

KẾT QUẢ XẠ TRỊ TRIỆU CHỨNG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN XƯƠNG BẰNG PHÁC ĐỒ GIẢM PHÂN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Công Hoàng^{1*}, Phạm Quang Đạo¹, Trương Tuấn Anh¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả xạ trị triệu chứng ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương bằng phác đồ giảm phân liều.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) có triệu chứng đau do di căn xương tại Bệnh viện K năm 2023.

Kết quả: 45 BN đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 61,9 tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 2,2/1. Đa số các BN có chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 chiếm 56%. Di căn ngoài xương chiếm 46,7%, trong đó não và phổi là hai vị trí phổ biến nhất chiếm 36,7% và 33,3%. Đa số di căn một xương chiếm 84,4%. Cột sống là vị trí di căn xương hay gặp nhất chiếm 80,8%, đa số ở tình trạng có thể mất vững chiếm 80%. Phần lớn các bệnh nhân có điểm BPI ≥ 7 chiếm 80%. Điểm đau BPI cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có thể mất vững so với nhóm ổn định. Tỷ lệ đáp ứng đau hoàn toàn là 18%, đáp ứng một phần là 44%, đau ổn định là 29% và đau tiến triển là 9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đáp ứng đau với đặc điểm mất vững cột sống cũng như điểm đau BPI trước điều trị.

Kết luận: Phác đồ xạ trị giảm phân liều đem lại hiệu quả giảm đau tốt trên BN UTPKTBN di căn xương có triệu chứng, nên được áp dụng cho những BN cần rút ngắn thời gian xạ trị.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương có triệu chứng.

RESULT OF PALLIATIVE RADIOTHERAPY FOR SYMPTOMATIC BONE METASTASIS NSCLC WITH HYPOFRACTION REGIMEN IN VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

¹Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: hoangdoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/8/2024

Ngày duyệt bài: 30/9/2024

ABSTRACT:

Aims: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of palliative radiotherapy for symptomatic bone metastasis NSCLC with hypofraction regimen.

Patients and methods: A retrospective combined prospective study. The patient diagnosed with symptomatic bone metastasis NSCLC at Vietnam National Cancer Hospital in 2023 recorded clinical characteristics, laboratory characteristics, treatment methods and objective response rate.

Results: 45 patients assigned to our study. The medium age was 61.9. Sex ratio: 2.2/1. ECOG 0-1 accounted for 56%. Extra-skeletal metastases account for 46.7%, of which the brain and lung are the two most common locations, accounting for 36.7% and 33.3%, respectively. The majority of metastasis occurs in one bone (84.4%). The spine is the most common site of bone metastasis (80.8%), most of which are potentially unstable (80%). The majority of patients have a BPI score ≥ 7 (80%). BPI score was statistically significantly higher in the potentially unstable group compared with the stable group. The rate of complete response was 18%, partial response was 44%, stable pain was 29% and progressive pain was 9%. There was no statistically significant difference in the level of pain response with categories of spinal instability as well as BPI score before treatment.

Conclusion: The hypofraction regimen provides good pain relief in patients with symptomatic bone metastasized NSCLC, so it should consider to patients who need to shorten radiotherapy time.

Keywords: Symptomatic bone metastasis NSCLC.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Tại Việt Nam, UTP phổ biến thứ 2, chiếm 8,3% tổng số ca mắc mới và 7,9% tổng số ca tử vong do ung thư [1]. Điều trị UTP là điều trị đa mô thức: Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, thuốc miễn dịch, điều trị trúng đích, điện quang can thiệp,... Khoảng 30-40% số bệnh nhân UTP có di căn xương và vị trí di căn xương thường gặp nhất là cột sống, xương sườn, xương chậu [2]. Khi đã có di căn xương, điều trị chăm sóc giảm nhẹ là phương pháp điều trị cơ bản bao gồm điều trị triệu chứng, phục hồi chức năng, tăng cường dinh dưỡng, chăm sóc tâm lý. Điều trị giảm đau xương là sự kết hợp của bác sĩ nội khoa ung thư, bác sĩ xạ trị, bác sĩ chăm sóc giảm nhẹ và cả phẫu thuật viên. Xạ trị giảm đau di căn xương là một trong những phương pháp

