

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Nam<sup>1</sup>, Bùi Vinh Quang<sup>1</sup>, Đoàn Nguyệt Hằng<sup>2</sup>,  
Đỗ Tất Cường<sup>1</sup>, Trần Quang Kiên<sup>1</sup>, Phạm Anh Đức<sup>1</sup>,  
Phan Văn Quân<sup>2</sup>, Dương Thị Vân Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả hóa xạ trị điều biến liều bệnh ung thư thực quản (UTTQ) 1/3 trên tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 31 bệnh nhân (BN) UTTQ 1/3 trên được hóa xạ trị điều biến liều với phác đồ hóa chất Cisplatin/5FU. **Kết quả:** Có 83,9% BN cải thiện triệu chứng nuốt nghẹn. Đáp ứng hoàn toàn về thực thể 19,4%, đáp ứng 1 phần 61,2%. Không có mối liên quan giữa độ mô học, giai đoạn bệnh, liều hóa chất, liều xạ trị với tỷ lệ đáp ứng và không đáp ứng. Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST có sự khác biệt giữa các giai đoạn bệnh, liều xạ trị với  $p=0,001$  và  $p=0,003$ . Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST không có sự khác biệt giữa các liều hóa chất với  $p=0,084$ . Các độc tính chủ yếu độ I-II bao gồm viêm da, viêm thực quản, nôn, thiếu máu, hạ bạch cầu. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời điều biến liều đồng thời UTTQ 1/3 trên là phác đồ an toàn, cho hiệu quả điều trị cao, giảm liều vào các mô lành xung quanh, với tác dụng không mong muốn có thể chấp nhận được

**Từ khóa:** Ung thư thực quản, 1/3 trên, hóa xạ trị điều biến liều.

### SUMMARY

#### OUTCOME EVALUATION OF CONCURRENT CHEMORADIATION WITH INTENSITY MODULATED RADIOTHERAPY IN UPPER THIRDS ESOPHAGEAL CANCER AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** to evaluate treatment outcomes of concurrent chemoradiation with intensity modulated radiotherapy (IMRT) in the upper thirds esophageal cancer patients at Hanoi Oncology Hospital. **Patients and Methods:** A pre-post interventional study on 31 upper thirds esophageal cancer patients treated by concurrent IMRT/chemotherapy with CF regimen. **Results:** There were 83.9% patients having improvement in dysphagia. The complete and partial responses were 19.4% and 61.2% respectively. No significant association was seen between response rate and disease stages, radiation doses, and chemo doses. Response rates categorized by RECIST appeared significantly different across stages, and radiation dose with  $p=0.001$  và  $p=0.003$ , but not significantly different across chemo doses ( $p=0.084$ ). The most common side effects were dermatitis, esophagitis, vomiting, anemias, neutropenia with the toxicity mostly at grade I-II. **Conclusion:** The concurrent chemoradiation with IMRT in upper thirds esophageal cancer is a safe therapy, gives high efficacy, reduces dose to normal surrounding tissues, with acceptable side effects.

