

doi:10.3906/sag-2004-289

5. **Bilhim T, Pisco JM, Tinto HR, Fernandes L, Pinheiro LC, Furtado A, Casal D, Duarte M, Pereira J, Oliveira AG, O'Neill JE., (2012).** Prostatic arterial supply: anatomic and imaging findings relevant for selective arterial embolization. *Journal of Vascular and Interventional Radiology.*

23(11):1403-15.

<https://doi.org/10.1016/j.jvir.2012.07.028>
PMid:23101913.

6. **Pisco JM, Pinheiro LC, Bilhim T, Duarte M, Mendes JR, Oliveira AG., (2011).** Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia. *JVascIntervRadiol;* 22:11–19.

TỔN THƯƠNG DA VÀ ĐAU CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 19 - 8 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Triệu Thị Minh^{1,2}, Trương Quang Trung¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu thuần tập được thực hiện trên nhóm người bệnh ung thư có xạ trị tại Bệnh viện 19-8 nhằm (1) mô tả đặc điểm đau và tổn thương da của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu và (2) phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tổn thương da. 264 người bệnh được đánh giá và theo dõi trong thời gian 2020-2021. **Kết quả:** 70,8% người bệnh ung thư được xạ trị có tổn thương da theo thang RTOG ở mức độ 1-2 và rất ít tổn thương ở mức độ 3. Không có tổn thương da ở mức độ 4 và 5. Các biểu hiện thường gặp như ban đỏ, ngứa, rát da. Các triệu chứng hay xuất hiện trên da như cảm giác ấm nóng, rát da chiếm 33,3%; ngứa và khó chịu trên da chiếm 27,1%; đau/nhói như kim châm trên da chiếm 20,5%. Triệu chứng đau của người bệnh ung thư trong quá trình xạ trị được báo cáo là 64,3%. Nhóm người bệnh có thời gian điều trị trên 20 ngày, liều xạ trị trên 41 Gy, có nguy cơ tổn thương da cao hơn từ gấp 1,2 – 1,7 lần so với nhóm người bệnh còn lại. **Kết luận:** Cần chú ý chăm sóc và theo dõi tổn thương da sớm trên nhóm người bệnh có thời gian chiếu tia liều cao và kéo dài

Từ khóa: Đau, tổn thương da, người bệnh ung thư có xạ trị.

SUMMARY

PAIN AND SKIN REACTION CHARACTERISTICS AMONG CANCER PATIENTS WITH RADIATION THERAPY AT 19-8 HOSPITAL AND SEVERAL ASSOCIATED FACTORS

Prospective study has been conducted among cancer with radiation therapy at 19-8 Hospital to (1) describe pain and skin reaction characteristics among study participants and (2) explore several associated factors on skin reaction characteristics. 264 patients had been evaluated and monitored during 2020 – 2021. **Result:** 70.8% of cancer patient with radiation therapy had skind reaction as level 1 – 2 by RTOG and few patient with levels 3 of RTOG. Common skind

symptoms include redness, itching, and burning. Symptoms often appear on the skin such as a feeling of warmth, burning accounting for 33.3%; itching and discomfort on the skin accounted for 27.1%; pain / stinging like needles on the skin accounted for 20.5%. Pain symptoms of cancer patients during radiation therapy were reported in 64.3%. The group of patients with treatment time over 20 days, radiation dose above 41 Gy, had a higher relative risk of skin reaction from 1.2 to 1.7 times higher than the other group of patients. **Conclusion:** It is necessary to focus of caring and monitoring early skin lesions in the group of patients with high and prolonged exposure time.

