

phổi diễn tiến âm thầm nhưng nặng. Điểm nổi bật là tỷ lệ tổn thương nhiều thùy và PCT tăng cao, phản ánh nguy cơ nhiễm khuẩn nặng. Do đó, cần cảnh giác ở bệnh nhân ĐTD nhập viện vì viêm phổi, ngay cả khi triệu chứng ban đầu không rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTD cấp 2 mắc VPCĐ thường ở tuổi cao, triệu chứng lâm sàng không điển hình nhưng các chỉ số cận lâm sàng như Procalcitonin, CRP, tổn thương nhiều thùy và rối loạn chuyển hóa lại nặng. Điều này đặt ra yêu cầu cần chẩn đoán sớm, theo dõi sát các dấu ấn viêm và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Đồng thời, việc tiêm vắc-xin phòng bệnh, phát hiện sớm triệu chứng hô hấp và điều trị tích cực, cá thể hóa sẽ giúp giảm biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization**, "Pneumonia," 2023, Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. **P. Saeedi et al.**, "Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International

Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition," (in eng), Diabetes Res Clin Pract, vol. 157, p. 107843, Nov 2019.

3. **J. A. Critchley, I. M. Carey, T. Harris, S. DeWilde, F. J. Hosking, and D. G. Cook**, "Glycemic control and risk of infections among people with type 1 or type 2 diabetes in a large primary care cohort study," (in eng), Diabetes care, vol. 41, no. 10, pp. 2127-2135, 2018.
4. **P. K. Liên**, Giáo trình bệnh học hô hấp (Viêm phổi mắc phải cộng đồng). Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2025.
5. **R. K. Bhattacharya, J. D. Mahnken, and S. K. Rigler**, "Impact of admission blood glucose level on outcomes in community-acquired pneumonia in older adults," (in eng), Int J Gen Med, vol. 6, pp. 341-4, 2013.
6. **J. Almirall et al.**, "New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study," (in eng), European respiratory journal, vol. 31, no. 6, pp. 1274-1284, 2018.
7. **M. La**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults," (in eng), Clin Infect Dis., vol. 44, pp. S27-S72, 2019.
8. **P. Schuetz et al.**, "Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections," (in eng), Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, vol. 8, no. 4, pp. 1297-1371, 2013.

KẾT QUẢ GHÉP DA ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM CẰNG BÀN TAY DO RẮN HỔ MANG CẰN

Đào Văn Mạnh^{1,3}, Trần Thiết Sơn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương vùng cẳng – bàn tay do rắn hổ mang cắn và đánh giá kết quả che phủ khuyết hồng phần mềm bằng kỹ thuật ghép da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp không nhóm chứng, thực hiện trên 16 bệnh nhân được ghép da dày che phủ khuyết hồng phần mềm cẳng – bàn tay do rắn hổ mang cắn tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 58 ± 16 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp sau rắn cắn gồm: sưng nề (100%), phỏng nước (37,5%), tê bì (43,8%). Vị trí tổn thương chủ yếu ở bàn tay (93,8%), với diện tích khuyết trung bình 28,3 cm². Tỷ lệ sống hoàn toàn của mảnh ghép đạt 93,8%, nơi cho da ghép liền thương 100% ngay thì đầu. Sau 6 tháng,

chức năng vận động bàn tay phục hồi tốt ở 87,5% trường hợp. **Kết luận:** Rắn hổ mang cắn vùng cẳng – bàn tay gây hoại tử da và tổ chức dưới da, để lại khuyết hồng lớn. Ghép da dày là phương pháp tạo hình đơn giản, an toàn, hiệu quả, giúp che phủ tổn khuyết và phục hồi chức năng bàn tay với kết quả khả quan. **Từ khóa:** Rắn hổ mang cắn; Tổn thương bàn tay; Khuyết hồng phần mềm; Ghép da dày; Phục hồi chức năng.

