

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRI ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 GIỮA – DƯỚI BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Thị Hồng Vân, Vũ Hồng Thăng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới được hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K giai đoạn 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 52 ca bệnh ung thư thực quản giai đoạn Ib-III được điều trị hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX từ 2022-2024, được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và liên quan đáp ứng bệnh với một số yếu tố. **Kết quả:** Tuổi trung bình $65,6 \pm 6,7$ gặp phần lớn ở nam giới 51/52 bệnh nhân (98,1%). Tỷ lệ u gặp nhiều hơn ở 1/3 giữa thực quản (67,3%), hình thái đại thể hay gặp là thể sùi (53,8%) và mô bệnh học 51/52 (98,1%) bệnh nhân SCC, u T3 chiếm 67,3%, 71,2% đã di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán. Có 94,3% bệnh nhân hoàn thành đủ phác đồ điều trị, có 2 bệnh nhân dừng lại do độc tính và 1 bệnh nhân do tiến triển. Đáp ứng điều trị: 28,8% đáp ứng hoàn toàn, 50% đáp ứng một phần. Thời gian theo dõi trung bình 22,7 tháng, OS 12 tháng đạt 61,5%, PFS $19,6 \pm 1,64$ (CI 95% 16,4 -22,8). Độc tính hay gặp do xạ hoặc hoá chất chủ yếu độ 1, 2; chỉ có 1 trường hợp thiếu máu độ 3, 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ 3 và 1 bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ 4. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng khả quan tổng trên 70%, có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn hay không hoàn toàn liên quan đến giai đoạn bệnh.

Từ khóa: ung thư thực quản, hoá xạ trị triệt căn, XELOX.

SUMMARY

OUTCOMES OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH XELOX REGIMEN IN MIDDLE - LOWER ESOPHAGEAL CANCER: CLINICAL OUTCOME FROM K HOSPITAL

Objective: The aims of our study were to investigate response rate and related factors of definitive concurrent chemoradiotherapy treatment with XELOX regimen. **Patients and Methods:** A retrospective analysis was conducted on 52 patients with stage Ib-III esophageal cancer treated with XELOX-based concurrent chemoradiotherapy between 2022 and 2024. Treatment response was assessed according to RECIST version 1.1. Tumor response rate, other related factors were determined. **Results:** Mean age $65,6 \pm 6,9$; common in male (98.1%). Tumors in the middle third of the esophagus (67.3%),

with exophytic morphology 53.8%. Squamous cell carcinoma 98.1% cases. T3 stage 67.3%, and lymph node metastases 71.2% at diagnosis. Schedule completed rate was 94.3%. Treatment was discontinued in two patients due to toxicity and in one due to disease progression. The complete response rate 28.8%, and partial response rate 50%. The median follow-up duration was 22.7 months. The 12-month overall survival rate was 61.5%. Median progression-free survival was $19,6 \pm 1.64$ months (95% CI: 16,4-22,8). Adverse events were primarily grade 1-2. One case of grade 3 anemia, one case of grade 3 thrombocytopenia, and one case of grade 4 neutropenia were observed. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy with XELOX regimen demonstrated a high overall response rate exceeding 70%, with treatment response significantly associated with disease stage. **Keywords:** Esophageal cancer, definitive chemoradiotherapy, XELOX.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị UTTQ là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa chất và xạ trị. Lựa chọn phương thức điều trị phù hợp phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh, vị trí u và thể trạng của người bệnh. Trong quá trình đến khám và điều trị, có những bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn có khả năng điều trị triệt căn và cho tiên lượng sống thêm rất khả quan. Phẫu thuật hiện nay vẫn được xem như là lựa chọn hàng đầu trên những bệnh nhân phù hợp. Tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng đủ điều kiện cho một cuộc phẫu thuật lớn như phẫu thuật ung thư thực quản, như toàn trạng kém, dự trữ phổi kém, xơ gan hay mắc các bệnh lý tim mạch nặng nề đi kèm. Hơn nữa những lo lắng về biến chứng chu phẫu là rất đáng kể, như rò rỉ miệng nối, chấn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, viêm phổi, thậm chí nhồi máu cơ tim (1). Sau phẫu thuật một số bệnh nhân tiếp tục rối loạn chức năng tiêu hóa bao gồm khó nuốt do hẹp, chậm làm rỗng dạ dày, trào ngược hay hội chứng Dumping sau cắt dạ dày (2). Điều trị hóa xạ trị triệt căn được xem như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong những trường hợp này và lợi ích cũng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, đặc biệt đối với các ung thư thực quản có mô bệnh học là SCC. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng dCRT cho kết quả đáp ứng bệnh học hoàn toàn ở 20-25% bệnh nhân hoặc cho thời gian sống thêm dài hạn so sánh được với điều trị phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo (3). Với ung thư thực quản cổ hóa xạ trị triệt căn là phương pháp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Vân

