

khác nhau theo kích thước của khối u, còn trong các nghiên cứu trước đây chỉ dùng kim đơn cực.

V. KẾT LUẬN

ĐNSCT là 1 phương pháp có kết quả tốt trong điều trị UTBM TBG với tỷ lệ đáp ứng điều trị theo thời gian dựa vào thang điểm mRECIST cao.

Thời gian sống thêm của bệnh nhân cũng như thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình được điều trị bằng ĐNSCT dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rossi S, et al** (1993). Percutaneous ultrasound – guided radiofrequency electrocautery for the treatment of small hepatocellular carcinoma. *Interv Radiol*, 8, 97 – 103.
2. **Đào Văn Long** (2009). Đánh giá kết quả điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp bộ. Bộ Y tế.
3. **Wang N. Y., Wang C., Li W., et al.** (2014). Prognostic value of serum AFP, AFP-L3, and GP73 in monitoring short-term treatment response and recurrence of hepatocellular carcinoma after radiofrequency ablation. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (4), 1539-1544.
4. **Trần Nhật Thị Ánh Phương, Lê Thành Lý, Nguyễn Đình Song Huy và cs** (2015). Hiệu quả của đốt nhiệt sóng cao tần trên ung thư biểu mô

- tế bào gan không đáp ứng hoàn toàn với thuyên tắc hóa trị qua động mạch. Hội nghị Hội Khoa học tiêu hóa Việt Nam. Vinh, ngày 13 - 14/11/2015.
5. **Yan K., Chen M. H., Yang W., et al.** (2008). Radiofrequency ablation of hepatocellular carcinoma: long-term outcome and prognostic factors. *Eur J Radiol*, 67 (2), 336-347.
 6. **Pompili M., Saviano A., de Matthaeis N., et al.** (2013). Long-term effectiveness of resection and radiofrequency ablation for single hepatocellular carcinoma ≤ 3 cm. Results of a multicenter Italian survey. *J Hepatol*, 59 (1), 89-97.
 7. **Đào Việt Hằng và Đào Văn Long** (2016). So sánh kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt sóng cao tần với hai hệ thống kim chùm LeVeen và kim Cooltip. *Tạp chí Y được lâm sàng* 108, tr. 173-179.
 8. **Grainek I.M, Barkun A.N, Bardou M, et al.** (2008). Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *New England Journal of Medicine*, 359 (9), 928-937.
 9. **Zhang W., Luo E., Gan J., et al.** (2017). Long-term survival of hepatocellular carcinoma after percutaneous radiofrequency ablation guided by ultrasound. *World J Surg Oncol*, 15 (1), 122.
 10. **Hà Vương Thu** (2015). Nghiên cứu hiệu quả bước đầu điều trị ung thư biểu mô tế bào gan kích thước trên 3cm bằng phương pháp nút mạch hóa chất kết hợp đốt sóng cao tần, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH PHÁC ĐỒ XELOX ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN III

Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Trần Thăng¹, Nguyễn Văn Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn của phác đồ hóa chất XELOX bổ trợ trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. 70 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III theo AJCC 2017 được chẩn đoán và điều trị bổ trợ bằng phác đồ XELOX tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T1/2010 đến T8/2013. Đánh giá tính an toàn của phác đồ. **Kết quả:** 70 BN ung thư đại tràng giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được tuyển vào nghiên cứu. Các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết của phác đồ bổ trợ chủ yếu độ 1 và độ 2. Thường gặp nhất là thiếu máu, hạ bạch cầu, hạ tiểu cầu với tỷ lệ lần lượt là 20%, 41.3%, 5.7%. Tỷ lệ hạ bạch cầu cao nhất vào chu kì thứ 4. 90% bệnh nhân hạ bạch cầu độ 4 có triệu chứng nhiễm khuẩn trên

lâm sàng. Độc tính ngoài hệ tạo huyết ít gặp. 52.5% bệnh nhân ghi nhận có độc tính thần kinh ngoại vi. **Kết luận:** Điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX cho bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III là phương pháp điều trị an toàn.

Từ khóa: Ung thư đại tràng giai đoạn III, phác đồ XELOX, độc tính.