SUMMARY

RESULTS OF SKIN GRAFTING FOR SOFT TISSUE DEFECTS OF THE FOREARM AND HAND CAUSED BY COBRA ENVENOMATIONS

Objective: To describe the characteristics of soft tissue injuries of the forearm and hand caused by cobra envenomation and to evaluate the outcomes of soft tissue defect coverage using skin grafting. **Subjects and Methods:** A prospective, non-controlled interventional study was conducted on 16 patients who underwent full-thickness skin grafting for coverage of forearm and hand soft tissue defects due to cobra envenomation at Bach Mai Hospital from January 2024 to December 2024. **Results:** The mean

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiết Sơn

Email: tranthietson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

age of patients was 58 ± 16 years. Common clinical manifestations after envenomation included swelling (100%), blistering (37.5%), and numbness (43.8%). The most frequent injury site was the hand (93.8%), with an average defect size of 28.3 cm^2 . The complete graft take rate was 93.8%, and all donor sites healed primarily. At 6 months postoperatively, good functional recovery of hand movement was observed in 87.5% of cases. **Conclusion:** Cobra bites to the forearm and hand cause skin and subcutaneous tissue necrosis, resulting in large defects. Full-thickness skin grafting is a simple, safe, and effective reconstructive method, providing reliable defect coverage and satisfactory functional recovery of the hand.

Keywords: Cobra envenomation; Hand injuries; Soft tissue defects; Skin grafting; Functional recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính phổ biến hàng đầu, có tỷ lệ tử vong cao trong nhóm bệnh lý ung thư ở cả hai giới.¹ CLVTLT ngày càng khẳng định giá trị trong sàng lọc phát hiện UTP, giảm tỷ lệ tử vong khoảng 20-24% so với nhóm không được sàng lọc hay chỉ sàng lọc bằng Xquang phổi.^{2,3} Hiện nay, CLVTLT kết hợp với thang điểm Lung-RADS (viết tắt của Lung Imaging Reporting and Data System - Hệ thống dữ liệu và đánh giá hình ảnh về nốt phổi) đã và đang được khuyến cáo trong sàng lọc và phân tầng nguy cơ dựa trên các đặc điểm hình ảnh của nốt phổi, từ đó ước lượng nguy cơ ác tính, khuyến cáo thời gian theo dõi và hướng can thiệp với các nốt phổi nguy cơ cao.^{4,5} Nhằm nâng cao kiến thức lâm sàng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm hình ảnh của nốt phổi sàng lọc dương tính theo thang điểm Lung-RADS trên CLVTLT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bệnh ghép da điều trị khuyết hồng phần mềm cẳng bàn tay do rắn hổ mang cắn tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử cẳng bàn tay do rắn cắn để lại khuyết vừa và lớn không đóng trực tiếp được, không lộ gân, lộ xương. Chúng tôi lựa chọn được 16 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tổn thương nhỏ có thể đóng được trực tiếp hoặc tổn thương lộ gân xương phức tạp không có chỉ định

ghép da. Bệnh nhân không đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu hoặc không có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện, với toàn bộ những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4. Biến số nghiên cứu: Thông tin chung, tổn thương tại chỗ trước và sau cắt lọc hoại tử, kết quả gần, kết quả xa.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bệnh án nghiên cứu được thiết kế riêng phù hợp với thu thập các thông tin nghiên cứu.

2.6. Phân tích số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung và các thông tin cần cung cấp khi tham gia nghiên cứu.

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu phục vụ nâng cao chuyên môn khám chữa bệnh, học tập và nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	%
Giới tính	Nam	12	75
	Nữ	4	25
Tuổi	Dưới 16 tuổi	0	0
	Từ 16 đến 65 tuổi	11	68,75
	Trên 65 tuổi	5	31,25
Nghề nghiệp	Nông dân	11	68,75
	Công nhân	3	18,75
	Khác	2	12,5

Trong 16 trường hợp nghiên cứu, tuổi trung bình là 58 ± 16 năm. Bệnh nhân phần lớn thuộc nhóm tuổi lao động từ 16-65, chiếm 68,75%. Số bệnh nhân nam chiếm ưu thế với 75%. Phần lớn bệnh nhân làm nông nghiệp chiếm 68,75%.

