

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III BẰNG PHÁC ĐỒ mFOLFOX6 TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH

Nguyễn Minh Cảnh¹, Nguyễn Trọng Hiếu², Trần Bảo Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II–III được hóa trị bổ trợ bằng phác đồ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 55 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II–III được điều trị hóa trị bổ trợ bằng phác đồ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2025. Các chỉ tiêu đánh giá gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh, số lượng hạch thu được, thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh và độc tính của phác đồ.

Kết quả: Tuổi trung bình là $59,9 \pm 9,2$ tuổi. Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng, chiếm 70,9%. U đại tràng phải chiếm 58,2%, đại tràng trái chiếm 41,8%; ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,8%. Giai đoạn II nguy cơ cao chiếm 54,5% và giai đoạn III chiếm 45,5%. Có 29,1% bệnh nhân được vét dưới 12 hạch. Thời gian theo dõi trung bình là $35,8 \pm 12,3$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 3 năm lần lượt là 88,7% và 78,3%. Phần lớn độc tính ở mức độ 1–2; độc tính độ 3–4 chủ yếu là độc tính huyết học.

Kết luận: Phác đồ mFOLFOX6 cho kết quả sống thêm khả quan và khả năng dung nạp tương đối tốt ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III.

Từ khóa: mFOLFOX6, điều trị bổ trợ, ung thư đại tràng, giai đoạn II–III, độc tính.

SUMMARY

RESULTS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN STAGE II-III COLON CANCER PATIENTS USING THE mFOLFOX6 REGIMEN AT BAC NINH CANCER HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes in patients with stage II–III colon cancer receiving adjuvant chemotherapy with the mFOLFOX6 regimen at Bac Ninh Cancer Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 55 patients with stage II–III colon cancer who received adjuvant chemotherapy with the mFOLFOX6 regimen at Bac Ninh Cancer Hospital from January 2020 to January 2025. The evaluated variables included clinical and paraclinical characteristics, disease stage, number of harvested lymph nodes, overall survival, disease-free survival, and treatment-related toxicities.

Results: The mean age was 59.9 ± 9.2 years. Abdominal pain was the most common reason for hospital admission, accounting for 70.9% of cases. Right-sided colon tumors accounted for 58.2% and left-sided tumors for 41.8%; adenocarcinoma was the most common histological type, accounting for 81.8%. High-risk stage II and stage III disease accounted for 54.5% and 45.5%, respectively. Fewer than 12 lymph nodes were harvested in 29.1% of patients. The mean follow-up duration was 35.8 ± 12.3 months. The 3-year overall survival and disease-free survival rates were 88.7% and 78.3%, respectively. Most toxicities were grade 1–2, while grade 3–4 toxicities were primarily hematologic.

Conclusion: The mFOLFOX6 regimen showed favorable survival outcomes and relatively good tolerability in patients with high-risk stage II and stage III colon cancer.

Keywords: mFOLFOX6, adjuvant treatment, colon cancer, stage II–III, toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý ác tính gặp phổ biến của ống tiêu hóa. Theo GLOBOCAN 2022, số ca mắc mới ung thư đại tràng là 1,14 triệu ca và số ca tử vong là 538,167 ca [1]. Tại Việt Nam, năm 2022 trên cả nước có 16.835 ca mắc mới ung thư đại trực tràng, đứng thứ 4 và 8.454 ca tử vong, đứng thứ 5 trong tất cả các loại ung thư [1]. Điều trị ung thư đại tràng tuân theo nguyên tắc đa mô thức, bao gồm sự phối hợp giữa các phương pháp phẫu thuật, hóa chất, điều trị đích và các phương pháp khác [2–4]. Trong đó, phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo và là phương pháp điều trị triệt căn nhất khi bệnh còn khả năng phẫu thuật [5]. Hóa trị bổ trợ với mục tiêu diệt các tế bào ung thư còn sót lại ở mức độ vi thể, giúp làm giảm nguy cơ tái phát, di căn và cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Thử nghiệm lâm sàng lớn như MOSAIC đã chứng minh vai trò của phác đồ bổ trợ kết hợp Oxaliplatin và 5FU trong UTĐT giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm [6]. Tại Việt Nam, phác đồ mFOLFOX6 trong điều trị bổ trợ UTĐT đã được áp dụng nhiều

¹Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Cảnh

Email: canhnmnb@gmail.com

Mã bài: N898

Ngày nhận bài: 22/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

năm và đem lại hiệu quả điều trị cao [7, 8]. Tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, việc điều trị hỗ trợ UTĐT với mFOLFOX6 đã trở thành thường quy, tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết và đánh giá đầy đủ. Nhằm cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng thực tiễn, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II-III được hóa trị hỗ trợ phác đồ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

2. Đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 55 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II-III được điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ mFOLFOX6.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô đại tràng, sau phẫu thuật triệt căn được xếp giai đoạn II nguy cơ cao, III theo AJCC (phiên bản 8 - năm 2017).

