

không chỉ nhằm tăng hiệu quả điều trị, mà còn giảm các tác dụng phụ do dùng thuốc giảm đau YHHĐ. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng việc kết hợp các PPKDT đem lại hiệu quả trong điều trị như nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Phương (2017), Pan SL (2019) 3, 5. Đa số NB THCS được sử dụng kết hợp các PPDT và PPKDT. Qua đó cho thấy việc kết hợp điều trị giữa PPDT và PPKDT YHCT đem lại hiệu quả điều trị trên nghiên cứu cũng như trên lâm sàng.

Kết quả điều trị. Kết quả điều trị theo từng hội chứng lâm sàng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Kết quả trên dựa vào đánh giá tổng thể kết quả điều trị từng NB, sự đánh giá chưa có thuốc do cụ thể nên chỉ mang tính định tính.

V. KẾT LUẬN

Thuốc thành phẩm được sử dụng nhiều nhất trong PPDT và điện châm trong các PPKDT. Đa số NB được sử dụng kết hợp giữa PPDT và PPKDT đem lại hiệu quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay. Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây Y. Nhà xuất bản Y học; 2022.
2. Lê Bảo Lưu, Nguyễn Trương Minh Thế. Phương tễ học. Nhà xuất bản Y học. 2021.
3. Võ Thị Mỹ Phương. Đánh giá hiệu quả giảm đau trong điều trị thoái hoá cột sống cổ bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp tập vận động cổ đơn giản. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2017.
4. Chen B. Acupotomy versus acupuncture for cervical spondylotic radiculopathy: protocol of a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019; 9(8).
5. Pan SL, Zheng SL, Zhou XH, Wang QL. Acupuncture combined with Jingtong granule for nerve-root type cervical spondylosis and its effects on IL-6, TNF- α , IL-1 β and hemorheological indexes. Zhongguo Zhen Jiu. 2019;39(12):1274-1278.
6. Rydman E. Quantifying cervical spondylosis: reliability testing of a coherent CT-based scoring system. BMC Med Imaging. 2019;19(1):45.
7. Yang F, Li WX. Balance chiropractic therapy for cervical spondylotic radiculopathy: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2016; 17(1):513.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ SAU HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU VÀ PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN CT3, 4N1-2M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Luyến¹, Đỗ Anh Tú²,
Trần Thắng², Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn cT3,4N1-2M0 được hóa trị bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K và nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 77 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn cT3,4N1-2M0 đã được hóa xạ trị đồng thời, sau đó được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** DFS tại thời điểm 3 năm là 82,8% (95%CI 53,2-62,1). Gan và phổi là vị trí tái phát phổ biến chiếm tỷ lệ là 5,2%. OS tại thời điểm 3 năm là 90,8% (95%CI 58,7-64,9). Các yếu tố ảnh hưởng thuận lợi đến kết quả thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 3 năm bao gồm:

Bệnh đáp ứng sau hóa xạ trị (93,3% vs 85%, $p < 0,001$), giai đoạn N0 sau hóa xạ trị (87,3% vs 82,4% vs 0%, $p < 0,001$), điều trị đủ 6 chu kỳ hóa chất (86,8% vs 45%, $p=0,001$). Các yếu tố ảnh hưởng thuận lợi đến kết quả thời gian sống toàn bộ 3 năm bao gồm: tuổi ≤ 65 (91,5% vs 88,5%, $p=0,024$), số chu kỳ hóa chất đủ 6 (94,1% vs 62,5%, $p=0,01$). Tác dụng không mong muốn của phác đồ bổ trợ trên huyết học chủ yếu là độ 1,2 bao gồm thiếu máu (71,4%), hạ bạch cầu (50,6%), hạ bạch cầu hạt (45,5%) hạ tiểu cầu (39%). Tác dụng không mong muốn trên gan, thận ít gặp chủ yếu là độ 1,2. Các tác dụng không mong muốn khác ít gặp. **Kết luận:** Điều trị hóa chất bổ trợ cho bệnh nhân hóa xạ tiền phẫu và phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng là phương pháp có hiệu quả, an toàn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, hóa trị bổ trợ.

