

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ CAPEOX TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY KHÔNG PHẪU THUẬT ĐƯỢC

Võ Văn Kha*, Huỳnh Thị Mỹ Huỳnh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư thường gặp trên toàn thế giới trong suốt nhiều năm của thế kỷ XX. Tiên lượng cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được hoặc di căn khi không điều trị là kém, trung vị sống còn 3-5 tháng. Trong đó, phác đồ CapeOx (Oxaliplatin và Capecitabine) đã được chứng minh về hiệu quả, độ an toàn và thuận lợi điều trị và thường được sử dụng tại nhiều trung tâm ung thư. Tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ chúng tôi đã áp dụng phác đồ CapeOx để điều trị bước một cho carcinôm dạ dày không phẫu thuật được. chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của hóa trị bước 1 với phác đồ CapeOx cho bệnh nhân giai đoạn trên.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ CapeOx trong điều trị ung thư dạ dày không phẫu thuật được tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. Phân tích các yếu tố liên quan đến kết quả hóa trị phác đồ CapeOx trong điều trị ung thư dạ dày không phẫu thuật được tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân carcinôm tuyến dạ dày giai đoạn không thể phẫu thuật được đã hóa trị bước một với phác đồ CapeOx tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/01/2021 đến tháng 31/10/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Qua nghiên cứu 33 trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được đã được điều trị bước một với phác đồ CapeOx ghi nhận, tỷ lệ đáp ứng chung đối với phác đồ CapeOx đạt 55%. Sự đáp ứng hoàn toàn trong nhóm khảo sát ghi nhận được trong 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 5T. Trung vị thời gian bệnh không tiến triển là 6 tháng và điều này phụ thuộc vào đáp ứng hóa trị cũng như số vị trí di căn. Tác dụng phụ thường gặp là thiếu máu, giảm bạch cầu ở mức độ trung bình (Độ 1 và 2). Các biểu hiện rối loạn tiêu hóa chủ yếu buồn nôn-nôn, tiêu chảy thường thấy độ 1 và 2. Độc tính thần kinh ngoại vi và hội chứng bàn tay - bàn chân mức độ nhẹ và vừa không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị. Các độc tính mức độ 3-4 đều dưới 10% và không có trường hợp tử vong do hóa trị

Bệnh viện Ung bướu TP. Cần Thơ

*Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Kha

Email: vovankha1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2025

Ngày duyệt bài: 15/8/2025

Kết luận: Phác đồ CapeOx mang lại hiệu quả về sống còn không bệnh tiến triển và cả sống còn toàn bộ, đồng thời các độc tính đều chấp nhận được. Do đó, nên áp dụng phác đồ này cho những trường hợp ung thư dạ dày tiến xa không phẫu thuật được hoặc di căn xa có chỉ số hoạt động cơ thể 0-1 điểm.

Từ khóa: Ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được; phác đồ CapeOx.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE CAPEOX CHEMOTHERAPY REGIMEN IN THE TREATMENT OF NON-OPERABLE GASTRIC CANCER AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Gastric cancer has been one of the most common cancers worldwide throughout much of the 20th century. The prognosis for patients with advanced, non-operable, or metastatic gastric cancer is poor without treatment, with a median survival of 3–5 months. The CAPEOX regimen (Oxaliplatin and Capecitabine) has demonstrated efficacy, safety, and ease of administration and is commonly used in various cancer centers. At Can Tho Oncology Hospital, we have adopted the CAPEOX regimen as the first-line treatment for non-operable gastric carcinoma. This study aims to evaluate the efficacy and safety of first-line chemotherapy with the CAPEOX regimen in patients at this stage.

Objective: To assess the outcomes of CAPEOX chemotherapy in the treatment of non-operable gastric cancer at Can Tho Oncology Hospital. Additionally, to analyze factors related to the treatment outcomes of the CAPEOX regimen for non-operable gastric cancer at Can Tho Oncology Hospital.

Study Population: Patients with non-operable advanced gastric adenocarcinoma who received first-line chemotherapy with the CAPEOX regimen at Can Tho Oncology Hospital from January 1, 2021, to October 31, 2024.