Keyword: Pain, skin reaction characteristics, cancer patients with radiation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, có xu hướng ngày càng gia tăng, đặc biệt là các nước kém phát triển trong đó có Việt Nam. Ước tính rằng hơn 50% tổng số người bệnh ung thư được xạ trị trong suốt quá trình mắc bệnh của họ¹. Các liệu pháp bức xạ được sử dụng trong điều trị ung thư với mục đích điều trị triệt để, bổ trợ hoặc giảm nhẹ. Một số tác dụng phụ thường gặp trên người bệnh ung thư trong quá trình xạ trị như tổn thương da, mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, rụng tóc, viêm niêm mạc miệng... [2],[3]. Các phản ứng da do bức xạ hoặc viêm da bức xạ được báo cáo trong 95% trường hợp ung thư người bệnh đang xạ trị (RT)[4]. Những thay đổi trên da và đau trong quá trình xạ trị là những tác dụng phụ không mong muốn, có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như thẩm mỹ của người bệnh bao gồm ngứa, rát, sạm da, tróc vảy khô, bong tróc da, loét da...

Nguyên đơn Xạ trị thuộc Trung tâm Ung bướu BV 19-8 sử dụng máy xạ gia tốc tuyến tính Elekta Prise thực hiện các kỹ thuật chiếu xạ 3D, IMRT với số lượng trung bình 35 - 45 người bệnh hàng tháng và từ 600-900 lượt chiếu xạ. Đánh giá và phát hiện sớm biểu hiện tổn thương da và mức độ trong quá trình xạ trị giúp cho nhân viên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Minh

Email: triethiminh84ub198@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2021

Ngày phản biện luận án: 31/8/2021

Ngày duyệt bài: 29/9/2021

y tế (bác sĩ, kỹ thuật viên và điều dưỡng) có thể nâng cao công tác chăm sóc NB. Đồng thời, hiện nay có sự đa dạng và chưa kiểm soát về việc áp dụng các sản phẩm chăm sóc da trong quá trình xạ trị mà hiệu quả của việc sử dụng các nhóm sản phẩm này cần được chú ý thêm trong quá trình chăm sóc. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu:

- *Mô tả mức độ đau và đặc điểm tổn thương trên da của người bệnh ung thư được xạ trị tại bệnh viện 19-8 năm 2020-2021.*

- *Phân tích một số yếu tố liên quan đến đặc điểm tổn thương trên da của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh ung thư được xạ trị tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện 19-8 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người bệnh được chẩn đoán ung thư có chỉ định xạ trị từ tháng 07/2020 đến tháng 03/2021.

- Người bệnh được xạ trị lần đầu, chỉ số toàn trạng EOCG từ 0-2; Karnofsky > 60%.

- Người bệnh tỉnh táo, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ gồm người bệnh không có gián đoạn quá trình xạ trị, thời gian xạ trị dưới 10 ngày, không mất sự toàn vẹn trên da khu vực cơ thể được xạ trị và mắc bệnh vẩy nến hoặc lupus ban đỏ.

Phương pháp chọn mẫu: Xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu của Lwanga và Lemeshow (1991)[5]:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Với $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỷ lệ người bệnh được đánh giá tổn thương da khi sử dụng phương pháp chăm sóc da là 0,8 (Catherine M.M) và $d = 0,05$, cỡ mẫu dự kiến là 264..

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thuận tập tiến cứu

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu mẫu được sử dụng gồm 3 phần. Phần I: thu thập thông tin chung của người bệnh (tuổi, giới, nơi ở.) và đặc điểm bệnh tật và điều trị của người bệnh. Phần II: Là thang đo đau và tổn thương trên da (The Pain and Skin problem survey) của Gewandter [7] khai thác 8 triệu chứng với mức độ đau trên da theo thang Likert 4 mức độ từ Không đau/ tổn thương (0 điểm) đến mức độ rất nhiều tổn thương (3 điểm). Điểm tổng thang đo trong khoảng 0 – 32 điểm, với điểm càng cao, mức độ tổn thương – đau trên da càng lớn. Thang đo này được đánh giá định kỳ trước mỗi lần xạ trị (trung bình 10 lần liên

tiếp) theo ngày trong quá trình xạ trị theo từng lịch trình của mỗi của người bệnh ung thư có xạ trị. Thang đo Wong Baker khuôn mặt được sử dụng để đánh giá đau do ung thư và liên quan đến ung thư với 6 mức độ từ Không đau đến mức độ đau không chịu được. Phần III là thang đo RTOG của Hiệp hội xạ trị Mỹ [8] với điểm càng cao, mức độ tổn thương – đau trên da càng lớn;