SUMMARY

EVALUATION OF THE SAFETY OF ADJUVANT XELOX REGIMEN FOR STAGES III COLON CANCER AT K HOSPITAL AND HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluation of the safety of adjuvant XELOX regimens in stage III colon cancer patients at K Hospital and Ha Noi Medical University Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study analyzed. 70 stage III colon cancer patients were treated with adjuvant XELOX regimens. Side effects of chemotherapy regimens were identified. **Results:** 70 patients were enrolled in the trial. The rate of hematologic and non-hematologic adverse effects was low and mostly grade 1 and 2 including anemia, leukopenia, thrombocytopenia. These percentages were 20 %, 41.3%, 5.7%, respectively. Leukopenia

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thăng

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

was common in 4 cycle. 90% of patients with grade 4 leukopenia had clinical infection. The rate of peripheral neurotoxicity was 52.5%. **Conclusion:** Adjuvant XELOX regimens for stage III colon cancer patients was a safe modality.

Keywords: Stage III colon cancer, XELOX regimen, Side effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng thứ 5 trong các loại ung thư với tỉ lệ mắc mới là 13,4/100.000 dân và đứng thứ 6 về tỉ lệ tử vong trong các bệnh ung thư thường gặp với tỉ lệ tử vong là 7,0/100.000 dân. Bệnh xu hướng ngày càng gia tăng¹.

Điều trị ung thư đại tràng giai đoạn III là điều trị đa mô thức phối hợp phẫu thuật với hóa chất trong đó phẫu thuật đóng vai trò điều trị triệt căn. Với những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật triệt căn, bệnh tái phát thường do các vi di căn tiềm ẩn trên lâm sàng tại thời điểm phẫu thuật. Hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật nhằm loại bỏ các tổn thương này, do đó làm tăng tỷ lệ khỏi bệnh.

Lợi ích của điều trị bổ trợ làm giảm 30% nguy cơ tái phát và 22-32 % nguy cơ tử vong và trở thành điều trị tiêu chuẩn sau phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III. Sự phối hợp Capecitabine với oxaliplatin (phác đồ XELOX hay CapeOx) trong điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III đã được nhiều nghiên cứu chứng minh tính hiệu quả và được áp dụng rộng rãi tại các trung tâm ung bướu tại Việt Nam. Trong quá trình điều trị ghi nhận nhiều tác dụng không mong muốn của phác đồ nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tính an toàn của phác đồ XELOX trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá độc tính phác đồ XELOX điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III" với mục tiêu: *Nhận xét một số độc tính của phác đồ XELOX điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn III được điều trị bằng phẫu thuật, hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2010-1/2013

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân nghiên cứu phải có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn III theo phân loại AJCC 2017².
- Có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến
- Được điều trị bằng phẫu thuật triệt căn
- Điều trị bổ trợ bằng phác đồ XELOX tối đa 8 tuần sau phẫu thuật triệt căn

- Chỉ số toàn trạng cho phép: PS=0-2
- Không có rối loạn chức năng gan, thận, cơ quan tạo máu trước điều trị

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có bệnh lí nội khoa nặng chưa được kiểm soát (hô hấp, tim mạch...).
- Bệnh nhân ung thư đại tràng tái phát hoặc di căn từ nơi khác đến
- Mắc ung thư thứ 2.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu
Nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thời gian: 1/2021 đến 1/2022

2.4. Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin trước điều trị: Lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Nhận xét độc tính của phác đồ điều trị

• **Đánh giá các độc tính:** Các độc tính huyết học và ngoài huyết học của phác đồ điều trị được đánh giá dựa theo tiêu chuẩn Common Terminology Criteria for Adverse Events version 5.0 (CTCAE)³.

2.5. Xử lý số liệu

* Các thông tin thu thập được mã hóa và sử lý trên phần mềm – SPSS v26.0.

* Phân tích thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan – Meier.

