

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Thị Nhi¹, Nguyễn Việt Long², Nguyễn Thị Thu Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ XELOX bước một trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, theo dõi dọc trên 38 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn IV. Bệnh nhân được điều trị XELOX gồm Oxaliplatin 130 mg/m² ngày 1 và Capecitabine 1000 mg/m², 2 lần/ngày từ ngày 1–14, chu kỳ 21 ngày, tối đa 8 chu kỳ. Độc tính được đánh giá theo CTCAE v5.0 và đáp ứng sau mỗi 3 chu kỳ theo RECIST 1.1.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng đạt 52,6%, gồm 7,9% đáp ứng hoàn toàn và 44,7% đáp ứng một phần; 15,8% bệnh giữ nguyên và 31,6% bệnh tiến triển. Sau điều trị, triệu chứng lâm sàng và chỉ số toàn trạng cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm dùng liều chuẩn cao hơn nhóm dưới liều chuẩn (72,2% so với 40,0%; $p < 0,05$).

Kết luận: Phác đồ XELOX là lựa chọn điều trị bước một hiệu quả cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV, giúp cải thiện triệu chứng, chỉ số toàn trạng. Duy trì liều chuẩn giúp nâng cao hiệu quả đáp ứng. Phác đồ có tính an toàn và dung nạp tốt trong thực hành.

Từ khóa: Ung thư dạ dày giai đoạn muộn, XELOX, đáp ứng điều trị hóa chất ung thư dạ dày.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF FIRST-LINE XELOX CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH STAGE IV GASTRIC CANCER AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment response and toxicity of first-line XELOX chemotherapy in patients with stage IV gastric cancer at 108 Military Central Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study combining retrospective and prospective data collection with longitudinal follow-up was conducted in 38 patients with stage IV gastric adenocarcinoma. Patients received the XELOX regimen consisting of oxaliplatin 130 mg/m² on day 1 and capecitabine 1000 mg/m² twice daily on days 1–14, repeated every 21 days for a maximum of 8 cycles. Adverse events were assessed according

to the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 5.0, and tumor response was evaluated after every 3 cycles according to RECIST version 1.1.

Results: The overall response rate was 52.6%, including 7.9% complete response and 44.7% partial response; 15.8% of patients had stable disease and 31.6% had progressive disease. Following treatment, clinical symptoms and performance status improved significantly ($p < 0.05$). The response rate was significantly higher in patients receiving the standard dose than in those receiving a reduced dose (72.2% vs. 40.0%; $p < 0.05$).

Conclusion: The XELOX regimen is an effective first-line treatment option for patients with stage IV gastric cancer, providing improvement in clinical symptoms and performance status. Maintaining the standard dose may enhance treatment response. Overall, the regimen demonstrated an acceptable safety profile and good tolerability in clinical practice.

Keywords: Advanced gastric cancer, XELOX, chemotherapy response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hóa trên thế giới. Theo Globocan 2022, toàn cầu ghi nhận khoảng 1,5 triệu ca mắc mới và hơn 660.000 trường hợp tử vong do UTDD. Tại Việt Nam, năm 2022 có 16.277 ca mắc mới và 13.328 ca tử vong, đứng thứ năm về tỷ lệ mắc và thứ ba về tỷ lệ tử vong trong các loại ung thư [1].

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, khoảng 3/4 bệnh nhân UTDD tại Việt Nam vẫn được phát hiện ở giai đoạn muộn hoặc di căn. Ở giai đoạn này, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ đạo nhằm kiểm soát triệu chứng, kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng cuộc sống. Hóa trị phối hợp Platinum và Fluoropyrimidine hiện là lựa chọn ưu tiên trong điều trị bước một [2]. Trong các phác đồ hiện nay, XELOX (Oxaliplatin và Capecitabine) đã chứng minh hiệu quả với tỷ lệ đáp ứng khách quan khoảng 48,1–52,4%, đồng thời mang lại tính thuận tiện nhờ sử dụng Capecitabine đường uống và độc tính ở mức chấp nhận được. Nhiều nghiên cứu cho thấy phác đồ này giúp cải thiện thời gian sống thêm không tiến triển, sống thêm toàn bộ và chỉ số toàn trạng của người bệnh [3].