Methods: A retrospective case series analysis.

Sampling Method: Convenience sampling.

Results: In a study of 33 cases of advanced, non-operable gastric cancer treated with the CAPEOX regimen, the overall response rate was 55%. A complete response was observed in one case, accounting for 5% of the study group. The median progression-free survival was 6 months, influenced by chemotherapy response and the number of metastatic sites. Common side effects included mild-to-moderate anemia and neutropenia (Grades 1 and 2). Gastrointestinal side effects, primarily nausea, vomiting, and diarrhea, were mostly mild (Grades 1 and 2). Peripheral neuropathy and hand-foot syndrome were mild to moderate and did not affect the treatment regimen. Grade 3-4 toxicities were below 10%, and no cases of chemotherapy-related mortality were reported.

Conclusion: The CAPEOX regimen provides benefits in progression-free and overall survival, with an acceptable safety profile. Thus, it is recommended for cases of advanced, non-operable or metastatic gastric cancer in patients with an ECOG performance status of 0–1.

Keywords: Advanced non-operable gastric cancer; first-line CAPEOX regimen.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư thường gặp trên toàn thế giới trong suốt nhiều năm của thế kỷ XX. Theo số liệu thống kê của Globocan năm 2018, ung thư dạ dày đứng thứ năm trên toàn thế giới chỉ sau ung thư phổi, vú, đại trực tràng và tuyến tiền liệt, ước tính có 1.033.701 ca mới mắc chiếm 5,7% tổng số bệnh ung thư. tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày trên thế giới ghi nhận năm 2018 là 782.685 người chiếm 8,2% tổng số tử vong do ung thư [38].

Tiên lượng cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được hoặc di căn khi không điều trị là kém, trung vị sống còn 3-5 tháng [40], [60], [67]. Hóa trị sẽ giúp cải thiện sống còn tăng thêm khoảng 6 tháng so với chăm sóc nội khoa nâng đỡ trong một số nghiên cứu. Các phác đồ hóa trị bước một hay được sử dụng là sự phối hợp hai hoặc ba thuốc có platinum và fluoropyrimidine. Trong đó, phác đồ CapeOx (Oxaliplatin và Capecitabine) đã được chứng minh về hiệu quả, độ an toàn và thuận lợi điều trị và thường được sử dụng tại nhiều trung tâm ung thư [30].

Tại bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ chúng tôi đã áp dụng phác đồ CapeOx để điều trị bước một cho carcinôm dạ dày không phẫu thuật được. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn chưa đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ này. Vậy phác đồ này đem lại lợi ích sống còn như thế nào? Phác đồ này có tính an toàn ra sao? Chính vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của hóa trị bước 1 với phác đồ CapeOx cho bệnh nhân giai đoạn trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân carcinôm tuyến dạ dày giai đoạn không thể phẫu thuật được đã hóa trị bước một với phác đồ CapeOx tại Bệnh viện Ung

bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 01/01/2021 đến tháng 31/10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp phân tích xử lý kết quả

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Tuổi

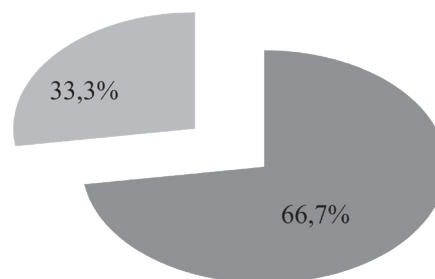
Bảng 1: Phân bố bệnh nhân ung thư dạ dày theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 45	2	6,1
46÷60	14	42,4
>60	17	51,5
Tổng	33	100

Nhận xét:

Tuổi cao nhất 79, nhỏ nhất 31. Trung bình 60,5 ± 11,4 tuổi.

3.1.2. Giới tính



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n=33)

Nhận xét:

Tỷ lệ nam giới chiếm 66,7%.

