

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOÁ XẠ TRỊ BỆNH UNG THƯ VÒM HỌNG GIAI ĐOẠN IIB-III BẰNG CISPLATIN HÀNG TUẦN VÀ XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU

Phạm Lâm Sơn¹, Vũ Hồng Thăng^{1,2}, Bùi Vinh Quang³ và CS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phác đồ điều trị phối hợp hóa xạ trị đồng thời bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-III bằng phác đồ cisplatin liều hàng tuần và xạ trị điều biến liều. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 68 bệnh nhân ung thư vòm họng giai đoạn IIB-III, các bệnh nhân này được xạ trị điều biến liều kết hợp với cisplatin 40mg/m² da cơ thể hàng tuần trong 6 tuần xạ trị, có hoặc không có hóa trị hỗ trợ. Thời gian điều trị từ 1-2018 đến tháng 4-2022 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng điều trị hoàn toàn và một phần tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau khi kết thúc hóa xạ trị lần lượt là 86,7%; 95% và 13,3; 5%, không có trường hợp nào bệnh không đáp ứng hoặc tiến triển. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: 34,41 ± 9,15 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ: 12 tháng là 97%, 24 tháng 89,7% và 36 tháng là 84,1%. Thời gian sống thêm trung bình không bệnh là 33,04 ± 10,74 tháng, sống thêm không bệnh: 12 tháng là 91,2%, 24 tháng là 85,3% và 36 tháng là 82,3%. **Kết luận:** Đáp ứng điều trị hóa xạ trị cisplatin hàng tuần và xạ trị điều biến liều đạt được khá tốt, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh đều cao hơn so với các phác đồ điều trị truyền thống.

Từ khóa: Ung thư vòm họng; hóa xạ trị; xạ trị điều biến liều; đáp ứng điều trị, sống thêm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF CHEMORADIOTHERAPY OF STAGE IIB-III NASOPHARYNGEAL CANCER TREATMENT BY WEEKLY CISPLATIN AND MODULATED RADIATION THERAPY

Objective: The study aimed to evaluate the results of the combination chemoradiotherapy regimen for stage IIB-III nasopharyngeal cancer with a weekly dose of cisplatin and Intensity Modulated Radiation Therapy. **Subjects and methods:** An uncontrolled clinical intervention study on 68 stage IIB-III nasopharyngeal cancer patients, these patients received Intensity Modulated Radiation Therapy in combination with cisplatin 40mg/m² body skin weekly for 6 weeks of radiotherapy, with or without adjuvant chemotherapy added. The treatment period is from January 2018 to April 2022 at K Hospital. **Results:**

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lâm Sơn

Email: phamlamsong@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

The rate of complete and partial response to treatment at 1 month and 3 months after the end of chemoradiotherapy was 86.7%, respectively; 95% and 13.3; 5%, there were no cases of unresponsive or progressive disease. Mean overall survival time: 34.41 ± 9.15 months. Overall survival: 97% at 12 months, 89.7% at 24 months and 84.1% at 36 months. The median disease-free survival time was 33.04 ± 10.74 months, disease-free survival: 12 months was 91.2%, 24 months was 85.3% and 36 months was 82.3%. **Conclusion:** The response to weekly cisplatin chemotherapy and Modulated Radiation Therapy was quite good, the overall survival and disease-free survival were both higher than those of traditional treatment regimens.

