

kiểm soát bệnh đáng kể. Cụ thể là:

- 63,7% bệnh nhân kiểm soát được các triệu chứng cơ năng.
- Đánh giá đáp ứng theo RECIST, tỉ lệ kiểm soát được bệnh chiếm 67,4% trong đó 5,5% đáp ứng hoàn toàn, 27,3% đáp ứng một phần, 34,6% bệnh nhân đạt bệnh ổn định
- Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết: Giảm hồng cầu độ 4 chỉ chiếm 1,3%. Giảm bạch cầu trung tính độ 4 là 5,9%. Độc tính trên gan, thận ít gặp, chủ yếu là độ 1 và độ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Thơ và CS (2005)**, Một số đặc điểm dịch tễ học của ung thư đường mật, Y học Việt Nam, tháng 5, tập 310, tr.120-126.
2. **Nguyễn Quang Nghĩa, Đoàn Thanh Tùng, Nguyễn Tiên Quyết, (2004)**, Chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư đường mật trong gan, Y học Việt Nam. 304, tr.149-159.
3. **Đoàn Thanh Tùng, Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Tiên Quyết (2005)**, Nghiên cứu các yếu

tổ ảnh hưởng đến thời gian sống sau phẫu thuật bệnh nhân ung thư đường mật trong gan, Y học Việt Nam Số đặc biệt tháng 5, tr.110-119.

4. **Nguyễn Tiên Quyết (2005)**, Kết quả điều trị ung thư đường mật ngoài gan, Tạp chí Y Học Việt Nam. 310, tr.5.
5. **Nguyễn Thị Bích Phượng**, "Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bệnh nhân ung thư đường mật không còn khả năng phẫu thuật", luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú chuyên ngành ung thư 2015
6. **T. Okusaka et al (2010)**, Gemcitabine alone or in combination with cisplatin in patients with biliary tract cancer: a comparative multicentre study in Japan, Br J Cancer. 103(4), tr. 469-74.
7. **J.Dierks et al (2017)**, Effective treatment of advanced biliary tract carcinoma using 5-fluorouracil continuous infusion with cisplatin, Ann Oncol. 9(6), tr. 653
8. **J. W. Valle et al (2009)**, Gemcitabine alone or in combination with cisplatin in patients with advanced or metastatic cholangiocarcinomas or other biliary tract tumours: a multicentre randomised phase II study - The UK ABC-01 Study, Br J Cancer. 101(4), tr. 621-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ FOLFOX4 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Bùi Thị Phương Thu¹, Đỗ Huyền Nga²

AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives:To evaluate the results and the side-effects of the FOLFOX4 regimen in adjuvant treatment of the colon cancer at Thanh Nhan hospital. **Objects and methods:** Retrospective description of 43 adenocarcinoma colorectal cancer patients were treated with FOLFOX4 regimen at Thanh Nhan hospital from January 2015 to December 2018. **Results:**the 3-years disease-free survival (DFS) was 79,1%, the overall survival (OS) was 88,4%. The side-effects were general at the grade of 1-2, while there was only 14,0% at the grade of 3-4. The side-effects were manageable. **Conclusion:**The FOLFOX4 regimen in adjuvant chemotherapy was highly effective in the colon cancer treatment. The side-effects were manageable during the treatment process using FOLFOX regimen.

Key word: FOLFOX4, colorectal, efficacy and safety.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ FOLFOX4 trong điều trị bổ trợ ung thư đại tràng (UTĐT) tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 43 bệnh nhân UTĐT đã được phẫu thuật triệt căn, xếp giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III được hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 79,1%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ là 88,4%. Tác dụng không mong muốn thường ở mức độ 1-2, chỉ 14,0% độc tính ở độ 3-4, tác dụng phụ có thể kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ FOLFOX4 có hiệu quả điều trị cao và độc tính có thể kiểm soát được trong điều trị bổ trợ UTĐT.