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoài Nam

SĐT: 0985010900

Email: nhnam.184@gmail.com

Ngày nộp bài: 15/09/2022

Ngày phản biện: 07/10/2022

Ngày phê duyệt: 10/10/2022

**Keywords:** esophageal cancer, upper thirds, concurrent chemoradiation, IMRT

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là khối u ác tính của thực quản, thường bắt đầu từ các tế bào lót bên trong lòng thực quản (lớp niêm mạc). UTTQ là bệnh lý ác tính đứng thứ 7 trong nhóm các bệnh có tỉ lệ mới mắc cao nhất (572.000 ca mới mắc) và có tỉ lệ tử vong cao đứng thứ 6 trong các bệnh ung thư (509.000 ca tử vong). Với những tiên bộ trong chẩn đoán tỷ lệ UTTQ ở giai đoạn muộn đã giảm đáng kể, tuy nhiên kết quả điều trị còn nhiều hạn chế không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước phát triển với tỷ lệ tử vong hàng năm còn cao<sup>1</sup>. Ở Việt Nam, UTTQ nằm trong số 10 loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới. Điều trị UTTQ là điều trị đa mô thức. Với tổn thương thực quản 1/3 trên, do can thiệp ngoại khoa ở vùng này khó khăn, nhiều biến chứng nên hóa xạ trị đồng thời triệt căn được ưu tiên lựa chọn. Tuy nhiên, các kỹ thuật xạ trị thông thường (2D, 3D) có khả năng kiểm soát khối u còn hạn chế và nguy cơ cao gây tác dụng phụ cho bệnh nhân. Xạ trị điều biến liều là kỹ thuật xạ trị tiên tiến với khả năng tối ưu liều xạ trị vào u, phân bố liều lượng khác nhau đồng thời vào các vùng thể tích, giảm liều vào các cơ quan lành xung quanh, do đó có thể khắc phục được các nhược điểm của các kỹ thuật xạ trị thông thường<sup>2</sup>. Hiện tại, ở bệnh viện Ung bướu Hà Nội chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời điều biến liều cho BN UTTQ 1/3 trên không có chỉ định phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá kết quả hóa xạ trị điều biến liều bệnh UTTQ 1/3 trên*”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu:

#### Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- BN chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy, vị trí 1/3 trên bao gồm UTTQ cổ và UTTQ 1/3 trên ngực, BN không có chỉ định phẫu thuật, thể trạng không cho phép phẫu thuật, hoặc BN từ chối phẫu thuật

- Nam hoặc nữ từ 18 tuổi trở lên
- Chưa được điều trị đặc hiệu bằng phẫu thuật, xạ trị, hóa chất trước đó
- Điểm toàn trạng ECOG  $\leq 2$
- Giai đoạn lâm sàng II-IVa
- Chức năng các cơ quan và xét nghiệm máu ngoại vi trong giới hạn cho phép hóa xạ trị (bạch cầu hạt  $> 2$  G/l, tiểu cầu  $> 100$  G/l, AST và ALT, ure, creatinin trong giới hạn bình thường)

- BN có đầy đủ hồ sơ theo dõi

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa trên
- Mô bệnh học không phải là ung thư biểu mô (như u lympho, thần kinh nội tiết, tế bào nhỏ, sarcoma...)
- U xâm lấn khí quản, phế quản
- BN mắc các bệnh nặng phối hợp đe dọa tính mạng

- Dị ứng với hóa chất của phác đồ

#### Phương pháp nghiên cứu:

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

#### Các bước tiến hành:

**Bước 1:** Thu thập thông tin trước điều trị:

- Tuổi, giới, tiền sử, lý do vào viện, các triệu chứng lâm sàng, chỉ số ECOG
- Đặc điểm u và hạch trên cắt lớp vi tính; hình thái và vị trí u trên nội soi; độ mô học của u.

- Xét nghiệm đánh giá di căn xa; chức năng gan, thận

**Bước 2:** Tiến hành điều trị:

Phác đồ hóa-xạ trị được áp dụng trong nghiên cứu: theo hướng dẫn thực hành của NCCN (National Comprehensive Cancer Network)<sup>3</sup>

- Hóa trị: Phác đồ Cisplatin – 5 FU (Cisplatin:75mg/m<sup>2</sup> diện tích cơ thể, truyền tĩnh mạch ngày 1; 5FU:750 mg/m<sup>2</sup> diện tích cơ thể, truyền tĩnh mạch ngày 1-4, chu kỳ 28 ngày x 4 chu kỳ. Trong đó có 2 chu kỳ điều trị đồng thời với xạ trị, vào tuần thứ 1 và tuần thứ 5 của quá trình xạ trị; 2 chu kỳ còn lại vào tuần 9 và tuần thứ 13)