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương do rắn hổ mang cắn

Đặc điểm tổn thương		n	%
Vị trí cắn	Bàn tay	15	93,75
	Cẳng tay	1	6,25
Triệu chứng lâm sàng	Sưng nề	16	100
	Phồng nước	6	37,5
	Tê bì	7	43,75
Diện tích hoại tử trung bình	Trước cắt lọc	19,12 cm^2	
	Sau cắt lọc	28,19 cm^2	

Nghiên cứu cho thấy tổn thương tại chỗ bao

gồm sưng nề xuất hiện ở toàn bộ bệnh nhân; phỏng nước (37,5%) và tê bì (43,8%) ghi nhận với tỷ lệ đáng kể. Sau cắt lọc hoại tử, diện tích khuyết hồng trung bình 28,19 cm² gấp 1,47 lần diện tích hoại tử đòi hỏi biện pháp che phủ hiệu quả.

Bảng 3.3. Mối liên hệ giữa phương pháp cố định mảnh da ghép và tình trạng sống da ghép

Phương pháp cố định	Tình trạng sống của da ghép	n	%
Cố định bằng VAC	Tốt	8	100
	Khá	0	0
Cố định bằng gôi gạc	Tốt	7	87,5
	Khá	1	12,5
Tổng	Tốt	15	92,75
	Khá	1	7,25

Trong tổng số 16 BN được thực hiện kỹ thuật ghép da, tỷ lệ da ghép bám hoàn toàn lên đến 92,75%. Trong đó nhóm sử dụng VAC cố định mảnh da ghép thì toàn bộ 8 bệnh nhân da ghép bám hoàn toàn, nhóm sử dụng gôi gạc truyền thống thì có 6/7 bệnh nhân da ghép bám tốt, có 1 bệnh nhân da ghép bong một phần tổn thương này tự biểu mô hoá mà không cần can thiệp thêm.

Bảng 3.4. Kết quả xa

Đặc điểm chung		n	%
Kết quả thẩm mỹ	Da ghép lõm	4	25
	Da ghép cứng	5	31,25
	Da ghép tăng sắc tố	13	81,25
Kết quả vận động	Tốt	14	81,25
	Khá	2	18,75

Di chứng khá thường gặp của ghép da là lõm nơi ghép da gặp ở 4 bệnh nhân (chiếm 25%), da ghép cứng 5 bệnh nhân (chiếm 31,25%), không có bệnh nhân nào bị sẹo quá phát. Đa phần da ghép tăng sắc tố 13 bệnh nhân (chiếm 81,25%), vẫn có tỷ lệ nhất định da ghép đồng màu với tổ chức xung quanh.

Bệnh nhân sau ghép da phục hồi chức năng bàn tay rất tốt, tỷ lệ hồi phục vận động tốt là 14 bệnh nhân (chiếm 87,5%), còn lại 2 bệnh nhân hồi phục khá (chiếm 12,5%), không có bệnh nhân nào tổn thương chức năng bàn tay mức độ nặng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 16 bệnh nhân bị rạn hổ mang cắn vùng cẳng – bàn tay, được điều trị bằng ghép da dày sau cắt lọc tổ chức hoại tử. Đây là một trong số ít các nghiên cứu trong nước, trong khi hướng dẫn chẩn đoán và xử trí rạn cắn hiện hành của Bộ Y tế mới chỉ tập trung vào điều trị cấp cứu, chưa có nhiều dữ liệu về tạo hình ¹.

Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của nhóm

nghiên cứu là 58 ± 16 tuổi, phần lớn nằm trong độ tuổi lao động (16–65 tuổi, chiếm 68,75%). Điều này phản ánh thực tế rằng rạn hổ mang thường gây tai nạn ở người trưởng thành khi tham gia lao động sản xuất, đặc biệt là làm nông nghiệp (68,75%). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (75%) cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của tai nạn rạn cắn, khi nam giới thường tham gia nhiều hơn vào các hoạt động ngoài trời và nghề nghiệp có nguy cơ cao. Các nghiên cứu của Wong OF tại Hong Kong ³ và Tsai YH tại Đài Loan ⁴ cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới bị rạn độc cắn cao hơn nữ, trong đó đa số là nông dân và công nhân lao động phổ thông. Như vậy, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với y văn trong và ngoài nước.

