

- mutations share similar haplotype backgrounds in POAG and PACG phenotypes. Invest Ophthalmol Vis Sci, 48(12): 5439-44.
6. **Seah Steve KL, Foster Paul J, Chew Paul TK, et al.** (1997). Incidence of acute primary angle-closure glaucoma in Singapore: an island-wide survey. Archives of ophthalmology, 115(11): 1436-1440.
 7. **Prum Bruce E, Herndon Leon W, Moroi Sayoko E, et al.** (2016). Primary angle closure preferred practice pattern® guidelines. Ophthalmology, 123(1): P1-P40.
 8. **Bhattacharjee Ashima, Banerjee Deblina, Mookherjee Suddhasil, et al.** (2008). Leu432Val polymorphism in CYP1B1 as a susceptible factor towards predisposition to primary open-angle glaucoma. Molecular vision, 14: 841.
 9. **Dai Xiaohua, Nie Shangwu, Ke Tie, et al.** (2008). Two variants in MYOC and CYP1B1 genes in a Chinese family with primary angle-closure glaucoma. Chinese Journal of Medical Genetics, 25(5): 493-496.
 10. **Malik K. U., Jennings B. L., Yaghini F. A., et al.** (2012). Contribution of cytochrome P450 1B1 to hypertension and associated pathophysiology: a novel target for antihypertensive agents. Prostaglandins other lipid mediators, 98(3-4): 69-74.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN SAU HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TÂN HỒ TRỢ ỦNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ TẠI VÙNG

Nguyễn Thị Thoại An^{1,2}, Đặng Huy Quốc Thắng²,
Quan Anh Tiến^{1,2}, Đặng Ngọc Sơn², Lệnh Thanh Phong¹,
Nguyễn Quốc Vinh¹, Phạm Hùng Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ an toàn và hiệu quả phẫu thuật cắt thực quản kèm nạo hạch vùng sau HXĐT tân hỗ trợ trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân ung thư thực quản biểu mô tế bào gai được điều trị bằng HXĐT tân hỗ trợ, kết hợp phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản và nạo hạch vùng theo phương pháp McKeown tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, từ tháng 12/2020 đến ngày 30/6/2024. **Kết quả:** Toàn bộ bệnh nhân đều là nam giới (100%), với 32 BN (chiếm 71,8%) có thói quen hút thuốc lá và 21 bệnh nhân (chiếm 45,6%) uống rượu. Thời gian trung bình từ khi kết thúc HXĐT đến phẫu thuật là 65 ngày (40 - 97 ngày). Phẫu thuật kéo dài trung bình 320 phút, với lượng máu mất trung bình là 180 ml. Tỷ lệ tử vong chu phẫu là 2,2% (1 BN) và biến chứng phổi sau phẫu thuật là 14 bệnh nhân chiếm 30,4%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 14 ngày. Tất cả bệnh nhân đều đạt diện cắt R0, trong đó 47,8% đạt đáp ứng hoàn toàn ở cả bướu và hạch (pCR). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thực quản và nạo hạch vùng theo phương pháp McKeown cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai thực quản giai đoạn II và III là một phương pháp điều trị an toàn và khả thi với tỷ lệ các biến chứng hậu phẫu chấp nhận được. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, điều trị tân hỗ trợ, hóa xạ đồng thời, phẫu thuật cắt thực quản.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOME OF ESOPHAGECTOMY AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIATION FOR LOCALLY ADVANCED ESOPHAGEAL CANCER

Introduction: Esophageal cancer is a highly aggressive malignancy with a rising global incidence and poor prognosis. Neoadjuvant chemoradiotherapy (nCRT) in conjunction with radical esophagectomy has demonstrated superior outcomes compared to primary surgery in the treatment of locally advanced esophageal cancer. However, most existing studies have been conducted in Western populations, while data from Asian countries, particularly Vietnam, remain limited. **Aim:** This study aims to evaluate the safety and viability of implementing radical esophagectomy surgery following nCRT in patients with locally advanced esophageal cancer. **Methodology:** A retrospective descriptive study was conducted on 46 patients diagnosed with locally advanced esophageal cancer who underwent nCRT followed by McKeown esophagectomy with lymph node dissection at the Department of Abdominal and Thoracic Surgery, Oncology Hospital, Vietnam, between December 2020 and June 2024. **Result:** Baseline characteristics indicated that all participants were male, with 71.8% identified as smokers and 45.6% having a history of alcohol consumption. The median interval between completion of nCRT and surgery was 65 days. The median operative duration was 320 minutes, with a median blood loss of 180 mL. Perioperative mortality was 2,2% and postoperative pulmonary complications were 30,4%. The median postoperative hospital stay was 14 days. All patients achieved R0 resection margins, with 47,8% demonstrating a pathological complete response (pCR). **Conclusion:** The study's outcomes emphasize

