

ngiên cứu có thể do sự chọn lựa mẫu với những đối tượng có mức độ cười lộ nướu ban đầu cao hơn. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật tái định vị môi cải tiến đã chứng minh tính hiệu quả giảm sưng, đau, hạn chế sẹo và có hiệu quả giảm cười lộ nướu có ý nghĩa.

V. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của nghiên cứu này, thời điểm 3 tháng sau điều trị phẫu thuật tái định vị môi cải tiến cho thấy đây là phương pháp ít xâm lấn, cải thiện đáng kể mức độ sưng, đau, liền sẹo và đặc biệt giảm mức độ cười lộ nướu rất có ý nghĩa. Do vậy, đây là phương pháp có thể được ứng dụng trên lâm sàng để điều trị cười lộ nướu trên những đối tượng có môi tăng động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thùy NT, Đan HTB, Vân NB.** Vẻ đẹp nụ cười và một số yếu tố ảnh hưởng. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2007;11(2):116-121.
2. **Alfaraj TMA, Aljohani RE, AlFaifi FA, et al.** A Review of Current Techniques in Lip Repositioning Surgery for Treating Excessive Gingival Display. Cureus. 2024;16(12).
3. **AlJasser RN.** A modified approach in lip repositioning surgery for excessive gingival display to minimize post-surgical relapse: a randomized controlled clinical trial. Diagnostics. 2023;13(4):716.
4. **Ngọc VTN.** Phân tích kết cấu đầu mặt và thẩm mỹ khuôn mặt. Nhà xuất bản y học. 2014:28-29.
5. **Andijani RI, Tatakis DN.** Hypermobility upper lip is highly prevalent among patients seeking treatment for gummy smile. Journal of periodontology. 2019;90(3):256-262.
6. **Mendoza-Geng A, Gonzales-Medina K, Meza-Mauricio J, et al.** Clinical efficacy of lip repositioning technique and its modifications for the treatment of gummy smile: systematic review and meta-analysis. Clinical oral investigations. 2022;26(6):4243-4261.
7. **dos Santos-Pereira SA, Cicareli AJ, Idalgo FA, et al.** Effectiveness of lip repositioning surgeries in the treatment of excessive gingival display: A systematic review and meta-analysis. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2021;33(3):446-457.
8. **Couto J, Abreu LG, Cunha FA, et al.** Effectiveness of lip repositioning in the treatment of excessive gingival display: systematic review and meta-analysis. Journal of Oral Research Research in Oral Sciences. 2023.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHỈ SỐ ANALGESIA NOCICEPTION INDEX (ANI) TRONG THEO DÕI ĐAU TRONG VÀ SAU MỔ Ở NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT MỔ Ổ BỤNG

Hoàng Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tương quan giữa chỉ số ANI với thang điểm PRST trong phẫu thuật và điểm đau VAS ở giai đoạn hồi tỉnh sau gây mê toàn thân phẫu thuật mở ổ bụng. **Đối tượng phương pháp:** 60 bệnh nhân ASA I, II được phẫu thuật mở ổ bụng được đưa vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi và gây mê theo phác đồ. Đo và ghi lại các chỉ số ANI, PRST, VAS theo các thời điểm nghiên cứu. **Kết quả và kết luận:** Có sự liên quan chặt chẽ giữa chỉ số ANI với PRST trong mổ và điểm đau VAS sau phẫu thuật mở ổ bụng. ANI và PRST có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ trung bình với $r = -0,402$ ($r^2 = 0,129$; $p < 0,001$) và chặt chẽ với $r = -0,511$ ($r^2 = 0,261$; $p < 0,001$) rong thời điểm có kích thích mạnh đặt ống nội khí quản và rạch da. Thời điểm rút ống NKQ đến sau 60 phút chỉ số ANI và điểm đau VAS có mối tương quan nghịch chặt chẽ với $r = -0,517$ ($r^2 = 0,268$ và $p < 0,001$). **Từ khóa:** Chỉ số ANI; Theo dõi

đau; Phẫu thuật mở ổ bụng; PRST; VAS

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE ANALGESIA NOCICEPTION INDEX (ANI) IN INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE PAIN MONITORING IN PATIENTS UNDERGOING OPEN ABDOMINAL SURGERY

