

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ XELOX TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Mai Phương¹, Đỗ Anh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ XELOX trên bệnh nhân thư dạ dày giai đoạn muộn. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, được điều trị bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Phần lớn các BN trong nghiên cứu điều trị liều từ 85% đến 100%, chiếm 96,2% (n=50), trung bình mỗi BN được điều trị 7,06 chu kì. Hạ bạch cầu gặp ở 44,2% BN và chỉ gặp BN hạ bạch cầu độ 1, độ 2. Hạ bạch cầu trung tính (BCTT) chiếm 51,9% BN, chủ yếu là hạ BCTT độ 1-2, hạ bạch cầu độ 3 chiếm 9,6% BN. Thiếu máu chiếm 55,7% BN, hạ tiểu cầu ít gặp hơn ở 28,8% BN. Độc tính trên thận chiếm 9,6% BN, độc tính trên gan chiếm 27%-40,4% BN, và chỉ gặp BN tăng men gan độ 1, độ 2. Nôn và buồn nôn gặp ở 38,4% các trường hợp, tiêu chảy chiếm 23,1, mệt mỏi chiếm 40,3%, tuy nhiên đa phần ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Nhìn chung, bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn dung nạp tốt với phác đồ XELOX, phần lớn những tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết, gan thận, lâm sàng chỉ ở mức 1-2.

Từ khóa: ung thư dạ dày, giai đoạn muộn, XELOX, tác dụng không mong muốn

SUMMARY

EVALUATION OF SOME UNWANTED EFFECTS OF XELOX REGIMEN IN TREATMENT OF PATIENTS WITH LATE-STAGE GASTRIC CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Evaluate some side effects of the XELOX regimen in patients with late-stage gastric cancer. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 52 patients with a confirmed diagnosis of late-stage gastric cancer, no longer amenable to radical surgery, treated with the XELOX regimen at the hospital, at Vietnam National Cancer Hospital from June 2016 to March 2020. **Results:** The majority of patients in the study were treated with doses ranging from 85% to 100%, accounting for 96,2% (n=50), on average each patient was treated with a value 7,06 cycles. Leukopenia was found in

44,2% of patients and only in patients with grade 1 and 2 leukopenia. Leukopenia accounted for 51,9% of patients, mainly grade 1-2 leukopenia and grade 3 leukopenia, accounting for 9,6% of patients. Anemia accounts for 55,7% of patients. Thrombocytopenia is less common in 28,8% of patients. Kidney toxicity accounts for 9,6% of patients. Liver toxicity: accounts for 27%-40,4% of patients, and only occurs in patients with grade 1 and grade 2 liver enzyme elevations. Vomiting and nausea occur in 38,4% of cases, diarrhea accounts for 23,1, and fatigue accounts for 40,3%, but most of it is at a mild level.

Conclusion: In general, patients with late-stage gastric cancer tolerated the XELOX regimen well, most of the unwanted effects on the hematopoietic system, liver, and kidney, and clinically were only at levels 1-2.

Keywords: Gastric cancer, late stages, XELOX regimen, side effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, UTDD đứng hàng thứ 4 về tỉ lệ mắc và đứng hàng thứ 3 về tỉ lệ tử vong.¹ Trong đó, 3/4 số bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định UTDD là ở giai đoạn muộn, chỉ 1/4 còn lại là còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Với UTDD giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, hóa trị toàn thân đã trở thành điều trị tiêu chuẩn. Mục tiêu điều trị là kiểm soát triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Hóa trị nền tảng là nhóm Platinum hoặc Fluoropyrimidine kết hợp với một thuốc nhóm Anthracycline hay Taxane cho thấy hiệu quả trong cải thiện thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống so với chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần. Hiện nay, với sự ra đời của các thuốc mới có tỷ lệ đáp ứng cao, điều trị UTDD giai đoạn muộn có thêm nhiều lựa chọn với nhiều phác đồ phối hợp hiệu quả.