SUMMARY

RESULTS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY AFTER PREOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR STAGE cT3,4N1-2 OF RECTAL CANCER AT K HOSPITAL

Objective: Evaluation of survival time for patients with rectal cancer stage cT3,4N1-2M0 receiving adjuvant chemotherapy after preoperative chemotherapy at K hospital and description some

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Bệnh viện K

³Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 11.01.2024

toxicity of adjuvant chemotherapy. **Subjects and Methods:** Retrospective describe study on 77 patients with stage cT3,4N1-2 rectal cancer who received adjuvant chemotherapy after preoperative chemotherapy at K hospital from January 2017 to December 2018. **Results:** DFS at 3 years were 82,8% (95%CI 53,2-62,1). The liver and lungs are common sites of recurrence, accounting for 5.2%. OS at 3 years was 90.8% (95%CI 58.7-64.9). The advantageous factors affected on the 3-year disease-free survival include: disease response after chemoradiotherapy (93.3% vs 85%, $p < 0.001$), stage N0 after chemoradiotherapy treatment (87.3% vs 82.4% vs 0%, $p < 0.001$), full 6 cycles of chemotherapy (86.8% vs 45%, $p=0.001$). The advantageous factors affected on the 3 years overall survival: age ≤ 65 (91.5% vs 88.5%, $p=0.024$), full 6 cycles of chemotherapy (94.1% vs 62.5%, $p=0.01$). The hematological toxicities were at grade 1 and 2 include anemia (71.4%), leukopenia (50.6%), agranulocytosis (45.5%), thrombocytopenia (39 %). Side effects on the liver and kidneys are rare, mainly grade 1 and 2. Other side effects are less common. **Conclusion:** Adjuvant chemotherapy for patients with preoperative chemotherapy and radical surgery for rectal cancer is an effective and safe method.

Keywords: Rectal cancer, adjuvant chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020 ung thư trực tràng là ung thư phổ biến đứng vị trí thứ 8 về tỷ lệ mắc, đứng thứ 9 về tỷ lệ tử vong do ung thư toàn cầu trên thế giới.¹ Ở Việt Nam ung thư trực tràng là ung thư phổ biến đứng vị trí thứ 5 về tỷ lệ mắc với 9.399 ca và đứng vị trí thứ 6 với 4.758 ca tử vong do ung thư. Điều trị ung thư trực tràng giai đoạn tại chỗ là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính. Hóa xạ trị trước hoặc sau phẫu thuật làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ ở bệnh nhân ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ có khả năng phẫu thuật. Do đó, phẫu thuật triệt căn sau hóa xạ trị tiền phẫu là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán sớm và sàng lọc ung thư trực tràng, nhưng phần lớn các bệnh nhân đến viện vào giai đoạn khối u đã xâm lấn rộng, khối u cố định và đã có di căn hạch vùng. Điều này gây khó khăn cho các nhà ngoại khoa phẫu thuật triệt căn rộng rãi khối u, làm giảm tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn và tỷ lệ tái phát tại chỗ cao. Có khoảng 30% bệnh nhân được điều trị triệt căn sẽ tiến triển di căn xa.² Bệnh tái phát di căn xa do các tổn thương vi di căn ngay từ thời điểm phẫu thuật. Hóa chất bổ trợ toàn thân nhằm loại bỏ các tổn thương này giúp cải thiện kết quả điều trị. Các thử nghiệm lâm sàng đánh giá lợi ích hóa chất bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật còn nhiều

tranh cãi. Chính vì vậy, bằng chứng lợi ích sử dụng hóa chất bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật được ngoại suy từ lợi ích của bổ trợ hóa chất sau hóa xạ trị hậu phẫu.

Tại bệnh viện K đã áp dụng điều trị hóa chất bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật đối với ung thư trực tràng tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phác đồ hóa chất bổ trợ. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư trực tràng được hóa trị bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật đồng thời nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 77 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn III (cT3,4N1-2M0) đã được điều trị hóa xạ trị đồng thời sau đó được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn III (cT3,4N1-2M0) theo AJCC 2017 bằng chẩn đoán hình ảnh (nội soi, MRI tiểu khung) trước điều trị.

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tế bào chày.

- Được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu theo phác đồ (capecitabine + xạ trị 45-50,4Gy).

- Được phẫu thuật triệt căn, đạt diện cắt R0.