2.4. Quy trình nghiên cứu: Người bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập các thông điều trị theo bệnh án. Sau khi người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu được lập kế hoạch xạ trị, chụp CT mô phỏng, ghi lại các kết quả theo bệnh án nghiên cứu mẫu. Bác sĩ xạ trị tư vấn trực tiếp, giải thích về kế hoạch xạ trị, các tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình chiếu xạ. Điều dưỡng viên và kỹ thuật viên tham gia nhóm nghiên cứu sẽ hướng dẫn hoạt động tự chăm sóc cho người bệnh sau khi chụp CT mô phỏng bằng tư vấn trực tiếp hoặc tài liệu, tờ rơi. Việc đánh giá tổn thương da diện xạ trị và đau được bác sĩ xạ trị cùng điều dưỡng tiến hành vào thời điểm sau 2,4,6,7 tuần và 01 ngày trước khi người bệnh xuất viện.

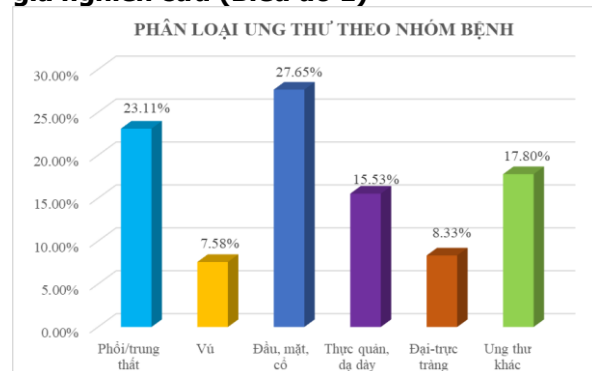
2.5. Phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập và làm sạch được nhập vào máy tính và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 264 người bệnh được đánh giá và theo dõi. Tuổi trung bình của người tham gia nghiên cứu là $56,6 \pm 11,8$ với trẻ nhất 20 (0,8%), nhiều tuổi nhất là 80 (0,4%) trong đó nhóm < 60 tuổi chiếm 55,7%; nam giới chiếm đa số (67%).

3.1. Một số đặc điểm bệnh người tham gia nghiên cứu (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 1. Phân loại ung thư theo nhóm bệnh 33,3% người bệnh đang trong giai đoạn ung

thư tiến triển nhưng chưa có di căn, và 66,7% người bệnh đã có di căn.

Nhận xét: Ung thư đầu-mặt-cổ (bao gồm ung thư vòm, não, hạ họng thanh quản...) có tỷ lệ cao nhất (27,7%), thấp nhất là ung thư đại-trực tràng (8,3%) và ung thư vú (7,6%)

Thời gian xạ trị trung bình 23± 7,3 ngày và quá trình xạ trị trong khoảng 2 – 7 tuần liên tục. Liều xạ trị trung bình là 44,9 ± 13 Gy, với liều thấp nhất từ 27Gy (3%) và cao nhất là 70Gy (6,1%), phân số liều hàng ngày từ 180cGy - 300cGy. Khu vực cơ thể được tia xạ nhiều nhất là vùng đầu/mặt/cổ (44,3%) và thấp nhất là khoang bụng chi (1,5%).

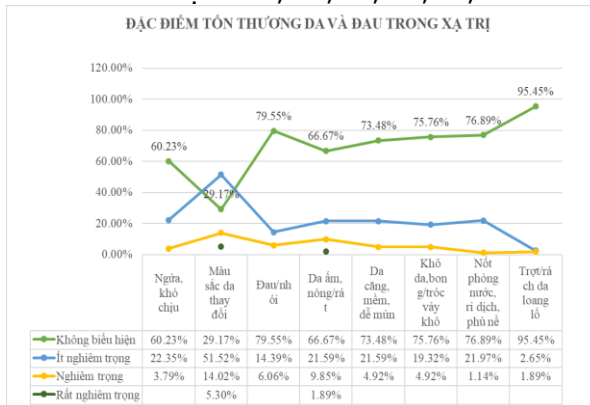
3.2. Đặc điểm tổn thương da và đau.

