

tức ISQ > 70. Nghiên cứu của Võ Nhật Đăng Quang ghi nhận kết quả ISQ ở mức $65,39 \pm 11,95$, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, Aragoneses và cộng sự báo cáo độ ổn định sơ khởi trung bình cho vùng xương hàm dưới là $71,18 \pm 11,08$ [5]. Đồng thời ISQ có xu hướng tăng lên có ý nghĩa ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, kết quả được hỗ trợ bởi các nghiên cứu trước đây [5], [9]. Rõ ràng, có thể thấy đa số xương có mật độ D2 và D3 thuận lợi cho việc cấy ghép đạt được độ ổn định sơ khởi tốt. Chúng tôi ghi nhận mức độ tiêu xương quanh vùng cổ implant có tăng lên ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng. Dù vậy, lượng tiêu xương trong giai đoạn này khá nhỏ nên sự khác biệt có thể không có ý nghĩa về mặt lâm sàng. Kết luận tương tự đã được Fu và đồng nghiệp rút ra trong nghiên cứu tương tự [7]. Tuy nhiên, chúng tôi cũng khuyến khích thận trọng đánh giá trong thời gian dài hơn vì điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sự tồn tại lâu dài của implant.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của hiện tại chỉ ra một số đặc điểm mất răng cối hàm dưới bao gồm sâu răng là nguyên nhân chính và phần lớn ở răng 6, bệnh nhân có kiểu hình nướu và niêm mạc phủ dày kèm theo mật độ xương D2, D3 rất phổ biến. Phát hiện quan trọng cho thấy phẫu thuật cấy ghép implant có máng hướng dẫn có hiệu quả trong việc phục hồi mất răng cối lớn hàm dưới khi đạt độ ổn định sơ khởi tốt và tăng dần, trong khi mức độ tiêu xương nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thu Hằng, Đàm Văn Việt, Trần Thị Mỹ

- Hạnh.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân phẫu thuật nâng xoang ổ cấy ghép implant một thì. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;145(9):241-246.
2. **Nguyễn Nhật Đăng Huân, Nguyễn Minh Tuấn, Lê Nguyễn Lâm.** Điều trị mất răng cối lớn thứ nhất hàm dưới bằng implant tức thì tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021;37:97-103.
3. **Nguyễn Võ Đăng Quang, Lê Nguyễn Lâm, Hồng Quốc Khanh.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cấy ghép vùng răng sau hàm dưới bằng máng hướng dẫn phẫu thuật. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;53:112-120.
4. **Ngô Anh Tài, Trương Nhựt Khuê, Trần Huỳnh Trung.** Khảo sát đặc điểm răng cối lớn có chỉ định phẫu thuật nha chu làm dài thân răng trên lâm sàng và trên phim chụp cắt lớp vi tính với chùm tia hình nón tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;64:124-130.
5. **Aragoneses J.M., Aragoneses J., Brugal V.A., Gomez M., Suarez A.** Relationship between implant length and implant stability of single-implant restorations: A 12-month follow-up clinical study. Medicina (Kaunas). 2020 May 27;56(6):263.
6. **Farzad P., Andersson L., Gunnarsson S., Sharma P.** Implant stability, tissue conditions, and patient self-evaluation after treatment with osseointegrated implants in the posterior mandible. Clin Implant Dent Relat Res. 2004; 6(1):24-32.
7. **Fu P.S., Lan T.H., Lai P.L., et al.** Implant stability and marginal bone level changes: A 2-year prospective pilot study. J Dent Sci. 2023 Jul;18(3):1272-1279.
8. **Galindo-Moreno P., Catena A., Pérez-Sayáns M., et al.** Early marginal bone loss around dental implants to define success in implant dentistry: A retrospective study. Clin Implant Dent Relat Res. 2022; 24(5):630-642.
9. **Matsumoto K., Inoue K., Imagawa N., et al.** Examination of factor to influence dental implant stability quotient change. J Hard Tissue Biol. 2020;29(2):131-134.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT TRƯỢT ĐỐT SỐNG BẢN LỀ THẮT LƯNG CÙNG