* Các thuật toán thống kê:

- Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị max, min.
- Kiểm định so sánh: sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong trường hợp mẫu nhỏ hơn 5 thì sử dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 70 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III theo AJCC 2017 được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật triệt căn kết hợp với hóa chất điều trị bổ trợ phác đồ XELOX tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình 54.54. Tỷ lệ nam/nữ 1/0.94. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng $\geq 90\%$ liều tiêu chuẩn là 60%. 100% bệnh nhân được điều trị liều từ 80% trở lên Đặc điểm bệnh nhân trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	
Trung bình	54.54 (23-74)

≥60 Tuổi	65.7 %
Giới	
Nam	36 (51.4%)
Nữ	34(48.6%)
Chỉ số toàn trạng PS	
0	38 (54.3%)
1	23 (32.9%)
2	9 (12.8%)
Vị trí u	
Đại tràng phải	20 (28.6%)
Đại tràng ngang	9 (12.8%)
Đại tràng trái	12 (17.2%)

Đại tràng sigma	28 (40%)
Nhiều vị trí	1 (1.4%)
Giai đoạn T	
T2	4 (5.7%)
T3	46 (65.7%)
T4	20 (28.6%)
Giai đoạn hạch N	
N1	53 (75.7%)
N2	17 (24.3%)
Liều thuốc % liều chuẩn	
85-90%	28 (40%)
90-100%	42 (60%)

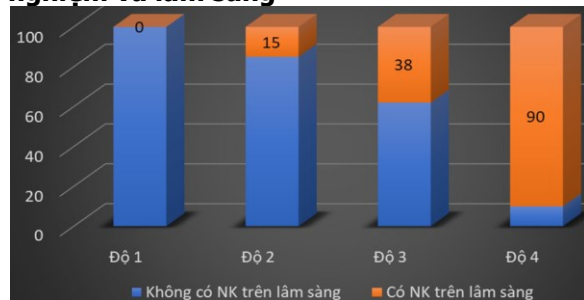
Độc tính của phác đồ

Bảng 2. Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Tổng (%)	ĐỘ 1 (%)	ĐỘ 2 (%)	ĐỘ 3 (%)	ĐỘ 4 (%)
Thiếu máu	20	16.1	2.6	1.3	0
Hạ bạch cầu	41.3	18	13	9.2	1.1
Hạ tiểu cầu	5.7	5.2	1.5	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết của phác đồ XELOX là ít, chủ yếu độ 1 và độ 2. Thường gặp nhất là thiếu máu, hạ bạch cầu hạt với tỷ lệ lần lượt là 20%, 41.3%.

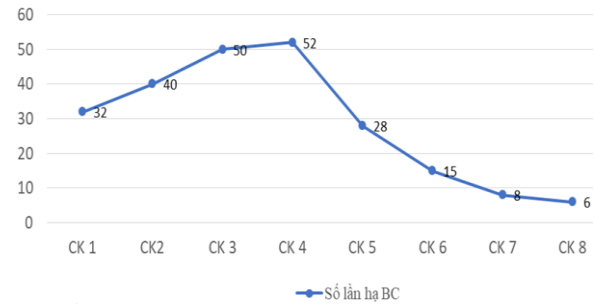
Liên quan giữa mức độ hạ bạch cầu xét nghiệm và lâm sàng



Biểu đồ 1: Môi liên quan giữa mức độ hạ bạch cầu trên xét nghiệm và lâm sàng

Nhận xét: Không ghi nhận tình trạng nhiễm khuẩn trên lâm sàng ở bệnh nhân hạ bạch cầu độ 1; Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng ở bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 và 4 lần lượt là 38% và 90%.

Liên quan giữa hạ bạch cầu và chu kỳ hóa chất



Biểu đồ 2: Liên quan giữa hạ bạch cầu và chu kỳ hóa chất

Nhận xét: Trong 231 chu kỳ có hạ bạch cầu ở 560 lần truyền hóa chất trên 70 bệnh nhân cho thấy:

- Hạ bạch cầu hay gặp nhất vào chu kỳ thứ 2, 3, 4 của liệu trình điều trị trong đó cao nhất ở chu kỳ thứ 4.
- Ở chu kỳ 1 hạ bạch cầu ở mức trung bình
- Các chu kỳ thứ 5, 6, 7, 8 tỷ lệ hạ bạch cầu thấp hơn và thấp nhất ở chu kỳ 8.