Từ khóa: FOLFOX4, đại tràng, hiệu quả và an toàn

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH FOLFOX4 REGIMEN IN COLON CANCER

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương Thu

Email: Thuphuongbui.tb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 23.8.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một bệnh hay gặp ở các nước phát triển, và đang có xu hướng tăng lên ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam ước tính năm 2020 trên cả nước có khoảng 6.448 người mới mắc đứng hàng thứ 5 ở cả hai giới, trong đó tỷ lệ mắc của nam đứng thứ 4 và nữ đứng hàng thứ 3¹. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng chứng minh được lợi ích của hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật đối với UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn

III. Thử nghiệm lâm sàng MOSAIC, so sánh hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX với phác đồ FUFA trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, kết quả sống thêm không bệnh 3 năm là 78,2% (FOLFOX) và 72,9% (FUFA), $p=0,002^2$. Tại bệnh viện Thanh Nhàn đã tiến hành điều trị hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 cho bệnh UTĐT từ năm 2015, đã cải thiện thời gian sống thêm không bệnh cũng như thời gian sống thêm toàn bộ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu điều trị hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 cho UTĐT sau phẫu thuật với mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ FOLFOX4 trong điều trị bổ trợ UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 43 bệnh nhân UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III được hóa trị tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN chẩn đoán UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III theo UJCC (2018)

Bệnh nhân UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao có một trong các yếu tố: (1) Ung thư biểu mô kém biệt hóa; (2) Có biến chứng do u như tắc ruột hoặc thủng ruột; (3) U T4; (4) U xâm lấn mạch lympho, mạch máu trên vi thể; (5) Số lượng hạch lấy được để làm mô bệnh học ít hơn 12 hạch.

- Điều trị hóa chất bổ trợ với phác đồ FOLFOX4, ít nhất 8 chu kỳ.

- Điểm toàn trạng PS = 0-1.

- Chức năng gan thận, huyết học trong giới hạn cho phép để điều trị hóa chất.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Theo dõi sau điều trị đến khi bệnh nhân tử vong hoặc hết thời hạn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không phù hợp các tiêu chuẩn trên.

- Đang mắc bệnh phổi hợp nặng: bệnh tim mạch, rối loạn tâm thần, ung thư khác đang tiến triển.

- Mắc bệnh ung thư khác trước đó.

- Bệnh nhân bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Các bước tiến hành:

- Lập bảng thu thập số liệu.

- Tiến hành chọn bệnh nhân: theo tiêu chuẩn lựa chọn.

- Thu thập thông tin: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, đặc điểm giải phẫu bệnh khối u.

- Điều trị: hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 Oxaliplatin 85mg/m² truyền tĩnh mạch với Glucose 5% ngày 1.

Levovovorin 200mg/m² truyền tĩnh mạch với Glucose 5%/NaCl 0,9% ngày 1,2.

5FU 400mg/m² truyền tĩnh mạch trong 2h với Glucose 5%/NaCl 0,9% ngày 1,2.

5FU 600mg/m² truyền tĩnh mạch trong 22h với Glucose 5%/NaCl 0,9% ngày 1,2.

Chu kỳ 14 ngày x 12 chu kỳ. Ghi nhận các tác dụng không mong muốn. Hoàn thành tối thiểu 8 chu kỳ, theo dõi tái khám định kỳ tại phòng khám của bệnh viện mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu.

Đánh giá kết quả điều trị: Tái phát, tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm, sống thêm toàn bộ, các tác dụng không mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả điều trị

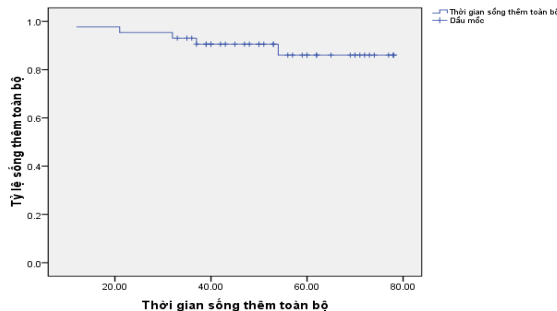
Bảng 3. Kết quả điều trị

	Bệnh nhân	Tỉ lệ
Kết quả điều trị	(n=43)	100%
Sống không bệnh	34	79,1
Sống có bệnh	4	9,3
Tử vong	5	11,6
Tái phát, di căn đầu tiên	(n=9)	20,9%
Gan	5	55,6
Phổi	2	22,2
Ổ bụng	1	11,1
Vết mổ	1	11,1

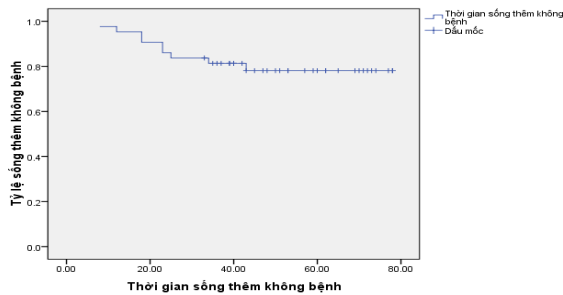
Nhận xét: Thời điểm kết thúc nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong do tái phát, vị trí tái phát đầu tiên gặp cao nhất là gan chiếm 55.6%.