- Có một trong các yếu tố nguy cơ cao [3]:

+ U xâm lấn ra ngoài thanh mạc hoặc tổ chức xung quanh.

+ Xâm lấn mạch máu, thần kinh, bạch huyết.

+ Độ mô học kém biệt hóa hoặc không biệt hóa.

+ Được phẫu thuật cấp cứu (tắc, thủng ruột).

+ Không xác định được hạch di căn trước phẫu thuật hoặc phẫu thuật nạo vét < 12 hạch.

- Điều trị hóa chất hỗ trợ với phác đồ mFOLFOX6.

- Chỉ số toàn trạng (PS) 0 - 2 theo thang điểm ECOG.

- Chức năng hệ tạo máu, gan, thận trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.

- Có hồ sơ bệnh án (HSBA) lưu trữ đầy đủ.

- Có thông tin theo dõi sau điều trị hoặc qua các lần tái khám và/hoặc trả lời thư theo mẫu, điện thoại.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang mắc bệnh phối hợp nặng như bệnh tim

mạch, rối loạn tâm thần.

- Tiền sử mắc ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu. Cỡ mẫu: 55 bệnh nhân.

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/01/2025.

- Quy trình nghiên cứu: Hồi cứu HSBA của các bệnh nhân UTĐT giai đoạn II-III tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/01/2025. Ghi nhận các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, cụ thể:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: tuổi, giới, lý do vào viện, triệu chứng toàn thân thực thể tại thời điểm chẩn đoán, vị trí khối u nguyên phát, thể mô bệnh học, độ mô học, giai đoạn bệnh.

- Kết quả điều trị: Kết quả sống thêm dựa vào hồ sơ tái khám của bệnh nhân tại phòng khám. Nếu bệnh nhân nào không tái khám thì gọi điện hoặc gửi thư theo mẫu. Thời điểm kết thúc theo dõi 01/06/2026.

Cách đánh giá sống thêm, độc tính điều trị

- Thời gian sống thêm toàn bộ (STTB): tính từ khi phẫu thuật triệt căn tới khi bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào (tháng) hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Thời gian sống thêm không bệnh (STKB): tính từ khi phẫu thuật triệt căn tới khi bệnh có tái phát, di căn (tháng) hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Độc tính hóa trị phác đồ mFOLFOX6: phân độ độc tính theo CTCAE version 5.2017. Đánh giá sau 06 chu kỳ và sau 12 chu kỳ hóa chất.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 25.0. Ước lượng thời gian STKB và STTB được phân tích theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên chấp thuận theo văn bản số 685/QĐ-ĐHYD ngày 24/04/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	30-39	02	3,6
	40-49	05	9,1
	50-59	17	30,9
	60-69	24	43,6
	≥ 70	07	12,7
Giới	Nam	32	58,2
	Nữ	23	41,8

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình: $59,9 \pm 9,2$ tuổi. Nhóm tuổi mắc UTĐT hay gặp ở nhóm từ 60 - 69 tuổi chiếm 43,6%, tiếp đến nhóm 50 - 59 tuổi chiếm 30,9%. Tỷ lệ mắc bệnh UTĐT ở nam là 58,2% cao hơn nữ là 41,8%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau bụng	39	70,9
	Phân lẫn máu	14	25,5
	Đi ngoài phân lỏng	16	29,1
	Táo bón	12	21,8
	Tự sờ thấy u	1	1,8
Vị trí u	Đại tràng trái	23	41,8
	Đại tràng phải	32	58,2
Mô bệnh học	UTBM tuyến	45	81,8
	UTBM thể nhầy	9	16,4
	UTBM thể tế bào nhẵn	1	1,8
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	30	54,5
	Giai đoạn III	25	45,5
Số lượng hạch vét được	≥ 12 hạch	39	70,9
	< 12 hạch	16	29,1

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 70,9%, các triệu chứng đi ngoài phân lẫn máu, đi ngoài phân lỏng, táo bón lần lượt là 25,5%, 29,1%, 21,8%. Tỷ lệ u ở đại tràng phải là 58,2% và đại tràng trái là 41,8%. UTBM tuyến chiếm 81,8%. Giai đoạn II nguy cơ cao là 54,5%, giai đoạn III là 45,5%. Nhóm bệnh nhân vét được < 12 hạch là 29,1%.