3.1.3. Chỉ số hoạt động cơ thể

Bảng 2: Đặc điểm chỉ số hoạt động cơ thể bệnh nhân lúc khám nhập viện

Chỉ số ECOG	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
0	15	45,5
1	15	45,5
2	3	9,1
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Bệnh nhân có giới hạn hoạt động thể lực nhẹ (ECOG 1 điểm) chiếm 40,45%. Còn lại có 40,45% bệnh nhân có thể trạng tốt, không triệu chứng (ECOG 0 điểm), và có 9,1% bệnh nhân có giới hạn hoạt động thể lực nhiều, chỉ có thể tự chăm sóc bản thân (ECOG 2 điểm).

3.1.4. Vị trí bướu

Bảng 3: Phân bố vị trí u

Vị trí u	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Thân vị	7	21,2
Tâm vị	4	12,1
Hang môn vị	14	42,4
Thân vị + hang môn vị	6	18,2
Toàn bộ dạ dày	2	6,1
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Có 42,4 % các trường hợp bướu ở vùng hang môn vị, 21,2% bướu ở vùng thân vị, 12,1% bướu ở vùng tâm vị và chỉ có 6,1% bướu chiếm toàn bộ dạ dày.

3.1.5. Độ mô học

Bảng 4: Độ mô học

Độ mô học	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	1	3
Độ 2	21	63,6
Độ 3	11	33,1
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân (63,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi có độ mô học grad 2, ngoài ra có 33,1% là độ mô học trung bình (grad 3). Và chỉ có 1 trường hợp (chiếm 3%) là độ mô học thấp

3.1.6. Chỉ số CEA

Bảng 5: Đặc tính chỉ số CEA

Chỉ số CEA	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	9	27,3
Tăng 2-5 lần	16	48,5
Tăng 5-10 lần	4	12,1
Tăng trên 10 lần	4	12,1
Tổng cộng	33	100%

Nhận xét:

Có 27,3% các trường hợp có nồng độ CEA trong máu bình thường (≤ 5 ng/ml). Trong các trường hợp tăng CEA, thì có 48,5% tăng nhẹ trong mức $>5-10$ ng/ml, và có 12,1% tăng cao >10 ng/ml

3.1.7. Giai đoạn bệnh

Bảng 6: Đặc điểm giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Tiến xa TC- TV	6	18,2
Di căn xa	27	81,8
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được chỉ có 18,2 % bệnh nhân.

3.1.8. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 7: Các phương pháp phẫu thu đã thực hiện

Phương pháp mổ	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Nổi vị tràng	18	54,5
Mở dạ dày	1	3
Mở hồng tràng	5	15,2
Mở bụng thăm dò	9	27,3
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Phẫu thuật nổi vị tràng chiếm đa số, 54,5%.

3.1.9. Vị trí di căn

Bảng 8: Phân bố vị trí di căn

Vị trí di căn xa	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Hạch	12	36,4
Gan	8	24,2
Phổi	3	9,1
Buồng trứng	1	3
Phúc mạc	14	42,4
Xương	1	3
Nhiều vị trí	10	30,3
Tổng cộng	33	100%

Nhận xét:

Có 30,3% bệnh nhân di căn nhiều hơn 1 vị trí và 69,7% bệnh nhân di căn 1 vị trí.

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Chu kỳ hóa trị trong quá trình điều trị

Bảng 9: Phân bố chu kỳ hóa trị trong quá trình điều trị

Số chu kỳ hóa trị	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
4	13	39,4
8	20	60,6
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Có 39,4% bệnh nhân hóa trị 4 chu kỳ, và 60,6% bệnh nhân hóa trị đủ 8 chu kỳ.

3.2.2. Đáp ứng sau 4 chu kỳ

Bảng 10: Đáp ứng hóa trị sau 4 chu kỳ

Đáp ứng sau 4 chu kỳ	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
PR	13	39,4
SD	7	21,2
PD	13	39,4
Tổng cộng	33	100

Nhận xét:

Tỷ lệ đáp ứng một phần chiếm 39,4%, không có đáp ứng hoàn toàn.

