

advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*.2009.

3. **Andreas du Bois, Weber B, Rochon J et al (2006)**. Addition of epirubicin as a third drug to carboplatin-paclitaxel in first-line treatment of advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2006; 24(7): 1127.

4. **MT Huizing 1, LJ van Warmerdam, H Rosing et al (1997)**. Phase I and pharmacologic study of

the combination paclitaxel and carboplatin as first-line chemotherapy in stage III and IV ovarian cancer.

5. **Bạch Cẩm An, Lê Sỹ Phương, Phan Việt Tâm và cộng sự (2010)**. Đánh giá hiệu quả của hóa trị hỗ trợ trước mổ trên bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn muộn.

6. **Châu Khắc Tú, Lê Sỹ Phương, Lê Minh Toàn và cộng sự (2017)**. Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn sau hóa trị liệu tân bổ trợ.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Trần Hải Hà¹, Huỳnh Thị Hồng Ngọc¹, Nguyễn Thị Ngoãn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng với kết quả điều trị hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 bệnh nhân được chẩn đoán HCVC từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa tử vong và triệu chứng thở nhanh; giữa triệu chứng khó thở, rale ẩm ở phổi, nhịp thở nhanh và biến chứng của bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa tăng huyết áp với tỉ lệ tử vong; giữa phân độ Killip với tỉ lệ biến chứng ($p < 0,05$). Tỷ lệ sống ở bệnh nhân không có choáng tim 91,7% cao hơn ở nhóm bệnh nhân có choáng tim 8,3%. Tỷ lệ sống ở bệnh nhân có EF > 40% chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân EF ≤ 40% ($p < 0,01$). Mức lọc cầu thận (eGFR) trung bình ở nhóm tử vong thấp hơn so với nhóm sống còn ($p = 0,05$). Troponin trung bình và Creatinin trung bình ở nhóm có biến chứng cao hơn nhóm không có biến chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** có mối liên quan giữa các yếu tố như tuổi, triệu chứng khó thở, rale ẩm, nhịp tim nhanh, troponin tăng cao và creatinine máu tăng với sự xuất hiện các biến chứng của HCVC. Ngoài ra, những bệnh nhân có các yếu tố như nhịp thở nhanh, có choáng tim, phân độ Killip cao và EF < 40% thì có tỉ lệ tử vong cao hơn.

Từ khóa: hội chứng vành cấp, biến chứng, kết quả điều trị nội viện và các yếu tố liên quan

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND PARACLINICAL FACTORS WITH TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE CORONARY SYNDROME

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hải Hà

Email: tranhaiha@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2022

Ngày duyệt bài: 27.7.2022

AT TRA VINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: To analyze the relationship between epidemiological, clinical, and paraclinical factors with treatment outcomes of acute coronary syndrome at Tra Vinh Province General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out from March 2020 to September 2020 on 121 patients diagnosed with ACS at Tra Vinh General Hospital. **Results:** There was a positive correlation between mortality and symptoms of tachypnea; between symptoms of dyspnea, moist rales in the lungs, tachypnea and complications of the disease, the difference was statistically significant ($p < 0.05$). There is an association between hypertension with mortality; between Killip class and complication rate ($p < 0.05$). The survival rate in patients without cardiogenic shock was 91.7%, higher than in patients with cardiogenic shock, 8.3%. The survival rate in patients with EF > 40% accounted for a higher rate than in patients with EF ≤ 40% ($p < 0.01$). The mean glomerular filtration rate (eGFR) was lower in the mortality group than in the survival group ($p = 0.05$). The mean troponin and mean creatinine were higher in the group with complications than in the group without complications ($p < 0.05$). **Conclusions:** there was a correlation between factors such as age, symptoms of dyspnea, wet rales, tachycardia, elevated troponin and increased blood creatinine with the occurrence of ACS complications. In addition, patients with factors such as tachypnea, cardiogenic shock, high Killip grade, and EF < 40% had a higher mortality rate.