điều trị ung thư hiện đại và được áp dụng rộng rãi, là nền tảng của điều trị đau khu trú, kết hợp các điều trị toàn thân như thuốc chống hủy xương biphosphonat, thuốc giảm đau với hiệu quả 50-80% giảm đau và 30% hết hoàn toàn triệu chứng đau [3]. Không có một hướng dẫn điều trị nào đưa ra phác đồ xạ trị tối ưu nhất cho bệnh nhân di căn xương. Do đó, bác sĩ xạ trị phải dựa trên các đặc điểm lâm sàng, tiên lượng thời gian sống thêm và hoàn cảnh xã hội để lựa chọn cho bệnh nhân. Tại Mỹ hay Nhật Bản liều xạ trị 30Gy vẫn được dùng đa số ở bệnh nhân có tiên lượng tốt [4], [5]. Xạ trị liều cao có hiệu quả kiểm soát đau tốt hơn ở bệnh nhân di căn cột sống. Tại Bệnh viện K, nhiều năm nay xạ trị giảm đau với phân liều chuẩn 30Gy trong 10 buổi được áp dụng như một biện pháp điều trị cơ bản cho các bệnh nhân di căn xương. Xạ trị giảm phân liều 24Gy trong 6

buổi là một giải pháp nhằm giảm bớt thời gian nằm viện, trong bối cảnh bệnh nhân ở xa bệnh viện và nâng cao được chất lượng cuộc sống của người bệnh trong khi hiệu quả không đổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả kết quả xạ trị triệu chứng ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn xương bằng phác đồ giảm phân liều.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 45 BN UTPKTBN di căn xương có triệu chứng được xạ giảm đau tại Bệnh viện K năm 2023 có đủ các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán UTPKTBN về mô bệnh học.
- Có hình ảnh di căn xương trên phim MRI/CT/Xạ hình xương.

Có triệu chứng đau liên quan đến vị trí di căn xương, được định nghĩa ≥ 5 điểm theo Brief pain inventory hoặc phải dùng thuốc giảm đau uống hằng ngày.

- Được xạ trị lần đầu vào vị trí đau.
- Hồ sơ theo dõi và thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Triệu chứng đau do gãy xương bệnh lý cần phẫu thuật hoặc chèn ép tủy có chỉ định giải ép.
- Đau do nguyên nhân khác như chèn ép dây thần kinh do thoát vị, viêm dây thần kinh,...
- Bệnh nhân không hoàn thành đủ liệu trình điều trị vì lý do ngoài chuyên môn.
- BN bỏ điều trị, mất thông tin sau điều trị.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện K.

2.3. Thời gian

02/2023 - 10/2023.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, tình trạng toàn thân (Theo ECOG - Eastern Cooperative Oncology Group), vị trí di căn ngoài xương, vị trí di căn xương, phác đồ xạ trị giảm phân liều 24Gy trong 6 buổi

+ Kết quả điều trị: Thang điểm đánh giá mức độ mất vững SINS (Spine Instability Neoplastic Score), thang điểm đau BIP (Brief Pain Inventory), mức độ đáp ứng.

- Các bước nghiên cứu:

- + Xây dựng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- + Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.
- + Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.
- + Sử dụng test χ^2 (Chi-square) để so sánh kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ, trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ, dùng test chính xác của Fisher, với $p < 0,05$.