3.2.3. Đáp ứng sau 8 chu kỳ

Bảng 11: Đáp ứng hóa trị sau 8 chu kỳ

Đáp ứng sau 8 chu kỳ	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
PR	11	55
CR	1	5
SD	4	20
PD	4	20
Tổng cộng	20	100

Nhận xét:

Có 5% đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần chiếm 55%.

3.2.4. Sống còn bệnh không tiến triển

Trung vị thời gian sống còn bệnh không tiến triển là 6 tháng.

3.2.5. Sống còn toàn bộ

Trung vị thời gian sống còn toàn bộ là 18 tháng.

3.3. Đặc điểm độc tính huyết học, độc tính gan thận và các cơ quan khác

Bảng 12: Đặc điểm độc tính

Độc tính	Số trường hợp (n, %)				Tổng cộng
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Giảm bạch cầu hạt	0	2 (100)	0	0	2
Giảm tiểu cầu	0	2 (66,7)	1 (33,3)	0	3
Thiếu máu	2 (25)	2 (25)	3 (37,5)	(12,5)	8
Tăng men gan	0	0	1 (100)	0	1
Nôn ói	17 (65,4)	9 (34,6)	0	0	26
Thần kinh ngoại vi	18 (62,1)	11 (37,9)	0	0	29
Hội chứng bàn tay - bàn chân	18 (62,1)	11 (37,9)	0	0	29

Nhận xét:

Tác dụng phụ thường gặp là thiếu máu, giảm bạch cầu ở mức độ trung bình (Độ 1 và 2). Các biểu hiện rối loạn tiêu hóa chủ yếu buồn nôn-nôn, tiêu chảy thường thấy độ 1 và 2. Độc tính thần kinh ngoại vi và hội chứng bàn tay - bàn chân mức độ nhẹ và vừa không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị. Các độc tính mức độ 3-4 đều dưới 10% và không có trường hợp tử vong do hóa trị.

(chiếm 55,2%), với tỉ số nam/nữ là 1,23/1 [62]. Đối với các nghiên cứu trong nước về ung thư dạ dày cũng cho kết quả tương tự là giới nam thường chiếm ưu thế hơn giới nữ, tỉ số nam/nữ dao động trong khoảng 1,33-3,2/1. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận giới nam vẫn chiếm đa số (66,7% dân số nghiên cứu),

4.1.1.2. Tuổi

Theo ghi nhận ung thư tại trung tâm Osaka (1978-1989), châu Á có tỷ lệ bệnh nhân mắc carcinôm dạ dày dưới 70 tuổi khoảng 70%. Điều này khác với các ghi nhận từ những trung tâm khác của châu Âu (nghiên cứu SEER), Nam Mỹ và Bắc Mỹ vì tỷ lệ bệnh nhân carcinôm dạ dày trên 70 tuổi ở những khu vực này khá cao (42-58%) [78]. Theo nghiên cứu của Ochendusko S thì tuổi trung bình thấp hơn đôi chút là 57,9±10,8 tuổi [62]. Theo một số nghiên cứu trong nước khi đánh giá ung thư dạ dày trên các giai đoạn bệnh lý

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm tuổi, giới, chỉ số thể trạng

4.1.1.1. Giới tính

Một nghiên cứu khác về ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được hoặc di căn của tác giả Ochendusko S cũng ghi nhận phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới

khác nhau, tuổi trung bình thay đổi từ $54,2 \pm 57,3$ tuổi [3], [6], [77], [10]. Chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình là 56 ± 11 . Độ tuổi trung bình này tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Khi phân theo nhóm tuổi thì phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi dưới 60 tuổi chiếm 48,5%. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hiếu [3] có 60,1% bệnh nhân dưới 60 tuổi hay nghiên cứu của tác giả Võ Quang Toàn [8] có 75,4% bệnh nhân dưới 60 tuổi điều trị với phác đồ CapeOx trong ung thư dạ dày giai đoạn muộn.

4.1.1.3. Chỉ số thể trạng

Trong nghiên cứu này thì phần lớn bệnh nhân có giới hạn hoạt động thể lực nhẹ (ECOG 1 điểm) chiếm 40,45%. Còn lại có 40,45% bệnh nhân có thể trạng tốt, không triệu chứng (ECOG 0 điểm), và chỉ có 9,1% bệnh nhân có giới hạn hoạt động thể lực nhiều, chỉ có thể tự chăm sóc bản thân (ECOG 2 điểm).