Email: vandotroi@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

điều trị điều trị tiêu chuẩn (6).

Do tính hiệu quả và an toàn của phối hợp Paclitaxel và Carboplatin trong phác đồ hóa xạ tiền phẫu như báo cáo trong thử nghiệm CROSS, NCCN cũng khuyến nghị phác đồ này như một lựa chọn ưu tiên cho hóa xạ trị triệt căn. Phác đồ FOLFOX cũng đã được chứng minh mang lại hiệu quả. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên pha III (PRODIGE5/ACCORD17), FOLFOX không cho thấy lợi ích về PFS so với fluorouracil kết hợp với cisplatin nhưng nó ít gây ra tác dụng phụ liên quan đến điều trị (4). Các loại hoá chất đường uống như Capecitabin khi thay thế cho 5 FU truyền trong điều trị giúp giảm thời gian bệnh nhân nằm nội trú, đặc biệt thuận lợi trong các trường hợp dịch bệnh, như trong đại dịch Covid 19. Việc sử dụng capecitabin thay cho thuốc truyền fluorouracil trong phác đồ FOLFOX cũng được chấp nhận theo hướng dẫn của NCCN.

Tại bệnh viện K, phác đồ XELOX trong hóa xạ triệt căn ung thư thực quản mới được triển khai gần đây. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phác đồ này cho bệnh nhân ung thư thực quản. Với mong muốn cải thiện thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và không ngừng cải thiện kết quả trong điều trị ung thư thực quản chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới được hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại Bệnh viện K giai đoạn 2022-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư thực quản giữa-dưới giai đoạn T1-4aN0-2M0 được điều trị hóa xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K từ 2022-2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô thực quản (biểu mô vảy và tuyến) vị trí 1/3 giữa và dưới trên sinh thiết mô bệnh học
- Giai đoạn bệnh T1-3N0-2M0 theo UICC/AJCC bản thứ 8

- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1

- Được hóa xạ triệt căn bằng phác đồ XELOX

- Có đầy đủ bệnh án điều trị

- Tuân thủ theo dõi điều trị theo hướng dẫn

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã từng xạ trị vùng cổ, ngực, bụng trước đó
- Mặc ung thư thứ hai trong 5 năm gần đây
- Đã điều trị phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa chất ung thư thực quản trước đó

- Mặc các bệnh mạn tính nặng có nguy cơ tử vong gần

- Nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu. Thông tin thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án lưu trữ tại kho hồ sơ phòng kế hoạch tổng hợp của địa điểm nghiên cứu. Thu thập số liệu và thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 vào thời điểm sau khi kết thúc điều trị 4-6 tuần dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính và nội soi thực quản dạ dày.