- Xạ trị: Làm mặt nạ đầu-cổ-vai cố định BN. CT mô phỏng xạ trị có tiêm cản quang. Trường chụp từ xương móng đến nền phổi, độ dày lát cắt 3 mm. Vẽ các thể tích điều trị (GTV, CTV, PTV) và cơ quan lành (OARs) theo ICRU 50 và ICRU 62 trên hình ảnh CT mô phỏng, có tham khảo hình ảnh PET/CT chẩn đoán: thể tích khối u thô (GTV): u và hạch di căn. Lập kế hoạch xạ trị điều biến

liều theo phương pháp lập kế hoạch ngược (inversed planning). Tổng liều điều trị 50.4 Gy phân liều 1.8 Gy/ ngày, liều u và hạch nguyên phát 60 - 66 Gy. Đánh giá kế hoạch xạ trị theo bản đồ liều lượng – thể tích. Kiểm chuẩn kế hoạch xạ trị điều biến liều trên phantom. Phát tia điều trị 1 phân liều/ngày, 5 ngày/tuần nghỉ thứ 7, chủ nhật.

- Mở thông dạ dày nuôi dưỡng trước hóa xạ đồng thời: Những BN nuốt nghẹn độ III và/hoặc sụt cân 10%-15% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng

**Đánh giá đáp ứng điều trị:**

- Đáp ứng cơ năng bằng hỏi bệnh và thăm khám

- Đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng với tổn thương đích RECIST 1.1<sup>3</sup>

- Đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên bản 2.0

- Đánh giá tác dụng phụ cấp tính do xạ trị (RTOG)

## II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đánh giá đáp ứng cơ năng và thực thể**

**Bảng 3.1. Đáp ứng cơ năng và thực thể**

<b>Đáp ứng cơ năng</b>	<b>Số BN (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Không còn triệu chứng	8	25,8
Thuyên giảm	18	58,1
Không thay đổi	3	9,7
Nặng hơn	2	6,4
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>
<b>Đáp ứng thực thể</b>		<b>Tỷ lệ (%)</b>
Đáp ứng hoàn toàn	6	19,4
Đáp ứng một phần	19	61,2
Bệnh giữ nguyên	3	9,7
Bệnh tiến triển	3	9,7
<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số BN đều có triệu chứng cơ năng thuyên giảm, chiếm tỷ lệ 58,1%. Có 8 BN không còn triệu chứng (25,8%). Chỉ có 2 BN diễn biến nặng hơn, chiếm tỷ lệ 6,4%. Về đáp ứng thực thể, có 6 BN đáp ứng hoàn toàn (19,4%). Phần lớn các bệnh đáp ứng 01 phần (61,2%). Chỉ có 9,7% BN bệnh tiến triển.

**Một số yếu tố liên quan đáp ứng điều trị:**

**Bảng 3.2. Một số yếu tố liên quan đáp ứng điều trị**

Tình trạng đáp ứng Yếu tố		Đáp ứng		Không đáp ứng		P
		n	%	n	%	
Giai đoạn (n= 32)	II	8	100	0	0	0,092
	III	11	84,6	2	15,4	
	IVa	6	60,0	4	40,0	
Độ biệt hóa mô bệnh học (n=32)	I	8	100	0	0	0,23
	II	5	100	0	0	
	III	3	42,9	4	57,1	
Liều lượng hóa chất	> 80%	20	90,9	2	9,1	0,024
	≤ 80%	5	55,6	4	44,4	
Liều xạ trị u và hạch nguyên phát	60 Gy	20	76,9	6	23,1	0,232
	66 Gy	5	100	0	0	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng với các yếu tố như: giai đoạn bệnh, độ biệt hóa mô bệnh học, liều lượng hóa chất, liều xạ trị vào u và hạch nguyên phát ( $p>0,05$ ).

**Một số yếu tố liên quan với đáp ứng theo RECIST:**

**Bảng 3.3. Liên quan giai đoạn bệnh với đáp ứng theo RECIST**

			Đáp ứng theo RECIST				Tổng	P
			Hoàn toàn	Một phần	Giữ nguyên	Tiến triển		
Giai đoạn	II	n	6	2	0	0	8	0.001
		%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	III	n	0	11	1	1	13	
		%	0,0%	84,6%	7,7%	7,7%	100,0%	
	IVa	n	0	6	2	2	10	
		%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%	
Tổng	n	6	19	3	3	31		
	%	19,4%	61,2%	9,7%	9,7%	100,0%		