- Được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Capecitabine đơn trị hoặc XELOX hoặc FOLFOX sau phẫu thuật triệt căn tối thiểu 3 chu kỳ.

- Chức năng gan thận, huyết học trong giới hạn bình thường

- Thể trạng chung tốt: chỉ số toàn trạng 0,1,2 theo thang điểm ECOG.

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân không hoàn thành đủ liệu trình điều trị.

- Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa trầm trọng nguy cơ tử vong gần.

- Thời gian điều trị hóa chất bổ trợ > 8 tuần sau phẫu thuật triệt căn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích lấy toàn

bộ bệnh nhân đảm bảo đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong nghiên cứu chúng tôi lấy được 77 bệnh nhân.

- Thu thập số liệu dựa trên thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu trữ.

- Thông tin cần thu thập:

+ Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, chỉ số toàn trạng theo ECOG, lý do vào viện, thể mô bệnh học, độ biệt hóa tế bào, CEA trước và sau điều trị, giai đoạn bệnh trước điều trị, sau điều trị hóa xạ trị và bổ trợ theo AJCC 2017, đáp ứng với hóa xạ trị, phác đồ bổ trợ, số chu kỳ, phần trăm liều...).

+ Đánh giá kết quả thời gian sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm.

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh, kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính giữa 2 nhóm bằng test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$. Đánh giá sống thêm theo phương pháp Kaplan Meier có kiểm định Log rank test.

2.3. Quy trình điều trị

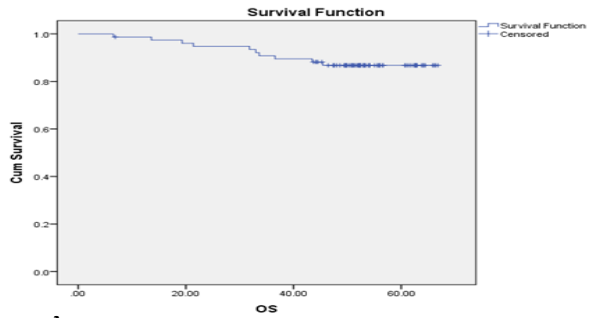
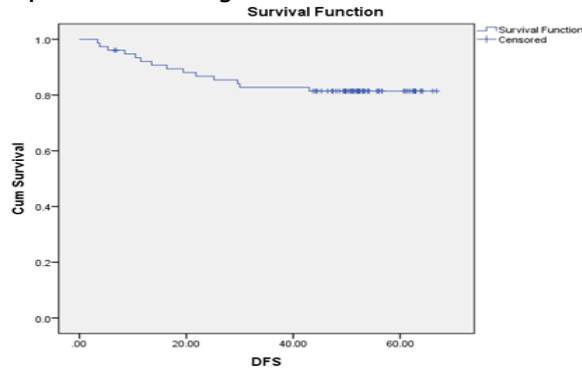
- Hóa xạ trị tiền phẫu: capecitabin liều 825mg/m² da/lần x 02 lần/ngày x 05 ngày/ tuần vào các ngày xạ, liều xạ 45-50,4Gy. Sau đó phẫu thuật triệt căn.

- Hóa trị bổ trợ với phác đồ Xelox hoặc capecitabin tối thiểu 3 chu kỳ, sau phẫu thuật khoảng 4- 8 tuần. Thời gian điều trị hóa trị 4 tháng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng thông qua đề cương luận văn thạc sỹ trường ĐHYHN, quyết định số 2837 ngày 29 tháng 07 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ. Trung vị thời gian theo dõi của nghiên cứu là 55,8 tháng ngắn nhất là 10,5 tháng dài nhất là 70,2 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 67 bệnh nhân còn sống, 14 bệnh nhân tái phát, 10 bệnh nhân tử vong.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống toàn bộ

Nhận xét: - Thời gian sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 82,8%.

- Thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 90,8%.