Keywords: nasopharyngeal cancer; chemoradiotherapy; Modulated Radiation Therapy; respond to treatment, life time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng (UTVH) đứng thứ 9 trong các loại ung thư (UT) thường gặp nhất và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các ung thư đầu cổ ở Việt nam[6]. Theo y văn, ung thư biểu mô thể không biệt hóa của UTVH là loại khá nhạy cảm với hóa trị và xạ trị. Với giai đoạn sớm, xạ trị là phương pháp điều trị chính, hóa xạ trị kết hợp áp dụng cho bệnh ở giai đoạn tiến triển. Bệnh viện K đã tham gia thử nghiệm lâm sàng pha II - hợp tác với Diễn đàn hợp tác hạt nhân châu Á (Forum for Nuclear Cooperation in Asia) điều trị phối hợp cho một số bệnh nhân UTVH giai đoạn III-IV (N2-3, M0) theo phác đồ hóa xạ đồng thời với cisplatin liều thấp hàng tuần (30mg/m² da cơ thể) trong 6 tuần xạ trị xạ kỹ thuật 3D-CRT thông thường kèm có hoặc không hóa chất hỗ trợ[3]. Kết quả cho thấy: Độc tính cấp của phác đồ thấp, tỷ lệ thực hiện phác đồ cao và đáp ứng điều trị khá tốt. Cũng trong một nghiên cứu của Chen và CS, với phác đồ hóa xạ trị cisplatin liều 40mg/m² da cơ thể, hàng tuần trong quá trình xạ trị cho ung thư vòm họng cũng cho thấy đáp ứng điều trị khá tốt và độc tính cấp trong điều trị giảm[5]. Xạ trị bằng kỹ thuật điều biến liều (Intensity Modulated Radiation Therapy- IMRT) cho bệnh nhân ung thư là một tiến bộ vượt bậc trong xạ trị bệnh ung thư, trong đó có UTVH. Đó là sự tối ưu liều xạ vào từng vùng thể tích theo chỉ định điều trị, quan trọng nhất là làm tăng hiệu quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng do xạ trị gây ra.

Để góp phần đánh giá, xây dựng, hoàn thiện

quy trình xạ trị IMRT cho bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện K chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: Đánh giá đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm với phác đồ điều trị phối hợp hóa xạ trị đồng thời bằng cisplatin liều hàng tuần và xạ trị điều biến liều bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-III.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 68 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-III có chỉ định điều trị hóa xạ trị đồng ý tham gia nghiên cứu thời gian từ 1-2018 đến tháng 4-2022.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân ung thư vòm mũi họng được chẩn đoán giai đoạn IIB-III (AJCC-2010), mô bệnh học là ung thư biểu mô không biệt hóa theo WHO; Tuổi ≤ 75 (BN trên 75 tuổi không phù hợp với hóa - xạ trị), cả 2 giới; Chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 80 , Không có chống chỉ định hóa chất, xạ trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hai ung thư đồng thời. Đang mắc bệnh phối hợp ảnh hưởng đến thực hiện điều trị; Phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú; bệnh nhân bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn; bệnh nhân không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu với bất cứ lý do nào.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu và chọn mẫu Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. Chọn toàn bộ số bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 68 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị bằng phác đồ: hóa - xạ trị đồng thời bằng cisplatin mỗi tuần 40mg/m² diện tích da cơ thể, truyền ngày đầu tiên của mỗi tuần xạ trị. Toàn bộ bệnh nhân được xạ trị đủ liều kỹ thuật IMRT bằng máy xạ trị gia tốc chuẩn collimator đa lá với liều 2,12 Gy/lần/ngày, 5 ngày/ tuần, xạ trị đủ 33 lần chia làm 6 tuần và 3 ngày theo RTOG 0225. Thời gian nghỉ sau xạ trị là 4 tuần, sau đó bệnh nhân có thể được truyền hóa chất bổ trợ với phác đồ CF (Cisplatin 80mg/m² da cơ thể ngày 1, 5FU 1000mg/m² da ngày 2-5) nếu chứng minh được còn tồn thương ung thư trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng. Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị, sau đó 3 tháng/lần trong 2 năm đầu tiên, 6 tháng/lần trong những năm tiếp theo. Bệnh nhân tái phát, di căn xa được tiếp tục điều trị phụ thuộc vào tình trạng thực tế.

Các biến số nghiên cứu, công cụ và phương tiện nghiên cứu. Đánh giá đáp ứng điều trị chung của phác đồ theo RECIST (có 4 mức độ:

đáp ứng hoàn toàn, một phần, không đáp ứng và bệnh tiến triển), ghi nhận tại thời điểm sau hóa xạ trị 1 tháng, là giai đoạn đánh giá xem bệnh nhân có cần phải hóa trị bổ trợ hay không. Tính thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan- Meier, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Bệnh án nghiên cứu được sử dụng để ghi toàn bộ các thông tin liên quan đến biến số nghiên cứu. Các hệ thống máy xạ trị gia tốc chuẩn collimator đa lá hiện có tại bệnh viện K với thông số kỹ thuật, tính năng, suất liều được hiệu chuẩn hàng tuần tương tự nhau. Các bước tiến hành từ khám tuyển bệnh nhân đến lập kế hoạch điều trị, điều trị, theo dõi đều tuân thủ theo quy trình của Bộ Y tế đã ban hành.

