

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ TRỰC TRÀNG TRUNG BÌNH, THẤP BẰNG KỸ THUẬT ĐIỀU BIẾN LIỀU

Trần Thị Hoài Thanh¹, Phạm Tuấn Anh^{2,3},
Võ Văn Xuân², Nguyễn Thị Phương Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được hóa xạ trị tiền phẫu bằng kỹ thuật điều biến liều và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với kỹ thuật xạ trị điều biến liều + capecitabine đủ phác đồ tại bệnh viện tỉnh Hải Dương từ tháng 3 năm 2021 đến hết tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, Đa số các bệnh nhân trên 40 tuổi (95,7%) trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là 51-70 tuổi (63,9%); Lý do vào viện chủ yếu là đại tiện phân nhầy máu (53,2%). Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 4,68 ± 2,5 tháng. Hình thái u hay gặp trên nội soi là thể sùi và sùi loét chiếm ưu thế 93,6%; có 3 trường hợp u thể loét chiếm tỷ lệ 6,4%. Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 72,3%; Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa cao chiếm 17,0% và ung thư biểu mô kém biệt hoá là 10,7%. Nồng độ CEA trung bình trước điều trị là 5,01±4,7ng/ml. Nồng độ CEA sau điều trị trung bình 3,1±1,6ng/ml. Sự giảm CEA trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p=0,048. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 16,2%. Đáp ứng trên cộng hưởng từ: có 59,6% khối u giảm giai đoạn T, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (p<0,0010). Tỷ lệ đáp ứng một phần trên mô bệnh học là 83,7%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 9,3%. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh là 25,9 ± 1,7 tháng. Bệnh nhân có thời gian tái phát sớm nhất là 4 tháng, cao nhất là 31 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh ở giai đoạn II cao hơn giai đoạn III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,032).

Từ khóa: Ung thư trực tràng, hóa xạ trị tiền phẫu, kỹ thuật điều biến liều

SUMMARY

RESULTS OF PREOPERATIVE CHEMORADIATION THERAPY FOR MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER USING INTENSITY-MODULATED RADIATION THERAPY

Objectives: To study clinicopathological characteristics of patients with middle and low rectal cancer who received preoperative intensity-modulated radiation therapy and evaluate the treatment results

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

of these patient. **Patients and method:** A descriptive study of 47 middle and low rectal cancer patients who were treated with IMRT plus Capecitabine preoperative from March 2021 to June 2024 at Hải Dương Province Hospital. **Results:** The male/female ratio was 1.6/1. The majority of patients were over 40 years old (95.7%), with the most common age group being 51-70 years old (63.9%). The main reason for hospitalization was bloody mucus in the stool (53.2%). The average time of disease detection was 4.68 ± 2.5 months. The common tumor morphology on endoscopy was the exophytic and ulceration-exophytic type, accounting for 93.6%. Moderately differentiated carcinoma accounted for the highest rate of 72.3%. Highly differentiated carcinoma accounted for 17.0% and poorly differentiated carcinoma was 10.7%. The average CEA concentration before treatment was 5.01±4.7ng/ml. The average CEA concentration after treatment was 3.1±1.6ng/ml. The decrease in CEA before and after treatment was statistically significant with p=0.048. The rate of sphincter-preserving surgery was 16.2%. Response on MRI: 59.6% of tumors decreased in T stage, the change was statistically significant (p<0.001). The rate of partial response on histopathology was 83.7%, the rate of complete response was 9.3%. The median disease-free survival was 25.9 ± 1.7 months. The earliest recurrence time for patients was 4 months, the highest was 31 months. The disease-free survival in stage II was higher than in stage III, the difference was statistically significant (p=0.032). **Keywords:** Rectal cancer, preoperative chemoradiotherapy, Intensity-modulated radiation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh ác tính đường tiêu hóa thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ghi nhận của Globocan năm 2022, tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 4 (9,3%) trong các bệnh ung thư thường gặp và tỷ lệ tử vong là 3,9%¹. Điều trị ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ không di căn là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò căn bản. Khó khăn lớn nhất trong điều trị ung thư trực tràng là giảm nguy cơ tái phát tại chỗ nhưng vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân, đặc biệt với khối u ở vị trí thấp của trực tràng. Tuy nhiên ở những bệnh nhân chỉ phẫu thuật đơn thuần, tỷ lệ thất bại tại tương đối cao (25-50%)². Hiện nay, hóa xạ trị tiền phẫu được coi là điều trị chuẩn cho bệnh nhân UTTT tiến triển chưa có di căn xa còn có khả năng phẫu thuật. Kỹ thuật xạ trị điều biến liều