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, phác

¹Trường Đại học y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Long

Email: drlong108@gmail.com

Mã bài: N859

Ngày nhận bài: 25/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 22/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

đồ XELOX được áp dụng rộng rãi trong điều trị bước một cho bệnh nhân UTDD giai đoạn IV và bước đầu ghi nhận hiệu quả lâm sàng khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan của phác đồ XELOX trên nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 38 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn IV được điều trị phác đồ XELOX trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2026 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn IV (bao gồm di căn ngay từ đầu hoặc tái phát di căn).

Được điều trị bước một bằng phác đồ XELOX tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2026.

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

Chưa được điều trị hóa chất trước đó kể từ khi phát hiện bệnh hoặc từ khi tiến triển, tái phát di căn.

Được điều trị phác đồ XELOX ít nhất 4 chu kỳ tại khoa Hóa trị - Bệnh viện 108.

Có các tổn thương đích có thể đánh giá được theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

Tình trạng HER2 âm tính hoặc bệnh nhân không đủ điều kiện dùng Trastuzumab vì lý do kinh tế hay sức khỏe.

Chỉ số toàn trạng ECOG từ 0-2.

Chức năng các cơ quan trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất: Bạch cầu trung tính $\geq 1,5$ G/L, tiểu cầu ≥ 100 G/L, Creatinin ≤ 175 μ mol/l, Bilirubin TP ≤ 34 μ mol/l, AST/ALT ≤ 3 lần giới hạn trên (hoặc < 5 lần nếu có di căn gan).

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân mắc bệnh ung thư thứ hai tại thời điểm chẩn đoán.

Bệnh nhân có di căn não.

Bệnh nhân không tuân thủ điều trị hoặc bỏ dở liệu trình không vì lý do chuyên môn.

Mẫn cảm với thuốc Oxaliplatin hoặc Capecitabine.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Thu thập thông tin thông qua hồ sơ bệnh án điều trị và thăm khám trực tiếp ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

So sánh tỷ lệ: Dùng test χ^2 ($p < 0,05$) để kiểm định ý nghĩa thống kê; trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ hơn 5 thì dùng test Fisher exact. Thời gian sống thêm (PFS, OS) được ước lượng bằng phương pháp Kaplan–Meier.

2.3. Tiến hành điều trị

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tiến hành điều trị hóa chất phác đồ XELOX:

Oxaliplatin: 130 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 2 giờ vào ngày 1.

Capecitabine: 1000 mg/m² uống 2 lần/ngày x 14 ngày.

Chu kỳ: 21 ngày.

- Phác đồ được dùng cho tới khi có một trong các yếu tố sau: Bệnh tiến triển; bệnh nhân có độc tính không thể dung nạp được thuốc; hoặc đã điều trị đủ 8 đợt.

- Theo dõi và xử trí: Ghi nhận tác dụng không mong muốn theo tiêu chuẩn CTCAE v5.0; thực hiện giảm liều hoặc ngưng thuốc theo hướng dẫn xử trí tác dụng phụ.

- Đánh giá khả năng dung nạp thuốc sau mỗi chu kỳ hóa chất dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm máu.

- Đánh giá đáp ứng với điều trị được thực hiện sau mỗi 4 chu kỳ và 8 chu kỳ điều trị hoặc khi nghi ngờ bệnh tiến triển. Việc đánh giá dựa trên các chỉ số lâm sàng, chỉ điểm u (CEA) và các xét nghiệm hình ảnh, nội soi.

- Nếu bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được sẽ chuyển sang kế hoạch điều trị bước hai.