Objective: To evaluate the correlation between the Analgesia Nociception Index (ANI) and the PRST score during surgery, as well as the Visual Analog Scale (VAS) score during the recovery period after general anesthesia in open abdominal surgery. **Subjects and Methods:** A total of 60 patients classified as ASA I–II undergoing open abdominal surgery were included in the study. All patients received anesthesia and monitoring according to a standardized protocol. ANI, PRST, and VAS scores were recorded at predefined time points during and after surgery. **Results and Conclusion:** There was a significant correlation between the ANI and PRST scores intraoperatively, and between ANI and VAS postoperatively. ANI and PRST demonstrated a moderate negative linear correlation with $r = -0.402$ ($r^2 = 0.129$; $p < 0.001$), and a stronger negative

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Tâm

Email: thanhtram011995@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

correlation at the time of strong stimulation such as intubation and skin incision with $r = -0.511$ ($r^2 = 0.261$; $p < 0.001$). From extubation to 60 minutes postoperatively, ANI showed a strong negative correlation with VAS scores ($r = -0.517$; $r^2 = 0.268$; $p < 0.001$). **Keywords:** Analgesia Nociception Index (ANI); Pain monitoring; Open abdominal surgery; PRST; Visual Analog Scale (VAS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mở ổ bụng là một trong những phẫu thuật hàng đầu gây nên đau đớn cho bệnh nhân. Việc nhận biết và đánh giá mức độ đau của bệnh nhân trong và sau phẫu thuật hết sức quan trọng. Điều này giúp chúng ta cho thuốc gây mê và giảm đau một cách đúng đắn cũng như tránh được việc quá liều hoặc dùng thuốc không đủ. Đánh giá đau ở bệnh nhân đã được gây mê thường khó lượng giá, có thể dựa dấu hiệu lâm sàng (như mạch, huyết áp...) nhưng dễ nhầm lẫn do chúng không đặc hiệu. Khi không đau thì thần kinh phó giao cảm chiếm ưu thế và ngược lại lúc xuất hiện đau thần kinh giao cảm sẽ chiếm ưu thế. Thần kinh giao cảm tác động làm thay đổi nhịp tim và hô hấp. Do đó có thể sử dụng biến thiên tần số tim để đo độ đau[2]. Máy theo dõi đau liên tục (ANI monitor) xuất hiện từ năm 2010 được tính bằng cách đo sự thay đổi cân bằng giữa đau – không đau được phản ánh thông qua sự kích thích lên tần số tim. ANI có giá trị dao động từ 0 - 100. Khi bệnh nhân xuất hiện đau thì ANI sẽ giảm xuống dưới 50. Khoảng giá trị từ 50 - 70 chỉ ra mức độ giảm đau thích hợp. Trên 70 là quá mức không cần thiết có thể do sử dụng quá liều thuốc. Mặt khác, theo dõi bằng ANI monitor là một thủ thuật không xâm lấn và dễ dàng để sử dụng. Hiện nay, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về máy theo dõi đau liên tục ở các bệnh nhân trong và sau phẫu thuật cột sống chỉ ra lợi ích của việc dùng ANI monitor. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng ANI monitor trong thực hành lâm sàng vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Đánh giá sự liên quan giữa chỉ số ANI với thang điểm PRST trong gây mê cân bằng cho phẫu thuật mở ổ bụng

2. Đánh giá sự tương quan giữa chỉ số ANI với điểm đau VAS ở giai đoạn hồi tỉnh sau gây mê cân bằng để phẫu thuật mở ổ bụng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân tuổi từ 18-70; ASA I,II

Có chỉ định phẫu thuật mở ổ bụng theo

chương trình

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có các bệnh về tuần hoàn: Suy tim NYHA III, IV, rối loạn nhịp tim: Rung nhĩ, block nhĩ thất, bệnh nhân đặt máy tạo nhịp, bệnh lý thần kinh cơ...

- Bệnh nhân đang dùng các thuốc ảnh hưởng lên hệ thần kinh thực vật như chẹn beta giao cảm, thuốc hủy phó giao cảm.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 01/2021 đến 09/2021 tại khoa Gây mê hồi sức và chống đau, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả tiến cứu

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước tính cho một tỉ lệ; Theo nghiên cứu của Ngô Minh Diệp 2017 chỉ số $r = 0.434$

Thay vào công thức ta có $n=60$. Vậy tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 60 bệnh nhân.

