

- 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

do hiệu quả không kém các phác đồ kinh điển, dễ dung nạp và thuận tiện hơn trong thực hành lâm sàng [2].

Với đặc điểm mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy và là thể nhạy cảm với xạ trị tại Việt Nam, hóa xạ trị đồng thời triệt căn đã được áp dụng với phác đồ CAPOX từ lâu [2]. Tại Bệnh viện K chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ. Đề tài tiến hành nhằm 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".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 102 người bệnh UTTQ được hóa xạ trị đồng thời triệt căn phác đồ CAPOX tại Bệnh viện K từ 7/2022 đến 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định là UTTQ loại biểu mô vảy bằng mô bệnh học;
- Giai đoạn II – IVA theo phân loại của AJCC 8, không có chỉ định phẫu thuật triệt căn từ đầu và/hoặc có bệnh phổi hợp không cho phép phẫu thuật, hoặc từ chối phẫu thuật;
- Điều trị lần đầu;
- Người bệnh được điều trị đủ liều và hoàn thành 3 chu kỳ hóa chất phác đồ CAPOX kết hợp xạ trị bằng máy gia tốc kỹ thuật VMAT;
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ và NB đồng ý tham gia nghiên cứu;

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp không nuốt được viên thuốc capecitabine;

- Có biến chứng rò thực quản - trung thất, thực quản - khí phế quản, chảy máu thực quản;
- Người bệnh mắc ung thư thứ 2 đồng thời;
- Tự bỏ dở phác đồ không do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

*** Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Lấy mẫu toàn bộ, tất cả NB đủ tiêu chuẩn từ T7/2022 đến T12/2024.

*** Phương pháp tiến hành:** Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án. NB được hóa xạ trị đồng thời triệt căn phác đồ CAPOX (Oxaliplatin 85 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1, 15, 29; Capecitabine 625 mg/m², uống 2 lần/ngày từ ngày 1-5 hàng tuần x 5 tuần) [2]. NB được nghỉ 4 tuần sau khi kết thúc điều trị và đánh giá kết quả điều trị dựa vào tiêu chuẩn RECIST 1.1 trên cắt lớp vi tính và tiêu chuẩn đáp ứng trên nội soi thực quản theo hội ung thư học lâm sàng Nhật Bản phiên bản 12. Đánh giá các tác dụng không mong muốn trên huyết học, ngoài huyết học cũng như các biến chứng sớm do xạ trị theo

CTCAE 5.0 [3], [4].

*** Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 25.0. Sử dụng kiểm định so sánh χ^2 , hiệu chỉnh Fisher's exact test trong các trường hợp giá trị tuyệt đối nhỏ hơn 5.

*** Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài thực hiện được sự chấp thuận của lãnh đạo bệnh viện K và thông qua hội đồng đạo đức Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên (Quyết định số 821/QĐ-ĐHYD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Nhóm tuổi	Giới	Nam NB (%)	Nữ NB (%)	Tổng NB (%)
<50		7 (6,9)	0	7 (6,9)
50 đến <60		27 (26,5)	1 (1,0)	28 (27,5)
≥60		66 (64,7)	1 (1,0)	67 (65,7)
Tổng		100 (98,0)	2 (2,0)	102 (100)

Tuổi trung bình là 61,7 ± 6,9 (45-78). Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất là 64,7%. Tỉ lệ nam/nữ là 50/1, nam chiếm 98%.

Bảng 2. Phân bố vị trí u

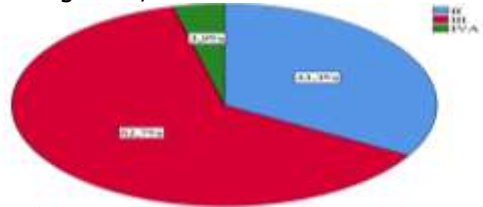
Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Vị trí u		
1/3 trên	22	21,6
1/3 giữa	45	44,2
1/3 dưới	22	21,6
Nhiều vị trí	13	12,7

U vị trí 1/3 giữa chiếm tỉ lệ cao nhất là 44,2%.