+ Test T-student để so sánh 2 trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 45 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

		n	%
Tuổi	< 60	16	35,6
	≥ 60	29	64,4
Giới	Nam	31	69,9
	Nữ	14	31,1
Tình trạng toàn thân (ECOG)	0-1	25	56
	2	20	44
Mô bệnh học	UTBM tuyến	42	93,3
	UTBM vảy	2	4,4
	UTBM NST	1	2,2
Số vị trí di căn xương	Một xương	38	84,4
	Nhiều xương	7	15,6
Di căn cột sống	Khớp (C1-C2, C7-T2, T11-L1, L5-S1)	15	28,9
	Di động (C3-6, L2-4)	7	13,5
	Bán di động (T3-10)	11	21,2
	Cổ định (S2-5)	9	17,3
Di căn xương dài	Chi trên	3	5,8
	Chi dưới	2	3,9
Di căn ngoài xương	Có	21	46,7
	Không	24	53,3
Vị trí di căn ngoài xương	Phổi	10	33,3
	Màng phổi	2	6,6
	Gan	3	10
	Não	11	36,7
	Thượng thận	2	6,7
	Khác (hạch cổ, phần mềm, hạch nách,...)	2	6,7

3.2. Kết quả xạ giảm đau

Bảng 2: Thang điểm SINS mất vững cột sống do ung thư

	n	%
Ổn định (0-6 điểm)	7	20
Có thể mất vững (7-12)	28	80
Mất vững (13-18 điểm)	0	0
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong 45 bệnh nhân nghiên cứu có 35 bệnh nhân di căn cột sống. Bệnh nhân ở tình trạng có thể mất vững chiếm đa số (80%), còn lại là cột sống ổn định.

Bảng 3: Điểm đau BPI trung bình trước điều trị theo mức độ mất vững

	n	BPI	p
Toàn bộ bệnh nhân	45	7,5±1,2	0,02
Ổn định (0-6 điểm)	7	6,6±0,8	
Có thể mất vững (7-12)	28	8,0±1,1	

Nhận xét: Điểm BPI trung bình là 7,51±1,24. BPI ≥ 7 điểm chiếm đa số (80%). BPI ở nhóm có thể mất vững cao hơn nhóm ổn định có ý nghĩa thống kê với p=0,02.

Bảng 4: Đáp ứng đau sau điều trị 1 tháng

Đáp ứng đau sau 1 tháng	n	%
Hoàn toàn	8	17,8
Một phần	20	44,4
Ổn định	13	28,9
Tiến triển	4	8,9
Tổng	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18%, đáp ứng một phần là 44%, đau ổn định là 29% và đau tiến triển là 9%.

Bảng 5: Phân loại đáp ứng đau theo thang SINS

Thang SINS Đáp ứng	Ổn định	Có thể mất vững	p
Có đáp ứng	6 (85,7)	16 (57,1)	0,3
Không đáp ứng	1 (14,2)	12 (42,9)	

Nhận xét: Tỷ lệ đạt được đáp ứng ở nhóm “ổn định” là 85,7% và nhóm “có thể mất vững” là 57,1%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,3.

Bảng 6: Phân loại đáp ứng đau theo BPI

	n	BPI	p
Hoàn toàn	8	6,88±1,13	0,388
Một phần	20	7,55±1,23	
Ổn định	13	7,85±1,28	
Tiến triển	4	7,5±1,24	

Nhận xét: Không có sức khác biệt về mức độ đáp ứng theo điểm đau BPI với $p=0,388$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.2. Tuổi và giới

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của ung thư phổi vì tuổi phản ánh quá trình tích lũy thời gian tiếp xúc với các yếu tố gây ung thư. Do vậy, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc UTP càng tăng. Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 62; trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 40 tuổi và già nhất là 78 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự một số tác giả Hartsell và CS (2005) [6].