Thang điểm RTOG được sử dụng để mô tả mức độ tổn thương da trong suốt quá trình theo dõi người bệnh tham gia nghiên cứu. Biểu đồ 2 mô tả các mức độ tổn thương của người bệnh trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 1. Tổn thương da biểu hiện trên nhóm bệnh ung thư

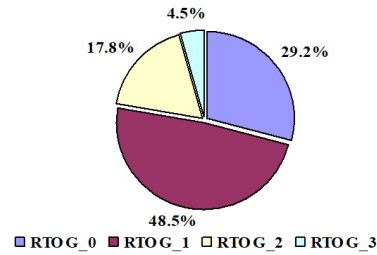
Tổn thương da RTOG	Nhóm bệnh ung thư (n=264)					
	Vú (n=20)	TQ -DD (n=41)	Phổi-TT (n=61)	Đầu-mặt-cổ (n=73)	Đại-Trực/tràng (n=22)	UT khác (n=47)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Độ 0	0 (0)	8(19,5)	26(42,6)	13(17,8)	18(81,8)	12(25,2)
Độ 1	13 (65)	24(58,2)	28(45,9)	38(52,1)	2(9,1)	23(48,9)
Độ 2	4(20)	9(22)	7(11,5)	14(19,2)	2(9,1)	11(23,4)
Độ 3	3(15)	0(0)	0(0)	8(11)	0(0)	1(2,1)

Nhận xét: Có ba nhóm bệnh ung thư được xạ trị trải qua cả 03 mức độ tổn thương da theo thang RTOG từ 1-3 trong đó NB ung thư vú chiếm tỷ lệ tổn thương da cao nhất 100% (20/20); tiếp đó là đến nhóm bệnh ung thư đầu-mặt-cổ là 82,3%, ung thư khác là 74,5%. Nhóm bệnh ung thư thực quản-dạ dày, phổi-trung thất và nhóm ung thư đại-trực tràng có tỷ lệ tổn thương da trải qua 02 mức độ tổn thương da RTOG1-2 lần lượt là 80,2%; 57,4%; 18,2%.



Biểu đồ 3. Đặc điểm tổn thương trên da và đau

TỶ LỆ TỔN THƯƠNG DA ĐÁNH GIÁ THEO RTOG

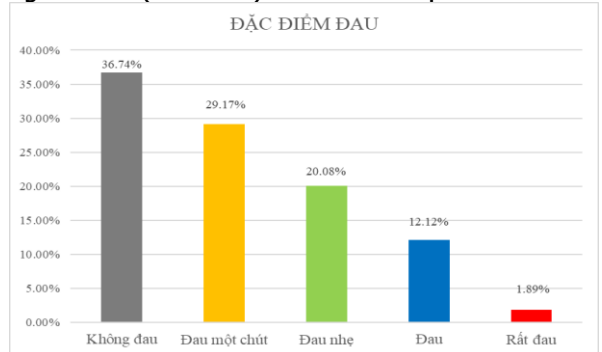


Biểu đồ 2. Đánh giá tổn thương da theo RTOG

Nhận xét: 29,2% người bệnh không có biểu hiện tổn thương da (RTOG_0). Tỷ lệ người bệnh có tổn thương mức độ RTOG_1 là 48,5% (các biểu hiện ban đỏ, ngứa rất nhẹ, rụng lông, khô da, tróc vảy khô); Tổn thương mức độ RTOG_2 là 17,8% (các biểu hiện đỏ da, da mềm ẩm ướt, tróc vảy ẩm loang lổ, phù nề) và tổn thương mức độ RTOG_3 với da sạm/sâm, tróc vảy ẩm ướt loang lổ, phù nề. Không có tổn thương mức độ RTOG_4 (loét chảy máu); RTOG_5 (Tử vong).