trong điều trị ung thư trực tràng đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và Việt Nam đã cho thấy bằng chứng về cải thiện phân bố liều, giảm độc tính trên ruột và cơ quan lân cận giúp tăng khả năng phẫu thuật triệt căn. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được hóa xạ trị tiền phẫu bằng kỹ thuật điều biến liều và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng trung bình, thấp được điều trị tại bệnh viện tỉnh Hải Dương từ tháng 3 năm 2021 đến hết tháng 6 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán UTTT thấp, trung bình thể biểu mô tuyến giai đoạn cT3-4N0M0 và cTbất kỳN1-2M0.
- BN được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với kỹ thuật xạ trị điều biến liều+capecitabine đủ phác đồ.
- Chỉ số toàn trạng từ 0 – 2 theo thang điểm ECOG (Phụ lục)
- Có hồ sơ bệnh án điền thông tin đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố lâm sàng – cận lâm sàng

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

	Chi số	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	28	61,7
	Nữ	19	38,3
Tuổi	<40	2	4,3
	41-50	4	8,3
	51-60	17	36,2
	61-70	13	27,7
	>70	11	23,4
Lí do vào viện	Mót rặn	7	14,9
	Đại tiện phân nhầy mũi	8	17,0
	Đại tiện phân nhầy máu	25	53,2
	Đau tức hậu môn/hạ vị	5	10,6
	Tắc ruột	4	8,5
Đặc điểm u qua	Sùi	26	55,3
	Sùi + Loét	18	38,3
	Loét	3	6,4

nội soi			
Vị trí khối u	TT trung bình	27	57,4
	TT thấp	20	42,6
Mức độ xâm lấn lòng trực tràng	Khối u chiếm ≤1/4 chu vi lòng trực tràng	3	6,4
	Khối u chiếm từ 1/4 chu vi đến ≤1/2 chu vi	12	25,5
	Khối u chiếm từ 1/2 chu vi đến ≤3/4 chu vi	27	57,4
	Khối u chiếm gần toàn bộ chu vi trực tràng	5	10,6
Phân loại mô bệnh học	UTBM tế bào biệt hóa cao	8	17,0
	UTBM tế bào biệt hóa vừa	34	72,3
	UTBM tế bào biệt hóa kém	5	10,7

Nhận xét: Bệnh nhân đa số là nam giới, gấp 1,6 lần nam giới, phân bố tuổi chủ yếu từ 51-70 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu vào viện do đại tiện nhầy máu với 53,2%. Có 4 trường hợp tắc ruột chiếm 8,5%. Hình thái u hay gặp trên nội soi là thể sùi và sùi loét chiếm ưu thế 93,6%; Có 27 trường hợp u trực tràng trung bình chiếm 57,6%, 20 trường hợp u trực tràng thấp chiếm 42,6%. Nhóm bệnh nhân có kích thước khối u trước điều trị chiếm từ 1/2 đến 3/4 chu vi lòng trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,4%. Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 72,3%;