Bảng 4. Phân bố tỉ lệ và thời gian sống thêm theo tháng

Kết quả	n	Tỉ lệ	TB (tháng)
Sống thêm không bệnh 3 năm	34	79,1	66,1±3,6
Sống thêm toàn bộ	38	88,4	71,9±2,9



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ

**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh****3.2 Độc tính hóa trị****Bảng 5. Độc tính trên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm mạc**

Độc tính (n=43)	Độ 1-2	Độ 3-4	Tổng
Buồn nôn, nôn	27(62,8%)	2 (4,7%)	29(67,5%)
Ỉa chảy	1 (2,3%)	0	1(2,3%)
Viêm loét miệng	2 (4,7%)	0	2(4,7%)
Đau thương vị	1 (2,3%)	0	1(2,3%)
Viêm TK ngoại vi	10(23,2%)	0	10(23,2%)
Hội chứng tay, chân	11 (25,6%)	0	11 (25,6%)

Nhận xét: Độc tính trên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm mạc chủ yếu ở độ 1-2; 4,7% bệnh nhân có độc tính ở độ 3-4.

Bảng 6. Độc tính trên hệ tạo huyết, gan, thận

Độc tính	Độ 1-2	Độ 3-4	Tổng
Giảm bạch cầu hạt	18 (41,9%)	4 (9,3%)	22 (51,2%)
Giảm bạch cầu có sốt	2 (4,7%)	0	2 (4,7%)
Giảm huyết sắc tố	9 (20,9%)	0	9 (20,9%)
Giảm tiểu cầu	10(23,3%)	0	10(23,3%)
Tăng SGOT/SGPT	13 (30,2%)	0	13 (30,2%)
Tăng Ure/Creatinin	1 (2,3%)	0	1 (2,3%)

Nhận xét: Độc tính trên hệ tạo huyết chủ yếu ở độ 1-2, độ 3-4 chỉ có 9,3%. Độc tính trên gan thận chủ yếu ở độ 1-2; không gặp độ 3-4.

IV. BÀN LUẬN

Số lượng bệnh nhân nghiên cứu là 43 bệnh nhân. Thời gian nghiên cứu trung bình là 53,3 tháng. Thời gian theo dõi trung bình của 1 số nghiên cứu như của tác giả Andre T. là 37,9 tháng², tác giả Võ Văn Kha (2016) là 40,6 tháng³, tác giả Từ Thị Thanh Hương (2019) là 59,2 tháng⁴. Tỷ lệ và thời gian theo dõi của chúng tôi đủ để đánh giá kết quả điều trị. Trong nghiên cứu số bệnh nhân còn sống không bệnh là 34 chiếm 79,1%, 3 trường hợp tái phát di căn

chiếm 9,3%, 5 trường hợp tử vong chiếm 11,6%. Trong số bệnh nhân tái phát, di căn thì vị trí xuất hiện đầu tiên gặp nhiều nhất là gan chiếm 55,6%. Theo Andre T. tỷ lệ tái phát, di căn của UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và III sau hóa trị phác đồ FOLFOX là 21,1%, phác đồ FUFA là 26,1%². Tác giả Từ Thị Thanh Hương nghiên cứu bệnh nhân UTĐT giai đoạn III điều trị hỗ trợ phác đồ FOLFOX tỷ lệ tái phát di căn là 26,4%, trong đó di căn gan chiếm đa số 39,3%⁴ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của tác giả tập trung ở giai đoạn III khối u có sự xâm lấn sâu và di căn hạch nhiều hơn. Gan là vị trí di căn thường gặp nhất. Phần lớn các tế bào ung thư theo tĩnh mạch cửa về gan, các tế bào ung thư sẽ bị giữ lại tại gan, còn số ít tế bào đến nơi khác.