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hiếu với nhóm bệnh nhân ECOG 0 -1 điểm chiếm đến 91,3% và chỉ có 8,7% bệnh nhân có ECOG 2 điểm [3]. Có thể thấy phần lớn bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được có bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng bệnh và là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh, quyết định và kết quả điều trị.

4.1.2. Các đặc điểm chẩn đoán

4.1.2.1. Nồng độ CEA trong máu

Các dấu hiệu sinh học bướu thường được dùng trong carcinôm dạ dày là CEA, CA 19-9 và CA72-4. Tuy nhiên, trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào được đánh giá CA 72-4 và CA 19-9. Kháng nguyên phôi CEA, chất đánh dấu bướu thường dùng nhất, được dùng để theo dõi đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh. Theo Kilickap S [49], CEA tăng là

một trong các yếu tố nguy cơ cao nhất cho thấy bệnh đang phát triển di căn trong ung thư dạ dày giai đoạn I-III. Đối với các tác giả Nhật Bản, nồng độ CEA trước mổ là một yếu tố dự đoán giai đoạn cũng như tiên lượng bệnh trên những bệnh nhân có thể phẫu thuật tận gốc được [24]. Tuy nhiên, những tác giả khác lại không cho rằng CEA có vai trò tiên lượng độc lập, mà có chăng chỉ là yếu tố chỉ điểm có liên quan đến giai đoạn muộn của bướu [57]. Điều này cũng đã được ghi nhận bởi tác giả Diệp Bảo Tuấn trong khảo sát tại Bệnh viện Ung bướu TP. HCM [10].

Khi chia theo các phân nhóm, thì có 27,3% các trường hợp có nồng độ CEA trong máu bình thường (≤ 5 ng/ml). Trong các trường hợp tăng CEA, thì có 48,5% tăng nhẹ trong mức $>5-10$ ng/ml, và có 12,1% tăng cao >10 ng/ml. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hiếu ghi nhận 43,5% bệnh nhân có nồng độ CEA trong máu bình thường (≤ 5 ng/mL) và 56,5% bệnh nhân có nồng độ CEA trong máu cao (> 5 ng/ml) [3].

4.1.2.2. Vị trí bướu nguyên phát

Theo ghi nhận của y văn, carcinôm dạ dày thường gặp nhất tại vị trí hang môn vị (1/3 dưới), dao động từ $50,6 \pm 60,5\%$ [25], [57]. Trong khi đó các vị trí khác ít gặp hơn. Ung thư xuất phát từ phần trên bờ cong lớn có thể xâm lấn trực tiếp vào rốn lách và đuôi tụy, ngược lại những bướu ở đoạn dưới có thể xâm lấn vào đại tràng ngang; ung thư đoạn trên có khuynh hướng lan đến cơ hoành, lách và dây chằng bên trái gan. Hiện nay, các nghiên cứu trên cộng đồng Âu, Mỹ ghi nhận tần suất carcinôm dạ dày tại vùng nối dạ dày - thực quản đang tăng dần, đồng thời cũng nhận thấy có sự tăng tỷ lệ ung thư ở đoạn trên và giảm tỷ lệ ung thư ở đoạn dưới trong vòng 2 thập niên gần đây. Theo tác giả Vũ Quang Toàn [8] có tới 71,7% bướu vị trí hang môn vị, 4,2% bướu ở thân vị, 4% bướu tại tâm vị và chỉ 0,8% bướu thâm nhiễm toàn bộ dạ dày. Còn tác giả Diệp Bảo Tuấn [10] thì vị trí bướu dạ dày ở 1/3 dưới quan sát

được khi nội soi tiêu hóa trên chiếm tỷ lệ 69%. Kết quả của chúng tôi khác biệt một chút so với các tác giả trong nước với phần lớn (42,4%) các trường hợp bướu ở vùng hang môn vị, 21,2% bướu ở vùng thân vị, 12,1% bướu ở vùng tâm vị và chỉ có 6,1% bướu chiếm toàn bộ dạ dày.