2.3. Xử lý số liệu: Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: dùng phần mềm SPSS 20.0

Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Thống kê mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các tỷ lệ: Test Fisher's Exact ($p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ giới trong UTTQ

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	51	98,1
Nữ	1	1,9

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi trong UTTQ

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
50-59	12	23,1
60-69	24	46,2
≥70	16	30,8

Độ tuổi trung bình: $65,6 \pm 6,6$

Về đặc điểm phân bố triệu chứng, tỷ lệ nuốt nghẹn tới 75%, trong đó 63,5% nuốt nghẹn độ 1; 28% bệnh nhân gây sút cân.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nuốt nghẹn	Độ 1	33	63,5
	Độ 2	6	11,5
	Độ 3-4	0	0
MTDD		13	25
	Độ 1	9	27,3
	Độ 2	4	66,7
Sút cân	Không sút cân	37	71,2
	<5kg	13	25
	>5kg	3	3,8
Nuốt đau	Có	16	30,8
	Không	36	69,2

Về đặc điểm u và giai đoạn bệnh, vị trí 1/3 giữa chiếm phần lớn 67,3%, và thể sùi là hình thái chủ yếu. Chỉ có 1 bệnh nhân có mô bệnh học AC (1,9%), còn lại SCC. Trong nghiên cứu, giai đoạn III chiếm đa số (55,7%), tiếp theo giai đoạn II (36,6%) và có 4 bệnh nhân giai đoạn I (7,7%).

3.2. Kết quả đáp ứng điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ hoàn thành liệu trình điều trị

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
----------------	--------------	---------

Đủ liệu trình		49	94,3
Không đủ liệu trình	Độc tính điều trị	2	3,8
	Bệnh tiến triển	1	1,9

Nhận xét: Tỷ lệ hoàn thành đủ liệu trình điều trị (xạ trị + 03 chu kỳ hoá chất XELOX) là 94,3%.

- Đánh giá tỷ lệ đáp ứng

Bảng 5. Đáp ứng cơ năng (nuốt nghẹn)

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không đáp ứng	4	7,7
Một phần	36	69,2
Hoàn toàn	9	17,3
Tiến triển	3	5,8

Nhận xét: Tỷ lệ hết nuốt nghẹn hoàn toàn chiếm 17,3%; đáp ứng cơ năng một phần chiếm 69,2%; có 4 bệnh nhân (7,7%) không đáp ứng trên lâm sàng vào 03 bệnh nhân tiến triển (5,8%) khi điều trị.

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không đáp ứng	6	11,6
Một phần	26	50
Hoàn toàn	15	28,8
Bệnh tiến triển	5	9,6

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn chiếm 28,8%, tiếp theo là đáp ứng một phần 50%, tỷ lệ không đáp ứng và tiến triển lần lượt là 11,6% và 9,6%.

- Liên quan đến tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và giai đoạn bệnh

Bảng 6. Liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn bệnh

	ĐUHT (n, %)	ĐUKHT (n, %)	Tổng	P=0,012
GĐ I	3 (75%)	1 (25%)	4	
GĐ II	8 (42,1%)	11 (57,9%)	19	
GĐ III	4 (13,8%)	25 (86,2%)	29	
Tổng	15 (28,8%)	37 (71,2%)	52	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn khác nhau giữa các giai đoạn bệnh, giai đoạn I chiếm 75%, đến giai đoạn II chiếm 42,1%, giai đoạn III chỉ còn 14,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,012.

- Thời gian sống thêm toàn bộ chưa đạt được, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) $19,6 \pm 1,64$ (CI 95% 16,4 - 22,8).

Bảng 7. Thời gian sống thêm không bệnh theo giai đoạn

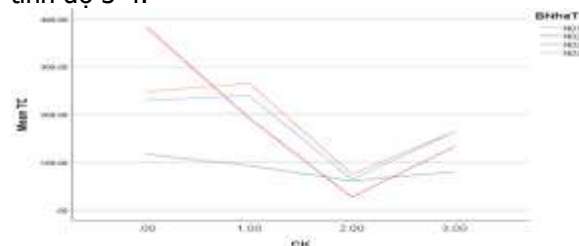
PFS	Giai đoạn	Tháng
I		$25,2 \pm 0,2$
II		$22,9 \pm 2,4$
III		$17,3 \pm 2,1$

Nhận xét: PFS giai đoạn II và giai đoạn III

lần lượt là 22,9 tháng và 17,3 tháng.