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST có sự khác nhau giữa các giai đoạn bệnh khác nhau ( $p=0,001$ )

**Bảng 3.4. Liên quan liều hóa chất với đáp ứng theo RECIST**

			Đáp ứng theo RECIST				Tổng	P
			Hoàn toàn	Một phần	Giữ nguyên	Tiến triển		
Liều hóa chất	>80%	n	6	14	1	1	22	0.084
		%	27,3%	63,7%	4,5%	4,5%	100,0%	
	≤ 80%	n	0	5	2	2	9	
		%	0,0%	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%	
Tổng		n	6	19	3	3	31	
		%	19,4%	61,2%	9,7%	9,7%	100,0%	

**Nhận xét:** Không có sự khác nhau về tỷ lệ đáp ứng theo RECIST giữa các liều hóa chất trong điều trị (p=0,084)

**Bảng 3.5. Liên quan phân bố liều xạ với đáp ứng theo RECIST**

			Đáp ứng theo RECIST				Tổng	P
			Hoàn toàn	Một phần	Giữ nguyên	Tiến triển		
Phân bố liều xạ	60Gy	n	2	18	3	3	26	0.003
		%	7,7%	69,3%	11,5%	11,5%	100,0%	
	66Gy	n	4	1	0	0	5	
		%	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Tổng		n	6	19	3	3	31	
		%	19,4%	61,2%	9,7%	9,7%	100,0%	

**Nhận xét:** Có sự khác nhau về tỷ lệ đáp ứng theo RECIST giữa các liều xạ vào u và hạch nguyên phát (p=0,003)

**Tác dụng không mong muốn:**

**-Tác dụng phụ do xạ trị:**

**Bảng 3.6. Tác dụng phụ do xạ trị**

Tác dụng phụ	Không		Độ I		Độ II		Độ III - IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	10	32,3	14	45,2	5	16,1	2	6,4
Viêm thực quản	0	0	19	61,3	11	35,5	1	3,2
Viêm phổi	15	48,4	11	35,5	5	16,1	0	0

**Nhận xét:** Viêm da và viêm thực quản sau xạ trị gặp với tỷ lệ tương đối cao, nhưng chủ yếu đều ở mức độ I chiếm tỷ lệ 45,2%; 61,3%. Viêm phổi sau xạ trị chỉ có 51,6%, chủ yếu là độ I chiếm tỷ lệ 35,5%

**-Tác dụng phụ do hóa chất:****Bảng 3.7. Tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa**

Tác dụng phụ	Không		Độ I		Độ II		Độ III - IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	10	32,3	14	45,2	5	16,1	2	6,4
Viêm thực quản	0	0	19	61,3	11	35,5	1	3,2
Viêm phổi	15	48,4	11	35,5	5	16,1	0	0

**Nhận xét:** Buồn nôn, nôn gặp ở 71,0%, chủ yếu là mức độ I chiếm tỷ lệ 61,3%. Viêm miệng, tiêu chảy ít gặp hơn, chủ yếu là độ I, chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,5% và 9,7%.

**Bảng 3.8. Tác dụng phụ trên hệ huyết học**

Tác dụng phụ	Không		Độ I		Độ II		Độ III - IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	24	77,4	4	12,9	2	6,5	1	3,2
Giảm bạch cầu trung tính	29	93,6	1	3,2	1	3,2	0	0
Giảm huyết sắc tố	20	64,5	7	22,6	4	12,9	0	0
Giảm tiểu cầu	26	83,9	3	9,7	2	6,4	0	0
Tăng men gan	26	83,9	5	16,1	0	0	0	0
Tăng creatinin	29	93,5	2	6,5	0	0	0	0