4.1.2.3. Độ mô học của bướu nguyên phát

Theo tác giả Trần Vĩnh Thọ [6] thì 62,3% trong có độ mô học grad 3, 35,4% là độ mô học grad 2, và 2,3% có độ mô học. Tác giả Phan Tấn Thuận [7] ghi nhận trong số carcinôm tuyến, có 56% là loại kém biệt hóa (grad mô học 3). Còn tác giả Võ Quang Toàn [8] thì carcinôm tuyến loại biệt hóa kém chiếm đa số (42,8%). Với tác giả Diệp Bảo Tuấn [10] loại mô học chiếm ưu thế là carcinôm tuyến loại biệt hóa kém và loại tế bào nhẵn (62,2%). Có thể thấy các kết quả của các nghiên cứu trong nước khá tương đồng với nhau.

Trong nghiên cứu của tác giả Xiang J Xiao tại Trung Quốc, 58,3% là bướu biệt hóa kém, 14,6% bướu dạng tế bào nhẵn, 16,7% bướu biệt hóa trung bình, không có trường hợp nào biệt hóa tốt và có 10,4% dạng hỗn hợp [79].

Phần lớn bệnh nhân (63,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi có độ mô học grad 2, ngoài ra có 33,1% là độ mô học trung bình (grad 3). Và chỉ có 1 trường hợp (chiếm 3%) là độ mô học thấp. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả khác.

4.1.2.4. Giai đoạn bệnh không phẫu thuật được hoặc di căn xa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được chỉ có 12,8% và phần lớn bệnh nhân có di căn xa chiếm 81,8%. Theo các nghiên cứu thì số lượng vị trí di căn có liên quan đến tiên lượng sống còn, với nhiều hơn 1 vị trí di căn thì tiên lượng sống còn toàn bộ của bệnh nhân có thể giảm đi khoảng 3 tháng [91]. Nghiên cứu của tác giả Ochendusko

S [62] ghi nhận di căn nhiều hơn 1 vị trí là 44,8% bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi không khác biệt với các nghiên cứu khác với 30,3% bệnh nhân di căn nhiều hơn 1 vị trí và 69,7% bệnh nhân di căn 1 vị trí. Chúng tôi ghi nhận tình trạng gieo rắc trong phúc mạc là di căn thường gặp nhất, chiếm hơn phân nửa với 42,4% bệnh nhân bị di căn, kế đến là di căn hạch 36,4% và ít hơn là di căn đến gan với 24,2% bệnh nhân. Nghiên cứu của tác giả Ochendusko S [62] di căn thường gặp nhất là phúc mạc 55,2%, thứ 2 là di căn hạch 44,8% và thứ 3 là gan 17,2%. Tác giả Sandip G thì hai vị trí di căn thường gặp nhất là phúc mạc (60,3%) và hạch di căn xa (50,3%). Theo Phan Tấn Thuận [7] hai vị trí di căn chiếm tỷ lệ cao trong ung thư dạ dày là phúc mạc (50,4%) và gan (28,8%). Các vị trí di căn hiếm gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là phổi, buồng trứng, xương. Chúng tôi cũng ghi nhận các di căn hiếm gặp thường xuất hiện cùng với một vị trí di căn khác. Chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào có di căn nào là một vị trí di căn có tiên lượng xấu được đề cập trong một vài nghiên cứu [47].

4.1.2.5. Số chu kỳ hóa trị

Chúng tôi ngưng hóa trị khi bệnh nhân từ chối hóa trị, đã được điều trị tới ngưỡng liều độc tính của thuốc là 8 chu kỳ, bệnh lý tiến triển hoặc lợi ích hóa trị không rõ ràng nhưng làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân (bao gồm giảm KPS dưới 70, nôn ói nhiều, ăn uống kém, có những tác dụng phụ kéo dài...). Nghiên cứu ghi nhận có 39,4% bệnh nhân hóa trị 4 chu kỳ và 60,6% bệnh nhân hóa trị đủ 8 chu kỳ.