3.3. Tác dụng không mong muốn. Độc tính huyết học chiếm chủ yếu, có 2 bệnh nhân dừng điều trị do độc tính hạ tiểu cầu. Tăng men gan có 4 bệnh nhân, tất cả ở độ 1-2, và 1 bệnh nhân suy thận độ 1.

Liên quan đến xạ trị, viêm da có 7 bệnh nhân (13,5%); viêm phổi, thực quản lần lượt 4 và 6 bệnh nhân (7,7% và 11,5%); không có độc tính độ 3-4.



Biểu đồ 1. TDKMM hạ tiểu cầu trên 4 bệnh nhân điều trị

IV. BÀN LUẬN

- **Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và đáp ứng lâm sàng.** Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 65 tuổi, trong đó tất cả đều trên 50 tuổi, điều này phù hợp với các nghiên cứu về ung thư thực quản. 98,1% bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam giới, tương đồng với đặc điểm trong nhóm bệnh nhân hoá xạ đồng thời ung thư thực quản bằng phác đồ Folfox của tác giả Vũ Văn Thạch (5). Phần lớn bệnh nhân có tiền sử lạm dụng rượu và thuốc lá, trong đó cả hai chiếm 36,5%.

Nuốt nghẹn thường là triệu chứng đưa bệnh nhân đi khám bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nuốt nghẹn lên tới 75%, tất cả ở độ 1 và độ 2, phù hợp với đặc điểm lựa chọn bệnh nhân có khả năng uống hoá chất Capecitabin. Do đó, tỷ lệ đáp ứng cơ năng rất khả quan, chỉ có 4 trường hợp không đáp ứng (7,7%) và 3 trường hợp nuốt nghẹn tiến triển (5,8%).

- **Về đáp ứng điều trị.** Thời gian theo dõi trung bình 22,7 tháng, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển 19,6 tháng. Kết quả này kém hơn so với một nghiên cứu pha III, nhãn mở tại Trung Quốc (6). Trong nghiên cứu này, 249 bệnh nhân với thể giải phẫu bệnh SCC (T2-4N0-2) được phân ngẫu nhiên vào 3 nhóm là nhóm X(Capecitabin 625mg/m², 2 lần/ ngày từ ngày 1-5 trong 6 tuần), nhóm XELOX (Oxaliplatin 65mg/m² vào ngày 1,8, 22, 29 kết hợp với Capecitabin 625mg/m², 2 lần/ ngày từ ngày 1-5 trong 6 tuần) hoặc CF (Cisplatin 75mg/m² ngày 1 và 29, 5FU 750mg/m² truyền liên tục trong 96h, ngày 1-4 và 29-32), xạ trị đồng thời bằng

kỹ thuật IMRT, liều xạ 50Gy/25Fx. Nhánh bệnh nhân được hoá xạ đồng thời triệt căn với phác đồ XELOX (85 bệnh nhân) đạt được OS và PFS trung bình lần lượt là 53,3 và 39,5 tháng, điểm cuối chính OS 2 năm đạt 66,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng chung theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 chiếm 78,8% (28,8% đáp ứng hoàn toàn và 50% đáp ứng một phần), so sánh được với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Thạch (5) đạt đáp ứng chung 75,6% và đáp ứng hoàn toàn 22,6%. Trong nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc, nhánh hoá xạ đồng thời với phác đồ XELOX, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 37,6%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu trên phác đồ FOLFOX của tác giả Vũ Văn Thạch. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng liên quan giai đoạn bệnh ($p=0,012$), giai đoạn càng sớm, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ càng cao.

- Về dung nạp điều trị. Tỷ lệ hoàn thành liệu trình điều trị là 94,3%. Có 3 trường hợp bệnh nhân không hoàn thành đủ phác đồ, trong đó có 1 bệnh nhân dừng điều trị sau 2 chu kỳ Xelox do tăng men gan độ 1, hạ tiểu cầu độ 2 trên một bệnh nhân có nhiều bệnh nền đái tháo đường, xơ gan rượu và tai biến mạch máu não. Một trường hợp không thể tiếp tục hoá chất Oxaliplatin ngày 29, trong khi vẫn duy trì Capecitabin do hạ tiểu cầu độ 3. Một bệnh nhân tiến triển sau điều trị XELOX 2 chu kỳ, và có hạ tiểu cầu độ 2.