Bảng 3. Độc tính trên gan, thận

Độc tính	Tổng (%)	ĐỘ 1 (%)	ĐỘ 2 (%)	ĐỘ 3 (%)	ĐỘ 4 (%)
AST	14.3	10.7	3.6	0	0
ALT	16.1	13.4	2.7	0	0
Creatinin	10	7.2	2.8	0	0

Nhận xét: Độc tính trên gan thận ít, chủ yếu độ 1 và độ 2, không ghi nhận bệnh nhân có độc tính độ 3 và 4.

Bảng 4. Độc tính trên gan của 2 nhóm HBsAg (+) với nhóm HBsAg (-)

	Số bệnh nhân	Số lần tăng men gan	Tỷ lệ %
HbsAg (+)	12	15/96	15.7
HbsAg (-)	58	65/464	14

P= 0.036

Nhận xét: 12 bệnh nhân có HbsAg (+) có 15 lần tăng men gan trong tổng số 96 lần điều trị hóa chất chiếm tỷ lệ 15.7%. 58 bệnh nhân có HbsAg (-) có 65 lần tăng men gan trong tổng số 464 lần điều trị chiếm 14%. Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ tăng men gan ở 2 nhóm có HbsAg âm tính và dương tính.

Bảng 5. Độc tính khác

Độc tính	Tổng (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Tiêu chảy	19	12.5	5	1.5	0
Hội chứng bàn tay bàn chân	14.7	8	4.5	2.2	0
Độc tính thần kinh ngoại vi	52.5	40	10	2.5	0

Nhận xét: Độc tính thần kinh ngoại biên thường gặp nhất với tỷ lệ 52.5%. Đau bụng thượng vị, buồn nôn, nôn, viêm miệng, rụng tóc ghi nhận lần lượt 2.5%; 8%; 4%; 7%.

IV. BÀN LUẬN

Capecitabine là chất chống ung thư nhóm chống chuyển hóa ức chế quá trình tổng hợp acid folic; Oxaliplatin thuộc nhóm platinum có vai trò ức chế quá trình phiên mã tác động đến các tế bào phân chia mạnh như tế bào ung thư và các tế bào lành như tế bào máu trong tủy xương, nang tóc, tế bào niêm mạc miệng, đường tiêu hóa, sinh dục gây ra các tác dụng phụ trong quá trình điều trị.

Độc tính trên hệ tạo huyết của phác đồ XELOX thấp, tỷ lệ hạ bạch cầu, thiếu máu, hạ tiểu cầu lần lượt là 41,3%; 20% và 5.7% chủ yếu ở độ 1 và 2. Trong đó, có 3 bệnh nhân phải truyền hồng cầu khối, các bệnh nhân còn lại được quản lý bằng các thuốc hỗ trợ như sắt, VTM B12, kích hồng cầu bằng erythropoietin đem lại hiệu quả. Tác giả Lu GC và cộng sự (2010) cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu mọi độ là 40%, độ 3-4 là 14.3%⁴; tác giả Soon Il Lee và cộng sự (2011) cho kết quả tương ứng là 38% và 14.1% tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi⁵. Hạ bạch cầu hay gặp nhất vào chu kỳ thứ 2, 3 và 4 của liệu trình điều trị trong đó chu kỳ thứ 4 hay gặp nhất và giảm dần vào các chu kỳ sau đó (Biểu đồ 2). Nguyên nhân có thể do hóa chất tích lũy dần sau nhiều lần truyền hóa chất nên hạ nặng nhất vào chu kỳ thứ 4 sau đó cơ thể dần thích nghi. Lu GC (2010) và Diao C (2008) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ hạ bạch cầu cao nhất ở chu kỳ thứ 3 và thứ 4 sau đó giảm dần⁶. Hạ bạch cầu độ 1 và 2 trong nghiên cứu của chúng tôi thường không có biểu hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng ở bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 và 4 lần lượt là 38% và 90% (Biểu đồ 1). Trong đó, nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (tiêu chảy) là vị trí nhiễm khuẩn thường gặp nhất. Do đó, dự phòng hạ bạch cầu trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao như tuổi cao, nhiều bệnh phối hợp, đã điều trị hóa chất trước đó, xạ trị

vào vùng chậu... là rất quan trọng. Tỷ lệ hạ tiểu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi ít, không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu độ 3 và 4, thường tự hồi phục.