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép xương liên thân đốt trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 73 bệnh nhân được phẫu thuật ghép xương

liên thân đốt do trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng từ 6/2021 đến 6/2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 73 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/ nữ là 1/2 (nam: 32,9%, nữ 67,1%). Bệnh nhân độ tuổi 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 27,4%. Điểm VAS lưng, chân giảm trung bình từ 6,11 và 4,55 xuống 2,81 và 1,61 khi ra viện. Mức độ nắn chỉnh có 56 BN (76,7%) nắn về trượt độ 0, không có trường hợp nào còn trượt độ III sau mổ. 100% số lượng vít được đặt đúng tiêu chuẩn theo Lonstein. Vị trí của miếng ghép được đặt đúng (2/3 trước thân đốt sống) chiếm 97,3%; không có trường hợp nào bị di lệch. Sau 6th VAS lưng cải thiện đáng kể

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

$P < 0,05$. Có 78,7% bệnh nhân liền xương độ 2 sau mổ 6 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép xương liền thân đốt là biện pháp điều trị hiệu quả trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng, giúp bệnh nhân giảm đau, tỉ lệ liền xương tốt và ít nguy cơ biến chứng.

Từ khóa: Trượt đốt sống, khuyết eo đốt sống, trượt đốt sống thoái hóa

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF LUMBAR-SACRAL FUSION FOR SPONDYLOLISTHESIS

Objectives: Evaluate the surgical outcomes of lumbar-sacral fusion for spondylolisthesis. **Objects and Methods:** evaluate the surgical outcomes of lumbar-sacral fusion for spondylolisthesis. **Results:** There were 73 patients in our study group, with a male-to-female ratio of 1:2 (male: 32.9%, female: 67.1%). The age group 50-59 years had the highest proportion at 27.4%. The average VAS (Visual Analogue Scale) scores for back and leg pain decreased from 6.11 and 4.55 to 2.81 and 1.61 at discharge, respectively. The degree of correction showed that 56 patients (76.7%) were corrected to grade 0 slippage, and there were no cases of grade III slippage postoperatively. All screws (100%) were placed according to Lonstein's criteria. The placement of the graft (2/3 anterior to the vertebral body) was correct in 97.3% of cases, with no dislocations reported. At 6 months post-operation, the VAS score for back pain significantly improved ($P < 0.05$). Additionally, 78.7% of patients achieved grade 2 bone union at 6 months post-operation. **Conclusion:** Lumbar-sacral fusion surgery is an effective treatment for spondylolisthesis, providing pain relief, a high rate of bone fusion, and a low risk of complications.

Keywords: Spondylolisthesis, spondylolysis, degenerative spondylolisthesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên [1]. Là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh. Điều trị nội khoa được sử dụng trong những trường hợp trượt mức độ nhẹ, biểu hiện chèn ép thần kinh thoáng qua, phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại hoặc trong những trường hợp mức độ trượt cao, chèn ép thần kinh dữ dội. Có rất nhiều kỹ thuật xương liền thân đốt như ghép xương lõi trước (ALIF), ghép xương đường bên (XLIF, OLIF, LLIF) và ghép xương lõi sau (PLIF, TLIF). Trong đó ghép xương lõi sau là biện pháp hiệu quả và được sử dụng phổ biến điều trị trượt đốt sống đoạn bản lề thắt lưng cùng. Điều trị trượt đốt sống thắt lưng gồm điều trị nội khoa, phục hồi chức năng và điều trị phẫu thuật. Điều trị nội khoa chỉ định khi: Không có chèn ép thần kinh, chỉ có đau lưng, đau lưng đáp ứng với giảm đau

thông thường và vật lý trị liệu, áo nẹp, nhiều bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến tính mạng. Phẫu thuật mục đích chung là làm vững cột sống, giải phóng chèn ép rễ thần kinh giúp phục hồi chức năng thần kinh cũng như chỉnh sửa những biến dạng đoạn thắt lưng cùng. Chỉ định mổ [2,3,4,5,6]: Có triệu chứng chèn ép thần kinh hoặc có hội chứng đau lưng, có triệu chứng hình ảnh trượt đốt sống trên x quang và cộng hưởng từ, điều trị nội khoa không hiệu quả 2-3 tháng. Biến chứng thường gặp Rách màng cứng, tổn thương rễ, tổn thương mạch máu, nhiễm trùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân chẩn đoán trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng, được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu 73 hồ sơ từ tháng 6/2021 tới tháng 6/2022 thu thập các thông tin, biến số phục vụ cho nghiên cứu. Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về triệu chứng đau lưng, đau chân chúng tôi đánh giá theo thang điểm VAS, đánh giá chất lượng cuộc sống theo ODI, đánh giá mức độ mất máu, thời gian mổ, đánh giá VAS trước và sau mổ, ODI trước và sau mổ, Xquang đánh giá mức độ nắn trượt, mức độ liền xương và chính xác vít. Phát hiện các biến chứng sau mổ.