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương chiếm cao nhất là 70,8% người bệnh với biểu hiện thay đổi màu sắc da cấp độ, và tỷ lệ thấp nhất là tình trạng trợt da, rách da loang lổ chiếm 4,6%.

Ngoài việc sử dụng thang đo RTOG của Hiệp hội xạ trị Mỹ [8] trong mô tả các đặc điểm tổn thương da do xạ trị, nghiên cứu còn mô tả 8 loại tổn thương ở da đánh giá theo thang đo PSP của Gewandter [7]. Tất cả loại tổn thương này đều xuất hiện trên nhóm người bệnh xạ trị tham gia nghiên cứu (biểu đồ 4) với các mức độ khác nhau.



Biểu đồ 4. Đặc điểm đau trình quá trình xạ trị theo thang điểm Wong-Baker

Nhận xét: Mức độ đau nhẹ đến rất đau chiếm 34,1%

3.3. Một số yếu tố liên quan đến điều trị. Thời gian xạ trị ung thư và đặc điểm tổn thương da được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên da và đau theo thời gian xạ trị

Triệu chứng trên da	Sau 2 tuần	Sau 4 tuần	Tuần 6	Trên 6 tuần
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ngứa, khó chịu	10 (14,5)	19(27,5)	18(26,1)	22(31,9)
Màu sắc da thay đổi từ đỏ sang sẫm màu hoặc bạc màu	31(16,6)	78(41,7)	54(28,9)	24(12,8)
Đau/nhói (kim châm) trên da	4(7,4)	15(27,8)	19(35,2)	16(29,6)
Da ấm, nóng/rát	4(4,5)	31(35,2)	31(35,2)	22(25)
Da căng, mềm mỏng, dễ mụn	0(0)	23(32,9)	29(41,4)	18(25,7)
Khô da, bong/tróc vảy khô	1(1,6)	15(23,4)	29(45,3)	19(29,7)
Nốt phỏng nước, rỉ dịch, phù nề	0(0)	17(27,9)	25(41)	19(31,1)
Trợt/rách da loang lỗ	0(0)	3(25)	1(8,3)	8(66,7)

Nhận xét: Bắt đầu từ sau tuần thứ 4 trở đi các triệu chứng tổn thương trên da và đau được mô tả trên bảng 2 đều xuất hiện đầy đủ với sự thay đổi màu da là nhiều nhất chiếm 41,7% và tình trạng khô da, bong tróc vảy khô là thấp nhất chiếm 23,4%. Từ tuần thứ 6 và kéo dài sau đó đến hết liệu trình xạ trị tình trạng khô da, tróc vảy khô, nốt phỏng nước rỉ dịch và trợt/rách da xuất hiện nhiều hơn với tỷ lệ là 45,3%; 41% và 66,7%.

Bảng 3: Mức độ tổn thương da ở các liều chiếu xạ khác nhau.

Mức độ tổn thương	21-30Gy n (%)	31-40Gy n (%)	41-50Gy n (%)	51-60Gy n (%)	61-70Gy n (%)
RTOG_0	42(53,2)	21(26,6)	15(19)	1(1,3)	0(0)
RTOG_1-3	33(17,8)	33(17,8)	44(23,8)	54(29,2)	21(11,4)
Tổng(n=264)	75	54	59	55	21

Nhận xét: Không tổn thương da (RTOG_0) trên NB ung thư được xạ trị với liều tia xạ dưới 30Gy (53,2%). Tổn thương da mức độ từ 1 đến 3 (RTOG_1-3) nhiều nhất ở liều xạ trên 50Gy (29,4%) và tất cả người bệnh có xạ trị liều từ 61-70Gy đều có tổn thương ở mức tia xạ này.