Tỷ lệ tăng SGOT và SGPT lần lượt là 14.3% và 16.1%, chủ yếu là độ 1 và độ 2, không ghi nhận độc tính độ 3 và độ 4. Tỷ lệ tăng men gan của 2 nhóm HbsAg dương tính và âm tính không có sự khác biệt với tỷ lệ lần lượt là 15,7% và 14%. Thực tế trên lâm sàng, với bệnh nhân HbsAg dương tính đều được làm xét nghiệm HbeAg. Nếu xét nghiệm HbeAg âm tính chứng tỏ virus không hoạt động, bệnh nhân sẽ được điều trị thuốc hóa chất phối hợp thuốc kháng virus hàng ngày trong 1 năm. Nếu xét nghiệm HbeAg dương tính, bệnh nhân sẽ được điều trị thuốc kháng virus đến khi bệnh ổn định mới bắt đầu điều trị hóa chất. Do đó, tỷ lệ tăng men gan trên 2 nhóm HbsAg dương tính và âm tính không có sự khác biệt.

Cisplatin là thuốc độc tế bào nhóm platinum gây độc thận cấp. Sự thay đổi trong cấu trúc của platinum thế hệ 2 -oxaliplatin giúp cải thiện rõ rệt, độc tính trên thận giảm đáng kể, chủ yếu gặp độ 1 và độ 2, không ghi nhận độc tính độ 3 và độ 4.

Nôn và buồn nôn chiếm tỷ lệ 8.1% và 5.2%. Theo nghiên cứu NO16966 (2011), tỷ lệ nôn và buồn nôn mọi mức độ là 71% trong đó độ 3, 4 là 8%⁷. Haller (2011) nghiên cứu trên đối tượng sử dụng capecitabine cũng cho thấy tỷ lệ nôn và buồn nôn là 40%⁸. Schnomoll (2011) nghiên cứu độc tính phác đồ XELOX trên 938 bệnh nhân cho thấy 38% nôn và buồn nôn mọi mức độ⁹. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do chúng tôi sử dụng liều thuốc hóa chất thấp hơn (40% bệnh nhân sử dụng liều hóa chất <90% liều chuẩn), phù hợp với thể trạng của người Việt Nam cũng như vai trò của việc dự phòng nôn cho bệnh nhân truyền hóa chất là rất quan trọng.

20% bệnh nhân có biểu hiện tiêu chảy, chủ yếu gặp độ 1 và 2. 1.5% bệnh nhân ghi nhận tiêu chảy độ 3. Quản lý tiêu chảy bằng

loperamid, bù nước điện giải bằng oresol cho kết quả tốt. Không có bệnh nhân nào phải dừng điều trị. Lu GC (2010) cũng ghi nhận 35% bệnh nhân tiêu chảy ở mọi mức độ⁴. Hội chứng bàn tay bàn chân (HFS) ghi nhận ở 15% các trường hợp. Độ 1 chiếm 8%, độ 2 là 4.5% và độ 3 gặp ở 2.5%.

Độc tính thần kinh ngoại vi gặp ở 52.5% trong đó 40% độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 10% và 2.5%. Các triệu chứng như loạn cảm, dị cảm đầu chi thường khởi phát do lạnh, các biểu hiện rối loạn cảm giác vùng hầu họng, cơ cứng hàm. Triệu chứng tăng nặng lên sau khi tiếp xúc với lạnh. Argyriou (2012) cũng ghi nhận 60.2% bệnh nhân có độc tính ngoại vi sau khi truyền oxaliplatin¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX cho bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III là phương pháp điều trị an toàn. Độc tính thần kinh ngoại vi là độc tính tích lũy của Oxaliplatin và Capecitabine thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 52.5% chủ yếu độ 1,2 và là một yếu tố cần cân nhắc khi lựa chọn điều trị kéo dài. Các độc tính khác dễ dàng quản lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. Eur J Cancer. 2018;103:356-387. doi:10.1016/j.ejca.2018.07.005
2. M.B Amin et al. Colon and Rectum. In: AJCC Cancer Staging Manual, Eight Edition. ; 2017:251-274.
3. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) | Protocol Development |