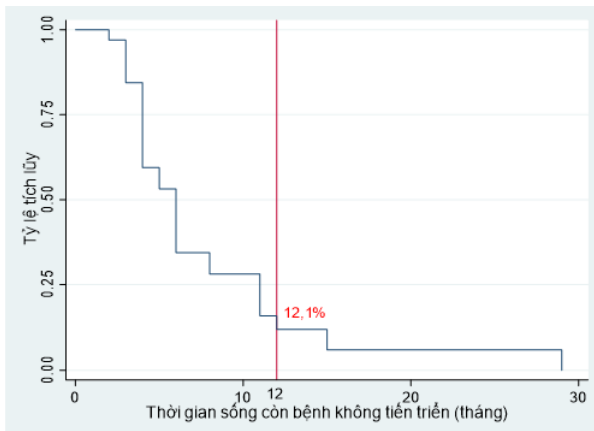
4.2. Đánh giá đáp ứng

Việc đánh giá đáp ứng bướu được thực hiện sau mỗi 4 chu kỳ hóa trị. Chúng tôi thu được tỷ lệ có đáp ứng là 39,4% bệnh nhân và bệnh không có đáp ứng ở 41,6% số bệnh nhân với 39,4% bệnh tiến triển. Chúng tôi ghi nhận được 5 trường hợp đáp ứng hoàn toàn trong nhóm khảo sát. Điều này cũng phù hợp với nhiều tác giả trong các nghiên

cứu của mình đều nhận xét rằng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là rất thấp, thậm chí không có [80],[3].

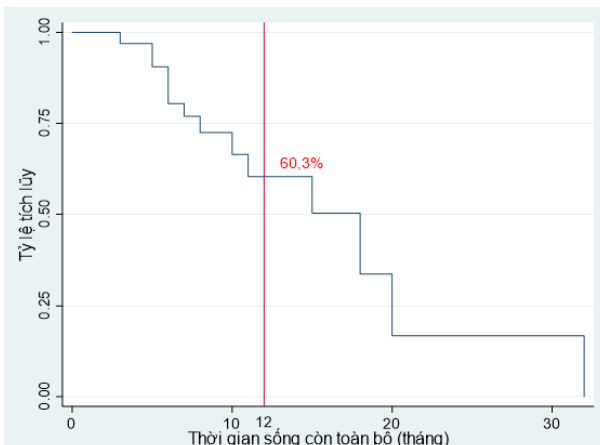
4.3. Thời gian bệnh không tiến triển

Trong khảo sát của chúng tôi, trung vị thời gian bệnh không tiến triển chung là 6 tháng. Theo các tác giả Ichikawa và Sasaki tổng kết qua nhiều nghiên cứu lâm sàng về mối liên hệ giữa mức độ đáp ứng bướu trong tiên lượng bệnh nhân, họ nhận thấy tỷ lệ đáp ứng bướu có mối liên hệ tương quan với thời gian bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ.



4.4. Sống còn toàn bộ

Trung vị thời gian sống còn toàn bộ trong nhóm nghiên cứu là 18 tháng.



4.5. Độc tính và tác dụng phụ không mong muốn

Có nhiều cách đánh giá tỷ lệ độc tính hóa trị như số chu kỳ độc tính trong tổng số chu kỳ hóa trị, số trường hợp độc tính trong tổng số bệnh nhân được hóa trị. Tuy nhiên, do trong nghiên cứu này vì chỉ muốn tham khảo độ dung nạp của phác đồ CapeOx nên chúng tôi chỉ ghi nhận mức độ cao nhất về độc tính của mỗi bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng chung đối với phác đồ CapeOx đạt 55%. Sự đáp ứng hoàn toàn trong nhóm khảo sát ghi nhận được trong 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 5T. Trung vị thời gian bệnh không tiến triển là 6 tháng và điều này phụ thuộc vào đáp ứng hóa trị cũng như số vị trí di căn. Tác dụng phụ thường gặp là thiếu máu, giảm bạch cầu ở mức độ trung bình (Độ 1 và 2). Các biểu hiện rối loạn tiêu hóa chủ yếu buồn nôn-nôn, tiêu chảy thường thấy độ 1 và 2. Độc tính thần kinh ngoại vi và hội chứng bàn tay - bàn chân mức độ nhẹ và vừa không ảnh hưởng đến liệu trình điều trị. Các độc tính mức độ 3-4 đều dưới 10% và không có trường hợp tử vong do hóa trị.