- Liên quan 1 số yếu tố với DFS, OS 3 năm

Bảng 3.1. Liên quan DFS, OS với 1 số yếu tố

| Yếu tố | | OS 3 năm | | DFS 3 năm | |
|---------------------|-------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
| | | Tỷ lệ % | p | Tỷ lệ % | p |
| Tuổi | >65 | 88,5 | 0,024 | 75,6 | 0,455 |
| | ≤65 | 91,5 | | 84,7 | |
| Giới | Nam | 91,5 | 0,433 | 85,0 | 0,738 |
| | Nữ | 89,7 | | 79,3 | |
| Độ mô học | Cao + Vừa | 91,8 | 0,917 | 85,1 | 0,506 |
| | Thấp + không biệt hóa + nhầy + nhân | 85,7 | | 71,4 | |
| Vị trí u | Trung bình | 88,5 | 0,669 | 88,1 | 0,302 |
| | Thấp | 92 | | 80,1 | |
| Giai đoạn sau HXT | 0-I | 100 | 0,048 | 93,3 | 0,112 |
| | II | 84,6 | | 80,1 | |
| | III | 85 | | 70,2 | |
| Giai đoạn T sau HXT | 0 | 100 | 0,072 | 93,3 | 0,364 |
| | 1 và 2 | 100 | | 50 | |
| | 3 | 85,4 | | 93,8 | |
| | 4 | 77,8 | | 76 | |
| Giai đoạn N sau HXT | 0 | 92,9 | 0,152 | 87,3 | 0,000 |
| | 1 | 88,2 | | 83,4 | |
| | 2 | 66,7 | | 0,0 | |
| Đáp ứng sau HXT | Đáp ứng hoàn toàn | 83,2 | 0,162 | 93,3 | 0,000 |
| | Đáp ứng một phần | 88,9 | | 85,0 | |
| | Bệnh ổn định | 0,0 | | 42,9 | |
| ECOG | 0 | 92,2 | 0,163 | 85,9 | 0,066 |
| | 1 | 83,9 | | 64,6 | |
| Số chu kỳ hóa chất | 6 | 94,1 | 0,01 | 86,8 | 0,001 |
| | <6 | 62,5 | | 45,0 | |
| Phác đồ | Capecitabin | 100 | 0,347 | 93,8 | 0,166 |
| | Xelox | 88,3 | | 79,7 | |

| | | | | | |
|--------------------|-----|------|-------|------|-------|
| CEA trước điều trị | ≤ 5 | 92,3 | 0,556 | 82,9 | 0,937 |
| | > 5 | 81,8 | | 81,8 | |

Nhận xét:

- Điều trị đủ 6 chu kỳ hóa chất, đáp ứng sau hóa xạ trị, giai đoạn ypN0-1 là những yếu tố tiên lượng ảnh hưởng tốt đến DFS với p <0,05

- Tuổi ≤65, điều trị đủ 6 chu kỳ hóa chất, giai đoạn yp0-I sau hóa xạ trị là những yếu tố tiên lượng ảnh hưởng tốt đến OS với p <0,05.

- Nồng độ CEA trước điều trị không ảnh hưởng đến OS và DFS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Không có sự khác biệt về DFS, OS giữa nhóm điều trị Capecitabin đơn trị và Xelox.

3.2. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

3.2.1. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

| Độc tính | Phác đồ | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân (n) |
|-------------|-------------|------------------|------------------|------------------|
| | | tính độ 1,2 | tính độ 3,4 | |
| Thiếu máu | Xelox | 44 | 0 | 44 (51,1%) |
| | Capecitabin | 11 | 0 | 11 (14,3%) |
| Hạ BC | Xelox | 33 | 0 | 33 (42,3%) |
| | Capecitabin | 3 | 0 | 3 (3,9%) |
| Hạ BC hạt | Xelox | 31 | 1 | 32 (41,6%) |
| | Capecitabin | 3 | 0 | 3 (3,9%) |
| Hạ tiểu cầu | Xelox | 26 | 0 | 26 (33,8%) |
| | Capecitabin | 2 | 0 | 2 (2,6%) |

Nhận xét: - Các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết gặp phải chủ yếu là độ 1,2.

- Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính của nhóm điều trị xelox cao hơn nhóm điều trị capecitabin.

- Có 1 bệnh nhân có tác dụng không mong muốn độ 3 trên nhóm điều trị Xelox. Bệnh nhân này sau đó được kích bạch cầu hạt và theo dõi sát ở chu kỳ tiếp theo.