Keywords: acute coronary syndrome, complications, in-hospital treatment results and related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC), là tình trạng cấp cứu tim mạch và nguyên nhân tử vong, bệnh tật hàng đầu ở các nước phát triển. Tại Việt Nam, vài năm gần đây có nhiều nghiên cứu mô tả chi tiết về Nhồi máu cơ tim cấp tại các bệnh viện trung ương và địa phương. Tuy vậy, tình hình đánh giá xử trí HCMVC trong thực tế lại

chưa được chú trọng. Do HCMVC là một nhóm bệnh không đồng nhất, cần phải phân tầng nguy cơ, đặc biệt trong 24-48h đầu nhập viện để có phương thức điều trị thích hợp. Việc phân tích mối liên quan giữa kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hội chứng vành cấp góp phần giúp cho các Bác sĩ lâm sàng có thêm các yếu tố đánh giá, tiên lượng bệnh, giúp đưa ra các biện pháp can thiệp điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân HCMVC, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu phân tích mối liên quan giữa dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng với kết quả điều trị hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán HCMVC theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACC/AHA 2007 được nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng

ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Dựa vào số lượng thực tế bệnh nhân được tiếp nhận tại Khoa Cấp cứu, Tim mạch – Lão khoa, Hồi sức tích cực chống độc trong thời gian từ 03/2020 đến 09/2020. Tổng số bệnh nhân được chọn là 121 người.

Nội dung nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa kết quả điều trị trong bệnh viện và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HCMVC như: tỷ lệ sống còn và triệu chứng lâm sàng, giữa kết quả tử vong và các yếu tố nguy cơ tim mạch, giữa kết quả tử vong và choáng tim, EF; liên quan giữa biến chứng với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa biến chứng bệnh và yếu tố nhân trắc học của bệnh nhân

Đặc điểm	Phân nhóm	Biến chứng (n=48)	Không biến chứng (n=35)	p	OR (KTC 95%)
Tuổi	≥ 60 tuổi	44 (91,7%)	25 (71,4%)	0,015	4,40 (1,10 – 20,88)
	< 60 tuổi	4 (8,3%)	10 (28,6%)		
Giới	Nam	18 (37,5)	19 (54,3)	0,128	0,51 (0,19 – 1,34)
	Nữ	30 (62,5)	16 (45,7)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tuổi từ 60 trở lên có tỉ lệ biến chứng là 91,7% cao hơn nhóm dưới 60 tuổi là 8,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa kết quả tử vong và triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Tử vong (n=11)	Sống còn (n=72)	p	OR (KTC 95%)
Khó thở	9 (81,8%)	45 (62,5%)	0,211	2,70 (0,50 – 27,22)
Đau ngực	6 (54,6%)	56 (77,8%)	0,099	0,34 (0,77 – 1,63)
Rale ẩm ở phổi	3 (27,3%)	25 (34,7%)	0,626	0,71 (0,11 – 3,29)
Nhịp tim nhanh (≥ 100 lần/p)	6 (54,6%)	26 (36,1%)	0,242	2,12 (0,48 – 9,64)
Nhịp thở nhanh (≥ 24)	4 (36,4%)	4 (5,6%)	0,001	9,71 (1,41 – 62,67)
Thời gian nhập viện (> 12 giờ)	6 (54,6%)	24 (33,3%)	0,173	2,40 (0,54 – 10,92)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tử vong và triệu chứng thở nhanh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa kết quả tử vong và các yếu tố nguy cơ tim mạch

YTNC tim mạch	Tử vong (n=11)	Sống còn (n=72)	p	OR (KTC 95%)
Nam > 55 tuổi	3 (27,3%)	30 (41,7%)	0,364	0,53 (0,08 – 2,44)
Thừa cân/béo phì	4 (36,4%)	26 (36,1%)	0,987	1,01 (2,00 – 4,43)
Hút thuốc lá	1 (9,1%)	12 (16,7%)	0,520	0,50 (0,01 – 4,19)
Tăng huyết áp	2 (18,2%)	55 (76,4%)	<0,001	0,07 (0,01 – 0,39)
Đái tháo đường	3 (27,3%)	16 (22,2%)	0,710	1,31 (0,20 – 6,32)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tăng huyết áp với tỉ lệ tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kết quả tử vong và phân độ Killip bệnh nhân nhồi máu cơ tim