2.4. Các bước tiến hành. Bệnh nhân được khởi mê, duy trì mê theo phác đồ với các thuốc propofol, fentanyl, rocuronium, sevofluran. Trong mổ được duy trì BIS 40-60, TOF 0 và giảm đau ngoài màng cứng bằng ropivacain 0,1% 5ml/h. Theo dõi và ghi lại các chỉ số: ANI, PRST tại các thời điểm: H1-H14, ANI và VAS sau mổ.

- **Thoát mê:** Dừng các thuốc khi bắt đầu đóng da. Sau đó truyền chậm trong 30 phút dung dịch gồm 1g pefalgan và 30mg ketorolac. Tăng $FGF \geq MV$ khi kết thúc đóng da Tiếp tục duy trì giảm đau ngoài màng cứng.

- **Hậu phẫu:** Đánh giá tại hồi tỉnh khi bệnh nhân tỉnh và được rút ống nội khí quản. Đánh giá điểm đau theo VAS, chỉ số ANI sau rút NKQ 15, 30, 45, 60 phút.

2.5. Tiêu chí đánh giá

Tiêu chí chung

- Thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật

- Chỉ số TOF trong mổ

2.5.2. Tiêu chí theo mục tiêu 1

- Chỉ số ANI, PRST trong mổ tại các thời điểm H1 – H14.

2.5.3. Tiêu chí theo mục tiêu 2

- Chỉ số ANI, điểm VAS sau mổ.

2.6. Xử lý số liệu: - Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

- Các thuật toán thống kê được áp dụng bao gồm: giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\pm SD$), tỷ lệ %. Kiểm định bằng T-test, test Chi-Square (χ^2) hoặc Fisher's exact test, Pearson, Spearman, Kendall

- Giá trị $p < 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

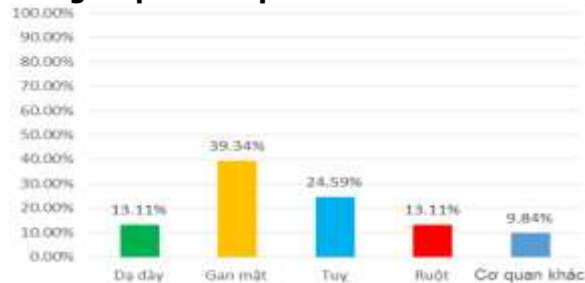
3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Các đặc điểm chung	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Tuổi (năm)	56.10±14.027	21-70
Chiều cao (cm)	161.21±7.887	145-172
Cân nặng (kg)	54.87±7.909	35-79
BMI	21.080±2.4170	16.5-28.4
Giới (%)	Nam	55.74
	Nữ	44.26

Nhận xét: Giới nam chiếm 55,74%, nữ 44,26%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56.10±14.027. Chiều cao, cân nặng, BMI trung bình trong giới hạn bình thường của người Việt Nam.

3.2. Đặc điểm cơ quan phẫu thuật và thời gian phẫu thuật



Biểu đồ 3.1: Các cơ quan phẫu thuật

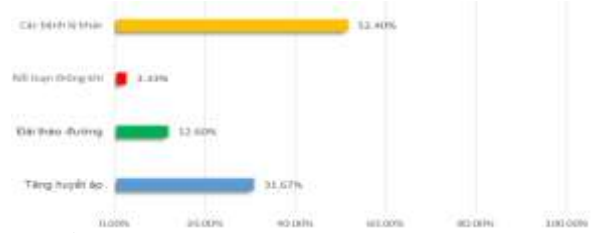
Nhận xét: Loại phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là phẫu thuật gan mật, sau đó là phẫu thuật tụy, ruột và dạ dày, thấp nhất là các cơ quan khác như tử cung, buồng trứng...

Bảng 3.2: Phân loại cơ quan phẫu thuật và thời gian phẫu thuật

Cơ quan phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$)	Min-Max	Thời gian gây mê ($\bar{X} \pm SD$)	Min-Max
Dạ dày	163.75 ±49.262	90-210	195.00 ±49.857	120-240
Gan mật	144.58 ±44.524	60-250	173.75 ±46.139	80-280
Tụy	170.67 ±57.130	60-230	202.00 ±58.5	90-270
Ruột	143.75 ±39.256	90-220	173.75 ±39.256	120-250
Khác	128.33 ±7.528	120-140	158.33 ±13.292	140-180

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật và gây mê trung bình dài nhất là phẫu thuật tụy, sau đó là phẫu thuật dạ dày, gan mật và ruột, thời gian phẫu thuật và gây mê trung bình ngắn nhất là các phẫu thuật khác.