III. KẾT QUẢ

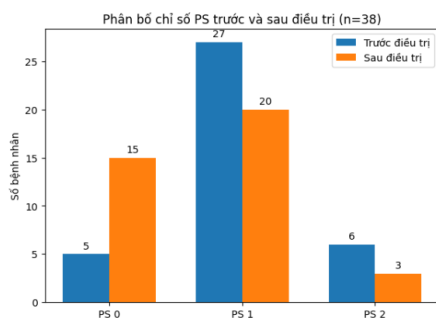
Nghiên cứu gồm 38 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $61,4 \pm 9,0$ tuổi (42–78 tuổi). Nam giới chiếm 74,4%, nữ giới chiếm 25,6%, tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1. Phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt với chỉ số ECOG

PS 0–1, chiếm 84,6% (n=33). Nhóm ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa (bao gồm thể có thành phần tế bào nhẵn) chiếm 34,2%. Tất cả BN trong nghiên cứu điều trị liều từ 85% đến 100%, trong đó 52,6% BN được điều trị bằng 100% liều chuẩn (n=20). Tổng số đợt hóa chất điều trị là 268 đợt, trung bình mỗi bệnh nhân được điều trị 7,06 đợt. Có 5 bệnh nhân điều trị 4 đợt, 9 bệnh nhân điều trị 5–7 đợt và 24 bệnh nhân điều trị đủ 8 đợt.

Bảng 1. Mức độ đáp ứng với điều trị hóa chất

Mức độ đáp ứng		n (%)	Tổng
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	3 (7,9)	52,6%
	Đáp ứng một phần	17 (44,7)	
Không đáp ứng	Bệnh giữ nguyên	6 (15,8)	47,4%
	Bệnh tiến triển	12 (31,6)	
Tổng		38	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 52,6%; trong đó 7,9% bệnh nhân (n = 3) đạt đáp ứng hoàn toàn và 44,7% bệnh nhân (n = 17) đạt đáp ứng một phần. Bệnh giữ nguyên chiếm 15,8% (n = 6) và bệnh tiến triển chiếm 31,6% (n = 12).



Nhận xét: Chỉ số toàn trạng ECOG của bệnh nhân được cải thiện sau điều trị. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân có PS = 0 tăng từ 13,2% (n = 5) trước điều trị lên 39,5% (n = 15) sau điều trị. Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân có PS = 1 giảm từ 71,1% (n = 27) xuống 52,6% (n = 20) và tỷ lệ bệnh nhân có PS = 2 giảm từ 15,8% (n = 6) xuống còn 7,9% (n = 3). Sự thay đổi chỉ số toàn trạng trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biểu đồ 1. Thể trạng chung của người bệnh trước và sau điều trị

Bảng 2. Cải thiện triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

Triệu chứng	Sau ĐT Số BN (%)	Trước ĐT Số BN (%)	p
Đau bụng	28 (73,7)	12 (31,6)	< 0,05
Đầy bụng, khó tiêu	20 (52,6)	8 (21,1)	< 0,05
Nôn, buồn nôn	10 (26,3)	5 (13,2)	< 0,05

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, chiếm 73,7% trường hợp. Đầy bụng, khó tiêu chiếm 52,6% và nôn, buồn nôn chiếm 26,3% bệnh nhân. Các triệu chứng cơ năng khác ít gặp hơn. Sau điều trị, các triệu chứng cơ năng đều có sự cải thiện so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liều điều trị hóa chất

Đáp ứng	Liều = 100% N (%)	Liều < 100% N (%)	OR	p
Có	13 (72,2)	8 (40,0)	3,9	< 0,05
Không	5 (27,8)	12 (60,0)		
Tổng	18 (100)	20 (100)		

Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị đủ 100% liều cao hơn nhóm điều trị dưới 100% liều (72,2% so với 40,0%). Bệnh nhân điều trị đủ liều có khả năng đáp ứng điều trị cao gấp 3,9 lần so với nhóm điều trị dưới liều chuẩn (OR = 3,9). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Độc tính của hóa chất.