Phân độ killip	Tử vong (n=11)	Sống còn (n=54)	p	OR (KTC 95%)
ĐỘ I	1 (9,1%)	27 (50,0%)	< 0,001	2,84 (1,48 – 5,46)
ĐỘ II	0 (0%)	10 (18,5%)		
ĐỘ III	2 (18,2%)	9 (16,7%)		
ĐỘ IV	8 (72,7%)	8 (14,8%)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa phân độ Killip với tỉ lệ tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa kết quả tử vong và choáng tim:

Đặc điểm	Tử vong (n=11)	Sống còn (n=72)	p	OR (KTC 95%)
Có choáng tim	6 (54,5%)	6 (8,3%)	$p < 0,001$	13,2 (2,42 – 71,14)
Không choáng tim	5 (45,5%)	66 (91,7%)		

Nhận xét: Tỷ lệ sống ở bệnh nhân không có choáng tim 91,7% cao hơn ở nhóm bệnh nhân có choáng tim 8,3%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kết quả tử vong và phân suất tống máu EF

Đặc điểm	Tử vong	Sống còn	p	OR (KTC 95%)
EF ≤ 40%	1 (100%)	4 (7,7%)	$p = 0,002$	//
EF > 40%	0 (0%)	48 (92,3%)		
Tổng cộng	1	52		

Nhận xét: Tỷ lệ sống ở bệnh nhân có EF > 40% chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân EF ≤ 40%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 7: Mối liên quan giữa kết quả biến chứng và các triệu chứng lâm sàng của bệnh

Triệu chứng	Biến chứng (n=48)	Không biến chứng (n=35)	p	OR (KTC 95%)
Khó thở	38 (79,2%)	16 (45,7%)	0,002	4,51 (1,56 – 13,3)
Đau ngực	38 (79,2%)	24 (68,6%)	0,273	1,74 (0,57 – 5,32)
Rale ẩm ở phổi	22 (45,8%)	6 (17,1%)	0,006	4,09 (1,32 – 14,07)
Phù	5 (10,4%)	2 (5,7%)	0,446	1,92 (0,29 – 21,19)
Tĩnh mạch cổ nổi	7 (14,6%)	0 (0%)	0,018	//
Nhịp tim nhanh (≥ 100 lần/p)	22 (45,8%)	10 (28,6%)	0,111	2,12 (0,77 – 6,02)
Nhịp thở nhanh (≥ 24)	8 (16,7%)	0 (0%)	0,011	//
Thời gian nhập viện (> 12 giờ)	17 (35,4%)	13 (37,1%)	0,872	0,93 (0,34 – 2,54)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa triệu chứng khó thở, rale ẩm ở phổi, nhịp thở nhanh và biến chứng của bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 8. Mối liên quan giữa kết quả biến chứng và các giá trị cận lâm sàng

	Biến chứng (n=48)	Không biến chứng (n=35)	p
Troponin TB	10461,9 ± 15325,7	3546,1 ± 10928,6	0,05
Creatinin TB	138,7 ± 102,7	101,3 ± 36,5	0,04
eGFR	46,8 ± 22,6	56,4 ± 21,3	0,05