4.1.3. Chỉ số toàn trạng (ECOG)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có chỉ số ECOG 2 chiếm 44% chứng tỏ việc đau do di căn xương ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng bệnh nhân. Xạ trị giảm đau giúp cải thiện được khả năng sinh hoạt của bệnh nhân và giúp phục hồi chức năng, tăng cường dinh dưỡng, chăm sóc tâm lý để có khả năng tiếp nhận những điều trị tiếp theo ở giai đoạn này giúp kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.1.4. Mô bệnh học

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu là UTBM tuyến chiếm 93,3%. Tác giả Makita và CS (2023) nghiên cứu trên bệnh nhân di căn

xương có tỷ lệ UTBM tuyến cao hơn vảy lần lượt là 67,1% và 14,4% [5]. Một số nghiên cứu hóa trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, IV tại Việt Nam cho tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến cao hơn ung thư biểu mô vảy và phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.5. Vị trí di căn

Với bệnh nhân UTP, xương là vị trí di căn thường gặp ngay khi chẩn đoán bệnh hoặc sau khi tiến triển ngoài xương rầm rộ. Nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là di căn xương ngay từ thời điểm chẩn đoán, nên có cả những trường hợp không có di căn ngoài xương. Chúng tôi ghi nhận có 46,7% các bệnh nhân có di căn ngoài xương, trong đó thường gặp nhất là di căn não và phổi, chiếm tỷ lệ lần lượt là 36,7% và 33,3%. Đa phần bệnh nhân đã di căn nhiều vị trí, số bệnh nhân có ≥ 2 vị trí di căn chiếm 72,7%. Điều này phù hợp với tình trạng bệnh ở giai đoạn muộn đã thất bại với liệu pháp điều trị trước đó, đồng thời cũng cho thấy sự phức tạp của bệnh và gánh nặng cần phải tìm ra phương án điều trị phù hợp.

4.1.6. Vị trí di căn xương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân di căn một xương chiếm 84,4%, còn lại 15,56% bệnh nhân di căn nhiều xương, tỷ lệ di căn cột sống 80,77%. Tác giả Makita và CS (2023) gặp tỷ lệ di căn nhiều xương là 75,5% và di căn cột sống là 83,2% [5]. Xương chịu lực bao gồm cột sống và chi dưới có tỷ lệ di căn là 84,62%. Tác giả Hartsell cũng thấy tỷ lệ di căn xương chịu lực 56% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi phân chia tổn thương cột sống thành 4 vị trí: khớp, di động, bán di động, cố định theo thang điểm mất vững cột sống do ung thư (Spinal Instability Neoplastic Score - SINS). Trước khi tiến hành xạ trị cột sống, bác sĩ ung thư cần đánh giá theo

điểm SINS để hội chẩn bác sĩ phẫu thuật thần kinh cột sống khi bệnh nhân trên 7 điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào “mất vững” và có 28 bệnh nhân (80%) nằm trong nhóm “có thể mất vững”, các bệnh nhân được bác sĩ ngoại thần kinh cột sống chỉ định điều trị bảo tồn bằng các loại nẹp cổ định. Điều này cho thấy xạ trị mặc dù là phương pháp điều trị hiệu quả ở giai đoạn muộn nhưng việc chỉ định xạ trị còn chậm trễ khi bệnh nhân ảnh hưởng chất lượng cuộc sống bởi đau đớn. Một mục tiêu quan trọng trong việc điều trị là duy trì hoặc khôi phục tính ổn định của cột sống. Mất vững cột sống là chỉ định cho phẫu thuật cố định cột sống hoặc bơm xi măng qua da. Thang điểm SINS là công cụ hữu ích cho các bác sĩ nội khoa ung thư hoặc xạ trị để chăm sóc bệnh nhân có di căn cột sống đưa ra quyết định thông tin về sự mất vững và khi nào cần chuyển bệnh nhân để đánh giá phẫu thuật. SINS cũng hỗ trợ các bác sĩ cột sống đưa ra quyết định về điều trị tối ưu cho những bệnh nhân cụ thể xuất hiện với bệnh ung thư di căn cột sống với độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 79% [7].

