

không ảnh hưởng đến đánh giá mức độ an thần. Như vậy, từ các kết quả này cho thấy thang điểm Richmond có giá trị và độ tin cậy cao, và sử dụng dễ dàng cho điều dưỡng để đánh giá mức độ an thần cho các NB thở máy có sử dụng an thần.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm RASS có thể áp dụng cho nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau, không phụ thuộc giới tính, nhóm tuổi, thể trạng hoặc các phác đồ an thần khác nhau. Có sự phù hợp cao khi thực hiện chấm điểm RASS giữa đối tượng trình độ bác sĩ và điều dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wunsch H, Linde-Zwirble WT, Angus DC, Hartman ME, Milbrandt EB, Kahn JM. The epidemiology of mechanical ventilation use in the United States. Crit Care Med. Oct 2010; 38(10): 1947-53. doi:10.1097/CCM.0b013e3181ef4460
2. Danielis M, Povoli A, Mattiussi E, Palese A. Understanding patients' experiences of being mechanically ventilated in the Intensive Care Unit: Findings from a meta-synthesis and meta-summary. J Clin Nurs. Jul 2020;29(13-14):2107-2124. doi:10.1111/jocn.15259
3. Stephens RJ, Dettmer MR, Roberts BW, et al. Practice Patterns and Outcomes Associated With Early Sedation Depth in Mechanically Ventilated Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. Mar 2018;46(3): 471-479. doi:10.1097/ccm.0000000000002885
4. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. Sep 2018;46(9): e825-e873. doi:10.1097/ccm.0000000000003299
5. Nguyễn Thị Ngọc Ánh. Đánh giá khả năng áp dụng thang điểm an thần Richmond của điều dưỡng trên bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Vinmec Times city. 2021. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Guttormson JL, Chlan L, Tracy MF, Hetland B, Mandrekar J. Nurses' Attitudes and Practices Related to Sedation: A National Survey. Am J Crit Care. Jul 2019;28(4):255-263.doi:10.4037/ajcc2019526
7. Đinh Vĩnh Thái. Nghiên cứu áp dụng thang điểm richmond trong đánh giá mức độ an thần ở bệnh nhân thông khí nhân tạo xâm nhập.2018.Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.
8. Namigar T, Serap K, Esra AT, et al. [The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation]. Rev Bras Anesthesiol. Jul-Aug 2017;67(4):347-354. Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanyl. doi:10.1016/j.bjan. 2017.03.006
9. Almgren M, Lundmark M, Samuelson K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit. Acta anaesthesiologica scandinavica. 2010;54(6):729-735.
10. Shehabi Y, Chan L, Kadiman S, et al. Sedation depth and long-term mortality in mechanically ventilated critically ill adults: a prospective longitudinal multicentre cohort study. Intensive care medicine. 2013;39:910-918

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ CAPOX ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thuỳ Linh¹, Vũ Hồng Thăng^{2,3}, Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn của hoá trị phác đồ CAPOX trong bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 61 bệnh

nhân ung thư đại tràng đã được phẫu thuật triệt căn giai đoạn III có hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ 1/2018 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,3 ± 10,3 trong đó nhóm tuổi thường gặp là 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất 41%. Giai đoạn bệnh IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,8%. Chỉ số toàn trạng PS chủ yếu từ 0-1 chiếm 98,4%; thời gian bắt đầu hoá trị từ khi phẫu thuật triệt căn chủ yếu trong vòng 8 tuần với tỉ lệ 86,9%. Hầu hết độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết giảm huyết sắc tố (73,8%), giảm bạch cầu hạt (68,9%) và giảm tiểu cầu (65,6%) chủ yếu ở độ 1, 2. Độc tính trên gan làm tăng men gan AST (65,6%) và ALT (44,3%), trong đó tỉ lệ tăng cao nhất ở độ 1 lần lượt tương ứng là 60,7% và 41%. Độc tính trên thận

¹Bệnh viện ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuỳ Linh

Email: linhnguyenln977@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

chỉ ghi nhận độ 1 chiếm 3,3%, không ghi nhận độc tính độ 3, 4. Độc tính trên hệ tiêu hoá thường gặp nhất là buồn nôn, nôn, tiêu chảy. Tỷ lệ bệnh nhân có buồn nôn (50,8%), nôn (32,8%), tiêu chảy (27,9%) và viêm niêm mạc miệng ít gặp chiếm 14,8%. Tỷ lệ hội chứng bàn tay bàn chân chiếm 34,4%; độc tính thần kinh ngoại vi là độc tính tích lũy thường gặp chiếm 72,1% và là một yếu tố cần cân nhắc khi lựa chọn điều trị kéo dài. **Kết luận:** Phác đồ CAPOX trong điều trị bổ trợ sau mổ ung thư đại tràng giai đoạn III là an toàn với các tác dụng không mong muốn ở mức độ cho phép. **Từ khóa:** ung thư đại tràng, điều trị bổ trợ, phác đồ CAPOX.