Đạo đức nghiên cứu, nghiên cứu này nằm trong đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị phối hợp cisplatin liều thấp và xạ trị điều biến liều bệnh ung thư vòm mũi họng giai đoạn IIB-III" đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà nội chấp thuận ngày 6/1/2017, số chứng nhận 14/HĐĐĐĐHYHN

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

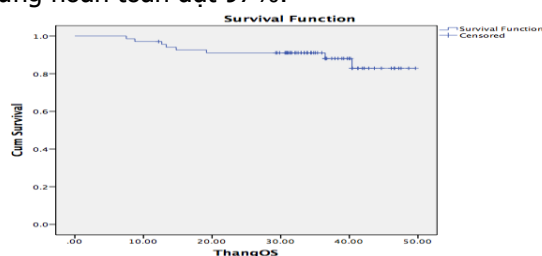
Đặc điểm	Số BN (n = 68)	%
Truồi trung bình (năm)	50,7 (29-74)	
Giới tính		
Nam	42	61,8
Nữ	26	38,2
Chỉ số toàn trạng		
Kanofsky 100 điểm	8	11,8
Kanofsky 90 điểm	30	44,1
Kanofsky 80 điểm	30	44,1
Giai đoạn T		
T1	18	26,5
T2	25	36,75
T3	25	36,75
Giai đoạn N		
N0	7	10,3
N1	39	57,4
N2	22	32,3
Giai đoạn M0	68	100
Giai đoạn bệnh		
IIB	28	41,2
III	40	48,8
Hoàn thành phác đồ điều trị		
Hóa xạ trị đồng thời với 6 đợt Cisplatin	44	64,7
Hóa xạ trị đồng thời với 5 đợt Cisplatin	13	19,1
Hóa xạ trị đồng thời với 1-4 đợt Cisplatin	11	16,2

Đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị 1 tháng	58	85,3
Đáp ứng một phần sau hóa xạ trị 1 tháng	10	14,7
Đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ trị 3 tháng	66	97
Đáp ứng một phần sau hóa xạ trị 3 tháng	2	3

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50,7, nam giới chiếm đa số với 61,8%, chỉ số toàn trạng Kanofsky 80-90 điểm chiếm 88,2 %, có 8 BN không có triệu chứng bệnh.

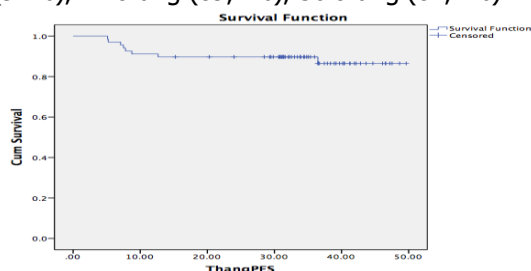
- Giai đoạn IIB và III là 41,2% và 48,8%, các giai đoạn T và N phân bố đều trên đối tượng nghiên cứu, có 7 BN N0.

- Tại thời điểm sau khi hóa xạ trị 1 tháng, Có 58 trường hợp đáp ứng hoàn toàn sau điều trị chiếm tỷ lệ 85,3%, có 10 trường hợp đáp ứng một phần chiếm tỷ lệ 14,7%, không có trường hợp nào bệnh không đáp ứng hoặc tiến triển trong quá trình điều trị. Sau 3 tháng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 97%.



Hình 1. Sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: 34,41 ± 9,15 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ: 12 tháng (97%), 24 tháng (89,7%), 36 tháng (84,1%).