Tác dụng không mong muốn	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Độ 4 n (%)	Tổng n (%)
Thiếu máu	13 (34,2)	5 (13,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (47,4)
Giảm bạch cầu	10 (26,3)	4 (10,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	15 (39,5)
Giảm bạch cầu trung tính	8 (21,1)	3 (7,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	12 (31,6)
Giảm tiểu cầu	7 (18,4)	2 (5,3)	3 (7,9)	0 (0,0)	12 (31,6)
Buồn nôn/nôn	10 (26,3)	4 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (36,8)
Tiêu chảy	6 (15,8)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (21,1)
Viêm niêm mạc miệng	4 (10,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,2)
Hội chứng bàn tay-bàn chân	9 (23,7)	4 (10,5)	1 (2,6)	0 (0,0)	14 (36,8)
Độc tính thần kinh ngoại vi	10 (26,3)	7 (18,4)	1 (2,6)	0 (0,0)	18 (47,4)
Tăng AST/ALT	5 (13,2)	2 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (18,4)
Tăng creatinin	3 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,9)
Mệt mỏi	12 (31,6)	4 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (42,1)

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn của phác đồ XELOX chủ yếu ở mức độ 1–2. Các độc tính thường gặp nhất là thiếu máu và độc tính thần kinh ngoại vi (cùng 47,4%), tiếp theo là mệt mỏi (42,1%), giảm bạch cầu (39,5%), buồn nôn/nôn và hội chứng bàn tay-bàn chân (cùng 36,8%). Độc tính độ 3 chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu gặp ở giảm tiểu cầu (7,9%), trong khi không ghi nhận trường hợp độc tính độ 4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng điều trị

Trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn, việc lựa chọn phác đồ hóa trị phối hợp có vai trò quan trọng nhằm tối ưu hóa đáp ứng điều trị và kiểm soát tiến triển của khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 52,6%, trong đó 7,9% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn và 44,7% đạt đáp ứng một phần. Tỷ lệ đáp ứng này tương đồng với nghiên cứu của Trần Mai Phương và cộng sự tại Bệnh viện K (48,1–52,4%) cũng như nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn (48,1%) [2,3]. So với các nghiên cứu quốc tế, kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Ningning Dong (51,2%) và cao hơn thử nghiệm pha III EXELOX của Zhu và cộng sự (37,4–39,0%). Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của Park và cộng sự (63–65%) [4]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm của quần thể nghiên cứu, khi bệnh nhân trong nghiên cứu của Park có độ tuổi trung bình trẻ hơn và tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt cao hơn (khoảng 90% có ECOG PS 0–1) [5]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy phác

đồ XELOX mang lại hiệu quả đáp ứng khả quan và là một lựa chọn điều trị bước một phù hợp ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV.

4.2. Cải thiện thể trạng và triệu chứng lâm sàng

Mục tiêu của hóa trị ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn không chỉ nhằm kiểm soát sự tiến triển của bệnh mà còn cải thiện triệu chứng lâm sàng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số toàn trạng của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt sau điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân có PS = 0 tăng từ 13,2% trước điều trị lên 39,5% sau điều trị, trong khi tỷ lệ bệnh nhân có PS = 2 giảm từ 15,8% xuống còn 7,9%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Mai Phương và cộng sự tại Bệnh viện K, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có PS = 0 tăng từ 13,5% lên 38,5% sau điều trị². Song song với sự cải thiện về chỉ số toàn trạng, các triệu chứng cơ năng cũng giảm rõ rệt. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (73,7%), tiếp theo là đầy bụng, khó tiêu (52,6%); các triệu chứng này đều cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận định của Van Cutsem và

cộng sự, cho thấy hóa trị toàn thân không chỉ giúp kiểm soát bệnh mà còn cải thiện chỉ số toàn trạng và chất lượng cuộc sống của người bệnh so với chăm sóc hỗ trợ đơn thuần [6].

4.3. Mối liên quan giữa liều thuốc và đáp ứng

Việc duy trì cường độ liều là một yếu tố quan trọng nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân được điều trị liều chuẩn (100%) đạt tỷ lệ đáp ứng 72,2%, cao hơn rõ rệt so với nhóm điều trị dưới liều chuẩn (40,0%), với tỷ số chênh (OR) là 3,9. Kết quả này cho thấy bệnh nhân được duy trì liều chuẩn có khả năng đạt đáp ứng điều trị cao hơn so với những bệnh nhân phải giảm liều.