SUMMARY

SIDE EFFECTS OF CAPOX REGIMEN IN ADJUVANT THERAPY IN STAGE III COLON CARCINOMA PATIENTS AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the side effects of adjuvant chemotherapy with the CAPOX regimen in stage III colon carcinoma patients. **Subjects and Methods:** Descriptive on 61 stage III colon carcinoma patients who underwent curative surgery and received adjuvant chemotherapy with the CAPOX regimen at Nghe An Oncology Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The average age of patients was 60.3 ± 10.3 years, the age group 60-69 years had the highest rate at 41%. Stage IIIB was the most prevalent with 73.8%. The performance status (PS) score was primarily 0-1, in 98.4% of cases. Chemotherapy was initiated within 8 weeks post-surgery in 86.9% of patients. The most common hematologic toxicities included anemia (73.8%), neutropenia (68.9%), and thrombocytopenia (65.6%), primarily of grade 1 or 2. Hepatic toxicities involved elevated AST (65.6%) and ALT (44.3%), predominantly of grade 1, with the highest incidences being 60.7% and 41%, respectively. Renal toxicity was rare, with only grade 1 recorded at 3.3%, and no grade 3 or 4 toxicities observed. Gastrointestinal toxicities included nausea (50.8%), vomiting (32.8%), diarrhea (27.9%), and less frequently mucositis (14.8%). Hand-foot syndrome occurred in 34.4% of patients, peripheral neurotoxicity is a common cumulative toxicity, occurring in 72.1% of patients, and is a factor to be considered when choosing long-term treatment. **Conclusion:** The CAPOX regimen for adjuvant treatment of stage III colorectal carcinoma is safe in the colon carcinoma patient, with side effects remaining within acceptable levels.

Keywords: Colon carcinoma, adjuvant chemotherapy, CAPOX regimen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê Globocan 2020, UTĐT đứng thứ 4 về tỷ lệ mắc (6%) và đứng thứ 5 về tỷ lệ tử vong (5,8%).¹ Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 6.448 ca mới mắc, đứng hàng thứ 6 trong các bệnh ung thư của cả hai giới, có xu hướng gia tăng.² Điều trị bổ trợ hoá chất toàn

thân đóng vai trò quan trọng nhằm tiêu diệt các ổ vi di căn và giảm nguy cơ tái phát đồng thời làm tăng thời gian sống thêm cho người bệnh. Lợi ích điều trị bổ trợ đã được chứng minh rõ ràng đối với UTĐT giai đoạn III có hạch di căn làm giảm nguy cơ tái phát đến 30% và giảm 22-32% nguy cơ tử vong do bệnh.³ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hằng (2013) khi đánh giá độc tính phác đồ kết hợp này. Hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX trong UTĐT giai đoạn III đã trở thành tiêu chuẩn điều trị tại các trung tâm ung bướu trên cả nước. Tại bệnh viện ung bướu Nghệ An, phác đồ hoá trị bổ trợ có Oxaliplatin sau phẫu thuật bệnh nhân UTĐT giai đoạn III đã được thực hiện từ năm 2011 nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá kết quả của điều trị phối hợp này trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng không mong muốn của hoá trị phác đồ CAPOX trong bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 61 bệnh nhân UTĐT biểu mô tuyến giai đoạn III sau phẫu thuật triệt căn cắt bỏ khối u và nạo vét hạch, chỉ số toàn trạng PS từ 0-2, có hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX (Capecitabine và Oxaliplatin) đủ 4 chu kỳ trở lên tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023.