3.4. Đặc điểm các bệnh lý mạn tính kèm theo

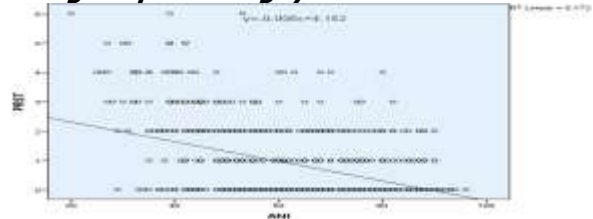


Biểu đồ 3.2: Các bệnh mạn tính kèm theo

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân không mắc các bệnh lý mạn tính, các bệnh lý kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp, sau đó là đái tháo đường và rối loạn thông khí.

3.5. Tương quan của ANI với PRST trong gây mê toàn thân để phẫu thuật ổ bụng

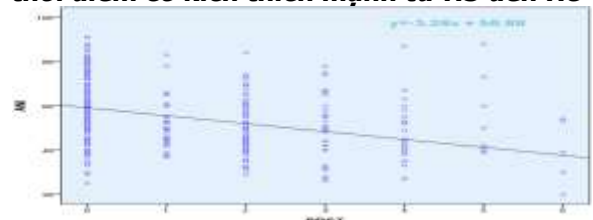
3.5.1. Tương quan của ANI với PRST trong cả quá trình gây mê từ H1 đến H14



Biểu đồ 3.3: Tương quan của ANI với PRST từ H1-H14

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.1 cho thấy có mối tương quan giữa chỉ số ANI và PRST khi theo dõi bệnh nhân từ H1-H14. Kết quả cho thấy, mối tương quan nghịch biến mức độ trung bình: $r = -0,402$ và $r^2 = 0,172$ với $p < 0,001$. Hằng số $b = 4,152$ và $a = -0,005$. Dựa vào các chỉ số trên chúng tôi có phương trình mối tương quan giữa hai chỉ số là: $PRST = -0,005 * ANI + 4,152$

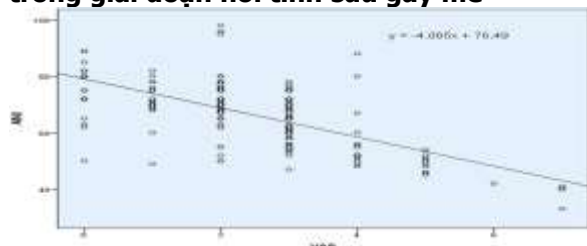
3.5.2 Tương quan của ANI với PRST ở thời điểm có kích thích mạnh từ H3 đến H8



Biểu đồ 3.4: Tương quan của ANI với PRST ở thời điểm có kích thích mạnh từ H3-H8

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy có mối tương quan nghịch biến giữa chỉ số ANI và PRST khi theo dõi bệnh nhân từ thời điểm H3-H8. Kết quả cho thấy, mối tương quan chặt chẽ với $r = -0,511$ ($r^2 = 0,261$) và $p < 0,001$. Hằng số $b = 56,68$ và $a = -3,26$. Dựa vào các chỉ số trên chúng tôi có phương trình tương quan giữa hai chỉ số là: $ANI = -3,26 * PRST + 56,68$

3.6. Tương quan giữa ANI và VAS trong giai đoạn hồi tỉnh sau gây mê



Biểu đồ 3.5: Tương quan giữa ANI và VAS ở thời điểm trước rút ống NKQ đến sau 60 phút

Nhận xét: Biểu đồ 3.3 thể hiện mối tương quan giữa chỉ số ANI và VAS ở giai đoạn hồi tỉnh. Kết quả cho thấy mối tương quan nghịch biến chặt chẽ với $r = -0,517$; $r^2=0,268$ có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Từ tính toán về mối tương quan giữa ANI với VAS chúng tôi có hằng số $b=76,49$ và $a=-4,065$. Dựa vào các chỉ số trên chúng tôi có phương trình tương quan tuyến tính giữa hai chỉ số là: $ANI=-4,065*VAS+76,49$

IV. BÀN LUẬN

Trong thực hành lâm sàng hàng ngày, các bác sĩ gây mê thường đánh giá mức độ đau dựa trên các dấu hiệu lâm sàng phản ánh hoạt hóa hệ thần kinh giao cảm do gây mê nông, bao gồm: tăng nhịp tim, tăng huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt và giãn đồng tử. Năm 1984, Evans và Davies đã xây dựng thang điểm PRST (bao gồm huyết áp – Pressure, nhịp tim – Rate, tiết mồ hôi – Sweating, và chảy nước mắt – Tearing) để đánh giá độ sâu mê, và sau đó được sử dụng nhằm đánh giá mức độ đau trong mổ.⁶⁻⁷ Tuy nhiên, các thông số PRST có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như giảm thể tích tuần hoàn, giảm hiệu quả giảm đau, thiếu oxy hoặc tăng CO_2 máu. Do đó, dù thường xuất hiện trong lâm sàng, các dấu hiệu này không phản ánh chính xác mức độ kích thích đau (nociception).