Theo NCCN 2022, sự kết hợp giữa nhóm platin và fluoropyrimidin, trong đó có phác đồ oxaliplatin – capecitabin (XELOX) là lựa chọn ưu tiên cho điều trị bước đầu UTDD giai đoạn muộn.² Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy hiệu quả cũng như tính an toàn của phác đồ XELOX. Tại Bệnh viện K, phác đồ này đã được sử dụng khá thường xuyên và đã có một vài nghiên cứu nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ trong điều trị UTDD giai đoạn muộn. Từ thực tế lâm sàng trên, chúng tôi tiến hành "Đánh giá một số tác

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

dụng không mong muốn của phác đồ XELOX trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại bệnh viện K”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - UTDD giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, được điều trị bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K từ tháng 6/2016 đến tháng 3/2020

- Bệnh nhân > 18 tuổi.
- Chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày với thể mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến dạ dày
- BN được chẩn đoán giai đoạn muộn: là các trường hợp di căn hoặc tái phát hoặc bệnh tiến triển tại vùng không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn theo tiêu chuẩn NCCN 2022.
- Có các tổn thương đích có thể đánh giá được theo tiêu chuẩn RECIST.
- Chưa được điều trị hóa chất trước đó kể từ khi phát hiện bệnh hoặc từ khi tái phát sau điều trị hỗ trợ.
- HER2 (-) hoặc bệnh nhân không đủ điều kiện dùng Trastuzumab vì lý do kinh tế hay sức khỏe.
- Chức năng các cơ quan trong giới hạn cho phép điều trị được hóa chất (Bạch cầu trung tính $\geq 1500/mm^3$, tiểu cầu $\geq 100000/mm^3$, creatinine $\leq 1,5mg/dL$, bilirubin TP $\leq 2.0 mg/dL$, AST/ALT $\leq 2,5$ lần giới hạn trên).

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đạt các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

- Có di căn não
- Có tổn thương hạch rốn gan gây tắc mật.
- Có bệnh ung thư khác kèm theo
- Có các bệnh lý nội khoa nặng khác.
- Mẫn cảm với thuốc oxaliplatin hoặc capecitabine. Hay có tiền sử dị ứng nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p \cdot \Sigma)^2}$$

Trong đó: + n: Số bệnh nhân tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu

+ $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn độ tin cậy 95%, tra bảng Z = 1,96

+ p: tỷ lệ đáp ứng với phác đồ XELOX ở những BN UTDD giai đoạn muộn theo theo các nghiên cứu trước $p=0,42$.³

+ ϵ : giá trị tương đối, thường được chọn từ 0,1-0,4. Chọn $\epsilon = 0,15$.

Ước tính cỡ mẫu tối thiểu n = 42 bệnh nhân.

- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

2.3. Tiến hành điều trị

- BN đủ tiêu chuẩn được tiến hành điều trị hóa chất phác đồ XELOX

Oxaliplatin 130 mg/m² truyền tĩnh mạch (trong 2 giờ) 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, ghi nhận và xử trí các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị. (Giảm liều và ngưng thuốc theo hướng dẫn. Xử trí tác dụng phụ theo hướng dẫn).

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

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

+ Nếu bệnh tiến triển trong quá trình điều trị hoặc độc tính không chấp nhận được thì sẽ chuyển sang kế hoạch điều trị mới.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên của chúng tôi tiến hành trên 52 bệnh nhân, với tuổi trung bình là 63,8 tuổi (42-75). Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 5,63 tháng. Phần lớn các BN trong nghiên cứu điều trị liều từ 85% đến 100%, chiếm 96,2% (n=50), trong đó 46,2% BN được điều trị bằng 100% liều chuẩn. Tổng số đợt hóa chất điều trị là 367 đợt, trung bình mỗi BN được điều trị 7,06 đợt. Có 7 BN điều trị 3-4 đợt, 12 BN điều trị 5-7 đợt và 33 BN điều trị đủ 8 đợt.