3.4. Tương quan giữa một số yếu tố với tổn thương da được tìm hiểu thông qua thống kê phân tích được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tổn thương da

Yếu tố		Có tổn thương (n, %)	Không có tổn thương (n, %)	Chỉ số RR, p
Tuổi	< 60 tuổi	105 (71,4)	42 (28,6)	RR=1,05, p=0,59
	≥ 60 tuổi	80 (68,4)	37 (31,6)	
Thời gian xạ trị	>20 ngày	125 (88)	17 (12)	RR=1,79, p<0,001
	≤ 20 ngày	60 (49,2)	62 (50,8)	
Liều xạ trị	41 – 70 Gy	119 (88,1)	16 (11,9)	RR=1,72, p<0,001
	< 41 Gy	66 (51,2)	61 (48,8)	
Phân số liều xạ	180 cGy	30(16,2)	29(36,7)	RR= 0,67 p<0,0031
	>181 cGy	155(83,3)	50(63,3)	
Tiền sử hút thuốc lá	Không	97 (76,4)	30 (23,6)	RR=1,19, p=0,03
	Có	88 (64,2)	49 (35,8)	
Tiền sử dùng rượu bia	Không	108 (78,3)	30 (21,7)	RR=1,28, p=0,03
	Có	77 (61,1)	49 (38,9)	

Nhận xét: Nhóm người bệnh có thời gian điều trị trên 20 ngày có nguy cơ tổn thương gấp 1,79 lần so với nhóm người bệnh xạ trị dưới 20 ngày (RR=1,79, p<0,001); liều xạ trị trên 41 Gy có nguy cơ tổn thương da gấp 1,72 lần so với nhóm người bệnh nhận liều dưới 41Gy

(RR=1,72, p<0,001), nhóm người bệnh không hút thuốc lá, không sử dụng rượu bia có nguy cơ tổn thương da cao gấp 1,19 đến 1,28 lần so với nhóm người bệnh hút thuốc lá, có sử dụng rượu bia (RR=1,19, p=0,03, và RR=1,28, p=0,03).

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương da và đau thường gặp nhất trong quá trình xạ trị người bệnh ung thư. Những tổn thương da bức xạ này có thể phát sinh ở bất kỳ người bệnh ung thư nào có xạ trị chùm tia ngoài với các biểu hiện cấp tính như ngứa, rát, thay đổi màu sắc da, đau nhói trên da,... và có thể dẫn đến chậm trễ điều trị, giảm chất lượng cuộc sống.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Salvo và cộng sự trên 203 người bệnh ung thư được xạ trị có phản ứng da trung bình đến nặng (theo thang RTOG_2 đến 3) là 85-87%, tỷ lệ người bệnh ung thư xạ trị có tổn thương da trong nghiên cứu này thấp hơn hẳn với phản ứng da trung bình đến nặng chỉ chiếm tỷ lệ là 22,3% và mức độ tổn thương da cấp tính (thang RTOG_1) trên người bệnh ung thư được xạ trị có sự tương đồng với nghiên cứu của Gonul Duzgun và cộng sự. Ngoài ra, tỷ lệ tổn thương mức độ RTOG_4 và 5 trong nghiên cứu của Gonul Duzgun là 8,3%, cao hơn rất nhiều kết quả nghiên cứu được thực hiện ở bệnh viện 198. Một số nguyên nhân có thể lý giải liên quan đến đặc điểm của người bệnh (chủng tộc, nhóm ung thư) và một số các yếu tố liên quan đến điều trị, người bệnh và tuân thủ quá trình chăm sóc da của NB ung thư có xạ trị.

Dù ở liều chiếu xạ nào người bệnh cũng đều có tổn thương da trải qua các mức độ khác nhau. Độc tính của xạ trị được tích lũy liều trên da có xu hướng tăng dần theo thời gian với kết quả được mô tả trong Bảng 2,3. Từ tuần thứ 6 trở đi tổn thương trên da rõ rệt hơn và tình trạng nặng nề hơn với tỷ lệ RTOG_3 chiếm 4,5% kèm theo đó là các triệu chứng đau/nhói như kim châm, nốt phỏng nước, rỉ dịch và trợt rách ra loang lổ có thể gây ra nhiều sự khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu Gewandter⁷ cho thấy yếu tố thời gian và liều xạ trị có liên quan mật thiết với các triệu chứng tổn thương trên da và đau trên 106 người bệnh ung thư có xạ trị với $p=0,014$, CI 95% [0,217, 1,896].