Ngày nay, chỉ số BIS (Bispectral Index) được sử dụng rộng rãi để đánh giá độ sâu mê, với khoảng giá trị lý tưởng trong mổ là từ 40 đến 60.⁸⁻¹⁰ Tuy vậy, BIS chủ yếu phản ánh mức độ an thần, không phải mức độ đau. Trong khi đó, chỉ số ANI (Analgesia Nociception Index) được phát triển nhằm đo lường cân bằng giữa giảm đau và kích thích đau trên cơ sở phân tích biến thiên nhịp tim (HRV), và đã được chứng minh là nhạy hơn so với các chỉ số huyết động trong đánh giá đau, cả ở gây mê tĩnh mạch và gây mê bằng đường hô hấp.⁹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận mối tương quan giữa chỉ số ANI với các chỉ số khác như PRST, BIS trong phẫu thuật, và

thang điểm VAS trong giai đoạn hồi tỉnh sau mổ bụng mở. Có mối tương quan mức độ trung bình giữa ANI và PRST với hệ số $r = 0,433$ – tương tự kết quả nghiên cứu của Ngô Minh Điệp (2018).¹³ Bên cạnh đó, mối tương quan giữa ANI và BIS là thấp ($r = 0,362$; $r^2 = 0,131$), cho thấy rằng mức độ giảm đau và độ sâu mê không hoàn toàn đồng nhất. Bệnh nhân được gây mê đủ (theo BIS) không có nghĩa là không còn đau. Nhiều nghiên cứu đã đánh giá giá trị của ANI trong phát hiện đau. Le Guen và cộng sự cho thấy ANI có mối liên hệ tuyến tính nghịch với điểm VAS trong chuyển dạ.¹⁴ Ngược lại, Ledowski và cộng sự không tìm thấy mối liên quan giữa ANI và mức độ đau sau mổ ở bệnh nhân gây mê bằng sevoflurane; nhóm tác giả này cho rằng thuốc mê và tình trạng an thần có thể làm sai lệch giá trị ANI, và cho rằng ANI có thể hữu ích hơn trong giai đoạn còn gây mê.¹⁰ Boselli và cộng sự cho thấy ANI đo ngay trước rút ống nội khí quản có thể dự đoán chính xác mức độ đau khi vào phòng hồi tỉnh, với độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 83% khi phân biệt giữa nhóm đau nhẹ ($NRS \leq 3$) và đau nhiều ($NRS > 3$).⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có ANI cao thường có VAS thấp trong hồi tỉnh, phản ánh mức độ đau nhẹ hoặc không đau. Cụ thể:

$VAS \leq 2$ thường tương ứng với $ANI > 50$, không cần bổ sung thuốc giảm đau; $VAS \geq 4$ thường đi kèm với $ANI < 50$, gợi ý đau trung bình đến nặng và cần can thiệp giảm đau.

Chúng tôi ghi nhận mối tương quan nghịch đáng kể giữa ANI và VAS, với $r = -0,517$ ($r^2 = 0,268$), phù hợp với kết quả của Ngô Minh Điệp ($r = -0,773$). Điều này củng cố giá trị của ANI như một công cụ hỗ trợ khách quan trong theo dõi đau trong và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số ANI có mối tương quan tốt với PRST và VAS, cho thấy hiệu quả trong theo dõi đau trong và sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật mở ổ bụng. Đây là công cụ không xâm lấn, hỗ trợ điều chỉnh giảm đau hợp lý trong thực hành gây mê. ANI có tiềm năng ứng dụng lâm sàng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boselli E, Jeanne M. Analgesia/nociception index for the assessment of acute postoperative pain. Br J Anaesth. 2014;112(5):936-937. doi:10.1093/bja/aeu116
2. Dundar N, Kus A, Gurkan Y, Toker K, Solak M. Analgesia nociception index (ani) monitoring in patients with thoracic paravertebral block: a randomized controlled study. J Clin Monit Comput. 2018; 32(3): 481-486. doi:10.1007/s10877-017-0036-9