Bảng 1. Độc tính của hóa chất trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tổng
----------	------	------	------	------	------

	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Hạ BC	16	30,8	7	13,5	-	-	-	-	23	44,2
Hạ BCTT	14	26,9	8	15,4	5	9,6	-	-	27	51,9
Thiếu máu	23	44,2	6	11,5	-	-	-	-	29	55,7
Hạ TC	11	21,1	4	7,7	-	-	-	-	15	28,8

Nhận xét: Hạ bạch cầu gặp ở 44,2% BN và chỉ gặp BN hạ bạch cầu độ 1, độ 2. Hạ BCTT chiếm 51,9% BN, chủ yếu là hạ BCTT độ 1-2, hạ bạch cầu độ 3 chiếm 9,6% BN. Thiếu máu chiếm 55,7% BN, nhưng không có BN nào thiếu máu mức độ nặng. Hạ tiểu cầu ít gặp hơn ở 28,8% BN và cũng không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu độ 3-4.

Bảng 2. Độc tính của hóa chất trên gan, thận và chuyển hóa

Độc tính	ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ure	3	5,8	-	-	-	-	-	-
Creatinin	5	9,6	-	-	-	-	-	-
AST	17	32,7	4	7,7	-	-	-	-
ALT	11	21,2	3	5,8	-	-	-	-
Bilirubin	5	9,6	-	-	-	-	-	-
Glucose	6	11,5	-	-	-	-	-	-

Nhận xét: Độc tính trên thận chiếm 9,6% BN. Độc tính trên gan: chiếm 27%-40,4% BN, và chỉ gặp BN tăng men gan độ 1, độ 2. Tăng bilirubin ít gặp và ở mức độ nhẹ là 9,6%. Độc tính trên chuyển hóa (tăng nồng độ glucose máu) ở mức độ nhẹ và chiếm 11,5%.

Bảng 3. Các tác dụng phụ trên lâm sàng

Tác dụng phụ	ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Buồn nôn, nôn	16	30,7	4	7,7	0	0	-	-	20	38,4
Viêm miệng	3	5,8	-	-	-	-	-	-	3	5,8
Mệt mỏi	17	32,7	3	5,8	1	1,9	-	-	21	40,3
Tiêu chảy	7	13,5	4	7,7	1	1,9	-	-	12	23,1
Viêm TM	6	11,5	1	1,9	-	-	-	-	7	13,4
HFS	14	26,9	7	13,4	-	-	-	-	21	40,3
TK ngoại vi	20	38,5	5	9,6	-	-	-	-	25	48,1

HFS: Hội chứng bàn tay bàn chân; TM: tĩnh mạch; TK: thần kinh

Nhận xét: Triệu chứng thần kinh ngoại vi hay gặp chiếm 48,1%, trong đó chủ yếu là độ 1, 2, không gặp BN nào ở độ 3 và độ 4. Hội chứng bàn tay bàn chân chiếm 40,3% (n=21), chỉ gặp mức độ 1-2. Nôn và buồn nôn gặp ở 38,4% các trường hợp, chỉ ở mức độ nhẹ và vừa. Tiêu chảy chiếm 23,1%, trong đó có 1,9% BN tiêu chảy độ 3. Mệt mỏi chiếm 40,3%, tuy nhiên đa phần ở mức độ nhẹ. Các độc tính khác ít gặp và thường nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Hóa chất có tác dụng làm giảm thể tích khối u, ngăn chặn sự phát triển của khối u nhưng bản thân nó cũng gây độc với các tế bào bình thường của cơ thể, đặc biệt là những tế bào có tốc độ phân chia nhanh như tế bào niêm mạc đường tiêu hóa, da, các tế bào của hệ tạo huyết. Độc tính và hiệu quả của một phác đồ luôn đi song hành do đó người thầy thuốc luôn phải cân nhắc lựa chọn phác đồ cũng như liều thuốc trước khi điều trị cho từng người bệnh. Điều này càng được đặc biệt