4.2. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm BPI trung bình là $7,51 \pm 1,24$. Bệnh nhân từ 7 điểm trở lên chiếm 80%. Theo tác giả Hartsell và cộng sự (2005) trên 898 bệnh nhân cũng thấy 80% bệnh nhân trên 7 điểm BPI [6]. Brief Pain Inventory (BPI) là một công cụ được dùng phổ biến để đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của các cơn đau lên chất lượng cuộc sống thông qua các câu hỏi về cường độ cơn đau, thuốc giảm đau và mức độ ảnh hưởng đến các hoạt động hằng ngày như đi bộ, làm việc và ngủ [8]. Mức độ đau nhẹ 1-4 điểm, đau vừa 5-6 điểm và đau trầm trọng là 7-10 điểm. Việc đánh giá mức độ đau ban đầu là rất quan trọng giúp bác

sĩ nội khoa điều trị giảm đau theo bậc một cách hiệu quả và hợp lý. Điểm SINS thấp biểu hiện sự ổn định của cột sống với giả thiết cơn đau do hoạt động của khối u so với điểm cao đau do mất ổn định cơ học của cột sống. Điều này có thể lý giải cho điểm đau BPI ở nhóm có thể mất vững cao hơn nhóm ổn định có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$. Nhóm BN từ 7 đến 12 điểm SINS được hội chẩn bác sĩ phẫu thuật thần kinh, tuy nhiên hầu hết vẫn được chỉ định bảo tồn vì thể trạng ở giai đoạn này thường kém. Phẫu thuật giải ép, cố định cột sống hậu phẫu kéo dài, cần thể trạng tốt và có nhiều biến chứng như nhiễm trùng (6,5%), liệt (3%), thải ghép dụng cụ (2%) và tỷ lệ mổ lại lên đến 8%. Chúng tôi đánh giá đáp ứng giảm đau dựa trên sự thay đổi điểm số BPI trước điều trị và 1 tháng sau xạ trị với đáp ứng hoàn toàn là không còn đau, đáp ứng một phần là giảm ít nhất 2 điểm so với trước điều trị, bệnh ổn định là thay đổi 1 điểm ở cả chiều tăng hoặc giảm và bệnh tiến triển là cao hơn ít nhất 2 điểm so với ban đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18%, đáp ứng một phần là 44%, đau ổn định là 29% và đau tiến triển là 9%. Tỷ lệ đáp ứng bao gồm đáp ứng hoàn toàn và một phần là 73%, kết quả này phù hợp với một số thử nghiệm cho thấy tỷ lệ đáp ứng xạ trị giảm đau lên đến 80% kéo dài 18-21 tháng cho thấy xạ trị là điều trị tiêu chuẩn với các tổn thương di căn xương không có biến chứng [9]. Khi phân tích mức độ đáp ứng trên điểm đau BPI ban đầu, trung bình trên nhóm đáp ứng hoàn toàn là $6,88 \pm 1,13$; ở nhóm đáp ứng một phần là $7,55 \pm 1,23$; ở nhóm ổn định là $7,85 \pm 1,28$ và tiến triển là $7,5 \pm 1,24$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê trên cả phân tích đơn biến và đa biến cho thấy điểm đau BPI trước điều trị không phải là một yếu tố tiên lượng đáp ứng với xạ trị giảm đau,