**Nhận xét:** Tác dụng phụ của hóa chất trên huyết học chủ yếu là giảm bạch cầu, chiếm tỷ lệ 22,6%, giảm huyết sắc tố 35,5%. Ít gặp giảm bệnh cầu trung tính (6,4%), giảm tiểu cầu (16,1%). Tỷ lệ tăng men gan và creatinine cũng tương đối ít gặp, chiếm tỷ lệ lần lượt 16,1% và 6,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đáp ứng điều trị:** Sau khi kết thúc hóa xạ trị đủ liều, BN được nghỉ 4 tuần, đánh giá lại cho thấy 83,9% BN có đáp ứng về mặt lâm sàng, trong đó 25,8% BN đáp ứng hoàn toàn (hết nuốt nghẹn, ăn uống tốt, tăng cân), có 58,1% BN có các triệu chứng cơ năng thuyên giảm (đờ nghẹn, đờ đau sau xương ức). Có 2 BN (6,4%) có triệu chứng nặng hơn (đau tức vùng cổ, xương ức nhiều hơn). Đánh giá đáp ứng chung sau điều trị trên cả chụp cắt lớp vi tính và nội soi thực quản cho thấy có 80,6% đáp ứng tốt với điều trị. Trong đó có 19,4%

BN đáp ứng hoàn toàn, 61,2% BN đáp ứng 01 phần. Có 19,4% BN không đáp ứng, trong đó có 3 BN bệnh tiến triển di căn gan, phổi sau điều trị. Khi so sánh với tác giả Vũ Văn Thạch, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 22,6%, đáp ứng một phần 52,8%, không đáp ứng 24,5%<sup>4</sup>. Tỷ lệ đáp ứng chung của chúng tôi có cao hơn tác giả. Có thể giải thích điều này là các BN trong nghiên cứu cũng được xạ trị với liều cao hơn (60-66Gy so với liều 50,4-60 Gy). Với kết quả đáp ứng chung (80,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số các nghiên cứu được công

bổ trên thế giới. Khi khảo sát mối liên quan về giai đoạn bệnh với đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST, chúng tôi nhận thấy sự khác nhau về đáp ứng giữa các giai đoạn có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ . Trong đó, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở giai đoạn II là 75%. Không có BN nào giai đoạn III, IVa đáp ứng hoàn toàn, đa phần đều đáp ứng một phần sau điều trị với tỷ lệ lần lượt là 84,6% và 60%. Điều này càng cho thấy rằng, khi bệnh phát hiện ở giai đoạn càng sớm, thì kết quả điều trị càng khả quan. Qua phân tích mối tương quan giữa tỉ lệ đáp ứng (bao gồm: một phần và hoàn toàn) và một số yếu tố khác như giai đoạn bệnh, độ mô học, liều hóa chất, liều xạ trị vào khối u nguyên phát, chúng tôi nhận thấy ít nhiều có sự khác nhau về tỉ lệ đáp ứng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . Khảo sát thêm mối liên quan giữa liều hóa chất với đáp ứng bệnh theo RECIST, chúng tôi nhận thấy không có sự khác nhau giữa nhóm điều trị  $>80\%$  liều so với nhóm  $\leq 80\%$ , với  $p=0,084$ . Khi so sánh tỷ lệ đáp ứng theo RECIST giữa các liều xạ trị, chúng tôi nhận thấy có sự khác nhau giữa 2 nhóm xạ trị u và hạch nguyên phát 60 và 66 Gy, có ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$ . Nhóm được xạ trị u và hạch nguyên phát với liều 66 Gy và 60Gy có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lần lượt là 80% và 7,7%, tỷ lệ đáp ứng một phần tương ứng là 20% so với 69,3%. Như vậy, liều xạ càng cao, tỷ lệ đáp ứng càng cao.

#### **Độc tính:**

**Tác dụng phụ do xạ trị:** Đa số các BN đều bị viêm da, nhưng chủ yếu chỉ dừng lại ở

độ I, II với tỷ lệ 45,2% và 16,1%. Với những BN này, sau khi nghỉ xạ 01 tuần và được hướng dẫn chăm sóc da, mức độ viêm da đã trở về độ I và có thể tiếp tục điều trị tiếp. 100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tác dụng phụ viêm thực quản, nhưng chủ yếu ở độ I, II. Chỉ có 1 BN viêm thực quản độ III, chiếm tỷ lệ 3,2%. Do các BN trong nghiên cứu được xạ trị với liều tương đối cao (60-66Gy), nên viêm phổi do xạ trị là điều thường gặp. Tuy nhiên chủ yếu gặp viêm phổi độ I với tỷ lệ 35,5%.

**Tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa:** Chủ yếu gặp tác dụng phụ buồn nôn, nôn với tỷ lệ 71,0%, nhưng chủ yếu mức độ I, II, rất ít gặp BN bị viêm miệng, tiêu chảy.

**Tác dụng phụ trên huyết học:** Nhìn chung độc tính trên hệ tạo huyết gặp ở mức độ nhẹ đều có thể khắc phục được, không BN nào phải dừng điều trị. Theo tiêu chuẩn của WHO, thiếu máu độ 1 có 7 BN chiếm 22,6%, độ 2 chỉ gặp 4 BN chiếm 12,9%, không có BN nào thiếu máu độ 3-4. Giảm bạch cầu chỉ gặp 7 BN, trong đó 4 BN giảm độ 1 chiếm 12,9%, 2 trường hợp giảm độ 2, chỉ có một trường hợp giảm bạch cầu độ 3, không có BN nào bị sốt giảm BCTT. Các BN này được dùng thuốc kích bạch cầu và bạch cầu nhanh chóng trở về bình thường. Giảm tiểu cầu độ 1 gặp 3 BN, độ 2 có 2 BN, không có trường hợp nào giảm độ 3-4. Độc tính ức chế tủy xương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Lee với tỷ lệ thiếu máu là 93% trong đó thiếu độ 3-4 là 1.4%, tỷ lệ giảm bạch cầu là 64.8% trong đó giảm độ 3-4 là 23.9%, tỷ lệ giảm tiểu cầu là

40.8% trong đó giảm độ 3-4 là 12.7%<sup>5</sup>. Theo tác giả Vũ Văn Thạch, tỷ lệ thiếu máu, giảm bạch cầu, tiểu cầu lần lượt là 17%, 7,5% và 7,5% thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể là do tác giả sử dụng phác đồ hóa chất FOLFOX ít tác dụng phụ hơn so với CF. Sau điều trị, có 5 BN tăng men gan AST, ALT ở độ 1. Có 2 BN tăng creatinin độ 1. Tất cả các BN này sau khi được truyền dịch, thuốc hạ men gan thì chức năng gan, thận đều nhanh chóng trở về bình thường.

## V. KẾT LUẬN

### 1. Đáp ứng điều trị

-Có 83,9% BN cải thiện triệu chứng nuốt nghẹn

-Đáp ứng hoàn toàn về thực thể 19,4%, đáp ứng 1 phần 61,2%. Có 9,7% BN tiến triển sau điều trị

-Không có mối liên quan giữa độ mô học, giai đoạn bệnh, liều hóa chất, liều xạ trị với tỷ lệ đáp ứng và không đáp ứng

-Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST có sự khác biệt giữa các giai đoạn bệnh, liều xạ trị với  $p=0,001$  và  $p=0,003$

-Tỷ lệ đáp ứng theo RECIST không có sự khác biệt giữa các liều hóa chất với  $p=0,084$

### 2. Tác dụng không mong muốn

-Tác dụng phụ do xạ trị thường gặp là viêm da, viêm thực quản, viêm phổi chủ yếu ở độ I: 45,2%; 61,3%; 35,5%

-Tác dụng phụ trên huyết học thường gặp: thiếu máu, giảm bạch cầu, nôn chủ yếu ở độ I: 22,6%; 12,9%; 61,3%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Intensity-modulated radiotherapy** of head and neck cancer aiming to reduce dysphagia: early dose-effect relationships for the swallowing structures - PubMed. Accessed October 8, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17560051/>
3. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer.* 2009;45(2):228-247. doi:10.1016/j.ejca.2008.10.026
4. Vũ Văn Thạch. Đánh giá kết quả hóa-xạ trị đồng thời ung thư thực quản giai đoạn II-IVa bằng phác đồ FOLFOX tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Published online 2020.
5. **Capecitabine and cisplatin chemotherapy (XP)** alone or sequentially combined chemoradiotherapy containing XP regimen in patients with three different settings of stage IV esophageal cancer - PubMed. Accessed October 8, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17951334/>