Nhận xét: Troponin trung bình và Creatinin trung bình ở nhóm có biến chứng cao hơn nhóm không có biến chứng ($p < 0,05$). Mức lọc cầu thận (eGFR) trung bình ở nhóm có biến chứng thấp hơn nhóm không có biến chứng ($p = 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa kết quả điều trị và yếu tố nhân trắc. Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa biến chứng và tuổi. Nhóm từ 60 tuổi trở lên có tỉ lệ biến chứng là 91,7% cao hơn nhóm dưới 60 tuổi là 8,3% ($p < 0,05$). Tuổi là yếu tố nguy cơ chính làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sau NMCT. Trong thử nghiệm GUSTO-1 tử vong sau 30 ngày ở nhóm > 75 tuổi là 20,5%, ở nhóm < 45 tuổi là 1,1% [5]. Trong 30 ngày đầu, các yếu tố tiên lượng tử vong bao

gồm: tuổi, tình trạng suy tim sung huyết, huyết áp, nhịp tim lúc nhập viện, vị trí vùng NMCT, tiền sử NMCT, nữ giới, hút thuốc lá; tiền sử bệnh tim mạch, THA, ĐTD... Kết quả ghi nhận có mối liên quan giữa các triệu chứng nhịp thở nhanh và biến chứng của bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân có nhịp nhanh thì tỉ lệ biến chứng cao hơn.

Mối liên quan giữa kết quả điều trị và phân độ Killip. Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa phân độ Killip với tỉ lệ tử vong, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cũng thấy rằng suy tim (phân độ Killip II, III) là yếu tố tiên lượng quan trọng. Trong một thử nghiệm NRM-2 (the Second National Registry of Myocardial Infarction) gồm 190.518 bệnh nhân NMCT cấp, trong đó 36.303 bệnh nhân (19%) có phân độ suy tim theo Killip II hoặc III có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không suy tim (21,4% so với 7,2%) [2,8]. Tương tự, phân tích dữ liệu ở 13.707 bệnh nhân hội chứng vành cấp của Trung tâm GRACE: nhóm Killip II hoặc III chiếm 13% với tỷ lệ tử vong bệnh viện tăng cao hơn nhóm không suy tim (12% so với 2,9%), cũng như tử vong sau 6 tháng (8,5% so với 2,8%), trong nghiên cứu trên cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân tiến triển suy tim sau nhập viện có tỷ lệ tử vong bệnh viện cao (17,8%) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có choáng tim 54,5% cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có choáng tim 45,5% với $P \leq 0,001$.

Mối liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố nguy cơ choáng tim. Tỷ lệ sống còn ở nhóm không có choáng tim 91,7% cao hơn nhóm có choáng tim 8,3%. Tỷ lệ sốc tim chiếm từ 5 đến 10% và hai phần ba các trường hợp tử vong sau vài tuần [3, 4]. Nghiên cứu 1.345 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, có 7,2% bệnh nhân có biến chứng sốc tim. Tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân có biến chứng sốc tim cao hơn nhóm không sốc tim (11,1% so với 1,7%, $p = 0,0005$) [4]. Nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân sốc tim từ trước đến trong can thiệp cao gấp 207,5 lần so với những bệnh nhân không sốc tim, nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân sốc tim trước can thiệp cao gấp 73,8 lần so với những bệnh nhân không sốc tim trước khi can thiệp. Nguyễn Quang Tuấn và cộng sự đã nghiên cứu 50 bệnh nhân bị NMCT cấp được can thiệp ĐMV qua da, có 4 bệnh nhân tử vong (80%) sau can thiệp do sốc tim từ trước đến sau can thiệp 3 ngày. So với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong sau can thiệp ở những bệnh nhân sốc tim đã giảm (72,2% < 80%). Tóm lại, sốc tim là một yếu tố nguy cơ tiên lượng nặng độc lập có liên quan đến tỷ lệ tử vong sau can thiệp ĐMV.