Bảng 3. Giai đoạn T, N trước điều trị

Giai đoạn	T1b NB(%)	T2 NB(%)	T3 NB(%)	T4a NB(%)	Tổng NB (%)
N0	0	17(16,7)	7(6,9)	0	24(23,5)
N1	0	9(8,8)	25(24,5)	1(1,0)	35(34,3)
N2	1(1,0)	6(5,9)	32(31,4)	0	39(38,3)
N3	0	1(1,0)	3(2,9)	0	4(3,9)
Tổng	1(1,0)	33(32,3)	67(65,7)	1(1,0)	102(100)

Tỉ lệ giai đoạn T1b, T2, T3, T4a lần lượt là 1,0%; 32,3%; 65,7% và 1,0%. Tỉ lệ có di căn hạch vùng là 76,5%.



Biểu đồ 1. Giai đoạn TNM theo AJCC 8

Tỉ lệ giai đoạn II, III, IVA lần lượt là 33,3%; 62,7% và 3,9%.

Bảng 4. Đặc điểm hóa - xạ trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Liều hóa	96-100% liều	59
		57,8

chất	85-95,9% liều	37	36,3
	<85% liều	6	5,9
	Trung bình: 95,0±1,5%; Thấp nhất: 80,6%		
Liều xạ trị	50,4 Gy	77	75,5
	59,4 Gy	2	2,0
	61,6 Gy	12	11,7
	64,8 Gy	11	10,8
Gián đoạn xạ trị	<7 ngày	46	45,1
	≥7 ngày	56	54,9

Liều hóa chất trung bình đạt 95,0 ± 1,5%; 100% NB nhận liều xạ ≥50,4 Gy. Tỷ lệ gián đoạn

xạ trị ≥7 ngày chiếm 54,9%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Đáp ứng sau điều trị 1 tháng

Đáp ứng	Cơ năng		Đáp ứng chung	
	n=102	Tỷ lệ (%)	n=102	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	53	52,0	32	31,4
Một phần	44	43,1	60	58,8
Ổn định	5	4,9	7	6,9
Tiến triển	0	0	3	2,9
Toàn bộ	97	95,1	92	90,2

Tỷ lệ giảm về triệu chứng cơ năng đạt 95,1%. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 90,2%.

Bảng 6. Liên quan đáp ứng điều trị với giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Đáp ứng	Hoàn toàn NB (%)	Một phần NB (%)	Ổn định NB (%)	Tiến triển NB (%)	Tổng NB (%)	Giá trị p
Giai đoạn T	T1b	1 (100)	0	0	0	1 (100)	0,000
	T2	22 (66,7)	9 (27,3)	1 (3,0)	1 (3,0)	33 (100)	
	T3	9 (12,4)	50 (74,6)	6 (4,6)	2 (3,0)	67 (100)	
	T4a	0	1 (100)	0	0	1 (100)	
Giai đoạn N	N-	15 (62,5)	7 (29,2)	2 (8,3)	0	24 (100)	0,001
	N+	17 (21,8)	53 (67,9)	5 (6,4)	3 (3,8)	78 (100)	
Giai đoạn TNM	II	20 (58,8)	12 (35,3)	2 (5,9)	0	34 (100)	0,004
	III	11 (17,2)	45 (70,3)	5 (7,8)	3 (4,7)	64 (100)	
	IVA	1 (25,0)	3 (75,0)	0	0	4 (100)	

Tỷ lệ đáp ứng cao hơn với u ở giai đoạn sớm, chưa di căn hạch vùng (p < 0,05).

Bảng 7. Liên quan đáp ứng điều trị với giai đoạn bệnh

Đặc điểm hóa xạ trị	Đáp ứng	Đáp ứng toàn bộ NB (%)	Không đáp ứng NB (%)	Tổng NB (%)	Giá trị p
Liều hóa chất	85-100% liều	88 (91,7)	8 (8,3)	96 (100)	0,105
	<85% liều	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	
Liều xạ trị	50,4 Gy	68 (88,3)	9 (11,7)	77 (100)	0,444
	59,4-64,8 Gy	24 (96,0)	1 (4,0)	25 (100)	
Gián đoạn xạ trị	<7 ngày	43 (93,5)	3 (6,5)	46 (100)	0,505
	≥7 ngày	49 (87,5)	7 (12,5)	56 (100)	

Tỷ lệ đáp ứng có xu hướng cao hơn ở nhóm sử dụng liều hóa chất ≥85%, liều xạ 59,4 - 64,8 Gy và gián đoạn xạ trị <7 ngày (p > 0,05).