3.2. Đánh giá đáp ứng với điều trị hóa xạ trị tiền phẫu

Bảng 2. Đáp ứng trên lâm sàng

Triệu chứng cơ năng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Đại tiện phân nhầy máu	38	80,8	0	0,0	<0,001
Đại tiện nhiều lần	26	55,3	6	12,7	<0,001
Đại tiện phân lỏng	23	48,9	20	42,5	0,322
Đau tức hạ vị, hậu môn	14	29,8	4	8,5	0,001
Mót rặn, đại tiện khó	17	36,1	2	4,3	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ đại tiện phân nhầy máu trước điều trị là 80,8%, sau điều trị không còn BN nào còn triệu chứng; Triệu chứng đại tiện nhiều lần gặp ở 55,3% bệnh nhân tại thời điểm trước điều trị, sau điều trị còn 12,7%; Triệu chứng đau tức vùng hạ vị, hậu môn giảm từ 29,8% xuống còn 8,5%; triệu chứng mót rặn, đại tiện khó giảm từ 36,1% tại thời điểm trước điều trị xuống còn 4,3% thời điểm sau điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

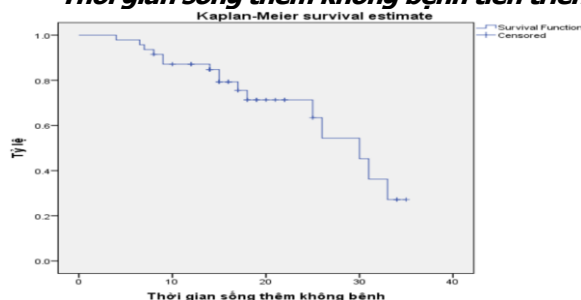
Triệu chứng đại tiện phân lỏng trước điều trị là 48,9%, sau điều trị là 42,5%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,322$.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật và kết quả đáp ứng trên mô bệnh học

Loại Phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Cắt đoạn trực tràng	13	30,2
Bảo tồn cơ thắt	7	16,2
Cắt cụt trực tràng (PT Miles)	23	53,6
Đáp ứng Mô bệnh học		
Đáp ứng hoàn toàn	4	9,3
Đáp ứng một phần	36	83,7
Không đáp ứng	3	7,0
Tổng	43	100

Nhận xét: Trong 43 bệnh nhân được phẫu thuật, có 7 bệnh nhân (16,2%) được phẫu thuật bảo tồn được cơ thắt, 13 bệnh nhân (30,2%) phẫu thuật cắt đoạn trực tràng. Số bệnh nhân PT cắt cụt trực tràng (PT Miles) chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,6%. Trong 43 trường hợp được phẫu thuật, tỷ lệ đáp ứng một phần trên mô bệnh học là 83,7%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 9,3%. Có 3 trường hợp chiếm 7,0% không đáp ứng trên mô bệnh học.

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

Nhận xét: Trong thời gian nghiên cứu, có 16 bệnh nhân xuất hiện tái phát, di căn. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $25,9 \pm 1,7$ tháng. Bệnh nhân có thời gian tái phát sớm nhất là 4 tháng (bệnh nhân không phẫu thuật), cao nhất là 31 tháng.

Liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh và giai đoạn bệnh



Biểu đồ 2: Liên quan giữa thời gian sống

thêm không bệnh với giai đoạn bệnh

Nhận xét: Trong 1 năm đầu từ khi kết thúc điều trị, thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn II là 95,2%, giai đoạn III là 76%. Sau 2 năm, thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn II là 82,1%, giai đoạn III là 55,2%. Thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn II cao hơn giai đoạn III ($29,3 \pm 1,9$ tháng và $20,8 \pm 2,0$ tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,032$).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của 47 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $61,68 \pm 10,12$, cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất 38 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,6/1. Kết quả này phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước. Bệnh ung thư trực tràng chủ yếu gặp ở những người trên 40 tuổi và nam mắc nhiều hơn nữ. Tác giả Phạm Khánh Toàn (2022) trong nghiên cứu tương tự tại Bệnh viện K cho kết quả độ tuổi trung bình của 55 bệnh nhân K trực tràng trung bình và thấp là $58,4 \pm 9,9$, cao nhất 80 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân chủ yếu vào viện do đại tiện nhầy máu (53,2% trường hợp), 14,9% số bệnh nhân vào viện vì thường xuyên có tình trạng mót rặn. Có 4 trường hợp (chiếm tỷ lệ 8,5%) vào viện do tình trạng tắc ruột. Cả 4 bệnh nhân này đều được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tạm thời trước khi bắt đầu hóa xạ trị. Tác giả Phạm Khánh Toàn (2022) nghiên cứu 55 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp tại bệnh viện K cho thấy có 69,1% bệnh nhân vào viện vì lý do đại tiện phân nhầy máu. Tình trạng mót rặn chiếm 9,1% các trường hợp. Tác giả không ghi nhận trường hợp nào vào viện trong tình trạng bán tắc ruột³. Thời gian phát hiện bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $4,68 \pm 2,5$ tháng, có 80,9%, bệnh nhân đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên từ 6 tháng trở xuống. Trong đó nhóm từ 3 tháng trở xuống chiếm 36,1%, nhóm từ 4-6 tháng chiếm 44,7%. Nhóm trên 6 tháng chiếm tỷ lệ 19,1%, trong đó chỉ có 1 trường hợp có triệu chứng trước khi vào viện >12 tháng (2,1%).

Trong 47 BN trong nghiên cứu của chúng tôi, đại tiện phân nhầy máu là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%, tiếp theo là đại tiện nhiều lần là 55,3%, đại tiện phân lỏng chiếm 48,9%, mót rặn, khó đại tiện với 36,2% số bệnh nhân. Đi ngoài phân nhầy máu thường do khối u xuất tiết, chảy máu, đây cũng là lý do chủ yếu làm bệnh nhân đến khám bệnh. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm

Khánh Toàn³. Chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân UTTT có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, được phân làm 3 nhóm theo độ biệt hóa: biệt hóa cao, biệt hóa vừa và kém biệt hóa. Nhóm ung thư biểu mô tế bào biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,3%, ung thư biểu mô tế bào biệt hóa cao chiếm 17,0% và ung thư biểu mô kém biệt hóa là 10,7%.

Triệu chứng cơ năng là sự nhận định chủ quan của người bệnh. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 100% bệnh nhân đều nhận thấy có đáp ứng sau điều trị, các triệu chứng cơ năng mất hoặc giảm. Trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đại tiện phân nhầy máu là 80,8%, sau điều trị không còn bệnh nhân nào còn triệu chứng; Triệu chứng đại tiện nhiều lần gặp ở 55,3% bệnh nhân tại thời điểm trước điều trị, sau điều trị còn 12,7%; Triệu chứng đau tức vùng hạ vị, hậu môn giảm từ 29,8% xuống còn 8,5%; triệu chứng mót rặn, đại tiện khó giảm từ 36,1% tại thời điểm trước điều trị xuống còn 4,3% thời điểm sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chúng tôi nhận thấy nhiều triệu chứng cơ năng giảm dần sau 1 tuần điều trị (đi ngoài nhầy máu, đau, đại tiện nhiều lần, mót rặn) và giảm rõ rệt sau 2 tuần điều trị. Triệu chứng ỉa lỏng giảm chậm hơn và vẫn có thể còn sau khi kết thúc hóa xạ trị. Tác giả Nguyễn Thị Ngọc (2023) nghiên cứu 46 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III được điều trị hóa xạ trị đồng thời trước mổ đã cho thấy sau điều trị hóa xạ trị có 90,7% bệnh nhân hết triệu chứng đi ngoài ra máu, 80,5% bệnh nhân hết đau bụng, 83,8% bệnh nhân hết đau tức hậu môn, có 73,3% bệnh nhân không còn mệt mỏi, gầy sút cân⁴. Một nghiên cứu hồi cứu 69 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình được hóa xạ trị tiền phẫu đồng thời tại bệnh viện TWQĐ 108 của tác giả Trịnh Lê Huy có kết quả 89,2% bệnh nhân hết đi ngoài ra máu. Các triệu chứng cơ năng khác đều giảm sau hóa xạ trị⁵. Như vậy, có thể thấy phương pháp điều trị này đã cải thiện được các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân, đặc biệt là những triệu chứng khiến bệnh nhân lo lắng, ảnh hưởng đến chất lượng sống nhiều như đi ngoài ra máu, mót rặn, đau bụng.