3.2.2. Tác dụng không mong muốn trên gan thận

Bảng 3.3. Tác dụng không mong muốn trên gan thận

| Độc tính | Phác đồ | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân (n) |
|----------|---------|------------------|------------------|------------------|
| | | tính độ | tính độ | |
| | | | | |

| AST | | 1,2 | 3,4 | | |
|---------------------|--|-------------|-----|---|-----------|
| | | Xelox | 29 | | 0 |
| ALT | | Xelox | 23 | 0 | 23 (28,6) |
| | | Capecitabin | 3 | 0 | 3(3,9) |
| Creatinin | | Xelox | 0 | 0 | 0 |
| | | Capecitabin | 0 | 0 | 0 |
| Bilirubin toàn phần | | Xelox | 3 | 2 | 5 (6,5) |
| | | Capecitabin | 1 | 0 | 1 (1,3) |

Nhận xét: - Phác đồ không gây độc tính trên thận ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Độc tính trên gan xuất hiện chủ yếu độ 1,2. Có 1 bệnh nhân xuất hiện độc tính tăng bilirubin độ 4 trên nhóm điều trị xelox phải ngừng điều trị ở chu kỳ hóa chất thứ 4 mặc dù đã điều trị nội khoa tích cực và giảm liều hóa chất theo khuyến cáo.

- Tỷ lệ xuất hiện độc tính trên nhóm điều trị xelox chiếm ưu thế so với điều trị capecitabin đơn trị.

3.2.3. Tác dụng không mong muốn trên da niêm mạc

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn trên da niêm mạc

| Độc tính | Phác đồ | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân độc | Số bệnh nhân (n) | |
|----------------------------------|---------|------------------|------------------|------------------|-----------|
| | | tính độ 1,2 | tính độ 3,4 | | |
| Hội chứng bàn tay bàn chân (HFS) | | Xelox | 18 | 0 | 18 (23,4) |
| | | Capecitabin | 5 | 3 | 8 (10,4) |
| Buồn nôn | | Xelox | 14 | 3 | 17 (22,1) |
| | | Capecitabin | 2 | 0 | 2 (2,6) |
| Nôn | | Xelox | 6 | 2 | 8 (10,4) |
| | | Capecitabin | 1 | 0 | 1 (1,3) |
| Tiêu chảy | | Xelox | 2 | 3 | 5 (6,5) |
| | | Capecitabin | 3 | 0 | 3 (3,9) |
| Độc tính thần kinh ngoại vi | | Xelox | 15 | 0 | 15 (19,5) |
| | | Capecitabin | 4 | 0 | 4 (5,2) |

Nhận xét: - Tỷ lệ nhóm độc tính bàn tay bàn chân và độc tính thần kinh ngoại vi chiếm ưu thế.

- Độc tính trên da và niêm mạc chủ yếu xuất hiện độ 1,2.

- Độc tính độ 3 xuất hiện trên hệ tiêu hóa và HFS. Độc tính HFS độ 3 xuất hiện trên nhóm bệnh nhân điều trị capecitabin đơn trị. Điều này có thể lý giải do liều capecitabin đơn trị cao hơn liều capecitabin trong phác đồ xelox.

- Tỷ lệ độc tính trên nhóm bệnh nhân điều trị Xelox cao hơn trong nhóm điều trị capecitabin.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị thời gian theo dõi 55,8 tháng (10,47-70,2), tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) 3 năm đạt 82,8% (95%CI 53,2-62,1), tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) 3 năm đạt 90,8% (95%CI 58,7-64,9). Do không đủ 50% biến cố xảy ra nên chúng tôi không tính được trung vị thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng kết quả nghiên cứu của ADORE (2014) với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm đạt 95% (91,6-98,4),³ và nghiên cứu Chronicle (2014) với tỷ lệ là 88,8%.⁴ Kết quả này cao hơn kết quả thử nghiệm STELLAR, PRODIGE với tỷ lệ DFS, OS 3 năm lần lượt là 62,3 vs 69,0 và 75,1 vs 88.^{5,6} Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với 2 thử nghiệm trên. Đánh giá liên quan một số yếu tố với thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ, chúng tôi nhận định các yếu tố ảnh hưởng theo hướng tích cực đến kết quả OS 3 năm bao gồm tuổi ≤ 65 , điều trị đủ 6 chu kỳ hóa chất, giai đoạn yp0-I sau hóa xạ trị với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng sau 4 tháng điều trị hóa chất bổ trợ XELOX hoặc Capecitabine sau hóa xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật là an toàn.