3.2. Đánh giá sống thêm và độc tính điều trị

3.2.1. Đánh giá sống thêm

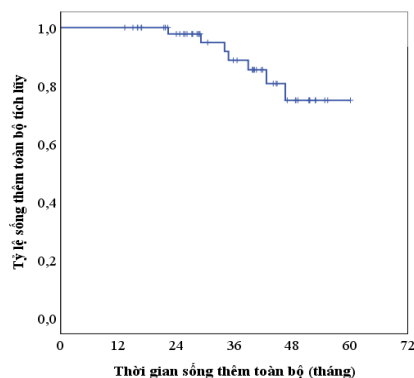
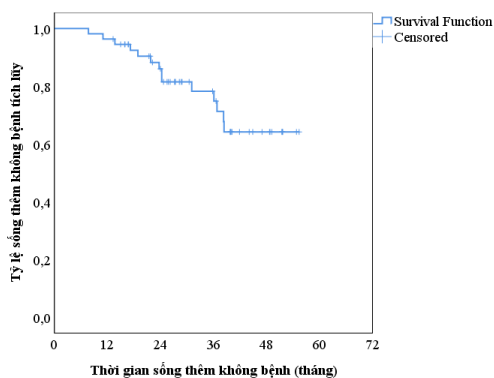
Bảng 3. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sống thêm		
Còn sống	48	87,3
Tử vong	7	12,7
Tình trạng tái phát		
Tái phát	14	25,5
Không tái phát	41	74,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân còn sống, tử vong lần lượt chiếm 87,3% và 12,7%. Có 25,5% tái phát (tại chỗ, di căn).

Bảng 4. Thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm	Tỷ lệ STKB (%)	Tỷ lệ STTB (%)
12 tháng	96,4	100
24 tháng	86,0	97,8
36 tháng	78,3	88,7
48 tháng	64,2	74,9



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm

Nhận xét: Tỷ lệ STKB tại các mốc 12 tháng; 24 tháng; 36 tháng; 48 tháng lần lượt là 96,4%, 86,0%, 78,3% và 64,2%. Tỷ lệ STTB tại các mốc 12 tháng; 24 tháng; 36 tháng; 48 tháng lần lượt là 100%, 97,8%, 88,7% và 74,9%.

3.2.2. Độc tính của phác đồ mFOLFOX6

Bảng 5. Độc tính trên huyết học và ngoài huyết học tại thời điểm 6, 12 chu kỳ hóa chất

Các chỉ số	6 chu kỳ		12 chu kỳ	
	Độ 1-2 (n, %)	Độ 3-4 (n, %)	Độ 1-2 (n, %)	Độ 3-4 (n, %)
Hạ bạch cầu đa nhân trung tính	13 (23,6)	1 (1,8)	11 (20,0)	1 (1,8)
Giảm huyết sắc tố	7 (12,7)	0	4 (7,3)	0

Các chỉ số	6 chu kỳ		12 chu kỳ	
	Độ 1-2 (n, %)	Độ 3-4 (n, %)	Độ 1-2 (n, %)	Độ 3-4 (n, %)
Hạ tiểu cầu	7 (12,7)	0	5 (9,1)	0
Thần kinh ngoại vi	8 (14,5)	0	12 (21,8)	3 (5,5)
Buồn nôn	16 (29,1)	0	7 (12,7)	0
Nôn	9 (16,4)	0	4 (7,3)	0

Nhận xét: Phần lớn các độc tính độ 1 - 2, trong đó độc tính trên bạch cầu đa nhân trung tính, buồn nôn, nôn và độc tính thần kinh ngoại vi là thường gặp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $59,9 \pm 9,2$ tuổi, dao động từ 34 - 77 tuổi. Nhóm bệnh nhân 40 tuổi trở lên chiếm 96,5%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Lê Bá Tuấn Anh và cộng sự (cs) (2024), tuổi trung bình là $58,3 \pm 9,3$, nhóm trên 40 tuổi chiếm 94,12% [7]. Kết quả này phản ánh đặc điểm sinh bệnh học của UTĐT, khi bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi trên 50 do sự tích lũy các đột biến gen. Điều này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát UTĐT định kỳ bằng nội soi đại tràng cho người trên 50 tuổi, đặc biệt là ở đối tượng có yếu tố nguy cơ cao như tiền sử gia đình.

Tỷ lệ nam, nữ tương ứng là 58,2% và 41,8%, nam/nữ là 1,4/1. Tương tự, MOSAIC đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ của phác đồ FOLFOX so với 5FU đơn trị, tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 56,1% và 43,9% [6].