Hình 2. Sống thêm không bệnh

Thời gian sống thêm không bệnh TB: 33,04 ± 10,74 tháng, Sống thêm không bệnh: 12 tháng (91,2%), 24 tháng (85,3%), 36 tháng (82,3%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 01/2018 đến tháng 4/2022 có 68 người bệnh được điều trị hóa xạ trị. Đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 1 và 3 tháng sau xạ trị lần lượt là

85,3%, 97% và 97%, 3%, chỉ còn 2 BN còn hạch cổ tồn dư trên khám lâm sàng và cận LS và hết hoàn toàn sau khi khám lại 3 tháng. Không có trường hợp nào bệnh không thay đổi hoặc tiến triển. Khi so sánh với phác đồ kinh điển Al-Sarraf[4] sử dụng cisplatin 100mg/m² da mỗi 3 tuần và xạ trị 3D, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 49%, ở nhóm xạ trị đơn thuần tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 36%. Theo nghiên cứu của Wee và cộng sự trên 111 BN giai đoạn II đến IV tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 86,5% và đáp ứng một phần là 4,5%, thời điểm đánh giá là 4 tháng sau xạ trị. Ở nhóm xạ trị đơn thuần, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 80,9% và đáp ứng một phần là 6,4%. Nghiên cứu không có kết luận về sự khác biệt giữa hai nhóm này[8]. Trong nghiên cứu với nhóm 249 BN UTVH giai đoạn III-IVB được hóa xạ trị đồng thời với cisplatin 40mg/m² hàng tuần trong 7 tuần theo sau hóa trị bổ trợ 3 chu kỳ PF, trong đó 43% BN được XT IMRT. Chen và cộng sự báo cáo tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và một phần tương ứng 99,6% và 0,4% tại thời điểm 16 tuần sau khi kết thúc xạ trị[5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao trên 97%, tương tự như 2 nghiên cứu trên. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao trong các nghiên cứu góp phần giải thích tính hiệu quả trong kiểm soát tại chỗ tại vùng của hóa xạ trị đồng thời nói chung và XTĐBL nói riêng trong UTVMH giai đoạn tiến triển. Trần Thị Kim Phượng nghiên cứu trên nhóm BN khá tương đồng và hóa trị phối hợp với liều cisplatin 30mg/m² da thấy kết quả đáp ứng hoàn toàn đạt 93,5%, tuy nhiên kỹ thuật xạ dùng cho nghiên cứu là 3D[1].

Cũng với phác đồ điều trị như vậy trên đối tượng các BN UTVH giai đoạn III-IV sử dụng xạ trị 3D. Các nghiên cứu đều cho thấy phác đồ hàng tuần có tỷ lệ đáp ứng rất cao, tuy nhiên nếu so sánh tỷ lệ thô thì thấp hơn nghiên cứu sử dụng kỹ thuật xạ điều biến liều của chúng tôi. Nhiều nghiên cứu khác cũng rút ra các nhận định về đáp ứng điều trị tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. So với xạ trị đơn thuần thì các phác đồ phối hợp hóa xạ trị dù là hóa trị tân bổ trợ, bổ trợ hay hóa-xạ trị đồng thời đều cho tỷ lệ đáp ứng cao hơn xạ trị đơn thuần. Điều này nói lên bản chất nhạy hóa trị của các ung thư vòm họng, đồng thời cho thấy tác động hiệp lực của hóa trị khi phối hợp với xạ trị. Hơn nữa, typ mô bệnh học trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều là ung thư biểu mô không biệt hóa, theo y văn đều khẳng định là typ đáp ứng tốt với hóa trị và xạ trị hơn các thể mô bệnh học khác.

Bảng 2: So sánh tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Giai đoạn	Phác đồ	Số BN	Tỷ lệ đáp ứng
Al- Sarraf RTOG-8117 1990	III-IV	HXT cisplatin 100mg/m ² mỗi 3 tuần xạ 3D	27	89
CUKH của Chan và CS 4/94-11/99	III-IV	Cisplatin 40mg/m ² +XT 3D	174	87,8
Thâm Quyển 7/02-9/05	III-IV	Cisplatin 40mg/m ² da hàng tuần +XT	158	84,5
NPC1 2009	III-IV	HCBT- Cisplatin 30mg/m ² da hàng tuần +XT	121	89
Đặng Huy Quốc Thịnh 2012	III-IV	Cisplatin 30mg/m ² da hàng tuần +XT 3D	121	75,2
Ngô Thanh Tùng và CS 2014 NPCIII	III-IV	Cisplatin 30mg/m ² da hàng tuần +XT 3D	89	91
Trần Thị Kim Phượng	IIB	Cisplatin 30mg/m ² da hàng tuần +XT		93,5
NC này	IIB-III	Cisplatin 40mg/m ² da hàng tuần +XT	68	97

