

# Kết quả sớm điều trị hóa xạ trị triệt căn sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều ở bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 trên tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

## Early results of definitive concurrent chemoradiation therapy using intensity modulated radiotherapy technique in upper-third esophageal cancer patients at Hanoi Oncology Hospital

Bùi Vinh Quang, Nguyễn Hoài Nam, Đỗ Tất Cường,  
Trần Quang Kiên, Phạm Anh Đức, Phan Văn Quân,  
Dương Thị Vân Anh

Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng phụ sớm hoá - xạ trị triệt căn sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT) ở bệnh nhân ung thư thực quản (UTTQ) 1/3 trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 31 bệnh nhân (BN) UTTQ 1/3 trên được hóa - xạ trị triệt căn sử dụng kỹ thuật IMRT với phác đồ hóa chất cisplatin/5FU trong năm 2022 tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Đánh giá đáp ứng sau điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Đánh giá tác dụng phụ sớm theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0. **Kết quả:** Có 83,9% BN cải thiện triệu chứng nuốt nghẹn. Đáp ứng hoàn toàn 19,4%, một phần 61,2%, ổn định 9,7% và tiến triển 9,7%. Có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng theo giai đoạn bệnh và liều xạ trị ( $p < 0,05$ ). Các tác dụng phụ sớm chủ yếu độ 1-2 bao gồm viêm da 61,3%, viêm thực quản 96,8%, nôn 62%, thiếu máu 35,5%, hạ bạch cầu 19,4%; tác dụng phụ độ 3-4 gặp ở 12,8% bệnh nhân. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời triệt căn sử dụng kỹ thuật IMRT trên bệnh nhân UTTQ 1/3 trên là phác đồ an toàn, cho hiệu quả điều trị cao.

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

### Summary

**Objective:** This study aims to evaluate treatment response and acute side effects of definitive concurrent chemoradiation therapy with intensity-modulated radiotherapy (IMRT) technique in upper-third esophageal cancer patients. **Subject and method:** An interventional study on 31 upper-thirds esophageal cancer patients treated by definitive concurrent chemoradiation therapy using IMRT technique with cisplatin/5FU regimen at Hanoi Oncology Hospital in 2022. Treatment response and acute side effects were assessed by RECIST 1.1 and CTCAE 5.0, respectively. **Result:** 83.9% of patients had dysphagia improvement. Treatment response rates were: Complete response 19.4%, partial response 61.2%, stable disease 9.7%, and progressive disease 9.7%. There were significant differences in response rates among disease stage and radiation dose ( $p < 0.05$ ). The most side effects were grade 1-2, including dermatitis (61.3%), esophagitis (96.8%), vomiting (62%), anemia (35.5%), and neutropenia (19.4%); 4

Ngày nhận bài: 27/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 8/4/2023

Người phản hồi: Phan Văn Quân, Email: [phanquanhmu@gmail.com](mailto:phanquanhmu@gmail.com) - Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

patients (12.8%) were suffered from grade 3-4. *Conclusion:* Definitive concurrent chemoradiation with IMRT technique in upperthird esophageal cancer patients was safe and efficacy.

*Keywords:* Upper-third esophageal cancer, definitive concurrent chemoradiation therapy, IMRT.

## 1. Đặt vấn đề

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính, thường bắt nguồn từ các tế bào biểu mô của lớp niêm mạc thực quản. UTTQ là bệnh lý ác tính đứng thứ 7 trong nhóm các bệnh có tỷ lệ mới mắc cao nhất (572.000 ca mới mắc) và có tỷ lệ tử vong cao đứng thứ 6 trong các bệnh ung thư (509.000 ca tử vong). Với những tiến 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 [1]. 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 thấp do khó nâng liều điều trị triệt căn tại u trong khi và gây nhiều tác dụng phụ cho bệnh nhân (BN) do khả năng che chắn cơ quan lành còn hạn chế. 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 xạ khác nhau đồng thời vào nhiều thể tích điều trị, 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 [2]. 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 với mục tiêu: *Đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng phụ sớm của hóa-xạ trị triệt căn sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều ở bệnh nhân UTTQ 1/3 trên.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 31 BN ung thư thực quản 1/3 trên được hóa - xạ triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2022.

### *Tiêu chuẩn lựa chọn BN*

BN chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học qua nội soi sinh thiết là ung thư biểu mô vảy.

Vị trí u ở thực quản 1/3 trên (từ miệng thực quản tới carina trên CLVT).

BN không có chỉ định phẫu thuật, thể trạng không cho phép phẫu thuật, hoặc BN từ chối phẫu thuật.

Tuổi từ 18-75.

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  $> 2G/l$ , tiểu cầu  $> 100G/l$ , 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*

U xâm lấn khí quản, phế quản.

Ung thư kết hợp trong vòng 5 năm.

BN mắc các bệnh nặng phối hợp.

Dị ứng với hóa chất của phác đồ.

### 2.2. Phương pháp

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:

Đánh giá lâm sàng trước điều trị: tên, tuổi, giới, tiền sử, lý do vào viện, các triệu chứng lâm sàng, chỉ số ECOG.

Chẩn đoán giai đoạn bệnh: 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.

Hội chẩn lên phác đồ điều trị, kỹ thuật xạ trị (xem bước 2).

**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) [3].

Hóa trị: Phác đồ cisplatin - 5FU (Cisplatin: 75mg/m<sup>2</sup> diện tích cơ thể, truyền tĩnh mạch ngày 1; 5FU: 750mg/m<sup>2</sup> diện tích cơ thể, truyền tĩnh mạch ngày 1-4, chu kỳ 28 ngày × 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 50,4Gy phân liều 1,8Gy/ngày, liều u và hạch nguyên phát 60-66Gy. 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*

Đánh giá giai đoạn bệnh theo AJCC 8.