quan tâm khi điều trị cho BN UTDD giai đoạn muộn (thời gian sống còn ngắn, trung bình thường không quá 1 năm theo các nghiên cứu trên thế giới) với mục tiêu kéo dài thời gian sống thêm phải đi kèm với nâng cao chất lượng sống cho BN. Chính yếu tố này đã ảnh hưởng tới việc lựa chọn phác đồ, liệu trình điều trị và đáp ứng của bệnh. Ở nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phác đồ xelox (bao gồm oxaliplatin và capecitabine), là một phác đồ mà NCCN khuyến cáo ưu tiên cho điều trị bước 1 UTDD giai đoạn muộn bởi tính hiệu quả và an toàn của nó.

Độc tính trên hệ tạo huyết của hóa chất là ức chế tủy xương gây giảm các dòng tế bào trong máu ngoại vi. Bạch cầu là loại tế bào có tốc độ phân chia nhanh nên dễ bị tác động bởi hóa chất. Kết quả của chúng tôi cho thấy độc tính trên huyết học chủ yếu là hạ bạch cầu và BCTT. Hạ bạch cầu gặp ở 44,2% BN, trong đó độ 1 chiếm 30,8%, độ 2 chiếm 13,5% và không có BN nào hạ bạch cầu độ 3, độ 4. Hạ BCTT gặp ở

51,9% BN, trong đó độ 1-2 chiếm 42,3%, độ 3 chỉ chiếm 9,6% BN và không gặp BN nào hạ BCTT độ 4. Đây là dấu hiệu cần lưu ý vì hạ BCTT nặng có thể gây ra sốt hạ bạch cầu, là một biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào tử vong liên quan đến điều trị, có 1 BN (1,9%) có sốt hạ bạch cầu. Kết quả này cũng gần với kết quả của Tingsong Yang với hạ bạch cầu gặp trong 47,3% các BN (độ 1-2 chiếm 41,9%, độ 3 chiếm 5,4%); hạ BCTT gặp ở 43,3% BN (độ 1-2 chiếm 36,5%, độ 3-4 chỉ chiếm 6,8%).³ Nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn cho thấy tỉ lệ hạ bạch cầu là 42,5% và chỉ gặp ở mức độ nhẹ hoặc vừa; hạ BCTT độ 3 chỉ chiếm 11,5%.⁴

Thiếu máu cũng thường gặp với tỷ lệ 55,7% và độc tính này chỉ gặp ở mức độ nhẹ và vừa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những BN có biểu hiện thiếu máu đều được chăm sóc nâng cao thể trạng, không có BN nào phải truyền máu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn về phác đồ XELOX, tỉ lệ thiếu máu là 69,4%⁴, nghiên cứu của Park Y.H tỉ lệ thiếu máu là 70%, chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa.⁵ Chúng tôi cho rằng thiếu máu ngoài nguyên nhân do độc tính của hóa chất còn là hậu quả của tình trạng xuất huyết trước khi vào viện, của phẫu thuật và tình trạng rối loạn hấp thu dinh dưỡng. Bằng chứng là trước điều trị hóa chất đã có tới 13,5% BN có thiếu máu. Như vậy, tỷ lệ thiếu máu không phản ánh hoàn toàn do tác dụng phụ của phác đồ và tỉ lệ này có sự khác nhau giữa các nghiên cứu bởi các nhóm đối tượng của các nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau. Hạ tiểu cầu gặp ở 28,8% các trường hợp và chỉ gặp hạ tiểu cầu độ 1-2. Kết quả này tương tự với kết quả của Y H Park với phác đồ XELOX cho UTDD hạ tiểu cầu độ 1-2 chiếm 25%⁵; nghiên cứu của Nguyễn Khánh Toàn hạ tiểu cầu độ 1-2 chiếm 26,9% và đều không có hạ độ 3-4.⁴