2.2. Các bước tiến hành

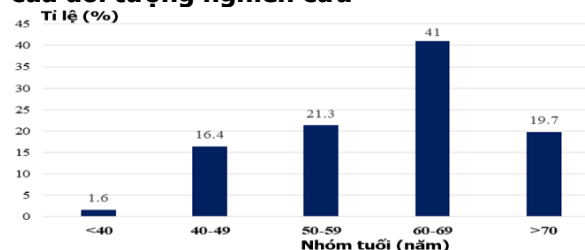
Bước 1: Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin trước điều trị gồm lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Đánh giá các độc tính hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết của phác đồ điều trị dựa theo tiêu chuẩn Common Terminology Criteria for Adverse Events version 5.0 (CTCAE).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 27.0.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 7: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình $60,3 \pm 10,3$ tuổi. Tuổi mắc thấp nhất là 24 tuổi, cao

nhất là 78 tuổi.

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	n=61	Tỉ lệ (%)
Chỉ số toàn trạng PS	0	43 (70,5)
	1	17 (27,9)
	2	1 (1,6)
Giai đoạn bệnh	IIIA	1 (1,6)
	IIIB	45 (73,8)
	IIIC	15 (24,6)
Thời gian bắt đầu hoá chất	≤8 tuần	53 (86,9)
	8-12 tuần	6 (9,8)
	>12 tuần	2 (3,3)
Liều điều trị	85-90% liều chuẩn	1 (1,6)
	90-100% liều chuẩn	60 (98,4)

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng PS 0-1 chiếm tỉ lệ 98,4%; thời gian bắt đầu hoá trị từ khi phẫu thuật triệt căn chủ yếu trong 8 tuần với tỉ lệ 86,9%; liều hoá chất so với liều chuẩn từ 90-100% chiếm 98,4%.

3.2. Một số tác dụng không mong muốn

3.2.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Bảng 2: Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ độc tính (n=61)				
	Độ 0 n(%)	Độ 1 n(%)	Độ 2 n(%)	Độ 3 n(%)	Độ 4 n(%)
Hạ huyết sắc tố	16 (26,2)	36 (59,0)	8 (13,1)	1 (1,6)	0
Hạ bạch cầu	19 (31,1)	10 (16,4)	20 (32,8)	10 (16,4)	2 (3,3)

Bảng 3: Độc tính ngoài hệ tạo huyết

Độc tính		Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3-4 (%)
Độc tính trên gan	AST	21 (34,4)	37 (60,7)	3 (4,9)	0
	ALT	34 (55,7)	25 (41)	2 (3,3)	0
Độc tính trên thận	Creatinin	59 (96,7)	2 (3,3)	0	0
	Buồn nôn	30 (49,2)	10 (16,4)	21 (34,4)	0
Độc tính trên hệ tiêu hoá	Nôn	41 (67,2)	9 (14,8)	11 (18,0)	0
	Viêm niêm mạc miệng	52 (85,2)	6 (9,8)	2 (3,3)	1 (1,6)
	Tiêu chảy	44 (72,1)	12 (19,7)	5 (8,2)	0
Độc tính khác	Hội chứng bàn tay bàn chân	40 (65,6)	13 (21,3)	8 (13,1)	0
	Thần kinh ngoại biên	17 (27,9)	36 (59,0)	8 (13,1)	0

Nhận xét: Độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu gặp ở độ 1 và độ 2.

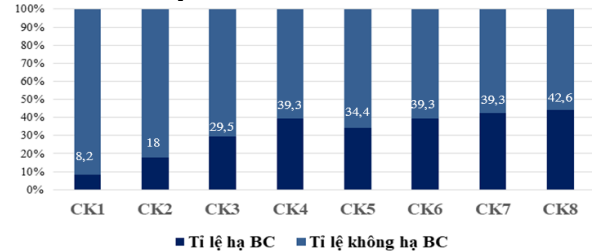
IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi mắc thấp nhất là 24 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình 60,3 ± 10,3 tuổi, nhóm bệnh nhân trẻ tuổi dưới 40 chiếm tỉ lệ thấp là 1,6%.^{4,6} Giai đoạn bệnh IIIB chiếm tỉ lệ cao nhất 73,8%. Giai đoạn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trương Tuấn Anh (2022) với tỉ lệ cao nhất ở giai đoạn IIIB (89,7%), IIIC (5,9%)

Hạ tiểu cầu	21 (34,4)	34 (55,7)	10 (16,4)	0	0
-------------	-----------	-----------	-----------	---	---

Nhận xét: Hầu hết độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết giảm huyết sắc tố (73,8%), giảm bạch cầu hạt (68,9%) và giảm tiểu cầu (65,6%) chủ yếu ở độ 1, 2. Tỉ lệ bệnh nhân có hạ huyết sắc tố độ 1 cao nhất chiếm 59,0%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt chủ yếu ở độ 2 chiếm 32,8%; tỉ lệ hạ độ 1 và độ 3 là 16,4% và độ 4 là 3,3%; Tỉ lệ hạ tiểu cầu cao nhất ở độ 1 chiếm 55,7%, độ 2 chiếm 16,4%; không có hạ độ 3, 4.