¹Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thoại An
Email: ntthoai62@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

the safety and feasibility of employing McKeown esophagectomy following nCRT in Vietnamese patients, with an acceptable complication rate and favorable surgical outcomes. **Keywords:** Esophageal cancer, neoadjuvant therapy, neoadjuvant chemoradiotherapy, esophagectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam ung thư thực quản là một trong những bệnh lý ác tính có tỷ lệ tử vong cao, đứng thứ 4 trong nhóm ung thư đường tiêu hóa và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư xếp hàng thứ 7 với 3470 ca tử vong mỗi năm theo ghi nhận từ GLOBOCAN 2022.¹ Mặc dù những tiến bộ trong phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp sinh học phân tử đã góp phần cải thiện tiên lượng bệnh nhưng tỉ lệ sống còn vẫn còn hạn chế.

Các nghiên cứu gần đây, bao gồm JCOG² 9907, CROSS³ hay NEOCRETEC⁴ 5010 đã chứng minh điều trị tân hỗ trợ bằng HXĐT trước phẫu thuật giúp tăng tỉ lệ đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn (pCR), diện cắt không còn bướu (R0), kiểm soát bệnh tại chỗ tốt hơn và cải thiện tiên lượng sống còn. Tại Việt Nam, carcinôm tế bào gai của thực quản chiếm ưu thế, nhưng dữ liệu về hiệu quả của cách điều trị này còn hạn chế.

Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM triển khai phác đồ này từ năm 2018, tuy nhiên, kết quả điều trị phẫu thuật vẫn chưa được đánh giá đầy đủ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm bước đầu đánh giá mức độ an toàn và hiệu quả của phẫu thuật cắt thực quản và nạo hạch sau HXĐT tân hỗ trợ, thông qua phân tích các biến chứng hậu phẫu và tỉ lệ đạt pCR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, lựa chọn những bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật triệt để sau HXĐT tân hỗ trợ, tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM từ tháng 12/2020 đến tháng 30/6/2024 đáp ứng các tiêu chuẩn sau: giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào

gai, giai đoạn II, III theo AJCC 8th, được hội chẩn liên chuyên khoa đánh giá có khả năng cắt bỏ thực quản. Loại trừ những trường hợp có bệnh lý ác tính khác đồng thời.

Bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu theo phác đồ của nghiên cứu CROSS, liều xạ 41.4 Gy /23 phân đồng thời với hóa trị hàng tuần với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. Phẫu thuật được tiến hành tối thiểu 4-6 tuần sau chấm dứt hóa xạ trị, bao gồm cắt thực quản và nạo hạch vùng theo phương pháp McKeown. Các đặc điểm phẫu thuật bao gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng được ghi nhận. Sau phẫu thuật, toàn bộ bệnh phẩm được gửi trọn cho khoa giải phẫu bệnh để đánh giá đánh ứng về mặt mô học. Thang điểm Mandard được sử dụng đánh giá đáp ứng bướu. Cụ thể, TRG1: không còn tế bào bướu, TRG2: còn rất ít tế bào ung thư lẫn mô viêm xơ, TRG3: còn tế bào ung thư nhưng mô viêm xơ chiếm ưu thế, TRG4: còn nhiều tế bào ung thư lan rộng hơn mô viêm xơ, TRG5: không còn sự thoái triển bướu.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 20.0. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, trong khi các biến không có phân phối chuẩn được thể hiện qua trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tổng cộng 46 bệnh nhân nam có độ tuổi trung bình là 56 ± 6,8 tuổi. Đa số bệnh nhân có thói quen hút thuốc lá và uống rượu, trong đó có 14 bệnh nhân (30,4%) bị cả hai thói quen. Hơn một nửa số bệnh nhân có bệnh nền, phổ biến nhất là tăng huyết áp (43,5%) và đái tháo đường (8,7%). Triệu chứng chính khi nhập viện là nuốt nghẹn (78,3%) và sụt cân (58,8%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu	N (%)	Đặc điểm bướu và hạch	N (%)
Tuổi (trung bình ± SD)	56 ± 6,8	Vị trí bướu: 1/3 ngực giữa	20 (43,5)
Nam giới	46 (100)	1/3 ngực dưới	26 (56,5)
Thói quen hút thuốc lá	33 (71,7)	Giai đoạn bướu: T2	7 (15,2%)
Thói quen uống rượu	21 (45,7)	T3	39 (84,8%)
Bệnh nền	24 (52,2)	Giai đoạn hạch N0	23 (50,0)
- Tăng huyết áp	13 (28,2)	N1	19 (41,3)
- Đái tháo đường	4 (8,7)	N2	4 (8,7)
- COPD	2 (4,3)	Giai đoạn bệnh: II	28 (60,9)
- Lao phổi/lao cột sống	2 (4,3)	III	18 (39,1)
- Viêm gan/Xơ gan	3 (6,5)	Độ biệt hóa: Grad 1	3 (6,7)
Lý do nhập viện		Grad 2	35 (76,1)
- Nuốt nghẹn	37 (78,3)		

- Sút cân - Đau thượng vị/đau ngực - Tình cờ phát hiện - Khạc ra máu	27 (58,8) 5 (10,8) 4 (8,7) 1 (2,2)	Grad 3	8 (17,2)
---	---	--------	----------

Có 51,5% bệnh nhân được chụp PET/CT để xác định giai đoạn trước điều trị. Bướu phân bố tương đối đồng đều ở cả hai nhóm ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới. Chiều dài bướu được đo trên PET/CT hoặc CT với kích thước trung bình là $4,6 \pm 1,7$ cm. Giai đoạn II chiếm ưu thế (60,9%).

Đặc điểm phẫu thuật và các chỉ số liên quan. Thời gian từ khi kết thúc HXĐT tân hỗ trợ đến phẫu thuật dao động từ 40–97 ngày, với trung bình $65 \pm 14,5$ ngày. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi hoàn toàn thì ngực. Phương pháp nối tận – bên bằng băng ghim tròn được áp dụng cho phần lớn bệnh nhân (82,6%). Hầu hết bệnh nhân (93,5%) được nạo hạch 2 vùng, với số hạch nạo trung bình là $20,7 \pm 10$ hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 320 ± 63 phút, lượng máu mất trung bình trong mổ là 180 (50-1000) mL. Bệnh nhân nằm viện hậu phẫu trung bình là 2 tuần.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và các chỉ số liên quan

Đặc điểm phẫu thuật và các chỉ số liên quan	N (%)
Thời gian chờ phẫu thuật sau HXĐT (trung bình $\pm$ SD) (ngày)	$65 \pm 14,5$
Phương thức phẫu thuật	
- Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	27 (58,7)
- Hybrid (mổ mở thì bụng)	17 (36,9)
- Phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở	2 (4,4)
Phương pháp nối	
- Nối tận – tận bằng tay	3 (6,5)
- Nối tận – bên bằng băng ghim tròn	38 (82,6)
- Nối bên – bên bằng băng ghim thẳng	5 (10,9)
Số lượng hạch nạo (trung bình $\pm$ SD)	$20,7 \pm 10$
Phương pháp nạo hạch	
- Phẫu thuật nạo hạch 2 vùng	43 (93,5)
- Phẫu thuật nạo hạch 3 vùng	3 (6,5)
Thời gian phẫu thuật (trung bình $\pm$ SD) (phút)	320 ± 63
- Thì ngực + bụng	308 ± 48
- Thì cổ	160 ± 17
Lượng máu mất (mL)	180 (50-1000)
Thời gian nội trú hậu phẫu (trung bình $\pm$ SD) (ngày)	14 ± 4

Biến chứng chu phẫu. Trong quá trình phẫu thuật, một trường hợp bị tổn thương ống ngực, được phát hiện và xử trí ngay bằng cách bóc tách và kẹp hai đầu ống ngực bằng clip. Ba

bệnh nhân gặp biến chứng chảy máu trong mổ, trong đó có hai trường hợp chảy máu từ động mạch vị trái và một trường hợp chảy máu từ nhánh động mạch nuôi thực quản xuất phát từ động mạch chủ ngực. Hai trong ba bệnh nhân này phải chuyển sang phẫu thuật mở để kiểm soát tình trạng chảy máu.