Độc tính ngoài hệ tạo huyết thường gặp là các độc tính trên gan, thận và chuyển hóa (trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá nguy cơ rối loạn tăng đường huyết do hóa chất). Độc tính trên thận nói chung ít gặp và chỉ gặp ở mức độ nhẹ (9,6% có tăng creatinine và 5,8% có tăng ure), không có trường hợp nào xuất hiện độc tính nặng. Kết quả này là do trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng oxaliplatin thay vì cisplatin với mức độ gây độc cho thận thấp hơn đáng kể.

Độc tính trên gan thường gặp hơn, đặc biệt là tăng men gan với tỷ lệ (ALT-AST) 27% -

40,4% và chỉ gặp ở mức độ nhẹ và vừa. Kết quả này tương tự với kết quả của Tô Như Hạnh là tăng men gan chiếm 29,3-35,5% trong đó có 1 BN tăng men gan độ 3.⁶ Rối loạn chuyển hóa đường ít gặp và cũng chỉ ở mức độ nhẹ. Các nghiên cứu về điều trị hóa chất cho UTDD trong và ngoài nước nói chung cũng ít nhắc tới các độc tính trên gan, thận và chuyển hóa.

Trong các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, chúng tôi quan tâm nhiều đến độc tính thần kinh ngoại vi và hội chứng chân tay (Hand-Foot syndrome). Đây là 2 độc tính giới hạn liều của phác đồ. Hội chứng bàn tay-bàn chân (HFS): Còn được gọi là hồng ban dị cảm gan bàn tay-gan bàn chân (PPE). Đây cũng là một tác dụng phụ hay gặp ở những BN điều trị với capecitabine. Các bệnh nhân xuất hiện HFS trong quá trình điều trị đều có biểu hiện dị cảm ở gan bàn tay và gan bàn chân, đen móng, kẽ tay, da bàn tay, bàn chân sạm đen, sau đó tiến triển đau rát và nổi ban đỏ đối xứng, ranh giới rõ. Có thể gặp phỏng nước, tróc vảy hoặc nứt chảy máu nếu không được kiểm soát tốt. Bàn tay thường bị ảnh hưởng nhiều hơn bàn chân. Giảm liều hoặc dùng điều trị thường làm giảm các triệu chứng mà không gây các biến chứng lâu dài. Tuy nhiên, HFS có thể ảnh hưởng tới các hoạt động thường ngày, đặc biệt khi các triệu chứng phỏng rộp, bong tróc vảy, đau nặng hay loét xuất hiện. Mặc dù HFS không nguy hiểm tới tính mạng, nhưng là một tình trạng tổn thương da ảnh hưởng tới bàn tay và bàn chân, nó có thể gây những rối loạn có ý nghĩa và ảnh hưởng tới chức năng, có thể làm giảm chất lượng sống ở những BN điều trị hóa chất. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HFS là một độc tính thường gặp ở những BN được điều trị với capecitabine, chiếm 40,3% các trường hợp (n=21) và đều ở mức độ nhẹ và vừa. Kết quả này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước về phác đồ Xelox. Theo Nguyễn Thị Vượng, tỉ lệ gặp hội chứng bàn tay chân là 47,6% và chỉ gặp ở độ 1-2, không có trường hợp nào bị độ 3-4.⁷ Nghiên cứu của Park Y.H cho thấy hội chứng bàn tay chân gặp ở 39% BN, chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa.⁵