Vị trí u hay gặp phổ biến ở đại tràng phải hơn so với đại tràng trái, lần lượt là 58,2% và 41,8%. Tương tự, Hoàng Minh Cường (2023), tỷ lệ u ở vị trí đại tràng phải là 54,8% so với 45,2% [9]. Các bằng chứng hiện nay cho thấy u đại tràng phải có tiên lượng xấu hơn so với u đại tràng trái. Một nghiên cứu trên 895 bệnh nhân giai đoạn III cho thấy vị trí u là yếu tố tiên lượng độc lập cho sống thêm, với tỷ lệ sống thêm giảm dần từ manh tràng đến đại tràng sigma [5].

Về thể mô bệnh học, UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 81,8%. Kết quả này gần tương tự với Lê Bá Tuấn Anh (2024), UTBM tuyến chiếm 80,4% [7].

Trong nghiên cứu, giai đoạn II nguy cơ cao chiếm tỷ lệ 54,5%, cao hơn so với giai đoạn III (45,5%). Trần Thị Ngọc Ánh, trong đó tỷ lệ giai đoạn II nguy cơ cao, III lần lượt là 57,1% và 42,9% [2]. Sự tương đồng về phân bố giai đoạn giữa hai nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu và tiêu

chẩn lựa chọn, khi cả hai nghiên cứu đều tập trung vào nhóm giai đoạn II nguy cơ cao, giai đoạn III được điều trị hóa trị hỗ trợ phác đồ mFOLFOX6. Một yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến việc phân loại giai đoạn bệnh là số lượng hạch vùng. Số lượng hạch được đánh giá không đầy đủ có thể làm tăng nguy cơ đánh giá thấp mức độ bệnh, đặc biệt ở những trường hợp có di căn hạch nhưng chưa được phát hiện. Do đó, việc thực hiện nạo vét và đánh giá tối thiểu 12 hạch vùng có vai trò quan trọng trong phân giai đoạn bệnh học chính xác, từ đó hỗ trợ lựa chọn chỉ định hóa trị hỗ trợ và đánh giá tiên lượng bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị và một số độc tính của phác đồ mFOLFOX6

Về kết quả điều trị, trong tổng số 55 bệnh nhân, với thời gian theo dõi trung bình là $35,8 \pm 12,3$ tháng, có 48 bệnh nhân còn sống (87,3%), 7 bệnh nhân tử vong (12,7%) và 14 bệnh nhân tái phát, di căn (25,5%). Tỷ lệ STTB tại các thời điểm 3 năm 88,7%. Tương tự, Nguyễn Tiến Quang (2019), Lê Bá Tuấn Anh (2024) ghi nhận tỷ lệ STTB 3 năm lần lượt là 84,3% và 82,4% [7, 8]. Thời gian STKB trung bình là $45,3 \pm 2,3$ tháng. Tỷ lệ STKB tại các thời điểm 3 năm là 78,3%. Theo MOSAIC với thời gian theo dõi trung bình 37,9 tháng, tỷ lệ STKB sau 3 năm khi điều trị bằng FOLFOX là 78,2%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Tương tự, tác giả Nguyễn Tiến Quang (2019), Lê Bá Tuấn Anh (2024) tỷ lệ STKB 3 năm đạt là 79,5% và 80,4% [7, 8]. Sự khác biệt giữa STTB và STKB (tại 48 tháng: 74,9% so với 64,2%, chênh lệch 10,7%) phản ánh thực tế rằng một số bệnh nhân đã tái phát nhưng vẫn còn điều trị tốt các biện pháp điều trị khác (phẫu thuật cắt gan, RFA, hóa trị). Tỷ lệ tái phát 25,5% cho thấy nguy cơ tái phát còn đáng kể, đặc biệt ở nhóm có đặc điểm bệnh học và lâm sàng tiên lượng không thuận lợi. Do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn hạn chế, việc xác định các yếu tố tiên lượng độc lập của tái phát cần được đánh giá trong các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