3.2.2. Liên quan giữa hạ bạch cầu và chu kì hoá trị



Biểu đồ 3: Liên quan giữa hạ bạch cầu và chu kì hoá trị

Nhận xét: Trong 156 chu kì có hạ bạch cầu ở 478 lần truyền hoá chất trên 61 bệnh nhân cho thấy: Hạ bạch cầu hay gặp nhất vào chu kì thứ 3, 4, 5, 6, 7, 8 của liệu trình điều trị trong đó cao nhất ở chu kì 8. Hạ bạch cầu ở chu kì 2 ở mức trung bình, tỉ lệ hạ bạch cầu ở chu kì thứ 1 là thấp nhất.

và IIIA (4,4%) và tác giả Danno (2017) giai đoạn IIIB chiếm chủ yếu là 54,7%.^{8,9}

Chỉ số toàn trạng PS 0-1 chiếm tỉ lệ 98,4%; PS 2 chỉ chiếm 1,6%. Thời gian bắt đầu hoá chất từ khi phẫu thuật triệt căn chủ yếu trong 8 tuần với tỉ lệ 86,9%; liều hoá chất so với liều chuẩn từ 90-100% chiếm 98,4%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân nhận liều hoá chất so với liều chuẩn cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hằng (2013) chiếm 60%, có thể do nghiên cứu chúng tôi lựa chọn bệnh nhân với chỉ số toàn trạng PS 0-1 là chủ yếu.⁵

Độc tính của điều trị. Các độc tính về

giảm huyết sắc tố, giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu của phác đồ CAPOX thấp, tỉ lệ lần lượt là 73,8%; 68,9% và 65,6%. Bệnh nhân có tỉ lệ hạ huyết sắc tố độ 1 cao nhất chiếm 59%, trong đó có 1 bệnh nhân phải truyền khối hồng cầu. Bệnh nhân có tỉ lệ hạ bạch cầu hạt chủ yếu ở độ 2 chiếm 32,8%, tỉ lệ hạ độ 1 và độ 3 là 16,4% và độ 4 là 3,3%; không ghi nhận bệnh nhân hạ bạch cầu có sốt. Tác giả Lu GC và cộng sự (2010) cho thấy tỉ lệ hạ bạch cầu mọi độ là 40%; độ 3, 4 là 14,3%.¹⁰ Điều này do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi điều trị phác đồ CAPOX là cao hơn so với nghiên cứu của Lu GC. Khi đánh giá mối liên quan giữa hạ bạch cầu với chu kỳ hoá trị chúng tôi thấy hạ bạch cầu hay gặp ở chu kỳ thứ 3, 4, 5, 6, 7, 8 của liệu trình trong đó cao nhất ở chu kỳ 8. Hạ bạch cầu ở chu kỳ 2 ở mức trung bình, tỉ lệ hạ bạch cầu ở chu kỳ thứ 1 là thấp nhất. Kết quả nghiên cứu chúng tôi có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Thị Thuý Hằng (2013) ở các chu kỳ 5, 6, 7, 8 có tỉ lệ thấp hơn.⁵ Có thể giải thích do bệnh nhân nhận liệu trên 90% liệu chuẩn cao hơn so với kết quả tác giả Nguyễn Thị Thuý Hằng và khi chu kỳ đầu cơ thể mới bắt đầu tiếp xúc hoá chất trị liệu và những chất này chưa gây ảnh hưởng nhiều lên tủy xương, các chu kỳ tiếp theo độc tính tích lũy dần và gây hạ bạch cầu tăng dần. Tỉ lệ hạ tiểu cầu cao nhất ở độ 1 chiếm 55,7%; độ 2 chiếm 16,4%. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương đương với tác giả Đàm Minh Sơn (2020) với tỉ lệ hạ tiểu cầu là 48,5%.⁷

Độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu gặp ở độ 1 và độ 2. Độc tính lên gan gây tăng men gan AST chiếm 65,6% và tăng ALT chiếm 44,3%, trong đó tỉ lệ tăng cao nhất ở độ 1 lần lượt tương ứng là 60,7%; 41%, độ 2 chiếm 4,4%; 3,3%. Nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ tăng men gan cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Thuý Hằng (2013) chiếm tỉ lệ tăng AST (14,3%) và ALT (16,1%).⁵ Điều này cho thấy điểm cần lưu ý trước khi điều trị hoá chất, bệnh nhân cần được kiểm tra tình trạng viêm gan virus và điều trị kèm theo với thuốc kháng virus khi có chỉ định. Độc tính trên thận chỉ ghi nhận độ 1 chiếm 3,3%, không ghi nhận độc tính độ 3, 4. Kết quả này tương ứng với tác dụng không mong muốn của Oxaliplatin là nhóm muối platinum thế hệ 2 có ảnh hưởng lên thận giảm đi đáng kể so với thuốc cùng nhóm là Cisplatin và Carboplatin.

Độc tính trên hệ tiêu hoá thường gặp nhất là buồn nôn, nôn, tiêu chảy. Tỉ lệ bệnh nhân có buồn nôn là 50,8%, nôn là 32,8%, tiêu chảy là 27,9% và viêm niêm mạc miệng ít gặp chiếm 14,8%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ độc

tính trên đường hoá thấp hơn so với của tác giả Schmoll (2015) tương ứng là 66%, 43%, 60%.⁶ Có thể giải thích số lượng tham gia nghiên cứu của tác giả cao hơn với 1.886 bệnh nhân, từ đó các độc tính được ghi nhận nhiều hơn. Tỉ lệ bệnh nhân có độc tính thần kinh ngoại biên là 72,1% trong đó độc tính ở độ 1 có tỉ lệ cao nhất chiếm 59%; độ 2 chiếm 13,1%; không có độc tính độ 3, 4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Danno (2017). Bệnh lý thần kinh ngoại vi do hoá trị liệu cho thấy tỉ lệ tăng lên khi sử dụng Oxaliplatin với liều cao trung vị tích lũy là 778,6 mg/m² ở chu kỳ 5, 6 liệu trình điều trị.⁹ Vì thế, cần cân nhắc giảm liều theo khuyến cáo cũng như dừng điều trị khi có triệu chứng lâm sàng với độc tính nặng. Hội chứng bàn tay bàn chân (Hand foot syndrome - HFS) là tổn thương da ở lòng bàn tay và bàn chân do độc tính hoá trị trong đó Capecitabine là thuốc có tỉ lệ gây nên hội chứng cao, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có HFS là 34,4%, trong đó độ 1 chiếm 21,3% và độ 2 chiếm 13,1%, không có bệnh nhân nào có độc tính độ 3, 4 và không cần can thiệp trong quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,3 ± 10,3. Hầu hết độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết giảm huyết sắc tố (73,8%), giảm bạch cầu hạt (68,9%) và giảm tiểu cầu (65,6%) chủ yếu ở độ 1, 2. Tăng men gan AST (65,6%) và ALT (44,3%), độc tính trên thận chỉ ghi nhận độ 1 chiếm 3,3%. Độc tính trên hệ tiêu hoá thường gặp nhất là buồn nôn, nôn, tiêu chảy, không ghi nhận độc tính độ 3, 4. Tỉ lệ hội chứng bàn tay bàn chân chiếm 34,4%; độc tính thần kinh ngoại vi là độc tính tích lũy thường gặp chiếm 72,1% và là một yếu tố cần cân nhắc khi lựa chọn điều trị kéo dài.

Phác đồ CAPOX trong điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III là an toàn trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với các tác dụng không mong muốn ở mức độ cho phép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC. Globocan 2020.** March, 2021. [Online]. Available: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>. [Accessed 5/5/2023].
2. **IARC. Global Cancer Observatory Vietnam Population fact sheets.** March, 2021. [Online]. Available: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. [Accessed 5/5/2023].
3. **Sargent D, Sobrero A, Grothey A, et al.** Evidence for cure by adjuvant therapy in colon