Độc tính thần kinh ngoại vi: Gặp ở 48,1% các trường hợp. Đây là độc tính chủ yếu của nhóm platin, đa phần biểu hiện dị cảm và tê bì đầu chi và là độc tính giới hạn liều của thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng phụ này gặp hầu hết ở mức độ nhẹ, không cần can thiệp nội khoa, không làm gián đoạn điều trị hoá chất. Tuy nhiên, khi liên lạc hoặc khám lại bệnh

nhân, chúng tôi thấy triệu chứng này còn kéo dài vài tháng sau khi ngừng thuốc. Thông tin này phù hợp với các nghiên cứu về dược động học của thuốc oxaliplatin đã được công bố.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn dung nạp tốt với phác đồ XELOX, phần lớn những tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết, gan thận, lâm sàng chỉ ở mức 1-2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries - Sung - 2021 - CA: A Cancer Journal for Clinicians
2. **Gastric Cancer,** Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology in: Journal of the

- National Comprehensive Cancer Network Volume 20 Issue 2 (2022).
3. **Yang T, Shen X, Tang X, et al.** Phase II trial of oxaliplatin plus oral capecitabine as first-line chemotherapy for patients with advanced gastric cancer. *Tumori.* 2011;97(4):466-472.
4. **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. p 38
5. **Park YH, Lee JL, Ryou 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.
6. **Tô Như Hạnh** (2012). Đánh giá kết quả hóa trị liệu phác đồ EOX cho ung thư dạ dày giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Vượng.** Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2013.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng¹, Trương Văn Cường², Dương Trọng Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng (DD-TT) tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ T1/2019 đến T12/2022, 12 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày - tá tràng và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình nghiên cứu là $59,8 \pm 19,1$, chủ yếu gặp ở lứa tuổi 50-79, tỷ lệ nam/nữ là 2,0. Tỷ lệ ngành nghề hay gặp là nhóm lao động trí óc chiếm 42,1%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đại tiện phân đen và đau bụng thượng vị chiếm 91,6%. Tỷ lệ chảy máu tái phát của nhóm phẫu thuật là 8,3%. Thời gian tái phát chảy máu thường gặp nhất trước 72 giờ, chiếm 81,8% ở nhóm phẫu thuật. Tổn thương hay gặp ở nhóm phẫu thuật là ổ loét forrest IB (41,6%), vị trí ở bờ cong nhỏ (66,7%) và mặt trước hành tá tràng (77,8%), kích thước ổ loét > 2cm (88,9%). Có 4 phương pháp phẫu thuật được tiến hành lần lượt là cắt 2/3 dạ dày (63,6%), khâu cầm máu kèm cắt dây X (27,3%), cắt bỏ ổ loét (9,1%). Tỷ lệ tử vong của phương pháp phẫu thuật là 1/12

(8,3%). Biến chứng sau mổ gặp nhiều nhất là rò móm tá tràng (27,3%), loét tái phát (18,2%), chảy máu tái phát (9,1%). Thời gian nằm viện trung bình của phương pháp phẫu thuật là 10,67 ngày. **Kết luận:** XHTH do loét DD-TT là biến chứng nặng và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng của bệnh lý loét DD-TT. Phẫu thuật trong XHTH có tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng nặng, nhiều nhất là rò móm tá tràng, thời gian nằm viện kéo dài.

SUMMARY

OUTCOMES SURGERY OF UPPER GASTROTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT VIETDUC HOSPITAL

Study aims: Description of the clinical, paraclinical characteristics and evaluate treatment of gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers at Viet Duc Hospital. **Patient and Method:** This was a retrospective descriptive study from January 2019 to December 2022, including 12 patients diagnosed with upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers and treated at Viet Duc Hospital. **Results:** The mean age of the study was $59,8 \pm 19,1$ years, with a peak incidence in the age group of 50-79 years, a male/female ratio of 2,0. The most common occupation was white-collar workers, accounting for 42.1%. The most common clinical symptom was black stool and upper abdominal pain, accounting for 91,6%. A total of 24.7% of patients requiring intervention had symptoms of shock due to blood loss on admission. The most common time of recurrent bleeding was before 72 hours, accounting

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024