Kết quả của chúng tôi ghi nhận được trong 43 bệnh nhân được phẫu thuật, có 30,2% số bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, 16,2% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, và 54,4% phẫu thuật cắt cụt trực tràng (Miles). Trước hóa xạ trị, có 4 bệnh nhân tắc ruột đã được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo tạm thời. Sau hóa xạ trị, các bệnh nhân đều đáp ứng một phần và

được phẫu thuật. Trong đó có 1 ca phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt. Kết quả đáp ứng trên mô bệnh học, có 4 bệnh nhân (9,3%) đáp ứng hoàn toàn không còn thấy tế bào ung thư trên bệnh phẩm, 36 bệnh nhân (83,7%) đáp ứng một phần, chỉ có 3 bệnh nhân (7,0%) không đáp ứng trên mô bệnh học. Trong thời gian nghiên cứu đã có 16 bệnh nhân xuất hiện tái phát, di căn. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $25,9 \pm 1,7$ tháng. Bệnh nhân có thời gian tái phát sớm nhất là 4 tháng (bệnh nhân không phẫu thuật), cao nhất là 31 tháng. Trong 1 năm đầu từ khi kết thúc điều trị, thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn II là 95,2%, giai đoạn III là 76%. Sau 2 năm, thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn II là 82,1%, giai đoạn III là 55,2%. Thời gian sống thêm không bệnh của giai đoạn III cao hơn giai đoạn II ($29,3 \pm 1,9$ tháng và $20,8 \pm 2,0$ tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,32$). Tác giả Võ Quốc Hưng (2022) ghi nhận kết quả trong vòng 5 năm đầu khi kết thúc điều trị, có 16 trường hợp tử vong, thời gian sống thêm toàn bộ trong 5 năm đạt 81,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $59,9 \pm 1,72$ tháng. Tác giả nhận thấy thời gian tái phát, di căn, tử vong xảy ra nhiều vào thời điểm từ tháng thứ 46 sau điều trị. Trong vòng 4 năm đầu, hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều ổn định. Điều đó cũng đã khẳng định thêm hiệu quả của phác đồ điều trị⁶. Nghiên cứu của Jeong Won Lee và cộng sự so sánh kết quả hóa xạ trị tiền phẫu và hậu phẫu trong UTTT tiến triển tại chỗ giữa nhóm bệnh nhân bệnh nhân được điều trị bằng hóa, xạ trị đồng thời tiền phẫu và nhóm bệnh nhân hóa, xạ trị đồng thời hậu phẫu. Hóa chất dùng 5-Fluorouracil (5-FU), tia xạ tổng liều 50,4 Gy và cắt bỏ toàn bộ mạc treo ruột được tiến hành cho tất cả 108 bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình là 43 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống 5 năm là 72,1% và 48,6% cho nhóm hóa, xạ trị trước phẫu thuật và sau phẫu thuật. Tỷ lệ Sống chung 5 năm không khác biệt đáng kể giữa các nhóm: 76,2% so với 69,0%. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ trong 5 năm là 85,2% và 84,7% cho các nhóm hóa, xạ trị trước phẫu thuật và sau phẫu thuật ($p = 0,98$)⁷. Nghiên cứu của Fatima A. Haggag cho kết quả tỷ lệ sống 5 năm của UT đại trực tràng lên tới 90% ở giai đoạn T1,T2 và 70% ở giai đoạn T3,T4 chỉ còn 10% ở giai đoạn di căn⁸. Những kết quả trên cho phép kết luận hóa xạ trị tiền phẫu có tỷ lệ đáp ứng cao, kéo dài thời gian sống và chất lượng cuộc sống cho người bệnh ung thư trực tràng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 47 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị xạ trị điều biến liều kết hợp Capecitabine trước mổ cho thấy phác đồ hóa xạ trị tiên phẫu ung thư trực tràng trung bình, thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng bằng kỹ thuật xạ trị điều biến liều là phương pháp có hiệu quả cao, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp, tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