Trong nhóm bệnh nhân, vị trí cắn chủ yếu là bàn tay (93,75%), chỉ 6,25% ở cẳng tay. Đây là đặc điểm dễ hiểu vì bàn tay thường là vị trí tiếp xúc trực tiếp khi nạn nhân làm việc hoặc vô tình chạm vào rạn. Sau cắt lọc, diện tích khuyết hồng trung bình lên tới 28,19 cm², lớn hơn nhiều so với diện tích hoại tử ban đầu (19,12 cm²). Điều này phản ánh tính chất lan rộng và khó lường của độc tố rạn hổ mang, buộc phẫu thuật viên phải cắt lọc rộng để loại bỏ hoàn toàn mô hoại tử, tạo nền ghép an toàn. So với nghiên cứu của Warrell DA², diện tích tổn thương do rạn hổ mang thường lớn hơn nhiều so với các loài rạn độc khác như lục tre hay cạp nong, nguyên nhân do độc tố có tính hủy hoại mô mạnh, gây viêm hoại tử lan tỏa.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong nghiên cứu bao gồm sưng nề (100%), phỏng nước (37,5%) và tê bì (43,8%). Những biểu hiện này hoàn toàn phù hợp với mô tả trong các nghiên cứu trước. Wong OF và cs.³ ghi nhận 100% bệnh nhân có sưng nề, khoảng 30–40% có phỏng nước và trên 40% có biểu hiện rối loạn cảm giác. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng rõ rệt với y văn quốc tế.



Hình 4.1. Tổn thương do rạn hổ mang cắn

(BN số 1 và 3). A: Hoại tử, sưng nề vùng mu tay trái, bong nước vùng da hoại tử.

B: Tổn thương hoại tử, sưng nề gan tay phải. C: Vùng da hoại tử sau khi cắt lọc, tổ chức

mỡ dưới da hoại tử hoàn toàn lộ màng gân dưới ngón tay. D: Vùng tổn khuyết sau khi cắt lọc tổ chức hoại tử, lộ tổ chức cơ ô mô cái.

Trong tổng số 16 bệnh nhân, tỷ lệ mảnh ghép sống hoàn toàn là 92,75%. Đây là kết quả rất khả quan, chứng tỏ ghép da dày có thể áp dụng an toàn trong điều trị khuyết hổng do rắn hổ mang cắn. Kết quả này tương tự Tsai YH⁴ với tỷ lệ sống ghép 92% và cao hơn nghiên cứu của Wong OF³ với tỷ lệ 90%. Nhóm sử dụng VAC để cố định mảnh ghép đạt tỷ lệ sống 100%, trong khi nhóm cố định bằng gối gạc đạt 87,5%. Điều này cho thấy VAC có ưu thế vượt trội trong việc đảm bảo sự bám dính của mảnh ghép, hạn chế di lệch và nhiễm khuẩn. Các nghiên cứu quốc tế cũng khẳng định vai trò của VAC trong cố định mảnh ghép, đặc biệt ở vùng khó băng ép như bàn tay và cẳng tay⁶.



Hình 4.2. Kết quả gần

A: Da ghép mu tay trái bám hoàn toàn; B: Da ghép bong một phần tại vị trí ngón I tay trái; C: Da ghép ngón II tay phải bám hoàn toàn; D: Da ghép gan tay trái bám hoàn toàn.

Sau 6 tháng, chúng tôi ghi nhận các biến chứng tại nơi ghép da bao gồm: lõm da (25%), da ghép cứng (31,25%), tăng sắc tố (81,25%). Không có trường hợp nào xuất hiện sẹo phì đại. Tỷ lệ tăng sắc tố cao có thể giải thích do đặc điểm cơ địa người châu Á, tương tự các nghiên cứu ở Đài Loan và Thái Lan^{7,8}. Mặc dù tăng sắc tố ảnh hưởng thẩm mỹ, song chức năng bàn tay vẫn được đảm bảo. Các biến chứng như lõm da và da cứng có thể liên quan đến độ dày mảnh ghép và tình trạng nền ghép sau cắt lọc. Đây là những hạn chế chung của phương pháp ghép da so với các vật da có mô đệm^{9,10}.