Trải nghiệm đau đớn trong bệnh ung thư dường như là một mối đe dọa lớn đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh và việc giảm đau đã trở thành một ưu tiên trong chăm sóc ung thư. Đau do ung thư được chia thành hai loại gồm đau do cảm thụ và đau thần kinh, là kết quả trực tiếp từ sự xâm nhập của ung thư trên các dây thần kinh ngoại vi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh báo cáo đau chiếm 63,3% với $p=0,06$, R2 hiệu chỉnh là 0,025, 95% CI[-0,94 đến -0,16]

tương đương với nghiên cứu của Van den Beuken-van Everdingen cùng cộng sự với tỷ lệ 64% (CI 58-69%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với nghiên cứu của Dantigny thống kê trên 91 NB ung thư được xạ trị. Điều trị giảm đau trong ung thư tại trung tâm của chúng tôi được thực hiện theo hướng dẫn theo thang WHOAL 3 mức độ và trong quá trình xạ trị NB ung thư có đau đều được sử dụng thuốc giảm đau dạng steroid và non-steroid theo từng mức độ đau khác nhau với các loại thuốc thường gặp như paracetamol, ultracet, ketorolac và morphin...

Với việc sử dụng thống kê phân tích đánh giá nguy cơ rủi ro (RR) trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng thời gian xạ trị càng kéo dài thì người bệnh có nguy cơ tổn thương cao gấp gần 2 lần so với nhóm xạ ngắn ngày với ($p<0,0001$, RR=1,79), liều xạ trị trên 41 Gy có nguy cơ tổn thương da gấp đôi so với nhóm người bệnh nhận liều dưới 41Gy (RR=1,72, $p<0,001$). Sử dụng mô hình hồi quy Cox càng chứng minh rõ yếu tố liều xạ trị, phân số liều chiếu xạ trị càng giảm đi thì nguy cơ tổn thương da và đau của người bệnh trong quá trình xạ trị càng giảm với $p=0,000$, 95% CI[0,899-930] và HR (hazard risk) là 0.914, có ý nghĩa thống kê; giai đoạn bệnh sớm cũng sẽ khiến người bệnh giảm bớt nguy cơ tổn thương da và đau trong xạ trị. Các nhân tố liên quan như tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá, sử dụng bia rượu đều không phải là nguy cơ gây ra tăng tổn thương da và đau cho người bệnh ung thư có xạ trị.

V. KẾT LUẬN

Đa số tình trạng tổn thương da trên người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dừng lại ở mức độ 1 đến 3 theo đánh giá của RTOG và trải qua 8 triệu chứng tổn thương trên da và đau như: thay đổi màu da, ngứa, rát, đau... Không có tổn thương mức độ 4,5 (RTOG). Các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê gồm liều xạ trị, phân số liều xạ trị tỷ lệ thuận với thời gian chiếu xạ, liều xạ càng cao, phân số liều càng lớn thì tổn thương da và đau đều có nguy cơ tổn thương da càng lớn. Đây là những đánh giá có ý nghĩa đối với điều dưỡng chăm sóc người bệnh ung thư có xạ trị nhằm duy trì tính toàn vẹn trên da, tăng sự thoải mái của họ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown KR, Rzucidlo E.** Acute and chronic radiation injury. Elsevier; 2011.
2. **Williams PA, Cao S, Yang D, Jennelle RL.** Patient-reported outcomes of the relative severity of side effects from cancer radiotherapy.