Sau phẫu thuật, biến chứng phổi xảy ra ở gần một phần ba số bệnh nhân, trong đó viêm phổi chiếm 26,1%. Đáng chú ý, một trường hợp viêm phổi tiến triển thành suy hô hấp nặng, phải mở khí quản ra da và tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng rò miệng nổi được ghi nhận ở 9 bệnh nhân (19,6%) bệnh nhân, tất cả đều hồi phục sau điều trị kháng sinh tích cực kết hợp với dẫn lưu vết thương tại vùng cổ. Hẹp miệng nổi sau phẫu thuật được phát hiện qua nội soi ở 8,7% bệnh nhân, với tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm có biến chứng rò miệng nổi so với nhóm không bị rò ($p < 0,05$).

Bảng 3. Biến chứng chu phẫu

Biến chứng trong phẫu thuật	N (%)
Tổn thương ống ngực	1 (2,2)
Chảy máu	
- Từ nhánh động mạch vị trái	2 (4,4)
- Từ nhánh động mạch nuôi thực quản	1 (2,2)
Biến chứng sau phẫu thuật	N (%)
Biến chứng phổi	14 (30,4)
- Viêm phổi	12 (26,1)
- Tràn dịch màng phổi	1 (2,2)
- Suy hô hấp	1 (2,2)
Biến chứng tim mạch	0 (0,0)
Biến chứng liên quan tới miệng nổi	13 (28,3)
- Rò miệng nổi	9 (19,6)
- Hẹp miệng nổi	4 (8,7)
Biến chứng khàn tiếng	16 (37,5)
Tử vong chu phẫu	1 (2,2)

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Tất cả 46 bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt diện cắt âm tính. Trong đó có 1 trường hợp có tổn thương ung thư thực quản vị trí thứ hai cách diện cắt trên 5mm. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại khối bướu (TRG 1) đạt 63%, tại hạch là 65,2%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn chung cả bướu và hạch (pCR) là 47,8%.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

	TRG 1	TRG 2	TRG 3	TRG 4	Tổng
ypN0	22 (47,8%)	7 (15,2%)	0 (0%)	0 (0%)	29 (63%)
ypN1	2	0 (0%)	2	0	4

	(4,3%)		(4,3%)	(0%)	(8,7%)
ypN2	3 (6,5%)	3 (6,5%)	0 (0%)	1 (2,2%)	7 (15,2%)
ypN3	3 (6,5%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	6 (13%)
Tổng	30 (65,2%)	11 (23,9%)	3 (6,5%)	2 (4,3%)	46 (100%)

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phẫu thuật cắt thực quản theo phương pháp McKeown kết hợp trên bệnh nhân đã HXĐT cho thấy tính khả thi cao với tỉ lệ biến chứng hậu phẫu ở mức chấp nhận được và tỉ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn (pCR) gần 50%.

Trong nghiên cứu này, giai đoạn II chiếm ưu thế (60,9%) do khi những bệnh nhân có bướu cT4 hoặc hạch cN1-2 nhưng kích thước lớn (>2 cm), vỡ vỏ bao, được đánh giá không thể phẫu thuật triệt để bởi hội chẩn liên chuyên khoa sẽ được chỉ định HXĐT triệt để thay vì phẫu thuật. Nhìn chung, chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân cT2-T3, cN0-1-2, tương đồng với thử nghiệm CROSS³ và không bao gồm bệnh nhân cT4 như nghiên cứu NEOCRTEC⁴ 5010 hoặc nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ.⁵ Điều này nhấn mạnh rằng đây là nhóm bệnh nhân có khả năng phẫu thuật từ đầu, và mục tiêu chính của HXĐT tân hỗ trợ không phải là biến những trường hợp không thể thành có thể phẫu thuật, mà nhằm cải thiện tiên lượng sống còn, tăng tỉ lệ đạt diện cắt R0 và giảm nguy cơ tái phát.