Hình 4.3. Kết quả xa

A,B: BN số 1, da ghép mềm mại, lõm nơi ghép da, chức năng vận động khá. C,D: BN số 3, da ghép cứng, thay đổi sắc tố, chức năng vận động tốt.

Đáng chú ý kết quả phục hồi chức năng, 87,5% bệnh nhân phục hồi vận động bàn tay ở mức tốt, 12,5% phục hồi khá, không có trường hợp nào di chứng nặng. Điều này khẳng định ghép da dày, nếu được thực hiện đúng kỹ thuật và kết hợp phục hồi chức năng tích cực, có thể đảm bảo cả mục tiêu che phủ và chức năng. So sánh với các nghiên cứu của Mao YC⁵ và Tsai YH⁴, tỷ lệ phục hồi vận động trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương hoặc cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ (16 bệnh nhân), thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa có nhóm so sánh với các phương pháp che phủ khác như vật da tại chỗ hay vật tự do. Tuy nhiên, kết quả vẫn có giá trị thực tiễn, khẳng định vai trò của ghép da trong điều trị khuyết hổng phần mềm do rắn hổ mang cắn ở điều kiện Việt Nam.

Trong tương lai, cần các nghiên cứu đa trung tâm, số lượng ca lớn hơn và theo dõi lâu dài hơn, đồng thời so sánh trực tiếp giữa các kỹ thuật tạo hình để xác định ưu – nhược điểm rõ ràng hơn. Ngoài ra, việc kết hợp phục hồi chức năng sớm sau ghép da là yếu tố quyết định đến kết quả cuối cùng, cần được chuẩn hóa trong phác đồ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích, có thể thấy ghép da dày là phương pháp phù hợp trong điều trị khuyết hổng phần mềm vùng cẳng – bàn tay do rắn hổ mang cắn. Phương pháp này vừa đảm bảo tỷ lệ sống mảnh ghép cao, vừa phục hồi chức năng tốt, chi phí thấp và dễ áp dụng ở nhiều cơ sở y tế. Mặc dù còn tồn tại một số di chứng thẩm mỹ như lõm da, cứng da hay tăng sắc tố, song nhìn chung kết quả khả quan, góp phần cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí rắn cắn. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Warrell DA.** Clinical toxicology of snakebite in Asia. In: Meier J, White J, editors. Handbook of clinical toxicology of animal venoms and poisons. Boca Raton: CRC Press; 2010. p. 493–594.
3. **Wong OF, Lam TS, Fung HT.** Clinically significant local envenomation from cobra bite: case series. Emerg Med J. 2012;29(6):528–32.
4. **Tsai YH, Lin YY, Su YJ, et al.** Management of cobra bite wounds with skin grafting. Plast Reconstr Surg. 2015;135(3):731–8.
5. **Mao YC, Liu PY, Chiang LC, et al.** Cobra envenomation and its treatment outcomes:

- analysis of 121 cases. *Toxicol.* 2018;151:15–22.
6. **Kamolz LP, Andel H, Haslik W, et al.** Use of VAC therapy in skin graft fixation. *Burns.* 2004;30(5):467–72.
 7. **Kittiphattanabawon P, et al.** Skin graft outcomes after snakebite wounds in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2014;97(8):857–63.
 8. **Lin CC, et al.** Long-term results of full-thickness skin grafting in hand injuries. *J Hand Surg Eur.* 2016;41(4):382–8.
 9. **Atiyeh BS, Costagliola M, Hayek SN.** Functional and aesthetic considerations in skin grafts and flaps. *Ann Plast Surg.* 2005;54(2):187–92.
 10. **Ghez O, et al.** Functional outcomes after reconstructive surgery of hand defects following necrosis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(9):1231–7.