Tác dụng không mong muốn thường gặp trên hệ tạo huyết với mọi mức độ là thiếu máu là 55(71,4%), hạ bạch cầu 39 (50,6%), hạ bạch cầu hạt 35 (45,5%), hạ tiểu cầu 30 (39%). Các tác dụng phụ chủ yếu ở độ 1 và độ 2. Chỉ có 1(1,3%) bệnh nhân xuất hiện hạ bạch cầu hạt độ 3, không có độc tính độ 4 trên hệ tạo huyết.

Tác dụng không mong muốn trên gan chủ yếu là độ 1, có 2 (2,6%) bệnh nhân xuất hiện độc tính độ 2, 1 (1,3%) xuất hiện độc tính độ 4 sau đó phải ngừng điều trị do độc tính không cải thiện mặc dù đã giảm liều hóa chất. Không có độc tính trên thận, đa phần các độc tính dễ dàng kiểm soát bằng điều trị nội khoa. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ADORE, theo nghiên cứu ADORE, điều trị hóa chất bổ trợ XELOX/ 5FU sau mổ là an toàn. Độc tính thường gặp là hạ bạch cầu, hạ bạch cầu hạt, hạ tiểu cầu, buồn nôn, độc tính thần kinh ngoại vi lần lượt là 7%, 12%, 48% 67% chủ yếu độc tính độ 1 và độ 2.

Tác dụng không mong muốn trên da và niêm mạc chủ yếu là độ 1,2. Tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân chiếm ưu thế với tỷ lệ 33,8% chủ yếu

là độc tính độ 1,2 trong đó có 3,9% bệnh nhân xuất hiện độc tính độ 3. Kết quả này của chúng tôi cao hơn của một số tác giả trong và ngoài nước. Tác giả Phạm Cẩm Phương (2013) khi tiến hành nghiên cứu trên 87 bệnh nhân UTTT hóa xạ trị đồng thời với liều Capecitabin 825mg/m² ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng bàn chân bàn tay là 3 (3,4%) ở độ 1, không có độ 2,3,4.⁷ Tác giả Corvo R và cs (2003): nghiên cứu với việc dùng Capecitabine trong quá trình xạ trị với liều lượng 850mg/m² hai lần/ngày, hội chứng bàn tay bàn chân chiếm tỷ lệ 15%.⁸ Lý giải cho sự khác biệt này chúng tôi thấy: tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân trên các bệnh nhân hóa trị bổ trợ sau hóa xạ trị tiền phẫu cao hơn bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu là do độc tính tích lũy của Capecitabin.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 77 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn cT3,4N1-2 được hóa xạ trị tân bổ trợ, phẫu thuật triệt căn và điều trị hóa chất bổ trợ với thời gian theo dõi trung vị là 55,8 tháng (10,47-70,2), chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) 3 năm đạt 82,8% (95%CI 53,2-62,1). Gan và phổi là vị trí tái phát phổ biến chiếm tỷ lệ là 5,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) 3 năm đạt 90,8% (95%CI 58,7-64,9). Các yếu tố tuổi ≤ 65 , điều trị đủ 6 chu kỳ hóa chất là các yếu tố ảnh hưởng thuận lợi đến OS 3 năm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Phác đồ hóa chất bổ trợ XELOX/ Capecitabine an toàn, tác dụng không mong muốn chủ yếu độ 1,2 chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Gill S, Blackstock AW, Goldberg RM.** Colorectal cancer. Mayo Clin Proc. 2007;82(1): 114-129. doi:10.4065/82.1.114
3. **Hong YS, Nam BH, Kim K pyo, et al.** Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin versus fluorouracil and leucovorin as adjuvant chemotherapy for locally advanced rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy (ADORE): an open-label, multicentre, phase 2, randomised controlled trial. The Lancet Oncology. 2014;15(11): 1245-1253. doi:10.1016/S1470-2045(14)70377-8
4. **Glynn-Jones R, Counsell N, Quirke P, et al.** Chronicle: results of a randomised phase III trial in locally advanced rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation randomising postoperative