Tất cả số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu có 73 bệnh nhân độ tuổi trung bình 50,37, nam / nữ là 1/2. Độ tuổi hay mắc bệnh nhất là 50-59 tuổi chiếm 27,4%. Kết quả sau mổ khi ra viện, triệu chứng đau giảm đáng kể. Điểm VAS ở lưng giảm từ 6,11 xuống 2,81 điểm, VAS ở chân giảm từ 4,55 xuống 1,61 điểm. Về mức độ nắn chỉnh có 56 BN (76,7%) nắn về trượt độ 0, 11 BN (15%) trượt độ I và 6 BN (8%) trượt độ II, không có trường hợp nào còn trượt độ III sau mổ.

Bảng 1. Đánh giá mức độ chính xác vít

Vị trí của vít	Số lượng vít	Tỷ lệ (%)
Đúng tiêu chuẩn	73	100
Vào bờ trên cuống	0	0
Vượt quá 2 bờ thân đốt trên phim nghiêng	0	0
Tổng	73	100

Vị trí miếng ghép là cực kỳ quan trọng quyết định mức độ liền xương, nắn chỉnh, nghiên cứu chúng tôi Vị trí của miếng ghép được đặt đúng (2/3 trước thân đốt sống) chiếm 97,3%; không

có trường hợp nào bị di lệch.

Về thang điểm ODI có giảm đáng kể trung bình ODI từ 58,32 về 12,69 sau 6 tháng, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Về mức độ liền xương sau 6th Có 78,7% bệnh nhân liền xương độ 2 sau mổ 6 tháng, 19,7% bệnh nhân liền xương độ 1 và 1,6% bệnh nhân liền xương độ 3.

Bảng 2. Tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng (n=73)	Tỷ lệ (%)
Rách màng cứng	3	4,1
Tổn thương rễ	1	1,4
Vỡ cuống	1	1,4
Tổng	5	6,9

Biến chứng hay gặp nhất trong mổ là rách màng cứng chiếm 4,1%.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi trung bình 50,37 đây là độ tuổi phổ biến nhất. Kết quả này phù hợp với Nghiên cứu của Okuda S. và CS (2014), TĐS do khuyết eo có tuổi trung bình là 57 tuổi [3]. Nghiên cứu của Parker S.L. (2014), TĐS do thoái hóa, tuổi trung bình là 58,2 tuổi [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng đau đã giảm đáng kể với điểm VAS ở lưng giảm từ 6,11 điểm xuống còn 2,81 điểm, VAS ở chân giảm từ 4,55 xuống còn 1,61 điểm. Nghiên cứu của Choi W.S. và cộng sự nhận thấy đau lưng sau mổ cũng giảm một cách rõ rệt từ 5,90 điểm xuống còn 1,80 điểm, đau chân giảm từ 6,2 điểm xuống còn 1,2 điểm [5]. Một nghiên cứu khác của Dương Thanh Tùng cũng cho thấy mức độ đau lưng giảm đáng kể, VAS lưng từ 6,13 điểm trước mổ giảm xuống còn 2,63 điểm, VAS chân giảm từ 6,21 điểm xuống còn 1,74 điểm lúc ra viện [6]. Điều này cho thấy hiệu quả của phẫu thuật TLIF mang lại.

Việc nắn chỉnh trượt có vai trò quan trọng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật. Nó gián tiếp giúp giải ép rễ thần kinh, làm rễ không bị kéo căng quá mức do trượt, tăng diện tích ghép xương liên thân đốt từ đó tăng tỷ lệ liền xương đặc biệt ở những bệnh nhân trượt nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 66 bệnh nhân (75,3%) được nắn chỉnh tốt không còn trượt, 11 bệnh nhân (15%) trượt độ I, không có bệnh nhân nào trượt độ II. Kết quả này cho thấy nắn chỉnh trượt trong nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện khá tốt.