Về tác dụng không mong muốn, chủ yếu là độc tính ở độ 1-2. Độc tính huyết học độ 3-4 có 3 trường hợp, trong đó tác dụng phụ gây hạ tiểu cầu là đáng chú ý nhất. Theo như biểu đồ đã trình bày ở trên, tiểu cầu hạ thấp nhất sau chu kỳ thứ 2, trong đó có 3 trường hợp không thể tiếp tục phác đồ, chỉ có 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ 1 hoàn thành phác đồ điều trị, và tiểu cầu hồi phục sau chu kỳ hoá chất thứ 3. Có một bệnh nhân thiếu máu độ 3, và hạ bạch cầu độ 4, nhưng vẫn tiếp tục và hoàn thành phác đồ điều trị. Liên quan đến độc tính lên chức năng gan, thận tất cả ở độ 1-2. Về xạ trị, có 7 bệnh nhân viêm da, viêm phổi và thực quản lần lượt 4 và 6 bệnh nhân, không có độc tính độ 3-4. So sánh với tỷ lệ dung nạp điều trị đối với phác đồ XELOX của các tác giả Trung Quốc(6) đã đạt được 100% liệu điều trị trên tất cả các bệnh nhân, trong đó 31 bệnh nhân (36,5%) có tác dụng phụ không mong muốn từ độ 3 trở nên, trong đó có 6 bệnh nhân hạ bạch cầu và 4 bệnh nhân hạ tiểu cầu. Không có bệnh nhân nào tử vong do các tác dụng phụ này.

- Về đánh giá đáp ứng điều trị. Bệnh

nhân được đánh giá sau kết thúc điều trị từ 4-6 tuần bằng cắt lớp vi tính và nội soi dạ dày thực quản. Những bệnh nhân không còn tồn dư u trên hình ảnh, nội soi và sinh thiết mô bệnh học đạt đáp ứng hoàn toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện sinh thiết lại tổn thương sau điều trị, tương tự với phương pháp đánh giá của nhóm tác giả Trung Quốc(6), điều này khác với thực hành hiện tại trên thế giới và có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu. Hơn nữa, PET-CT và siêu âm nội soi (EUS) hiện tại được dùng để đánh giá có độ nhạy cao hơn so với CT(7), các giá trị chung tối đa cho độ nhạy và độ đặc hiệu là 54% với CT, 86% với EUS và 85% với PET-CT.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Xelox kết hợp xạ trị trong điều trị triệt căn ung thư thực quản cho kết quả đáp ứng khả quan và mối liên hệ giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn bệnh.

Dung nạp với phác đồ tốt, phần lớn hoàn thành đủ phác đồ điều trị. Độc tính chủ yếu ở mức độ 1-2. Do đó XELOX có thể là một lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân có khả năng nuốt và thuận lợi trong điều trị do thời gian truyền ngắn, giảm thời gian nằm nội trú. Đặc biệt mang lại lợi ích trong các giai đoạn dịch bệnh như thời kỳ Covid, giảm thiểu được số lượng bệnh nhân nội trú.

