC, %FVC, %FEV1, FEV1/FVC càng giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nhật Huy, Trần Hoàng Thành.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên phim cắt lớp vi tính ngực và rối loạn thông khí phổi ở bệnh nhân giãn phế quản. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2010.
2. **Martinez-García MA, Oscullo G, Posadas T, et al.** Pseudomonas aeruginosa and lung function decline in patients with bronchiectasis. Clin Microbiol Infect. 2021;27(3):428-434. doi:10.1016/j.cmi.2020.04.007
3. **Hoàng Minh Lợi, Bùi Xuân Tám, Hoàng Đức Kiệt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang phổi chuẩn và cắt lớp vi tính độ phân giải cao trong bệnh giãn phế quản. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y; 2001.
4. **King PT.** The pathophysiology of bronchiectasis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2009;4:411-419.
5. **Roberts H, Wells A, Milne D, et al.** Airflow obstruction in bronchiectasis: correlation between computed tomography features and pulmonary function tests. Thorax. 2000;55(3):198-204. doi:10.1136/thorax.55.3.198
6. **Lee JH, Kim YK, Kwag HJ, Chang JH.** Relationships between high-resolution computed tomography, lung function and bacteriology in stable bronchiectasis. J Korean Med Sci. 2004;19(1):62-68. doi:10.3346/jkms.2004.19.1.62
7. **Çiftçi F, Şen E, Saryal SB, et al.** The factors affecting survival in patients with bronchiectasis. Turk J Med Sci. 2016;46:1838-1845. doi:10.3906/sag-1511-137

8. **Martínez-García MA, Perpiñá-Tordera M, Soler-Cataluña JJ, Román-Sánchez P, Lloris-Bayo A, González-Molina A.** Dissociation of lung function, dyspnea ratings and pulmonary extension in bronchiectasis. *Respir Med.* 2007; 101(11):2248-2253. doi:10.1016/j.rmed.2007.06.028
9. **Công Thị Kim Khánh.** Thăm dò chức năng hô hấp, tưới máu hệ mao mạch phổi và biến đổi chức

năng thông khí phổi trong phẫu thuật phổi ở bệnh nhân áp xe phổi và giãn phế quản. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y khoa Hà Nội; 1995.

10. **Lynch DA, Newell J, Hale V, et al.** Correlation of CT findings with clinical evaluations in 261 patients with symptomatic bronchiectasis. *Am J Roentgenol.* 1999;173(1):53-58. doi:10.2214/ajr.173.1.10397099

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT DẪN ĐẦU PHÁC ĐỒ GEMICTABINE-CISPLATIN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVA

Trịnh Thu Hà¹, Đỗ Hùng Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trong điều trị hóa chất dẫn đầu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Có 78 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội và Bệnh viện K từ tháng 02/2020 đến 03/2022. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho khối u đặc (RECIST), độc tính theo tiêu chuẩn CTACE 5.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ là 78,3%; trong đó: 18% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 60,3% đáp ứng một phần. Độc tính: tỷ lệ thiếu máu: 60,2%, tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính: 34,6%, hạ tiểu cầu: 30,8%, nôn, buồn nôn: 82,0% chủ yếu ở độ I-II. **Kết luận:** Phác đồ Gemcitabine-Cisplatin cho bệnh nhân ung thư vòm mũi họng có tỷ lệ đáp ứng cao, độc tính chủ yếu trên huyết học và bệnh nhân dung nạp thuốc tốt

Từ khóa: hoá chất dẫn đầu, Gemcitabine-Cisplatin, ung thư vòm mũi họng.

SUMMARY

RESULTS OF THE INDUCTION CHEMOTHERAPY WITH GEMICTABINE-CISPLATIN IN THE TREATMENT OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA STAGE III-IVA

Objective: To evaluate the treatment response and toxicity profile of the induction chemotherapy with Gemcitabine-Cisplatin regimen in the treatment of patients with stage III-IVA nasopharyngeal carcinoma. **Methods:** A prospective descriptive study on patients who were newly diagnosed with stage III-IV nasopharyngeal carcinoma at Hanoi Oncology Hospital

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thu Hà

Email: hatrinh.ub@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

and National Cancer Hospital of Vietnam Vietnam from February 2020 to October 2022. The primary endpoint was response rate, and the secondary endpoints were toxicities profile of the treatment. **Results:** The overall response rate of the regimen was 78.3%: 18% complete response, 60.3% partial response. The common toxicities were anemia (60.2%), neutropenia (34.6%), thrombocytopenia (30.8%), vomiting, nausea (82.0%). Majority of the toxicities was grade I-II. **Conclusion:** Gemcitabine/cisplatin regimen in the induction chemotherapy of stage III-IV nasopharyngeal carcinoma provided a high overall response rate, well tolerance with the acceptable toxicities. **Keywords:** induction chemotherapy, Gemcitabine/cisplatin, nasopharyngeal carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một bệnh thuộc nhóm ung thư vùng đầu và cổ, có đặc điểm dịch tế học, đặc điểm mô học và cả chiến lược điều trị khác biệt so với các nhóm ung thư đầu cổ khác. Tỷ lệ mắc UTVMH có sự phân bố theo khu vực địa lý trên thế giới. Theo Globocan năm 2020 trên thế giới có khoảng 133.354 người mới mắc bệnh và gần 80.000 ca tử vong trên toàn thế giới và tỷ lệ cao nhất gặp ở Nam Trung Quốc, Đông Nam Á và Bắc Phi Việt Nam cũng là một trong số quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư vòm họng cao với tỷ lệ mắc mới năm 2020 khoảng 6040 bệnh nhân/năm và 3706 ca tử vong. Tuy nhiên hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán đầu tiên ở giai đoạn III-IV. Gần đây từ nhiều phân tích tổng hợp cho thấy rằng hoá chất dẫn đầu sau đó là hoá xạ đồng thời là phương pháp điều trị tốt nhất về thời gian sống thêm toàn bộ.² Ngoài ra từ dữ liệu dài hạn từ một thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, cho thấy hoá chất dẫn đầu sau đó điều trị hoá xạ trị đồng thời cải tiến đáng kể trong thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và cải thiện về thời gian sống thêm toàn bộ mà không làm tăng các độc tính muộn. Một nghiên cứu pha III, đa trung