Vị trí của vít và miếng ghép gian đốt sống đóng vai trò quan trọng trong việc tạo nên sự ổn định và vững chắc cho cột sống sau phẫu thuật, tăng tỷ lệ liền xương. Vị trí của vít cần chính xác

để có khả năng chịu lực tốt. Miếng ghép gian đốt sống cũng cần phải được đặt đúng vị trí trong khoảng gian đốt để đảm bảo chịu tải tốt. Qua 73 trường hợp TĐS thắt lưng cùng với 292 vít và 73 miếng ghép được đặt dưới hướng dẫn của máy chụp Xquang trong mổ, sau mổ tất cả các bệnh nhân đều được chụp Xquang thẳng nghiêng để đánh giá độ chính xác của vít và miếng ghép, chúng tôi nhận thấy có 100% vít đặt đúng tiêu chuẩn. 71 miếng ghép (97,3%) nằm vị trí 2/3 trước đốt sống, chỉ có 2 trường hợp nằm 1/3 sau thân đốt sống không trường hợp nào di lệch.

Qua 73 trường hợp thực hiện phẫu thuật hàn xương liên thân đốt sống chúng tôi ghi nhận có 5 bệnh nhân xuất hiện tai biến trong mổ (chiếm 6,9%): 1 bệnh nhân (1,4%) vỡ cuống trong quá trình đặt nẹp vít. 3 trường hợp (4,1%) rách màng cứng trong mổ. Do quá trình giải ép lấy bỏ dây chằng ở bệnh nhân lớn tuổi trượt độ II,III, thời gian khởi phát kéo dài, màng cứng mỏng và dính nên rách trong mổ. Những bệnh nhân này được khâu phục hồi màng cứng bằng gia cố cân cơ thắt lưng, đóng kín cân cơ, dẫn lưu ngoài cân. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh[7] Rách màng cứng 2 bệnh nhân (2,9%), tổn thương rễ 1 bệnh nhân (1,5%), Vỡ cuống 1 bệnh nhân (1,5%), vỡ cuống 1 bệnh nhân (1,5%); Nguyễn Vũ [8] rách màng cứng 3 bệnh nhân (3,3%), tổn thương rễ 1 bệnh nhân (1,1%), vỡ cuống 4 bệnh nhân (4,4%);

Kết quả xa sau 6 tháng: Điểm VAS ở lưng giảm từ 6,11 xuống 1,08 điểm. Điểm VAS ở chân giảm từ 4,55 xuống còn 0,39 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,094$). Kết quả trên cho thấy triệu chứng đau tiếp tục được cải thiện sau mổ 6 tháng. Đó là hiệu quả của sự giải ép thần kinh và cố định cột sống vững chắc. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Choi W.S. và CS (2016), VAS lưng trước mổ là 5,9 giảm xuống còn 2,0 điểm và VAS chân trước mổ là 6,2 xuống còn 1,6 điểm sau 6 tháng phẫu thuật [9]

Mức độ giảm chức năng cột sống ODI đã được cải thiện rất tốt sau 6 tháng phẫu thuật từ 58,32% thời điểm trước phẫu thuật xuống còn 12,69%. Nghiên cứu của Choi W.S. và CS cho thấy ODI trước mổ là 38,3% giảm xuống còn 16,8% sau 6 tháng phẫu thuật [9].

Mức độ liền xương được đánh giá bằng chụp X quang tại thời điểm sau mổ 6 tháng. Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ liền xương đạt 98,4% (độ 1, độ 2), 1 bệnh nhân (chiếm 1,6%) liền xương độ 3. Nghiên cứu của Lee

(2016) cho tỷ lệ liền xương thấp hơn, đạt 64,71% sau mổ 6 tháng [10].