Thời gian sống thêm. Nghiên cứu hóa trị hỗ trợ, một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả của phác đồ là kết quả về thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống thêm 3 năm không bệnh là 79,1%, có 4 bệnh nhân tái phát tại thời điểm theo dõi tháng, thời gian sống thêm không bệnh trung bình đạt 66,1 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 88,4%, có 5 bệnh nhân tử vong tại thời điểm theo dõi, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 71,9 tháng. Andre T. (2004) nghiên cứu 2,246 bệnh nhân UTĐT đã được phẫu thuật giai đoạn II, III điều trị phác đồ FOLFOX4 và nhóm điều trị phác đồ FU/FA. Kết quả theo dõi 37,9 tháng, tỷ lệ STKB 3 năm ở phác đồ FOLFOX 4 là 78,2% và FU/FA là 72,9% (p= 0,002). Tỷ lệ STTB 3 năm ở phác đồ FOLFOX 4 là 87,7% FU/FA là 86,6% (p>0,05)². Nghiên cứu Tsai YJ (2016) nghiên cứu 213 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX từ 7 đến 12 chu kỳ hóa chất; kết quả sống 5 năm STTB là 77,9% và 3 năm STKB là 76,7% với p=0,04 và p=0,048⁵. Tác giả Từ Thị Thanh Hương (2019) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III điều trị hỗ trợ phác đồ FOLFOX4, thời gian sống thêm 5 năm toàn bộ là 74,5%, sống thêm 3 năm không bệnh đạt 73,6%⁴. Tác giả Nguyễn Quang Thái (2002) nghiên cứu trên 203 bệnh nhân UTĐT được phẫu thuật giai đoạn 1992-1997 tại bệnh viện K, không điều trị hỗ trợ, sống thêm 5 năm toàn bộ cho các giai đoạn là 46,16%, sống thêm 5 năm toàn bộ cho nhóm bệnh nhân giai đoạn Duke B và Duke C là 53,28%. Điều này thể hiện vai trò quan trọng của hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật giúp cải thiện thời gian STKB cũng như STTB ở bệnh

nhân UTĐT giai đoạn II–III⁶.

Độc tính và các tác dụng không mong muốn là một phần đánh giá về kết quả điều trị của phác đồ. Chúng tôi ghi nhận các độc tính thường ở độ 1-2, chỉ có 9,3% bệnh nhân bị độc tính ở mức độ 3-4. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong do độc tính của hóa trị.

Độc tính lên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm mạc. Tỷ lệ nôn, buồn nôn thường gặp ở độ 1-2 chiếm 62,8% ít làm ảnh hưởng đến bệnh nhân, độ 3-4 chiếm 4,7%. Với các phác đồ chống nôn hiện nay tình trạng này thường được kiểm soát tốt. Chúng tôi thường sử dụng thuốc chống nôn thế hệ 2 ondansetron 8mg, một số trường hợp bệnh nhân cần điều trị thuốc chống nôn thế hệ 3 như palonosetron kết hợp với corticoid. Ía chảy gặp 2,3% chủ yếu ở độ 1, thường do 5 FU truyền tĩnh mạch nhanh gây ra. Bệnh nhân khi được xác định ỉa chảy do hóa trị được điều trị với loperamid 4mg thường có đáp ứng điều trị ngay. Không có trường hợp bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do độc tính ỉa chảy. Viêm loét miệng chỉ gặp 4,7% ở độ 1-2, bệnh nhân chỉ xuất hiện viêm niêm mạc nhẹ, loét miệng chiếm tỉ lệ thấp. Đau thượng vị là triệu chứng gây viêm niêm mạc dạ dày, chiếm tỉ lệ thấp chỉ có 2,3%. Các bệnh nhân thường gặp tác dụng không mong muốn trên hệ thần kinh ngoại vi như tê bì, cảm giác kim châm và đau vùng đầu chi. Tỷ lệ độc tính thần kinh ngoại vi là 23,2% ở độ 1-2. Độc tính này thường gặp sau 4-5 đợt điều trị do mang tính tích lũy và có thể hồi phục sau 12 -18 tháng. Hội chứng bàn tay bàn chân gặp 25,6% bệnh nhân chỉ gặp ở độ 1-2, bệnh nhân cảm giác khó chịu tăng dần ở các chu kì sau, giảm dần khi kết thúc điều trị và không có bệnh nhân nào gặp tác dụng phụ ở độ 3-4.