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn trên huyết học, sinh hóa

Tác dụng không mong muốn	Độ 1 NB (%)	Độ 2 NB (%)	Độ 3 NB (%)	Độ 4 NB (%)
Giảm hồng cầu	39(38,2)	2(2,0)	3(2,9)	0
Giảm bạch cầu	29(28,4)	3 (2,9)	0	0
Giảm bạch cầu hạt	7(6,9)	3 (2,9)	0	0
Giảm bạch cầu lympho	6(5,9)	26(25,5)	43(42,2)	5(4,9)
Giảm tiểu cầu	32(31,4)	5(4,9)	0	0
Tăng AST/ALT	26(25,5)	1(1,0)	0	0
Tăng ure/creatinin	3(2,9)	1(1,0)	0	0

Tác dụng không mong muốn xuất hiện trong quá trình điều trị chủ yếu là độ 1-2. Có 2,9% tác

dụng không mong muốn độ 3 trên dòng hồng cầu. Tỷ lệ giảm bạch cầu lympho độ 3-4 là 47,1%.

Bảng 9. Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học

Tác dụng không mong muốn	Độ 1 NB (%)	Độ 2 NB (%)	Độ 3 NB (%)	Độ 4 NB (%)
Buồn nôn/nôn	20 (19,6)	3 (2,9)	0	0
Tiêu chảy	9 (8,8)	0	0	0
Thần kinh ngoại vi	7 (6,9)	1 (1,0)	0	0
Viêm niêm mạc miệng	24 (23,5)	3 (2,9)	0	0
Hội chứng bàn tay, bàn chân	6 (5,9)	0	0	0

Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học chỉ gặp ở độ 1-2.

Bảng 10. Biến chứng sớm do xạ trị

Biến chứng sớm	Độ 1 NB (%)	Độ 2 NB (%)
Viêm thực quản	42 (41,2)	11 (10,8)
Viêm da	42 (41,2)	7 (6,9)

Viêm phổi	12 (11,8)	1 (1,0)
Rò thực quản	1 (1,0)	0

Biến chứng sớm do xạ trị chỉ gặp ở độ 1-2. Trong đó có 1 NB có biến chứng rò thực quản, chiếm 1,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của người bệnh là $61,7 \pm 7,9$, phù hợp với đặc điểm dịch tễ ung thư thực quản thường gặp ở lứa tuổi trên 60. Nam giới chiếm đa số (98%), điều này tương tự số liệu Globocan 2022 và các nghiên cứu trong nước, phản ánh mối liên quan với thói quen hút thuốc và uống rượu [1]. Vị trí u chủ yếu ở 1/3 giữa thực quản (44,2%), đây là vị trí hay gặp nhất theo báo cáo của nhiều tác giả châu Á như Nguyễn Quang Hưng (52,9%), Ruino Jia (41,3-58,8%) [5], [6]. Hơn 65% người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn III, cho thấy thực trạng phát hiện bệnh muộn tại Việt Nam. Các đặc điểm này cho thấy tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế về ung thư thực quản tế bào vảy.

4.2. Kết quả điều trị. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 90,2%, trong đó đáp ứng hoàn toàn và một phần lần lượt là 31,4% và 58,8%. Kết quả cho thấy phác đồ CAPOX có hiệu quả khả quan trong điều trị triệt căn cho nhóm người bệnh này. Nghiên cứu của Jia và cộng sự (2024) trên 246 NB UTTQ tế bào vảy giai đoạn tiến triển tại Trung Quốc, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nhóm dùng phác đồ CAPOX đạt 37,6% [6]. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

So sánh thử nghiệm PRODIGE5/ACCORD17 đánh giá về hiệu quả của phác đồ FOLFOX trong hóa xạ trị đồng thời UTTQ giai đoạn khu trú cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung theo tiêu chuẩn RECIST là 67%, trong đó 44% là đáp ứng hoàn toàn [7]. Tại Việt Nam, Nguyễn Quang Hưng (2022) so sánh hiệu quả phác đồ FOLFOX với CF cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung ở nhóm FOLFOX đạt 94,2% (47,1% đáp ứng hoàn toàn) và ở nhóm CF đạt 92,2% (45,1% đáp ứng hoàn toàn) [5]. Phan Hữu Kiệm (2021) cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng chung với FOLFOX là 74,2%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 45,2%. Như vậy, phác đồ CAPOX cho thấy hiệu quả không thua kém hơn và có thể là lựa chọn thay thế cho các phác đồ như CF hay FOLFOX. Đặc biệt, ưu điểm của CAPOX là sử dụng capecitabine đường uống thuận tiện, giảm nhu cầu nhập viện truyền dịch, góp phần cải thiện tuân thủ điều trị.

Phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ đáp ứng cao hơn ở người bệnh giai đoạn sớm, không có di căn hạch vùng

($p < 0,05$). Ngoài ra, nhóm người bệnh nhận $\geq 85\%$ liều hóa chất và gián đoạn xạ trị < 7 ngày có xu hướng đạt tỷ lệ đáp ứng cao hơn, mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đó và cũng chỉ ra rằng duy trì đủ liều hóa chất và hạn chế gián đoạn xạ trị là yếu tố then chốt đảm bảo hiệu quả điều trị [5], [8].

4.3. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên huyết học, gan và thận chủ yếu ở độ 1-2, trong đó thiếu máu (43,1%), giảm bạch cầu (32,3%), giảm tiểu cầu (36,3%), tăng AST/ALT (26,5%) và tăng ure/creatinin (3,9%). Tác dụng không mong muốn nặng hiếm gặp, chỉ có 2,9% người bệnh giảm hồng cầu độ 3 và đáng chú ý, giảm bạch cầu lympho độ 3-4 chiếm tới 47,1%. Việc giảm bạch cầu lympho như vậy có thể liên quan đến tác động của xạ trị lên hệ miễn dịch cũng như tác động gây ức chế tủy xương của Oxaliplatin và sự ức chế tổng hợp DNA của Capecitabine gây giảm tăng sinh bạch cầu lympho. Giảm bạch cầu lympho độ 3-4 ít ảnh hưởng đến việc gián đoạn điều trị, tuy nhiên có thể ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng kém hơn [9].

Trong nghiên cứu của Ruino Jia ở nhóm điều trị với phác đồ XELOX cho thấy tỷ lệ tác dụng không mong muốn độ 1-2 trên dòng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu lần lượt là 12,9%; 64,7%; 14,1%. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn độ 3-4 lần lượt là 1,2%; 7,1%; 4,7% [6].

Các tác dụng không mong muốn ngoài huyết học chủ yếu gặp trên đường tiêu hóa (buồn nôn/nôn: 22,5%; tiêu chảy: 8,8%), thần kinh ngoại vi (6,9%). Điều này phù hợp với hồ sơ của oxaliplatin - gây bệnh thần kinh ngoại biên cảm giác phụ thuộc liều tích lũy. Tuy nhiên, thường gặp mức độ nhẹ và kiểm soát được. Viêm niêm mạc miệng (26,4%) và hội chứng bàn tay – bàn chân (5,9%) cũng được ghi nhận, liên quan trực tiếp đến capecitabine, nhưng đều ở mức độ nhẹ và ít ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.

Biến chứng sớm do xạ trị chủ yếu là viêm thực quản (52,0%), viêm da (48,1%), viêm phổi (12,8%), hầu hết ở độ 1-2. Đây là các biến chứng thường gặp khi xạ trị liều $\geq 50,4$ Gy. Đặc biệt, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp rò thực quản (1,0%). Đây là biến chứng hiếm gặp, nhưng có thể đe dọa tính mạng. Nghiên cứu của Ruino Jia gặp tỷ lệ rò thực quản cao hơn với 3,5% [6].

Tuy có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng không mong muốn giữa hai nghiên cứu, nhưng các kết quả này đều cho thấy rằng phác đồ CAPOX có hồ