3. **Le Gall L, David A, Carles P, et al.** Benefits of intraoperative analgesia guided by the Analgesia Nociception Index (ANI) in bariatric surgery: An unmatched case-control study. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019;38(1): 35-39. doi:10.1016/j.accpm.2017.09.004
4. **Issa R, Julien M, Décary E, et al.** Evaluation of the analgesia nociception index (ANI) in healthy awake volunteers. *Can J Anaesth J Can Anesth.* 2017; 64(8): 828-835. doi:10.1007/s12630-017-0887-z
5. **Boselli E, Bouvet L, Bégou G, et al.** Prediction of immediate postoperative pain using the analgesia/nociception index: a prospective observational study. *Br J Anaesth.* 2014;112(4): 715-721. doi:10.1093/bja/aet407
6. **Schwender D, Dauderer M, Klasing S, Mulzer S, Finsterer U, Peter K.** [Monitoring intraoperative awareness. Vegetative signs, isolated forearm technique, electroencephalogram, and acute evoked potentials]. *Anaesthesist.* 1996;45(8):708-721. doi:10.1007/s001010050303
7. **Guignard B.** Monitoring analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2006;20(1):161-180. doi:10.1016/j.bpa.2005.09.002
8. **Smajic J, Praso M, Hodzic M, et al.** Assessment of depth of anesthesia: PRST score versus bispectral index. *Med Arh.* 2011;65(4):216-220. doi:10.5455/medarh.2011.65.216-220
9. **Gao WW, He YH, Liu L, Yuan Q, Wang YF, Zhao B.** BIS Monitoring on Intraoperative Awareness: A Meta-analysis. *Curr Med Sci.* 2018; 38(2):349-353. doi:10.1007/s11596-018-1886-1
10. **Mathur S, Patel J, Goldstein S, Jain A.** Bispectral Index. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2021. Accessed October 29, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539809/>

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM TOÀN BỘ CỦA PHÁC ĐỒ XELOX BỔ TRỢ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phạm Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh³,
Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố ảnh hưởng của phác đồ XELOX bổ trợ trên bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc được thực hiện trên 65 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB–IIIC đã được phẫu thuật triệt căn và điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX (CAPOX) từ tháng 01/2017 đến 06/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 96,9%, 71,8% và 53,1%, với thời gian sống thêm trung bình là 55,9 tháng (CI 95%: 50,8–61,0). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (72,7%) so với nhóm kém biệt hóa (51,1%) và tế bào nhân (48,2%) với $p=0,034$. Nhóm có tình trạng xâm nhập mạch- thần kinh có thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm giảm dần theo sự tiến triển của giai đoạn bệnh với $p<0,001$. **Kết luận:** Phác đồ XELOX là phương pháp điều trị bổ trợ hiệu quả và dung nạp tốt cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB–IIIC sau phẫu thuật triệt căn.

Từ khóa: ung thư dạ dày, XELOX, bổ trợ

SUMMARY

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

EVALUATION OF OVERALL SURVIVAL OF THE ADJUVANT XELOX REGIMEN IN GASTRIC CANCER PATIENTS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the overall survival time and some influencing factors of the adjuvant XELOX regimen in gastric cancer patients at Viet Duc Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 65 patients with stage IB–IIIC gastric cancer who underwent radical surgery and adjuvant chemotherapy with the XELOX (CAPOX) regimen from January 2017 to June 2021. **Results:** The overall survival rates after 1, 3 and 5 years were 96.9%, 71.8% and 53.1%, respectively, with a median survival time of 55.9 months (CI 95%: 50.8–61.0). The overall 5-year survival rate in the moderately differentiated adenocarcinoma group (72.7%) compared with the poorly differentiated (51.1%) and signet ring cell (48.2%) groups with $p=0.034$. The group with neurovascular invasion had a statistically significant lower 5-year survival time and overall survival rate ($p=0.001$). The overall 5-year survival rate decreased gradually with the progression of the disease stage with $p<0.001$. **Conclusion:** The XELOX regimen is an effective and well-tolerated adjuvant treatment for patients with stage IB–IIIC gastric cancer after radical surgery.

Keywords: gastric cancer, XELOX, adjuvant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo thống kê của GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5