Độc tính trên hệ tạo huyết, gan và thận. Độc tính trên hệ tạo huyết thường gặp nhất là hạ bạch cầu hạt chiếm tỉ lệ 41,9%, trong đó 9,3% giảm độ 3-4. Phần lớn những bệnh nhân giảm độ 1 -2 sau nghỉ 1 tuần tự hồi phục lại tiếp tục điều trị, những bệnh nhân hạ độ 3-4 thường dùng thuốc kích thích tạo bạch cầu Filgrastim 1-2 ngày bạch cầu sẽ tăng trở lại. Trong nghiên cứu hạ bạch cầu có sốt chiếm 1,6%, phải dùng thuốc kích thích tăng bạch cầu và kháng sinh phổ rộng truyền tĩnh mạch từ 5-7 ngày. Hạ tiểu cầu cũng là độc tính trên hệ tạo huyết thường gặp chiếm 23,3% chỉ gặp ở độ 1-2, đều tự hồi phục. Oxaliplatin là nguyên nhân gây hạ tiểu cầu trong quá trình điều trị. Giảm huyết sắc tố độ 1-2 gặp 19,2%, thông thường bệnh nhân tự hồi phục. Độc tính ngoài hệ tạo huyết thường gặp được

ghi nhận là độc tính gan với biểu hiện tăng men gan gặp 30,2% và độc tính thận biểu hiện tăng creatinin gặp 2,3%. Mặc dù muối platinum thế hệ 3 như oxaliplatin ít độc tính với thận nên không khuyến cáo phải truyền nhiều dịch hoặc lợi tiểu vào ngày truyền oxaliplatin.

Nghiên cứu Phan Thị Hồng Đức trên 158 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III điều trị phác đồ FOLFOX4 tác dụng thần kinh ngoại biên 92,8% có độ 3 chiếm 17,7%, nôn và buồn nôn chiếm 73,7% trong đó độ 3-4 là 5,1%, ỉa chảy chiếm 23,6% trong đó độ 3-4 là 5,6%, giảm bạch cầu 5,1% không có giảm độ 3-4 và 8% giảm tiểu cầu⁷. Andre T. Và cộng sự (2004) nghiên cứu trên bệnh nhân UTĐT giai đoạn II, III hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4, giảm bạch cầu hạt là 78,9% độ 3-4 là 4,1%, sốt do giảm bạch cầu 1,8%, giảm tiểu cầu 77,4%, nôn 73,7%, tiêu chảy 56,3% trong đó tiêu chảy độ 3-4 là 10,8%². Tác giả Từ Thị Thanh Hương nghiên cứu trên bệnh nhân UTĐT giai đoạn III phác đồ FOLFOX4 cho thấy tác dụng thần kinh ngoại biên 21,7%, nôn và buồn nôn chiếm 70,8%, ỉa chảy chiếm 1,9%, hội chứng bàn tay bàn chân chiếm 54,7%, giảm bạch cầu 42,4% trong đó giảm độ 3-4 chiếm 6,6% và 28,2% giảm tiểu cầu. Tăng men gan và tăng creatinin chiếm tỉ lệ ít, thường ở mức độ nhẹ⁴. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III có kết quả sống thêm cao. Trong đó tỉ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 79,1% và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 66,1 tháng, tỉ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 88,4% và thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 71,9 tháng.

Hóa trị phác đồ FOLFOX4 có độc tính chấp nhận được. Các độc tính thường ở mức độ 1-2, chỉ có 14,0% độc tính ở độ 3-4. Độc tính nặng về huyết học như giảm bạch cầu hạt độ 3-4 là 9,3%, giảm bạch cầu có sốt là 1,6%, ảnh hưởng đến chức năng gan và thận chủ yếu ở mức 1-2 tương ứng là 30,2% và 2,3%. Độc tính trên hệ tiêu hóa, thần kinh, da niêm mạc chủ yếu ở mức độ nhẹ. Các triệu chứng này giảm dần khi kết thúc điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO.Globocan2020-VietNam.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. Published 2020. Accessed August 27, 2021.