sơ tác dụng không mong muốn khá an toàn và thường ở mức độ nhẹ và dung nạp được.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời triệt căn với phác đồ CAPOX ung thư thực quản không phẫu thuật tại Bệnh viện K đạt tỉ lệ đáp ứng khá cao. Hiệu quả điều trị rõ rệt hơn ở giai đoạn sớm và khi duy trì đủ liều hóa chất, không gián đoạn xạ trị. Hồ sơ an toàn nhìn chung chấp nhận được, đa số tác dụng không mong muốn ở mức độ nhẹ-trung bình, trong khi biến chứng nặng hiếm gặp. Những kết quả này cho thấy CAPOX là một lựa chọn khả thi, hiệu quả và thuận lợi, góp phần mở rộng thêm bằng chứng cho việc ứng dụng phác đồ này thay thế các phác đồ kinh điển như CF hoặc FOLFOX trong thực hành 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*, (2024) 74 (3), pp. 229-263.
2. Bộ Y tế. "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư thực quản. Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế" (2020), Tr. 265-280.
3. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. "New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1)", *Eur J Cancer*, (2009), 45 (2), pp. 228-47.
4. Freites-Martinez A, Santana N, Arias-Santiago S, et al. (2021), "Using the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE - Version 5.0) to Evaluate the Severity of Adverse Events of Anticancer Therapies", *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*, 112 (1), pp. 90-92.
5. Nguyễn Quang Hưng, Nguyễn Tuyết Mai và cộng sự. "So sánh kết quả lâu dài giữa hóa xạ trị đồng thời phác đồ FOLFOX so với phác đồ CF trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn không mổ được tại Bệnh viện K và Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa", *Tạp chí y học Việt Nam*, (2022) 517, tr. 84-88.
6. Jia R, Shan T, Zheng A, et al. "Capecitabine or Capecitabine Plus Oxaliplatin Versus Fluorouracil Plus Cisplatin in Definitive Concurrent Chemoradiotherapy for Locally Advanced Esophageal Squamous Cell Carcinoma (CRTCOESC): A Multicenter, Randomized, Open-Label, Phase 3 Trial", *J Clin Oncol*, (2024), 42 (20), pp. 2436-2445.
7. Conroy T, Galais MP, Raoul JL, et al. (2014), "Definitive chemoradiotherapy with FOLFOX versus fluorouracil and cisplatin in patients with oesophageal cancer (PRODIGE5/ACCORD17): final results of a randomised, phase 2/3 trial", *Lancet Oncol*, 15 (3), pp. 305-14.
8. Phan Hữu Kiêm. "Nhận xét đáp ứng bước đầu của phác đồ FOLFOX6 kết hợp đồng thời xạ trị ung thư thực quản tại Bệnh viện K", *Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*, (2021).
9. Xu H, Lin M, Hu Y, et al. "Lymphopenia During Definitive Chemoradiotherapy in Esophageal Squamous Cell Carcinoma: Association with Dosimetric Parameters and Patient Outcomes", *The Oncologist*, (2020), 26 (3), pp. e425-e434.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN NÃO ĐỒ VÀ KIỂU GEN CỦA BỆNH ĐỘNG KINH Ở TRẺ DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Phạm Hoàng Long¹, Trần Thị Kim Vân²,
Nguyễn Thụy Minh Thu³, Nguyễn Lê Trung Hiếu³

TÓM TẮT

Giới thiệu: Động kinh ở trẻ dưới 6 tuổi có nhiều hội chứng điện-lâm sàng đặc trưng và liên quan mật thiết đến các đột biến gen. Tại Việt Nam, việc phân tích gen trong chẩn đoán động kinh đang ngày càng phổ biến. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện não đồ và kiểu gen ở trẻ dưới 6 tuổi mắc động kinh điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 130 bệnh nhi từ

01/2021–10/2023. Tất cả đều được xét nghiệm di truyền bằng giải trình tự gen thế hệ mới trên bộ 220 hoặc 4503 gen. **Kết quả:** Phát hiện 53/130 (40,8%) trẻ có động kinh do đột biến gen, chủ yếu là SCN1A (32,1%) và PRRT2 (11,3%). Kiểu cơn động kinh phổ biến là co cứng-co giật toàn thể. Đa số trẻ khởi phát bệnh trong năm đầu đời (84,3%) và có biểu hiện phát triển bất thường. Hoạt động điện não bất thường ghi nhận ở 78,7%. Một số biến thể chưa từng được báo cáo trên cơ sở dữ liệu Clinvar. **Kết luận:** Giải trình tự gen thế hệ mới cho hiệu quả chẩn đoán di truyền cao trong nhóm trẻ động kinh dưới 6 tuổi. Phát hiện gen gây bệnh góp phần định hướng chẩn đoán hội chứng, điều trị và tiên lượng.

Từ khóa: động kinh trẻ em, gen SCN1A, PRRT2, giải trình tự gen, hội chứng động kinh, điện não đồ.

SUMMARY

CLINICAL, ELECTROENCEPHALOGRAPHIC, AND GENETIC CHARACTERISTICS OF

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Viện Di truyền Y học

³Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Trung Hiếu

Email: nguyennletrunghieuo@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025