Độc tính huyết học chủ yếu ở mức độ 1- 2. Đối với hạ bạch cầu đa nhân trung tính, tỷ lệ độ 1 - 2 sau 6 chu kỳ và 12 chu kỳ lần lượt là 23,6% và 20,0%; chỉ ghi nhận 01 trường hợp (1,8%) hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3- 4. Không ghi nhận trường hợp sốt do hạ bạch cầu đa nhân trung tính. Nghiên cứu có sự khác biệt so với thử nghiệm MOSAIC, tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3- 4 lên tới 41,1%[6]. Độc tính buồn nôn, nôn trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 29,1% và 16,4% sau 6 chu kỳ đầu. Điều này cho thấy mFOLFOX6 giúp giảm nhóm độc tính thường gặp là hạ bạch cầu, buồn nôn và nôn so với FOLFOX4 nhờ việc giảm liều leucovorin và 5FU. Độc tính thần kinh ngoại vi độ 1- 2 sau 06 chu kỳ chiếm 14,5%. Sau 12 chu kỳ, có 21,8% bệnh nhân xuất hiện độc tính thần kinh ngoại vi độ 1 - 2 và 5,5% bệnh nhân bị độc tính thần kinh ngoại vi độ 3 - 4. Độc tính thần kinh tích lũy theo liều của Oxaliplatin, mức độ tăng theo số chu kỳ điều trị và thường giảm dần, hồi phục sau khi hoàn thành liệu trình điều trị. Nghiên cứu của Lê Bá Tuấn Anh (2024) có 21,6% gặp độc tính thần kinh ngoại vi, tương đồng với chúng tôi [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 55 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II - III được hóa trị bổ trợ phác đồ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2025 và theo dõi đến ngày 01/06/2026, cho thấy:

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,9 \pm 9,2$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.
- Phần lớn bệnh nhân vào viện với lý do đau bụng (70,9%).
- U đại tràng phải phổ biến hơn so với đại tràng trái (58,2% so với 41,8%).
- Tỷ lệ giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III lần lượt là 54,5%, 45,5%.
- Số hạch thu được ≥ 12 hạch chiếm 70,9%.
- Thời gian theo dõi trung bình là $35,8 \pm 12,3$ tháng, sống thêm toàn bộ và không bệnh 3 năm chiếm tỉ lệ lần lượt là 88,7% và 78,3%.
- Phần lớn là độc tính độ 1- 2; hạ bạch cầu đa nhân trung tính, buồn nôn, nôn và độc tính thần kinh ngoại vi là những độc tính thường gặp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phác đồ mFOLFOX6 có kết quả sống thêm khả quan và khả năng dung nạp tương đối tốt ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III. Tuy nhiên,

cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế tiến cứu để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả và độc tính của phác đồ.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh đã phối hợp, tạo điều kiện để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Bray et al.**, "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 74, no. 3, pp. 229-263, 2024.
2. **Trần Thị Ngọc Ánh, Ngô Thị Tính, and Trần Thị Kim Phụng**, "Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ mFOLFOX6 ở bệnh nhân ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên," (in V), *Tạp chí khoa học công nghệ Đại học Thái Nguyên (TNU Journal of Science Technology)*, vol. 230, no. 05, pp. 85-92, 2025.
3. **A. D. Roth et al.**, "Integrated analysis of molecular and clinical prognostic factors in stage II/III colon cancer," (in English), *J Natl Cancer Inst*, vol. 104, no. 21, pp. 1635-46, Nov 7 2012.
4. **Y. Kim, M. K. Kim, and S. J. A. J. o. C. R. Lee**, "A comparative genomic analysis of left-and right-sided colon cancer using real-world data from the AACR project GENIE BPC dataset," (in English), vol. 15, no. 9, p. 4182, 2025.
5. **Y. Zhang et al.**, "A prognostic analysis of 895 cases of stage III colon cancer in different colon subsites," (in English), vol. 30, no. 9, pp. 1173-1183, 2015.
6. **T. Andre et al.**, "Adjuvant Fluorouracil, Leucovorin, and Oxaliplatin in Stage II to III Colon Cancer: Updated 10-Year Survival and Outcomes According to BRAF Mutation and Mismatch Repair Status of the MOSAIC Study," (in English), *J Clin Oncol*, vol. 33, no. 35, pp. 4176-87, Dec 10 2015.
7. **Lê Bá Tuấn Anh và cộng sự**, "Results of modified folfox6 as adjuvant chemotherapy in high-risk stage II and III colon cancer at Thanh Hoa oncology hospital," *Vietnam Medical Journal*, vol. 536, no. 1, 03/04 2024.
8. **T. Q. Nguyen et al.**, "Modified Folfox6 as Adjuvant Chemotherapy in Vietnamese Patients With Colorectal Cancer," (in English), *Cancer Control*, vol. 26, no. 1, p. 1073274819864111, Jan-Dec 20 19.
9. **H. Minh Cuong, V. Hong Thang, B.-T. Thu Huong, N. Thuan Loi, and N. Minh Duc**, "KRAS mutations and their associations with clinicopathological features and survival in Vietnamese non-polyp colon cancer patients," *Mol Clin Oncol*, vol. 19, no. 2, p. 63, 2023/08/01 2023.