2. André T, Boni C, Navarro M, et al. Improved Overall Survival With Oxaliplatin, Fluorouracil, and

- Leucovorin As Adjuvant Treatment in Stage II or III Colon Cancer in the MOSAIC Trial. J Clin Oncol. 2009;27(19):3109-3116. doi:10.1200/JCO.2008.20.6771
3. **Võ Văn Kha.** Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
 4. **Từ Thị Thanh Hương.** Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn III. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
 5. **Tsai Y-J, Lin J-K, Chen W-S, et al.** Adjuvant FOLFOX treatment for stage III colon cancer: how many cycles are enough? Springerplus. 2016; 5(1):1318. doi:10.1186/s40064-016-2976-9
 6. **Nguyễn Quang Thái.** Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng. Luận án Tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
 7. **Phan Thị Hồng Đức.** Hóa trị hỗ trợ carcinoma đại tràng giai đoạn III với phác đồ FOLFOX4. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2013;4:239-250.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BẢO TỒN TRONG UNG THƯ THANH QUẢN

Phan Thanh Hưng¹, Tống Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ và đánh giá kết quả xử trí các biến chứng và di chứng của phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn trong ung thư thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, 219 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn do ung thư thanh quản, tại bệnh viện tai mũi họng trung ương từ tháng 10/2018 đến 9/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng là 17,4%, di chứng là 6,8%. Tỷ lệ biến chứng của từng phương pháp mở sụn giáp cắt dây thanh, cắt thanh quản bán phần ngang trên thanh môn, CHEP, Tucker lần lượt là 20,6%, 15,4%, 16,4%, 17,4%. Tỷ lệ di chứng của từng phương pháp là 0,9%, 38,5%, 14,5%, 6,8%. Tỷ lệ các biến chứng chảy máu 5%, tràn khí 9,5%, nhiễm trùng vết mổ 2,3%, viêm phổi 4,1%. Di chứng chỉ gặp hẹp thanh quản với tỉ lệ 6,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn có tỉ lệ biến chứng và di chứng thấp. Các biến chứng và di chứng có thể xử lý được và đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư thanh quản, cắt thanh quản bảo tồn, biến chứng và di chứng.

SUMMARY

EVALUATE COMPLICATIONS AND SEQUELAE MANAGEMENT OUTCOME OF CONSERVATION LARYNGEAL SURGERY

Objective: To determine complications and sequelae rates postoperative of conservative laryngeal surgery for laryngeal cancer and evaluate results of management outcome. **Methods:** cross-sectional study of 219 patients underwent conservative laryngeal surgery in National ENT hospital from October 2018 to August 2021. **Result:** Complication

rate was 17.4% and sequela rate was 6.8%, complication rate of cordectomy, supraglottic horizontal, Tucker, CHEP was 20.6%, 15.4%, 16.4%, 17.4% respectively. Sequela rate of cordectomy, supraglottis, Tucker, CHEP was 0.9%, 38.5%, 14.5%, 6.8% sequentially. Rate of hemorrhage was 5%, emphysema was 9.5%, wound infection was 2.3% and pneumonia was 4.1%. **Conclusion:** the conservative laryngeal surgery has relatively low complication and sequela rates. Postoperative care and management of complication and sequela are important.

Keywords: laryngeal cancer, conservative laryngeal surgery, complication and sequela.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản chủ yếu xuất phát từ biểu mô dây thanh, vùng thượng thanh môn ít gặp hơn, vùng hạ thanh môn chiếm dưới 1%¹. Bệnh liên quan với tình trạng hút thuốc lá và uống nhiều rượu. Điều trị ung thư thanh quản chủ yếu là phẫu thuật và xạ trị, mục tiêu của điều trị không chỉ giải quyết bệnh tích khối u mà còn phải bảo tồn được chức năng của thanh quản. Phẫu thuật hiện nay có hai phương pháp cơ bản là phẫu thuật cắt thanh quản toàn bộ và phẫu thuật bảo tồn thanh quản.

Phẫu thuật cắt thanh quản bảo tồn áp dụng với các tổn thương u còn khu trú giúp bảo vệ chức năng nói, thở theo đường tự nhiên, tránh cho bệnh nhân phải mở khí quản vĩnh viễn. Có nhiều phương pháp phẫu thuật bảo tồn thanh quản khác nhau, tùy theo vị trí khối u và giai đoạn của khối u, tình trạng của người bệnh và thói quen của phẫu thuật viên, để lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp. Ngày nay cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, trang thiết bị, phẫu thuật bảo tồn thanh quản đã có nhiều tiến bộ. Tuy nhiên, vẫn không thể tránh khỏi các biến chứng và di chứng mắc phải sau

¹Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Trường đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Hưng

Email: phanphanthanh159@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021