Một trong những yếu tố quan trọng quyết định tiên lượng sống còn là số lượng hạch nạo được. Nghiên cứu NEOCRTEC⁴ 5010 khuyến nghị nạo ít nhất 19 hạch sau phẫu thuật để đảm bảo giá trị tiên lượng. Trong nghiên cứu này, số lượng hạch nạo trung bình là 20,7 hạch, phần lớn sử dụng phẫu thuật nạo hạch 2 vùng (93,5%). Số lượng hạch nạo được này tương đương với các nghiên cứu trong nước và thử nghiệm CROSS³, thấp hơn một chút so với các nghiên cứu từ Nhật Bản,⁶ nơi hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật nạo hạch ba vùng, và không có xạ trị tân hỗ trợ đi kèm. Điều này được lý giải do HXĐT tân hỗ trợ làm giảm kích thước hạch, đồng thời gây phù nề mô tại chỗ, dính và xơ hóa, dẫn đến những thay đổi về mặt giải phẫu và cấu trúc mô, gây khó khăn trong việc nhận diện và bóc tách trong quá trình phẫu thuật.

Tuy cùng đối diện với những khó khăn diễn ra trong quá trình phẫu thuật đã nêu trên, chúng tôi lại ghi nhận lượng máu mất trung bình thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Duy và cs⁷ (180mL so với 338mL)

trong cùng một khoảng thời gian phẫu thuật tương tự nhau (trung bình 320 phút).

Biến chứng hậu phẫu luôn là một thách thức lớn trong điều trị ung thư thực quản. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tử vong chu phẫu là 2,2%, thấp hơn đáng kể so với các trung tâm có số ca phẫu thuật thực quản thấp (18%) và cả những trung tâm có số ca phẫu thuật cao (4,9%).⁸ Tỷ lệ này phù hợp với thực tế tại Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh, nơi thực hiện >20 ca cắt thực quản/năm. Bên cạnh đó, phẫu thuật cắt thực quản có nguy cơ biến chứng phổi cao hơn so với nhiều loại phẫu thuật phổ biến khác, kể cả phẫu thuật cắt phổi, có thể do ảnh hưởng của tia xạ lên phổi, bệnh nền hô hấp, thói quen hút thuốc lá và thời gian nằm viện kéo dài. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng phổi là 30,4%, thấp hơn so với 46% trong thử nghiệm CROSS³ nhưng cao hơn 25% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Duy.⁷

Tỉ lệ xì miệng nổi trong nghiên cứu là 19,6%, tương đương với 22% trong thử nghiệm CROSS,³ nhưng cao hơn so với một số nghiên cứu phẫu thuật đơn thuần trong nước.^{9,10} Điều này phù hợp với dữ liệu trước đây cho thấy HXĐT có thể làm tăng nguy cơ xì miệng nổi do ảnh hưởng lên vi mạch và quá trình lành vết thương.

Khàn tiếng là một biến chứng phổ biến khác trong phẫu thuật cắt thực quản, gây nên do tổn thương nhiệt, dè, kéo liên tục hoặc tổn thương các mạch máu dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 37,5%, đa số phục hồi trong 2 tuần đến 3 tháng, chỉ có một trường hợp liệt dây thanh vĩnh viễn.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều đạt diện cắt âm tính R0, cho thấy hiệu quả của HXĐT tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật triệt căn. Việc đạt tỉ lệ R0 cao là yếu tố tiên lượng quan trọng, giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và cải thiện sống còn lâu dài. Tỉ lệ đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn (pCR) đạt 47,8%, tương đương với thử nghiệm CROSS³ (49%), mặc dù loại giải phẫu bệnh chiếm ưu thế của mỗi nghiên cứu là khác nhau. Trong khi nghiên cứu CROSS có 75% bệnh nhân là carcinôm tuyến, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là carcinôm tế bào gai. Hơn nữa, tỉ lệ pCR ở hóa xạ trị đồng thời (27,7 – 49%) vượt trội hơn hẳn hóa trị tiên phẫu (2,5- 4,5%).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thực quản sau hóa xạ đồng thời tân hỗ trợ với phác đồ của nghiên cứu