Tuy nhiên cần có những nghiên cứu lớn hơn với số lượng bệnh nhân đủ nhiều để khẳng định hiệu quả phác đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seely AJE, Ivanovic J, Threder J, Al-Hussaini A, Al-Shehab D, Ramsay T, và c.s. Systematic Classification of Morbidity and Mortality After Thoracic Surgery. *Ann Thorac Surg.* 1 Tháng Chín 2010;90(3):936-42.
2. Bailey SH, Bull DA, Harpole DH, Rentz JJ, Neumayer LA, Pappas TN, và c.s. Outcomes after esophagectomy: a ten-year prospective cohort. *Ann Thorac Surg.* 1 Tháng Giêng 2003;75(1):217-22.
3. Wang SX, Marshall MB. Chemoradiation Therapy as Definitive Treatment of Esophageal Cancer. *Surg Clin North Am.* Tháng Sáu 2021;101(3):443-51.
4. Conroy T, Galais MP, Raoul JL, Bouché O, Gourgou-Bourgade S, Douillard JY, và c.s. 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.* 1 Tháng Ba 2014;15(3):305-14.
5. Vũ Văn Thạch. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư thực quản giai đoạn II-IVa bằng phác đồ FOLFOX tại bệnh viện ung bướu Hà Nội.
6. Jia R, Shan T, Zheng A, Zhang Y, Lu P,

Zhang G, và c.s. 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. 6 Tháng Năm 2024;JCO.23.02009.

7. Westerterp M, van Westreenen HL, Reitsma JB, Hoekstra OS, Stoker J, Fockens P, và c.s. Esophageal cancer: CT, endoscopic US, and FDG PET for assessment of response to neoadjuvant therapy--systematic review. Radiology. Tháng Chín 2005;236(3):841–51.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Văn Tiệp¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa được sử dụng tại nhiều bệnh viện và đã cho kết quả tốt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không được xử trí trước phẫu thuật chiếm 56,1%, có 3% bệnh nhân bỏ thuốc nam. Độ nghiêng của chỏm xo với trục xương cánh tay từ 30° đến 60° chiếm tỷ lệ 71,9%, dưới 30° hoặc trên 60° chiếm tỷ lệ 28,1%. Bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%. Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%. Tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm. Điểm đánh giá mức độ đau trung bình $29,8 \pm 2,5$, điểm trung bình phục hồi chức năng chi gãy $26,3 \pm 2,2$. Điểm trung bình phục hồi biên độ vận động khớp vai và phục hồi giải phẫu khớp vai $22,3 \pm 2,5$ và $8,6 \pm 0,7$. Kết quả tốt chiếm 52,6%, kết quả khá có 45,6%, kết quả trung bình 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. **Kết luận:** phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa là phương pháp thông dụng và đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp khóa xương cánh tay.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF LOCKING PLATE FIXTATION IN THE TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL HUMERAL FRACTURES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Background: Proximal humeral fractures are the most common type of humeral fractures. Surgical fixation with locking plate has been widely applied in many hospitals with good outcomes. **Objective:** To evaluate the results of surgical fixation using locking plate in the treatment of proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 57 patients who underwent surgical fixation with locking plate for proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital from January 2020 to March 2025. **Results:** Male patients accounted for 31.6%, and female patients accounted for 68.4%. The mean age was 55.4 ± 17.0 years, with patients aged 40–60 making up 45.6%. Farmers accounted for 26.3%, and traffic accidents and daily activity injuries were the leading causes, at 50.9% and 45.6% respectively. Osteoporosis was present in 56.1% of patients. According to Neer's classification, type III fractures accounted for 35.1%. Preoperative radiographs showed that fractures with displacement between 30° – 60° accounted for 71.9%, and $>60^\circ$ for 28.1%. Postoperative anatomical reduction was achieved in 87.7% of patients. The overall rate of good and excellent outcomes was 84.2%, while 15.8% had fair or poor results. The mean VAS pain score was 2.5 ± 2.2 . The mean Constant-Murley score for shoulder joint function was 29.8 ± 2.5 , with pain 22.3 ± 2.5 , activities of daily living 8.6 ± 0.7 . Excellent outcomes were achieved in 52.6% of patients, good in 45.6%, fair in 1.8%, and no patients had poor results. **Conclusion:** Surgical fixation of proximal humeral fractures with a locking plate is an appropriate treatment method that provides high effectiveness.

Keywords: Proximal humeral fracture, locking plate fixation, humerus fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm 4-5% trong tất cả các loại gãy xương là vị trí gãy hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, biểu hiện

¹Trung tâm Y tế Định Hóa

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Tiệp

Email: luongtiepbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025