Mối liên quan giữa kết quả điều trị và phân suất tổng máu (EF). Tỷ lệ sống còn ở bệnh nhân có EF > 40% chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân EF ≤ 40%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Rối loạn chức năng tâm thu chủ yếu ảnh hưởng đến giảm cung lượng tim và phân suất tổng máu. Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy phân suất tổng máu

là yếu tố độc lập và quan trọng trong dự báo đột tử. Phân suất tổng máu giảm làm tăng nguy cơ đột tử và nguy cơ xảy ra rối loạn nhịp [1]. Tổng hợp 16 nghiên cứu ở 3.855 bệnh nhân NMCT, được theo dõi từ 2 tuần đến 5 năm. Kết quả: 776 (20%) bệnh nhân có hạn chế đổ đầy thất, 580 bệnh nhân tử vong (247 bệnh nhân có hạn chế đổ đầy thất) và nguy cơ tử vong là 4,1% (CI 95%, 3,38 – 4,99) [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 32,7% bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương sau nhồi máu cơ tim, do đó cần lưu ý yếu tố này trong tiên lượng cho nhóm bệnh nhân NMCT.

Mối liên quan giữa kết quả điều trị và Men tim: Nghiên cứu ghi nhận Troponin trung bình ở nhóm có biến chứng là $10461,9 \pm 15325,7$ cao hơn nhóm không có biến chứng $3546,1 \pm 10928,6$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở bệnh nhân HCMVC có mối liên quan giữa biến chứng và các yếu tố tuổi, triệu chứng khó thở, phổi rale ẩm, troponin, creatinin, eGFR. Có sự liên quan giữa tử vong và triệu chứng thở nhanh, tăng huyết áp, phân độ Killip, choáng tim, EF thấp có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ST Palmeri, Lowe, AM, Sleeper, LA, Saucedo, JF, Desvigne-Nickens, P, Hochman, JS (2005) "Racial and ethnic differences in the treatment and outcome of cardiogenic shock following acute myocardial infarction". *Am J Cardiol*, 96(8), 1042-1049.
2. H. H. Awad, F. A. Anderson, Jr., J. M. Gore, S. G. Goodman, R. J. Goldberg (2012) "Cardiogenic shock complicating acute coronary syndromes: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events". *Am Heart J*, 163, (6), 963-71.
3. A. Babaev, P. D. Frederick, D. J. Pasta, N. Every, T. Sichrovsky, J. S. Hochman (2005) "Trends in management and outcomes of patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock". *Jama*, 294, (4), 448-54.
4. S. G. Drakos, M. J. Bonios, M. I. Anastasiou-Nana, E. P. Tsagalou, J. V. Terrovitis, E. Kaldara, G. Maroulidis, S. N. Nanas, J. Kanakakis, J. N. Nanas (2009) "Long-term survival and outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock". *Clin Cardiol*, 32, (8), E4-8.
5. K. L. Lee, L. H. Woodlief, E. J. Topol, W. D. Weaver, A. Betriu, J. Col, M. Simoons, P. Aylward, F. Van de Werf, R. M. Califf (1995) "Predictors of 30-day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction. Results from an international trial of 41,021 patients. GUSTO-I Investigators". *Circulation*, 91, (6), 1659-68.

6. P. G. Steg, O. H. Dabbous, L. J. Feldman, A. Cohen-Solal, M. C. Aumont, J. López-Sendón, A. Budaj, R. J. Goldberg, W. Klein, F. A. Anderson, Jr. (2004) "Determinants and prognostic impact of heart failure complicating acute coronary syndromes: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)". *Circulation*, 109, (4), 494-9.
7. G. A. Whalley, G. D. Gamble, R. N. Doughty (2006) "Restrictive diastolic filling predicts death after acute myocardial infarction: systematic review and meta-analysis of prospective studies". *Heart (British Cardiac Society)*, 92, (11), 1588-1594.
8. A. H. Wu, L. Parsons, N. R. Every, E. R. Bates (2002) "Hospital outcomes in patients presenting with congestive heart failure complicating acute myocardial infarction: a report from the Second National Registry of Myocardial Infarction (NRMII-2)". *J Am Coll Cardiol*, 40, (8), 1389-94.