CROSS trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gai thực quản giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng đạt được tính an toàn, thời gian hồi phục nhanh, biến chứng trong giới hạn cho phép. Ngoài ra, tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn (pCR) cũng rất khả quan. Từ đó, bước đầu có thể áp dụng rộng rãi phác đồ này trên thực tế lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. May-Jun 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Ando N, Kato H, Igaki H, et al. A randomized trial comparing postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus preoperative chemotherapy for localized advanced squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG9907). *Ann Surg Oncol*. Jan 2012;19(1):68-74. doi:10.1245/s10434-011-2049-9
3. van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med*. May 31 2012;366(22):2074-84. doi:10.1056/NEJMoa1112088
4. Yang H, Liu H, Chen Y, et al. Neoadjuvant Chemoradiotherapy Followed by Surgery Versus Surgery Alone for Locally Advanced Squamous Cell Carcinoma of the Esophagus (NEOCRTEC5010): A Phase III Multicenter, Randomized, Open-Label Clinical Trial. *J Clin Oncol*. Sep 20 2018;36(27):2796-2803. doi:10.1200/jco.2018.79.1483
5. Nguyễn Thị Minh Huệ, Nguyễn Văn Hải, Lê Tuấn Anh, et al. Biện chứng điều trị của hóa trị tân hỗ trợ phác đồ Docetaxel-cisplatin-capecitabine/5-fluorouracil (DCX/DCF). *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2022;Tập 26(Số 1)
6. Isono K, Ochiai T, Koide Y. Indications for extended three-field lymphadenectomy for esophageal cancer. *Diseases of the Esophagus*. 1994;7(3):147-150. doi:10.1093/dote/7.3.147
7. Nguyễn Đức Duy, Phạm Văn Bình, Trần Đại Mạnh, et al. Kết quả sớm phẫu thuật cắt thực quản xâm lấn tối thiểu trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy thực quản hóa xạ trị tiền phẫu tại bệnh viện K. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2024;Tháng 2(Số 1B)
8. Metzger R, Bollschweiler E, Vallböhmer D, Maish M, DeMeester TR, Hölscher AH. High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality? *Dis Esophagus*. 2004;17(4):310-4. doi:10.1111/j.1442-2050.2004.00431.x
9. Hùng TM, Kiên NT, Kiên TT. Kết quả phẫu thuật nội soi ngực-bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;537(1)
10. Lợi ND. Đánh giá hiệu quả phác đồ hóa xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K. *Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội*. 2015;

TỈ LỆ TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY VỚI BỘ CÂU HỎI PHQ-9

Trương Phi Hùng^{1,2}, Nguyễn Hoàng Khôi¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim mạn không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn ảnh hưởng nhiều đến tinh thần và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh lý rối loạn tâm thần. Trong đó, trầm cảm được biết đến như một tình trạng làm giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỉ lệ tử vong trên bệnh nhân suy tim. Nghiên cứu này muốn khảo sát dữ liệu về trầm cảm trên dân số bệnh nhân suy tim tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú bằng bộ câu hỏi PHQ-9. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại phòng khám Suy tim, khoa Khám bệnh, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2024 đến tháng 3/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên

cứ cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 151 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 62,34±14,76 và tỉ lệ nam giới 54,3%. Tỷ lệ trầm cảm theo PHQ-9 (điểm ≥ 10) trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,5%, trong đó tỷ lệ trầm cảm trung bình chiếm 19,2%, tỷ lệ trầm cảm trung bình-nặng là 12,5% và không có bệnh nhân trầm cảm nặng. Nghiên cứu ghi nhận nam giới, tình trạng hôn nhân, mức độ suy tim, số lần nhập viện trong 12 tháng qua, vận động thể lực là các yếu tố làm tăng tỉ lệ trầm cảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy là 28,5%, trong đó giới tính, tình trạng hôn nhân, mức độ suy tim NYHA, số lần nhập viện và vận động thể lực là các yếu tố liên đến trầm cảm. **Từ khóa:** suy tim, trầm cảm

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION AND ASSOCIATED FACTORS IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT CHO RAY HOSPITAL USING THE PHQ-9 QUESTIONNAIRE

Introduction: Chronic heart failure not only affects physical health but also significantly impacts

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025