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN BẰNG PHÁC ĐỒ CAPOX TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Hồng Trường¹, Vũ Quang Toàn²,
Vi Trần Doanh¹, Nguyễn Thị Thùy Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và tác dụng không mong muốn ở người bệnh ung thư thực quản được hóa xạ trị đồng thời triệt căn bằng phác đồ CAPOX tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 102 người bệnh ung thư thực quản không mổ được điều trị tại bệnh viện K từ 7/2022 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $61,7 \pm 7,9$. Tỷ lệ nam/nữ: 50/1. Vị trí u 1/3 giữa chiếm tỉ lệ cao nhất (44,2%). Giai đoạn II, III, IVA lần lượt là 33,3% và 62,7% và 3,9%. Liều hóa chất trung bình là $95,0 \pm 1,5\%$. Tỉ lệ gián đoạn xạ trị < 7 ngày và ≥ 7 ngày lần lượt là 53,9% và 46,1%. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định và bệnh tiến triển lần lượt là 31,4%; 58,8%; 6,9%; 2,9%. Tỉ lệ đáp ứng cao hơn khi u ở giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch vùng ($p < 0,05$). Các tác dụng không mong muốn chủ yếu trên hệ tạo huyết: giảm hồng cầu (43,1%), bạch cầu (32,3%), tiểu cầu (36,3%). Biến chứng sớm do xạ trị: viêm thực quản (52,0%), viêm da (48,1%), viêm phổi (12,8%), rò thực quản (1,0%). **Kết luận:** Phác đồ cho kết quả đáp ứng tốt và tác dụng không mong muốn ở mức độ chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư thực quản, hóa xạ trị đồng thời, CAPOX.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY USING THE CAPOX REGIMEN IN ESOPHAGEAL CANCER AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment response and adverse events in patients with esophageal cancer undergoing definitive concurrent chemoradiotherapy with the CAPOX regimen at K Hospital. **Subjects and**

Methods: This descriptive study included 102 patients with unresectable esophageal cancer treated at K Hospital. **Results:** The mean age was 61.7 ± 7.9 years. The male-to-female ratio was 50:1. The middle third of the esophagus was the most frequent tumor site (44.2%). Disease stages II, III, and IVA accounted for 33.3%, 62.7%, and 3.9% of cases, respectively. The mean chemotherapy dose intensity was $95.0 \pm 1.5\%$. Radiotherapy interruptions < 7 days and ≥ 7 days were 53.9% and 46.1%, respectively. The rates of complete response, partial response, stable disease, and progressive disease were 31.4%, 58.8%, 6.9%, and 2.9%, respectively. Response rates were significantly higher in earlier-stage tumors and in patients without regional lymph node metastasis ($p < 0.05$). Response rates were higher in patients with earlier-stage disease and without regional lymph node metastasis ($p < 0.05$). The most common hematologic toxicities were: anemia (43.1%), leukopenia (32.3%), and thrombocytopenia (36.3%). Early radiation-related complications included esophagitis (52.0%), dermatitis (48.1%), pneumonitis (12.8%), and esophageal fistula (1.0%). **Conclusion:** Definitive concurrent chemoradiotherapy with the CAPOX regimen achieved favorable response outcomes with an acceptable toxicity profile. **Keywords:** Esophageal cancer, concurrent chemoradiation, CAPOX.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, ung thư thực quản (UTTQ) xếp thứ 11 về tỉ lệ mắc mới và thứ 7 về tỉ lệ tử vong trên thế giới. Tại Việt Nam, bệnh xếp thứ 12 về tỉ lệ mắc mới và thứ 7 về tỉ lệ tử vong do ung thư với 3.686 trường hợp mắc mới và 3.470 trường hợp tử vong [1].

Điều trị UTTQ chủ yếu dựa vào giai đoạn bệnh, mô bệnh học, vị trí u và thể trạng người bệnh (NB). Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong giai đoạn sớm. Khi không còn chỉ định phẫu thuật, hóa xạ trị đồng thời triệt căn trở thành phác đồ tiêu chuẩn. Phác đồ CAPOX đã được nghiên cứu và khuyến cáo áp dụng rộng rãi

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Toàn

Email: vuquangtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025