Kết quả điều trị sau phẫu thuật được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab cho thấy kết quả có kết quả rất tốt chiếm 23%, tốt chiếm 68,8% và khá chiếm 8,2%, không có tình trạng kết quả xấu. Lê Ngọc Quang cho thấy kết quả tốt và khá đạt 97,63%, trung bình là 2,37%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt là biện pháp điều trị hiệu quả trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng, giúp bệnh nhân giảm đau, tỉ lệ liền xương tốt và ít nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wollowick AL, Sarwahi V, eds.** Spondylolisthesis: Diagnosis, Non-Surgical Management, and Surgical Techniques. Springer US; 2015. doi:10.1007/978-1-4899-7575-1.
2. **Wang MY, Oh BC, Aho CJ.** Lateral Lumbar Interbody Fusion. In: Kim DH, Vaccaro AR, Henn JS, Dickman CA, eds. Surgical Anatomy & Techniques to the Spine. W.B. Saunders; 2006: 272-279. doi:10.1016/B978-1-4160-0313-7.50038-X.
3. **Thornhill BA, Green DJ, Schoenfeld AH.** Imaging Techniques for the Diagnosis of Spondylolisthesis. In: Wollowick AL, Sarwahi V, eds. Spondylolisthesis: Diagnosis, Non-Surgical Management, and Surgical Techniques. Springer US; 2015:59-94. doi:10.1007/978-1-4899-7575-1_6
4. **Johnsen LG, Brinckmann P, Hellum C, et al.** Segmental mobility, disc height and patient-

reported outcomes after surgery for degenerative disc disease: a prospective randomised trial comparing disc replacement and multidisciplinary rehabilitation. Bone Jt J. 2013;95-B(1):81-89. doi:10.1302/0301-620X.95B1.29829

5. **Vaccaro AR, Bono CM, eds.** Minimally Invasive Spine Surgery. 1st edition. CRC Press; 2007.
6. **Boos N, Aebi M, eds.** Spinal Disorders: Fundamentals of Diagnosis and Treatment. Springer-Verlag; 2008. doi:10.1007/978-3-540-69091-7
7. **Okuda S, Oda T, Yamasaki R, et al.** Posterior lumbar interbody fusion with total facetectomy for low-dysplastic isthmic spondylolisthesis: effects of slip reduction on surgical outcomes: clinical article. J Neurosurg Spine. 2014;21(2):171-178. doi:10.3171/2014.4.SPINE13925
8. **Parker SL, Godil SS, Mendenhall SK, et al.** Two-year comprehensive medical management of degenerative lumbar spine disease (lumbar spondylolisthesis, stenosis, or disc herniation): a value analysis of cost, pain, disability, and quality of life: clinical article. J Neurosurg Spine. 2014;21(2):143-149. doi:10.3171/2014.3.SPINE1320.
9. **Choi W-S, Kim J-S, Ryu K-S, et al.** Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion at L5-S1 through a Unilateral Approach: Technical Feasibility and Outcomes. BioMed Res Int. 2016;2016: 2518394. doi:10.1155/2016/2518394.
10. **Dương Thanh Tùng (2020).** Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống đoạn thắt lưng cùng một tầng bằng phẫu thuật vít cố định qua da và ghép xương liên thân đốt. Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TÁI PHÁT DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ FOLFIRI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thủy^{1,2}, Lê Thị Hồng Phúc¹, Vũ Hồng Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tái phát di căn bằng phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 40 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư đại trực tràng tái phát di căn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, được điều trị bằng phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau 12 chu kỳ đạt 35,0%, trong đó có 2,5

% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn và 32,5%, đạt đáp ứng một phần, bệnh ổn định chiếm 22,5%. Tuy nhiên có 42,5% bệnh tiến triển. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 11,1 tháng (6,1-16,0). Các yếu tố kéo dài thời gian sống còn bệnh không tiến triển là số vị trí di căn, đáp ứng hóa trị. Tác dụng phụ chủ yếu gặp hạ bạch cầu trung tính (chiếm 57,5%), tiêu chảy (chiếm 57,5%), nôn (chiếm 40,0%), phần lớn độ 1,2. **Từ khóa:** Ung thư đại trực tràng tái phát di căn, phác đồ FOLFIRI.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF METASTATIC RECURRENT COLORECTAL CANCER BY FOLFIRI AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Aims: Evaluate treatment results and some toxicities in metastatic recurrent colorectal cancer patients treated with FOLFIRI at Nghe An Oncology Hospital. **Patients and methods:** descriptive study with longitudinal follow-up on 40 patients with a confirmed diagnosis of metastatic recurrent colorectal

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Thăng

Email: vuhongthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024