- adjuvant capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) versus control. *Ann Oncol.* 2014;25(7): 1356-1362. doi:10.1093/annonc/mdu147
5. **Jin J, Tang Y, Hu C, et al.** Multicenter, Randomized, Phase III Trial of Short-Term Radiotherapy Plus Chemotherapy Versus Long-Term Chemoradiotherapy in Locally Advanced Rectal Cancer (STELLAR). *JCO.* 2022;40(15): 1681-1692. doi: 10.1200/JCO.21. 01667
 6. **Gérard JP, Azria D, Gourgou-Bourgade S, et al.** Clinical outcome of the ACCORD 12/0405 PRODIGE 2 randomized trial in rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(36):4558-4565. doi:10.1200/JCO.2012.42.8771
 7. **Phạm Cẩm Phương.** Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn. *Tạp chí ung thư học Việt Nam.* 2012;(4):321-326.
 8. **Corvò R, Pastrone I, Scolaro T, Marcenaro M, Berretta L, Chiara S.** Radiotherapy and oral capecitabine in the preoperative treatment of patients with rectal cancer: rationale, preliminary results and perspectives. *Tumori.* 2003;89(4): 361-367. doi:10.1177/030089160308900403

KẾT QUẢ SẢN KHOA CỦA SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sản khoa về phía mẹ của sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng với 333 sản phụ vị thành niên từ 10 đến 19 tuổi được đưa vào nghiên cứu. Các yếu tố được đánh giá trong nghiên cứu liên quan tới biến cố trong quá trình mang thai và các biến chứng sau sinh. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình khi sinh là $37,42 \pm 3,46$ tuần, 80,5% sản phụ sinh đủ tháng. Tỷ lệ đẻ mổ lấy thai chiếm 42,3%. Trong các chỉ định mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai do Thai suy chiếm cao nhất khoảng 1/3 trường hợp (33,3%). Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%: nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 3,3%, chảy máu sau đẻ (5,1%), đờ tử cung (0,6%), rách tầng sinh môn phức tạp (4,2%), bí tiểu sau sinh (1,2%). **Kết luận:** Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

Từ khóa: Vị thành niên, biến chứng sản khoa, mổ lấy thai, đẻ thường

SUMMARY

EVALUATE MATERNAL OBSTETRIC OUTCOMES OF ADOLESCENT MOTHERS AGED 10 TO 19 GIVING BIRTH AT HANOI OBSTETRICS HOSPITAL IN 2022

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

Objective: Evaluate maternal obstetric outcomes of adolescent mothers aged 10 to 19 giving birth at Hanoi Obstetrics Hospital in 2022. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at Hanoi Obstetrics Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2022. A convenience sampling method was applied, involving 333 adolescent mothers aged 10 to 19 in the study. Factors assessed in the study were related to pregnancy complications and postpartum outcomes. **Results:** The average gestational age at delivery was 37.42 ± 3.46 weeks, with 80.5% of mothers delivering at full term. The cesarean section rate was 42.3%. Among the indications for cesarean section, fetal distress was the highest, accounting for about 1/3 of cases (33.3%). The rate of unfavorable postpartum outcomes was 14.4%, including postpartum infection (3.3%), postpartum hemorrhage (5.1%), uterine atony (0.6%), complex perineal tears (4.2%), and postpartum urinary retention (1.2%). **Conclusion:** Pregnancy during adolescence increases the risk of complications during pregnancy, such as anemia, urinary tract infections, and postpartum complications like hemorrhage and complex perineal tears.

Keywords: Adolescents, obstetric complications, cesarean section, vaginal delivery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), độ tuổi vị thành niên là 10 - 19 tuổi. Mang thai ở tuổi vị thành niên gây ra những kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai. Sản phụ tuổi vị thành niên nếu tiếp tục thai kỳ có tỉ lệ thai nghén nguy cơ cao, mắc các bệnh lây qua đường tình dục, nguy cơ tử vong mẹ ở tuổi vị thành niên cao hơn so với các bà mẹ ở tuổi trưởng thành. Mẹ dễ bị thiếu máu, tiền sản giật, đẻ non, sảy thai, chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng thai khung chậu. Trong lúc sinh thường dễ khó, dễ phải can thiệp bằng các thủ thuật và phẫu thuật. Tại Việt Nam, theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế, tỷ lệ trẻ vị thành niên có thai trong tổng