Đánh giá đáp ứng cơ năng theo thang điểm bệnh nhân tự đánh giá.

Đáp ứng sau điều trị theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho khối u đặc RECIST 1.1 [3].

Đánh giá tác dụng phụ theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên bản 5.0.

Đánh giá tác dụng phụ cấp tính do xạ trị theo RTOG.

**3. Kết quả****3.1. Đánh giá đáp ứng cơ năng và thực thể****Bảng 1. Đáp ứng cơ năng và thực thể**

Đáp ứng cơ năng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
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 theo RECIST 1.1</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 1 phần (61,2%). Chỉ có 9,7% BN bệnh tiến triển.

**3.2. Một số yếu tố liên quan đáp ứng điều trị****Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đáp ứng điều trị**

Yếu tố	Tình trạng đáp ứng	Đáp ứng		Không đáp ứng		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Giai đoạn (n = 31)	II	8	100	0	0	0,092
	III	11	84,6	2	15,4	
	IVa	6	60,0	4	40,0	

Yếu tố	Tình trạng đáp ứng	Đáp ứng		Không đáp ứng		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Độ biệt hóa mô bệnh học (n = 31)	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	60Gy	20	76,9	6	23,1	0,232
	66Gy	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).

### 3.3. Một số yếu tố liên quan với đáp ứng theo RECIST

**Bảng 3. Liên quan giai đoạn bệnh với đáp ứng theo RECIST 1.1**

			Đáp ứng theo RECIST 1.1				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 4. Liên quan liều hóa chất với đáp ứng theo RECIST**

			Đáp ứng theo RECIST 1.1				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 1.1 giữa các liều hóa chất trong điều trị (p=0,084).

**Bảng 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 ( $p=0,003$ ).

### 3.4. Tác dụng phụ

*Tác dụng phụ do xạ trị*

**Bảng 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 7. Tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa**

Tác dụng phụ	Độ I		Độ II		Độ III-IV		Độ V	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	14	45,2	5	16,1	2	6,4	0	0
Viêm thực quản	19	61,3	11	35,5	1	3,2	0	0
Viêm phổi	11	35,5	5	16,1	0	0	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 8. Tác dụng phụ trên hệ huyết học**

	Độ I		Độ II		Độ III-IV		Độ V	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	4	12,9	2	6,5	1	3,2	0	0
Giảm bạch cầu trung tính	1	3,2	1	3,2	0	0	0	0

	Độ I		Độ II		Độ III-IV		Độ V	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm huyết sắc tố	7	22,6	4	12,9	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	3	9,7	2	6,4	0	0	0	0
Tăng men gan	5	16,1	0	0	0	0	0	0
Tăng creatinin	2	6,5	0	0	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%.

#### 4. Bàn luận

##### 4.1. 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), 58,1% BN có các triệu chứng cơ năng thuyên giảm (đờ nghẹn, đờ đau sau xương ức). 2 BN (6,4%) có triệu chứng lâm sàng không cải thiện (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% có đáp ứng với điều trị. Trong đó, có 19,4% BN đáp ứng hoàn toàn, 61,2% BN đáp ứng 1 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% [4]. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của chúng tôi có cao hơn tác giả. Có thể giải thích điều này do các BN trong nghiên cứu của chúng tôi được xạ trị với liều cao hơn (60-66Gy so với liều 50,4-60Gy). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu được công bố 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 tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (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 tỷ 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 biệt rõ rệt 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 biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm xạ trị u và hạch nguyên phát 60 và 66Gy, với  $p=0,003$ . Nhóm được xạ trị u và hạch nguyên phát với liều 66Gy 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.

##### 4.2. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ do xạ trị: Hơn một nửa các BN nghiên cứu 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 1 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 (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 CTCAE 5.0, 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 bạch cầu trung tính. Các bệnh nhân này được dùng thuốc kích bạch cầu và bạch cầu trung tính nhanh chóng trở về bình thường sau 1 đến 2 ngày. 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% [5]. 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.

## 5. Kết luận

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng phụ sớm hoá - xạ trị triệt căn sử dụng kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT) ở bệnh nhân ung thư thực quản (UTTQ) 1/3 trên. Có 31 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, 83,9% bệnh cải thiện triệu chứng nuốt nghẹn, tỷ lệ 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  $p=0,084$ . 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 (2018) *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin. 68(6): 394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Feng FY, Kim HM, Lyden TH, Haxer MJ, Feng M, Worden FP, Chepeha DB, Eisbruch A (2007) *Intensity-modulated radiotherapy of head and neck cancer aiming to reduce dysphagia: Early dose-effect relationships for the swallowing structures*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 68(5):1289-98. doi: 10.1016/j.ijrobp.2007.02.049.
3. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J et al (2009) *New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1)*. Eur J Cancer. 45(2): 228-247. doi:10.1016/j.ejca.2008.10.026.
4. Vũ Văn Thạch (2020) *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.
5. Lee SS, Kim SB, Park SI, Kim YH, Ryu JS, Song HY, Shin JH, Jung HY, Lee GH, Choi KD, Cho KJ, Kim JH (2007) *Capecitabine and cisplatin chemotherapy (XP) alone or sequentially combined chemoradiotherapy containing XP regimen in patients with three different settings of stage IV esophageal cancer*. Jpn J Clin Oncol 37(11):829-35. doi: 10.1093/jjco/hym117.