Về sống thêm, dựa vào kết quả thu được và theo phương pháp Kaplan- Meier của phần mềm SPSS 20.0, qua theo dõi thời gian lên đến 49,64 tháng chúng tôi đã tính được thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: $34,41 \pm 9,15$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ: 12 tháng là 97%, 24 tháng 89,7% và 36 tháng là 84,1%. Thời gian sống thêm trung bình không bệnh là $33,04 \pm 10,74$ tháng, sống thêm không bệnh: 12 tháng là 91,2%, 24 tháng là 85,3% và 36 tháng là 82,3%. Theo Lin và cộng sự đánh giá 141 BN giai đoạn II đến IVB tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 95% số BN ở nhóm hóa xạ trị đồng thời. Nhóm xạ trị đơn thuần có 85,3% số BN đáp ứng hoàn toàn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P=0,01$. Tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ, không bệnh tương ứng là 72,3% và 71,6%, kết quả này cao hơn so với nhóm điều trị tia xạ đơn thuần, có ý nghĩa thống kê [7]. Theo nghiên cứu của Đặng Huy Quốc Thịnh (2012) tỷ lệ sống còn toàn bộ 05 năm của nhóm hóa-xạ trị đồng thời là 64%, cao hơn nhóm xạ trị đơn thuần là 47,1% [2]. Sự khác biệt này cũng rất có ý nghĩa thống kê ($p=0,0032$). Tương tự, sống còn không bệnh 05 năm ở nhóm hóa-xạ trị đồng thời cao hơn nhóm xạ trị đơn thuần (58,4% so với 43,9%, $p=0,0043$). Tác giả Trần Thị Kim Phượng (2018) nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh 1, 2, 3 năm lần lượt là 93,4%; 88,7% và 86% [1].

Những kết quả của các tác giả trên đề cho thấy việc phối hợp hóa xạ trị đặc biệt là xạ trị với kỹ thuật điều biến liều luôn mang lại kết quả tốt hơn so với điều trị tia xạ đơn thuần trong tỷ lệ khỏi bệnh, thời gian sống thêm cũng như mức độ đáp ứng điều trị. Hầu hết các tác giả đều

rằng để khẳng định thì cần phải có thêm nhiều thời gian theo dõi và làm thêm với số lượng lớn BN, với nhiều phác đồ khác nhau. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 97%, đáp ứng một phần đạt 3% tại thời điểm sau hóa xạ trị 3 tháng, không có trường hợp nào không đáp ứng hoặc tiến triển. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: $34,41 \pm 9,15$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ: 12 tháng là 97%, 24 tháng 89,7% và 36 tháng là 84,1%. Thời gian sống thêm trung bình không bệnh là $33,04 \pm 10,74$ tháng, sống thêm không bệnh: 12 tháng là 91,2%, 24 tháng là 85,3% và 36 tháng là 82,3%.

KIẾN NGHỊ

Hiện nay, theo khuyến cáo của các trung tâm điều trị ung thư trên thế giới và các hội nghị quốc tế về phòng chống ung thư đều khuyến cáo dùng kỹ thuật xạ trị điều biến liều cho BN UTVH với mục tiêu nâng cao hiệu quả điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Kim Phượng. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời trong ung thư vòm họng giai đoạn II tại bệnh viện K. in Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội 1-120 (2018).
2. Đặng Huy Quốc Thịnh. Hóa xạ trị đồng thời carcinoma vòm hầu giai đoạn tiến xa tại chỗ- tại vùng. in Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược 1-128 (2012).
3. Ngô Thanh Tùng. Nghiên cứu kết quả thử nghiệm lâm sàng pha II hóa xạ trị bệnh ung thư vòm họng giai đoạn II- IVB có di căn hạch N_{2,3} chưa di căn xa. Tạp chí ung thư học Việt Nam 2, 107 (2008).

4. **Al-sarraf, B. M. et al.** Randomized Intergroup Study 0099. *Society* **16**, 1310–1317 (1998).
5. **Chen, L. 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. *Lancet. Oncol.* **13**, 163–171 (2012).
6. **International Agency for Research on Cancer - World Health Organization.** GLOBOCAN 2020: Viet Nam - Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. Published December, 2020. Accessed December 27, 2022.
7. **Lin, J. C., Jan, J. S. & Hsu, C. Y.** Pilot study of concurrent chemotherapy and radiotherapy for stage IV nasopharyngeal cancer. *Am. J. Clin. Oncol.* **20**, 6–10 (1997).
8. **Wee, J. et al.** Randomized trial of radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy in patients with American Joint Committee on Cancer/International Union against cancer stage III and IV nasopharyngeal cancer of the endemic variety. *J. Clin. Oncol.* **23**, 6730–6738 (2005).