6. KIẾN NGHỊ

Phác đồ CapeOx cho thấy hiệu quả rõ rệt về thời gian sống còn không bệnh tiến triển và tỷ lệ sống còn toàn bộ, đồng thời các độc tính ghi nhận được đều ở mức chấp nhận được. Do đó, kiến nghị áp dụng phác đồ CapeOx cho các trường hợp ung thư dạ dày tiến xa không còn khả năng phẫu thuật hoặc đã di căn xa, với chỉ số hoạt động cơ thể (ECOG) từ 0-1 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- [1]. Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Chấn Hùng (2001). Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh ung thư dạ dày ở Việt Nam. *Hội thảo lần 2 - Trung tâm Hợp tác Nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới về ung thư dạ dày*, Hà Nội, tr. 1–6.
- [2]. Đỗ Đình Công (2003). Nguyên nhân chẩn đoán muộn trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Số đặc biệt chuyên đề Ung bướu học, 7(1): 6–9.
- [3]. Nguyễn Trọng Hiếu, Trần Đăng Khoa (2014). Đánh giá kết quả điều trị phác đồ EOX trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến xa và di căn tại Bệnh viện Ung Bướu. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, Số đặc biệt chuyên đề Ung bướu học, (4): 33–40.
- [4]. Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh và CS. (2002). *Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện K 1995–1999*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Hà Nội.
- [5]. Nguyễn Quang Quyền (1995). Dạ dày. *Bài giảng Giải phẫu học*, NXB Y học, tái bản lần thứ năm, tập 2, tr. 98–111.
- [6]. Trần Vĩnh Thọ (2017). *Hóa trị hỗ trợ ung thư dạ dày giai đoạn II–III với phác đồ CapeOx*. Luận án Chuyên khoa II, chuyên ngành Ung thư, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
- [7]. Phan Tấn Thuận (2008). *Điều trị carcinôm dạ dày tiến xa*. Luận văn Nội trú Ung thư học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

- [8]. Vũ Quang Toàn, Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Thị Tuyết Mai và cs. (2012). Bước đầu đánh giá điều trị bệnh ung thư dạ dày giai đoạn muộn (IIB–IIIC: T4, M0) bằng phẫu thuật và hóa trị hỗ trợ phác đồ EOX. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, (2): 79–86.
- [9]. Nguyễn Sào Trung (1998). *Bệnh dạ dày. Bệnh học các tạng và hệ thống*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 188–199.
- [10]. Diệp Bảo Tuấn (2005). *Ung thư dạ dày: chẩn đoán và điều trị*. Luận án Chuyên khoa II, chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiếng Anh

- [1]. Ahmed N, Ahmedzai SH, Vora V, et al. (2007). Supportive care for patients with gastrointestinal cancer: a review. *Cochrane Library*, Issue 2, Wiley & Sons Ltd.
- [2]. Ahmedzai SH, Lubbe A, Van den Eynden B. (2001). Towards a European standard for supportive care of cancer patients. *Cancer*, pp. 1–25.
- [3]. Aikou T, Hokita S, Natsugoe S. (2001). Japanese classification of gastric carcinoma (the 13th edition, June 1999): points to be revised. *Nippon Rinsho*, 59: 159–165.
- [4]. Ajani JA, In H, Sano T, et al. (2017). Stomach. In: Amin MB (Ed). *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th ed., AJCC, Chicago, p. 203.
- [5]. Ajani JA, Mansfield PFM, Crane CH, et al. (2005). Paclitaxel-based chemoradiotherapy in localized gastric carcinoma: degree of pathologic response and not clinical parameters dictated patient outcome. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6): 1237–1244.