- carcinoma: observations based on individual patient data from 20,898 patients on 18 randomized trials. *J Clin Oncol.* Feb 20 2009;27(6):872-7. doi:10.1200/JCO.2008.19.5362
4. **Haller DG, Taberero J, Maroun J, et al.** Capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil and folinic acid as adjuvant therapy for stage III colon carcinoma. *J Clin Oncol.* Apr 10 2011; 29(11): 1465-71. doi:10.1200/JCO.2010. 33.6297
 5. **Nguyễn Thị Thuý Hằng NVHvTT.** Đánh giá độc tính phác đồ XELOX điều trị hỗ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 527, 213-217, 2023.
 6. **Schmoll HJ, Taberero J, Maroun J, et al.** Capecitabine Plus Oxaliplatin Compared With Fluorouracil/Folinic Acid As Adjuvant Therapy for Stage III Colon Carcinoma: Final Results of the NO16968 Randomized Controlled Phase III Trial. *J Clin Oncol.* Nov 10 2015;33(32):3733-40. doi:10.1200/JCO.2015.60.9107
 7. **Sơn ĐM.** Kết quả hoá trị hỗ trợ phác đồ XELOX ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III tại Bệnh viện Đà Nẵng. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2022.
 8. **Trương Tuấn Anh VHT.** Đánh giá kết quả hoá trị hỗ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III ở người cao tuổi tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2022
 9. **Danno K, Hata T, Tamai K, et al.** Interim analysis of a phase II trial evaluating the safety and efficacy of capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) as adjuvant therapy in Japanese patients with operated stage III colon carcinoma. *Carcinoma Chemother Pharmacol.* Oct 2017; 80(4):777-785. doi:10.1007/s00280-017-3419-1
 10. **Lu GC, Fang F, Li DC.** [Efficacy and toxicity analysis of XELOX and FOLFOX4 regimens as adjuvant chemotherapy for stage III colorectal carcinoma]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* Feb 2010;32(2):152-5.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐO NỒNG ĐỘ NITRIC OXIDE TRONG KHÍ THỞ RA Ở NGƯỜI BỆNH CÓ CHỒNG LẤP HEN VÀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

Phạm Văn Huy¹, Đoàn Thị Phương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả nồng độ Nitric oxide trong khí thở ra ở người bệnh có chồng lấp hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định điều trị ngoại trú tại phòng Quản lý bệnh phổi mạn tính - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán chồng lấp hen - COPD theo đồng thuận GesEPOC-GEMA (Spanish COPD Asthma Management guidelines) đang trong giai đoạn ổn định được điều trị ngoại trú tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 09/2021 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu 50 người bệnh ACO có tuổi trung bình $66,5 \pm 9,4$ tuổi; tất cả bệnh nhân là nam và đều hút thuốc lá. Tiền sử hen phế quản (44%), viêm mũi dị ứng (26%), trong đó có 20% bệnh nhân vừa mắc hen vừa mắc viêm mũi dị ứng, 10% có bệnh dị ứng khác. Giá trị trung bình của FeNO là $20,88 \pm 11,98$ ppb. Chỉ số FeNO ở nhóm bệnh nhân có tiền sử hen phế quản, tiền sử viêm mũi dị ứng, tiền sử sử dụng ICS đều lớn hơn nhóm không có tiền sử, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có mối tương quan giữa FeNO với tuổi, số lượng hút thuốc lá, mức độ khó thở mMRC, chức năng thông khí hay tiền sử đợt cấp. Không có

mối tương quan giữa FeNO và số lượng BCAT trong máu. Tuy nhiên, có mối tương quan thuận giữa FeNO với tiền sử hen và số lượng BCAT trong máu với hệ số tương quan $r = 0,344$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. **Kết luận:** FeNO ở bệnh nhân ACO có tiền sử Hen và viêm mũi dị ứng cao hơn bệnh nhân không có tiền sử hen, hay viêm mũi dị ứng trước đó. Không có mối tương quan giữa FeNO với số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi, tuy nhiên có mối tương quan thuận giữa FeNO ở bệnh nhân ACO có tiền sử hen phế quản với số lượng bạch cầu ái toan trong máu. **Từ khóa:** Chồng lấp hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ACO, FeNO.

SUMMARY

EVALUATION OF FRACTION OF EXHALED NITRIC OXIDE IN PATIENTS WITH STABLE ASTHMA - CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OVERLAP

Objectives: To evaluate the results of measuring fraction of exhaled nitric oxide in patients with stable asthma - chronic obstructive pulmonary disease overlap receiving outpatient treatment at the Pulmonary disease management Clinic - Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out on 50 patients with a confirmed diagnosis of ACO according to Consensus GesEPOC-GEMA (Spanish COPD Asthma Management guidelines) who were treated as outpatients at the Pulmonary disease management Clinic - Bach Mai Hospital from September 2021 to September 2022. **Results:** Research on 50 ACO patients with a mean age of $66,5 \pm 9,4$ years old; all patients are male and

¹Trường Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Huy

Email: phamhuy811@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024