4. CTEP. Accessed September 20, 2020. https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_50.
5. Lu G chun, Fang F, Li D chuan. [Efficacy and toxicity analysis of XELOX and FOLFOX4 regimens as adjuvant chemotherapy for stage III colorectal cancer]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2010;32(2):152-155.
6. Lee SI, Park SH, Lim DH, et al. A Retrospective Study of First-Line Combination Chemotherapy in Advanced Colorectal Cancer: A Korean Single-Center Experience. Cancer Res Treat. 2011;43(2):96-101. doi:10.4143/crt.2011.43.2.96
7. Diao C, Cheng RC, Zhang JM, et al. [Clinical observation of XELOX (Capecitabine plus Oxaliplatin): an adjuvant chemotherapy regimen used in stage III colorectal cancer]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2008;30(2):147-150.
8. Tyagi P, Grothey A. Commentary on a phase III trial of bevacizumab plus XELOX or FOLFOX4 for first-line treatment of metastatic colorectal cancer: the N016966 trial. Clin Colorectal Cancer. 2006;6(4):261-264. doi:10.3816/CCC.2006.n.044
9. Haller DG, Tabernero J, Maroun J, et al. Capecitabine plus oxaliplatin compared with fluorouracil and folinic acid as adjuvant therapy for stage III colon cancer. J Clin Oncol. 2011; 29(11):1465-1471. doi:10.1200/JCO.2010.33.6297
10. Schmoll HJ, Cartwright T, Tabernero J, et al. Phase III Trial of Capecitabine Plus Oxaliplatin As Adjuvant Therapy for Stage III Colon Cancer: A Planned Safety Analysis in 1,864 Patients. JCO. 2007; 25(1):102-109. doi:10.1200/JCO.2006.08.1075
11. Argyriou AA, Velasco R, Briani C, et al. Peripheral neurotoxicity of oxaliplatin in combination with 5-fluorouracil (FOLFOX) or capecitabine (XELOX): a prospective evaluation of 150 colorectal cancer patients. Annals of Oncology. 2012;23(12):3116-3122. doi:10.1093/annonc/mds208

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO KẾT HỢP CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC TRÊN CÙNG MỘT VỊ TRÍ

Trần Tất Thắng¹, Phạm Văn Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco kết hợp cắt bè cùng giác mạc trên cùng một vị trí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 53 mắt được chẩn đoán glôcôm có kèm đục thể thủy tinh được chỉ định phẫu thuật phaco, đặt thể thủy tinh nhân tạo phối hợp cắt bè cùng giác mạc cùng một vị trí từ tháng 02/2021

đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện Nghệ An; **Kết quả.** Tất cả các trường hợp phẫu thuật cho kết quả tốt chiếm tỷ lệ 98,1%, 1 trường hợp cho kết quả đạt chiếm tỷ lệ 1,9%. Thị lực cải thiện 100% ở các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật, nhãn áp điều chỉnh chiếm 98,1%, có 1 trường hợp nhãn áp bán điều chỉnh chiếm tỷ lệ 1,9%, độ loạn thị trung bình sau phẫu thuật 3 tháng là $\bar{X} = 1,1872 \pm 0,7234$, hẹp thị trường chiếm tỷ lệ 18,9% tăng hơn thời điểm 1 tháng. Sau phẫu thuật sẹo bong loại 2 chiếm tỷ lệ 37,7%, sẹo bong loại 1 chiếm tỷ lệ 35,8%, sẹo bong loại 3 chiếm tỷ lệ 20,8%, loại 4 chiếm 5,7%, các biến chứng trong phẫu thuật có xé bao không liên tục và tổn thương mộng mắt chiếm tỷ lệ 15,1%, xuất huyết tiền phòng chiếm tỷ lệ 7,5%, rách bao sau và bong màng Descemet chiếm tỷ lệ 5,7%. Biến chứng sau phẫu

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023