SO SÁNH KẾT QUẢ LÂU DÀI GIỮA HOÁ XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ FOLFOX SO VỚI PHÁC ĐỒ CF TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN KHÔNG MỞ ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN K VÀ BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HOÁ

Nguyễn Quang Hưng¹, Nguyễn Tuyết Mai², Võ Văn Xuân², Nguyễn Thị Thu Hương³, Nguyễn Thị Tố Quyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị ung thư thực quản giai đoạn không mở được bằng hóa xạ trị đồng thời phác đồ FOLFOX và CF; độc tính và tác dụng không mong muốn của phác đồ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, có nhóm chứng trên 102 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn không mở được điều trị hóa xạ trị đồng thời chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu điều trị với phác đồ FOLFOX và nhóm chứng điều trị với phác đồ CF kết hợp tia xạ liều 50Gy/5 tuần, phân liều 2Gy/ngày. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng ở nhóm nghiên cứu là 90,1%, 64,7% và 45,1%; ở nhóm chứng là 84,3%, 54,9% và 39,2%; $p = 0,56$. Sống thêm toàn bộ trung bình là $19,9 \pm 0,81$ tháng so với $18,4 \pm 0,79$ ở nhóm chứng, $p = 0,67$; sống thêm không tiến triển trung bình là $18,5 \pm 0,89$ tháng so với $17,2 \pm 0,90$ ở nhóm chứng, $p = 0,59$. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là kích thước u, giai đoạn bệnh, gián đoạn điều trị và sự đáp ứng điều trị. Độc tính (huyết học, gan, thận, các cơ quan khác) đa phần gặp độ I, II. **Kết luận:** Phác đồ FOLFOX so với phác đồ CF cho hiệu quả tương đương về tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm toàn bộ cũng như sống thêm không tiến triển và có phần trội hơn trên nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn; đồng thời phác đồ FOLFOX ít ảnh hưởng lên toàn trạng, chức năng thận và ít gây buồn nôn, nôn, rụng tóc một cách rõ rệt so với phác đồ CF.

Từ khoá: Hoá xạ trị đồng thời, ung thư thực quản.

SUMMARY

COMPARISON OF LONG-TERM RESULTS BETWEEN DEFINITIVE CHEMORADIOTHERAPY CONCURRENT WITH FOLFOX VERSUS CF IN PATIENTS WITH INOPERABLE ESOPHAGEAL CANCER AT K HOSPITAL AND THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of treatment of inoperable stage esophageal cancer with chemoradiotherapy concurrently with the FOLFOX regimen; toxicity and side effects of the regimen. **Subjects and methods:** Prospective intervention study, with a control group on 102 patients with non-operative esophageal cancer who received chemoradiotherapy concurrently and divided into 2 groups: study group treated with FOLFOX regimen and control group treated with CF regimen combined with radiation dose of 50Gy/5 weeks, divided dose of 2Gy/day. **Results:** The rate of complete and partial response in the study group was 27.5% and 64.6%, 25.5% and 60.8% higher than that of the control group; $p = 0.78$. The rate of complete response according to disease stage II, III in the study group and control group was 33.3%, 23.3% and 33.3%, 20.0%, respectively; $p > 0.05$. Overall survival rate of 12 months, 18 months and 24 months in the study group was 90.1%, 64.7% and 45.1%; in the control group were 84.3%, 54.9% and 39.2%; $p = 0.56$. The overall median survival was 19.9 ± 0.81 months compared with 18.4 ± 0.79 in the control group, $p = 0.67$; Mean progression-free survival (PFS) was 18.5 ± 0.89 months compared with 17.2 ± 0.90 in the control group, $p = 0.59$. Some factors affecting treatment outcome are tumor size, disease stage, treatment interruption and treatment response. Toxicity (hematology, liver, kidney, other organs) is mostly grade I, II. **Conclusion:** The FOLFOX regimen compared with the CF regimen showed similar efficacy in response rate, overall survival as well as progression-free survival and was somewhat superior

¹Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hoá

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hưng

Email: drnguyenhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2022

Ngày duyệt bài: 28.7.2022