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH 128 DÂY CỦA PHÌNH ĐỘNG MẠCH VỠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Ngô Quang Chức*, Nguyễn Minh Hải**, Nguyễn Xuân Khái**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính 128 dãy của phình động mạch não vỡ. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 34 bệnh nhân được chụp và can thiệp nút phình động mạch não vỡ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ 10/2019 đến 7/2022. **Kết quả:** Về lâm sàng: điểm Glasgow trung bình $13,38 \pm 2,71$, 76,5% Hunt-Hess điểm 1-2, triệu chứng đau đầu chiếm 94,1%. Về hình ảnh: 50% XHDN hai bán cầu, 41,2% XHDN cả trên và dưới lều, 14,7% chảy máu nhu mô kết hợp 38,2% chảy máu não thất. Điểm Fisher 3 chiếm 58,8%; 4 chiếm 35,3%. 100% TP tại hệ cảnh, 88,2% cổ túi <4cm, 76,5% kích thước nhỏ; 85,3% túi dạng thùy múi, không đều, có nóm. Tỷ lệ co thắt mạch mang: 2,9%, biến thể mạch máu: 8,8%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính 128 dãy là phương tiện chẩn đoán quan trọng trong quy trình chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ.

Từ khóa: CLVT 128 dãy, phình động mạch não vỡ.

SUMMARY

SURVEY ON RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF RUPTURED CEREBRAL ANEURYSM IN 128-SLIDES CT SCAN

Object: Describe radiographic characteristics of ruptured cerebral aneurysm in 128-slides CT scan. **Method:** Retrospective combine with prospective research, on 34 patients who received 128-slide CT scan and coiled at Quang Ninh General Hospital from 7/2020 to 7/2022. **Result:** Clinical: average Glasgow score: $13,38 \pm 2,71$, 76,5% Hunt-Hess score 1-2, headache 94,1%. Morphology: 50% SAH both

hemispheres, 41,2% SAH at both supratentorium and infratentorium, 14,7% brain tissue hemorrhage, 38,2% ventricular hemorrhage. Fisher score 3: 58,8%, score 4: 35,3%. 100% aneurysms at carotid system, 88,2% aneurysm neck <4cm, 76,5% small size, 85,3% lobed, irregular, knobby border. Vasospasm 2,9%; vascular variant 8,8%. **Conclusion:** 128-slides CT scan is important to ruptured cerebral aneurysm diagnosis and treatment.

Keyword: 128-slides CT scan, ruptured cerebral aneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là hiện tượng giãn, lõm hoặc tạo thành túi ở thành động mạch não gặp với tỷ lệ khoảng 1-5% trong cộng đồng [1]. Trong khi đó, vỡ túi phình động mạch não chiếm 0,2-3% ở những người có túi phình [2]. 90% túi phình động mạch não thường được phát hiện khi có biến chứng vỡ gây chảy máu dưới màng nhện. Tỷ lệ vỡ túi phình động mạch não hàng năm trung bình là từ 10 đến 15 trường hợp trong 100.000 dân. Vỡ túi phình động mạch não với bệnh cảnh lâm sàng rất nặng nề, diễn biến của bệnh rất phức tạp với nhiều biến chứng: chảy máu tái phát, co thắt mạch máu não, giãn não thất, rối loạn cân bằng nước - điện giải và các biến chứng về tuần hoàn, hô hấp, vì vậy tỷ lệ tử vong cũng như di chứng rất cao.

Chọc dò dịch não tủy và chụp động mạch não số hóa xóa nền là "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán và định hướng điều trị vỡ túi phình động mạch não. Tuy nhiên chúng đều là các phương pháp xâm lấn. Hiện nay chụp cắt lớp vi tính 128 dãy là một phương pháp ít xâm lấn, thực hiện nhanh, giúp chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước và hình dạng của phình động mạch não vỡ.

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Chức

Email: chucqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022