- Supportive Care in Cancer. 2020;28(1):309-316.
3. **Wilkie JR, Mierzwa ML, Yao J, et al.** Big data analysis of associations between patient reported outcomes, observer reported toxicities, and overall quality of life in head and neck cancer patients treated with radiation therapy. *Radiotherapy and Oncology*. 2019;137:167-174.
 4. **Ryan JL.** **Ionizing radiation:** the good, the bad, and the ugly. *Journal of Investigative Dermatology*. 2012;132(3):985-993.
 5. **Lwanga SK, Lemeshow,** Stanley & World Health Organization. *Sample size determination in health studies : a practical manual / S. K. Lwanga and S. Lemeshow.* World Health Organization. Accessed 20/6, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
 6. **Mannix CM, Bartholomay MM, Doherty CS,** Lewis M, Bilodeau M-LC. A feasibility study of low-cost, self-administered skin care interventions in patients with head and neck cancer receiving chemoradiation. *Clinical journal of oncology nursing*. 2012;16(3)
 7. **Gewandter JS, Walker J, Heckler CE, Morrow GR, Ryan JL.** Characterization of skin reactions and pain reported by patients receiving radiation therapy for cancer at different sites. *The journal of supportive oncology*. 2013;11(4):183.
 8. **Cox JD.** Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;31:1341-1346.

GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ BẠCH MẠCH QUA HẠCH BỆN TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ ỐNG NGỰC

Trần Nguyễn Khánh Chi¹, Nguyễn Ngọc Cương²,
Lê Tuấn Linh², Phạm Hồng Cảnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị của phương pháp chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn trong chẩn đoán rò ống ngực so với chụp bạch mạch số hóa xóa nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 25 bệnh nhân được chẩn đoán rò dịch đường chấp (18 nữ, 7 nam; 21 bệnh nhân sau chấn thương, 4 bệnh nhân không do chấn thương) được chụp cộng hưởng từ và số hóa xóa nền đường bạch huyết qua hạch bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021. **Kết quả:** Vị trí tổn thương ống ngực thường gặp là đoạn cổ với 12/25 bệnh nhân (48%) và đoạn ngực với 10/25 bệnh nhân (40%). Hình thái tổn thương ống ngực dạng thoát thuốc gặp nhiều nhất 18/25 bệnh nhân (72%). Với hình thái tổn thương nhánh bên, cộng hưởng từ (CHT) so với chụp số hóa xóa nền (DSA) có độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 91%. Về khả năng phát hiện đường rò, CHT so với DSA có độ nhạy 91.7%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 33.3%. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn hai bên là kỹ thuật có nhiều ưu điểm so với các phương pháp chụp hình hệ bạch mạch trước đây, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phát hiện rò ống ngực.

Từ khóa: Cộng hưởng từ bạch mạch, ống ngực, rò dưỡng chấp.

SUMMARY

VALUE OF INTRANODAL DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE LYMPHAGIOGRAPHY (DMRL) IN DETECTING THORACIC DUCT LEAK

Purpose: To compare the value of intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography (DMRL) with Digital subtraction lymphangiography (DSA) in detecting thoracic duct leak. **Materials and methods:** 25 patients diagnosed with chylous leak (18 women, 7 men; 21 traumatic chylous, 4 nontraumatic chylous) underwent intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography and digital subtraction lymphangiography at Radiology center of Hanoi Medical University Hospital from June 2019 to August 2021. **Results:** The results showed that the common locations of thoracic duct injury were the neck segment in 12/25 patients (48%) and the thoracic segment with 10/25 patients (40%). The most common form of thoracic duct lesions was extravation in 18/25 patients (72%). With lateral branch lesion morphology, DMRL compared with DSA has a sensitivity of 60%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 91%. Regarding the ability to detect fistula, DMRL compared with DSA has a sensitivity of 91.7%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 33.3%. **Conclusion:** Intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography is a technique that has many advantages compared to previous methods of imaging the lymphatic system, with high sensitivity and specificity in detecting thoracic duct leak.

Keyword: MR lymphangiography, thoracic duct, chyle leak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống ngực là mạch bạch huyết lớn nhất cơ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ: Trần Nguyễn Khánh Chi

Email: khanhchi.trannnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2021

Ngày phản biên khoa học: 8/9/2021

Ngày duyệt bài: 30/9/2021