VI. LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn tới Ban Lãnh đạo Bệnh viện tỉnh Hải Dương đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong suốt quá trình hoàn thiện nghiên cứu. Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả các bệnh nhân và người thân của họ đã nhiệt tình giúp đỡ, cung cấp thông tin cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer.** CANCER TODAY. Rectal. [Online] <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group=populations>

2. **Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng và cộng sự.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiên phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn. Tạp chí khoa học công nghệ Việt Nam. 2018;60(2)
3. **Phạm Khánh Toàn.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiên phẫu ung thư trực tràng bằng kỹ thuật xạ trị điều biến liều kết hợp Capecitabine đường uống tại Bệnh viện K. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội; 2022.
4. **Nguyễn Thị Ngọc và cộng sự.** Kết quả hóa xạ trị trước mổ ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III tại Bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1A):19-23.
5. **Trịnh Lê Huy.** Kết quả hóa xạ trị tiên phẫu ung thư trực tràng giai đoạn II, III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;514(1)
6. **Võ Quốc Hưng.** Kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng xạ trị gia tốc trước phẫu thuật kết hợp với Capecitabine. Luận án Tiến sỹ học. 2022;
7. **Lee JW, Lee JH, Kim JG, et al.** Comparison between preoperative and postoperative concurrent chemoradiotherapy for rectal cancer: an institutional analysis. Radiation oncology journal. Sep 2013;31(3):155-61. doi:10.3857/roj.2013.31.3.155
8. **Haggar FA, Boushey RP.** Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. Clinics in colon and rectal surgery. Nov 2009; 22(4): 191-7. doi:10.1055/s-0029-1242458

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Lý Xuân Quang^{1,2}, Trần Ngọc Tường Linh¹,
Lê Quang Hưng¹, Trần Thanh Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh ung thư thanh quản (UTTQ) giai đoạn tiến triển đã được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần (TQTP). **Phương pháp:** Tất cả người bệnh ung thư thanh quản giai đoạn T3, T4a, T4b đã phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ năm 2018 đến 2021. Dữ liệu bao gồm các thông tin từ hồ sơ bệnh án và đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) qua bộ câu hỏi EORTC-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer - Core 30) và EORTC H&N-35 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer - Head and Neck 35). **Kết quả:** Có 64 người bệnh thỏa

điều kiện chọn mẫu, trong đó có 47 người bệnh được đánh giá bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ sống thêm không bệnh trung bình là 45,3 tháng, với tỷ lệ sống sót sau 3 năm đạt 82,2%. Tuy nhiên, chất lượng cuộc sống bị suy giảm đáng kể, đặc biệt là ở khả năng giao tiếp, chức năng khứu giác - vị giác và sức khỏe tâm lý. Các biến chứng hậu phẫu gồm rò họng, nhiễm trùng và viêm phổi. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần giúp kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh nhưng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Cần chú trọng các biện pháp cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư thanh quản giai đoạn tiến triển, cắt thanh quản toàn phần.

SUMMARY

OUTCOMES FOLLOWING TOTAL LARYNGECTOMY FOR ADVANCED STAGE LARYNGEAL CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objective: To evaluate treatment outcomes for advanced-stage laryngeal cancer patients who

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025