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn thực hiện tại Bệnh viện K, trong đó tỷ lệ đáp ứng ở nhóm điều trị liều chuẩn là 62,5%, cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị liều thấp (35,7%) [3]. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn, việc điều chỉnh liều thường là cần thiết để cân bằng giữa hiệu quả điều trị và độc tính. Do đó, bác sĩ có thể linh hoạt giảm liều (thường duy trì khoảng 85% - 100% cường độ liều kế hoạch) nhằm đảm bảo khả năng dung nạp và an toàn cho người bệnh. Mặc dù vậy, các kết quả từ những nghiên cứu tại Việt Nam đều cho thấy việc duy trì cường độ liều chuẩn, khi tình trạng toàn thân của bệnh nhân cho phép, có liên quan đến tỷ lệ đáp ứng điều trị cao hơn.

4.4. Độc tính và tính an toàn

Về an toàn, các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là thiếu máu và độc tính thần kinh ngoại vi (47,4%), tiếp theo là giảm bạch cầu (39,5%), hội chứng bàn tay-bàn chân và buồn nôn/nôn (36,8%). Phần lớn độc tính ở mức độ 1-2, độc tính độ 3 ít gặp và không ghi nhận độ 4, cho thấy khả năng dung nạp của phác đồ XELOX tương đối tốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhu và cộng sự, trong đó tỷ lệ độc tính độ 3-4 của XELOX thấp hơn EOX (42,2% so với 72,5%) [9].

V. KẾT LUẬN

Phác đồ XELOX là một lựa chọn điều trị bước một hiệu quả cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV, giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng, nâng cao chỉ số toàn trạng và đạt tỷ lệ đáp ứng điều trị khả

quan. Việc duy trì liều điều trị chuẩn góp phần nâng cao hiệu quả đáp ứng. Phác đồ có tính an toàn và dung nạp tốt, phù hợp để áp dụng 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):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Trần Minh Phương, Đỗ Anh Tú. Đánh giá kết quả điều trị bước đầu bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn bằng phác đồ XELOX tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538(1). doi:10.51298/vmj.v538i1.9307
3. Nguyễn Khánh Toàn. *Đánh giá kết quả của phác đồ XELOX trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại Bệnh viện K*. Đại học Y Hà Nội; 2013.
4. Park YH, Lee JL, Ryoo BY, et al. Capecitabine in combination with Oxaliplatin (XELOX) as a first-line therapy for advanced gastric cancer. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2008;61(4):623-629. doi:10.1007/s00280-007-0515-7
5. Park YH, Kim BS, Ryoo BY, Yang SH. A phase II study of capecitabine plus 3-weekly oxaliplatin as first-line therapy for patients with advanced gastric cancer. *Br J Cancer*. 2006;94(7):959-963. doi:10.1038/sj.bjc.6603046
6. Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, et al. Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy for advanced gastric cancer: A report of the V325 Study Group. *J Clin Oncol*. 2006;24(31):4991-4997. doi:10.1200/JCO.2006.06.8429
7. Zhu XD. XELOX doublet regimen versus EOX triplet regimen as first-line treatment for advanced gastric cancer: An open-labeled, multicenter, randomized, prospective phase III trial (EXELOX). *Cancer Commun*. 2022;42:314-326.
8. Jatoi A. Oxaliplatin and capecitabine in patients with metastatic adenocarcinoma of the esophagus, gastroesophageal junction and gastric cardia: a phase II study from the North Central Cancer Treatment Group. *Ann Oncol*. 2006;17:29-34.
9. Lee GJ. A Randomized Phase III Study of Patients With Advanced Gastric Adenocarcinoma Without Progression After Six Cycles of XELOX (Capecitabine Plus Oxaliplatin) Followed by Capecitabine Maintenance or Clinical Observation. *J Gastric Cancer*. 2023;23:315.