kết quả này phù hợp với tác giả Velden và CS (2018) đánh giá trên 432 bệnh nhân xạ trị giảm đau di căn xương [10]. Khi đánh giá mức độ đáp ứng, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng giữa 2 nhóm di căn cột sống “ổn định” (85,7%) và “có thể mất vững” (42,1%) với $p=0,3$. Trong bệnh cảnh ung thư di căn cột sống, nhiều yếu tố phối hợp để gây ra đau và đáp ứng đối với xạ trị giảm nhẹ khá khó tiên lượng. Thách thức đối với bác sĩ xạ trị là xác định những bệnh nhân mà ở đó có thể đạt được lợi ích điều trị cao hơn. Nghiên cứu sử dụng SINS để tiên lượng khả năng đáp ứng xạ trị di căn xương cho thấy đau gây ra bởi sự không ổn định cơ học (điều kiện phổ biến cho các tổn thương mất vững và có thể mất vững) có thể phản ứng ít hơn với xạ trị, so với đau gây ra bởi hoạt động tế bào ung thư (điều kiện phổ biến cho các tổn thương ổn định). Có thể, cả hai nguyên nhân cục bộ và cơ học của đau đều có mặt ở cả các tổn thương ổn định và mất vững. Do đó, các tổn thương càng mất vững thì xạ trị trở nên ít hiệu quả do sự đóng góp lớn của yếu tố cơ học của đau, mà xạ trị dường như có ít tác động.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư phổi di căn xương có triệu chứng được xạ trị giảm đau giảm phân liều 24Gy trong 6 buổi tại Bệnh viện K trong khoảng thời gian từ 02/2023 đến 10/2023, chúng tôi rút ra một số kết luận sau đây:

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,9 tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 2,2/1. Đa số các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt ECOG = 0-1 chiếm 56% và 46,7% số bệnh nhân có di căn ngoài xương. Não và phổi là 2 vị trí di căn ngoài xương phổ biến nhất chiếm 36,7% và 33,3%. Đa số các bệnh nhân di căn duy nhất 1 xương chiếm

84,4%. Di căn xương cột sống chiếm đa số 80,8%. Đa số các bệnh nhân di căn xương cột sống với tình trạng có thể mất vững chiếm 80%. Điểm BPI trung bình là $7,51 \pm 1,24$. Điểm đau BPI ở nhóm có thể mất vững cao hơn nhóm ổn định có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18%, đáp ứng một phần là 44%, đau ổn định là 29% và đau tiến triển là 9%. Không có sự khác biệt về mức độ đáp ứng với tình trạng mất vững cũng như theo điểm đau BPI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- [2]. Coleman RE (2001). Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies. *Cancer Treat Rev.* 2001;27(3):165-176.
- [3]. Lutz S, Berk L, Chang E, et al (2011). Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011;79(4):965-976.
- [4]. Cher BAY, Dykstra M, Wang C, et al (2022). Trends in Radiation Oncology Treatment Fractionation at a Single Academic Center, 2010 to 2020. *Adv Radiat Oncol.* 2022;7(6):101032.

- [5]. Makita K, Hamamoto Y, Kanzaki H, Nagasaki K, Kozuki T (2023). An easy tool to predict survival in patients with bone metastatic lung cancer treated with palliative radiotherapy. *Thorac Cancer*. 2023;14(19):1795-1801.
- [6]. Hartsell WF, Scott CB, Bruner DW, et al (2005). Randomized trial of short- versus long-course radiotherapy for palliation of painful bone metastases. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97(11):798-804.
- [7]. Fourny DR, Frangou EM, Ryken TC, et al (2011). Spinal Instability Neoplastic Score: An Analysis of Reliability and Validity From the Spine Oncology Study Group. *J Clin Oncol*. 2011;29(22):3072-3077.
- [8]. Poquet N, Lin C (2016). The Brief Pain Inventory (BPI). *J Physiother*. 2016;62(1):52.
- [9]. Van der Velden J, Willmann J, Spa-ek M, et al(2022). ESTRO ACROP guidelines for external beam radiotherapy of patients with uncomplicated bone metastases. *Radiother Oncol*. 2022;173:197-206.
- [10]. Velden JM van der, Linden YM van der, Versteeg AL, et al(2018). Evaluation of effectiveness of palliative radiotherapy for bone metastases: a prospective cohort study. *J Radiat Oncol*. 2018;7(4):325.