

hút hơi, giảm thời gian phát âm tối đa. Ngoài ra, những khác biệt trên còn có thể bắt nguồn từ các yếu tố như đặc điểm mẫu, kỹ thuật đo lường, hoặc các yếu tố môi trường khác nhau trong các NC.

V. KẾT LUẬN

Sau cắt TQBP trên nhản kiểu CHEP đa phần bệnh nhân đều mắc rối loạn giọng nặng tại thời điểm 3 tháng. Sau 6 tháng, tình trạng rối loạn giọng của BN có cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fatma Esen A, Ahmet A, Şefik H.** Comparison of the Effects of Different Organ Preservation Surgeries on Voice Quality by Perceptual and Acoustic Methods - Journal of Academic Research in Medicine. Jaremoreg. 2019;
2. **Đàm Thu Hiền.** Đánh giá rối loạn giọng của bệnh nhân sau cắt thanh quản bán phần. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.

3. **Lê Văn Cường.** Đánh giá phục hồi chức năng thở, nuốt và phát âm sau cắt thanh quản một phần trong điều trị ung thư thanh môn giai đoạn sớm. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TPHCM; 2018.
4. **Thái Hữu Dũng, Ngô Hoàng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhản kiểu chep điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;68 (62): 9-14. doi:https://doi.org/10.60137/tmhvn.v68i62.77
5. **Makeieff M, de la Breteque A, Guerrier B, Giovanni A.** Voice handicap evaluation after supracricoid partial laryngectomy. Laryngoscope. Apr 2009;119(4):746-50. doi:10.1002/lary.20125
6. **Portas JG, Queija Ddos S, Arine LP, et al.** Voice and swallowing disorders: functional results and quality of life following supracricoid laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy. Ear Nose Throat J. Oct 2009;88(10):E23-30.
7. **Miyamaru S, Minoda R, Kodama N.** Long-term changes in vocal function after supracricoid partial laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy for laryngeal cancer. Head Neck. Jan 2019;41(1): 139-145. doi:10.1002/hed.25487

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ CAPOX Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thu Trang¹, Đỗ Anh Tú², Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX và tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 52 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, III được hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn bằng phác đồ CAPOX tại Trung Ương Ung bướu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến 30/06/2024. **Kết quả:** - Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $60,4 \pm 9,185$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu hay gặp giai đoạn IIA chiếm 32,7%. Thời gian theo dõi trung vị là $34,586 \pm 1,332$ tháng. Tỷ lệ DFS 3 năm là 76,7% và tỷ lệ OS3 năm là 87,2%. Hóa trị bổ trợ đủ 8 chu kỳ có ảnh hưởng đến sống thêm của bệnh nhân với $p < 0,05$. - Tác dụng không mong muốn trên huyết học gặp nhiều nhất giảm bạch cầu trung tính là 40,4%, tiếp theo là giảm huyết sắc tố với 38,5%, giảm tiểu cầu là 34,6%; chủ yếu độ 1, độ 2. Tăng AST, ALT lần lượt gặp 78,8% và 53,8% bệnh nhân, 5,77% bệnh nhân có tăng creatinin, chủ yếu độ 1, độ 2. Ngoài hệ tạo huyết, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là dị cảm là 50%. Ngoài ra ít gặp tác

dụng không mong muốn khác tiêu chảy (7,69%), buồn nôn, nôn (28,84%), chủ yếu độ 1, độ 2. **Kết luận:** Thời gian theo dõi trung vị là $34,586 \pm 1,332$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ của bệnh nhân trong nghiên cứu tại thời điểm 3 năm lần lượt là 76,7% và 87,2%. Hóa trị bổ trợ đủ 8 chu kỳ có ảnh hưởng đến sống thêm của bệnh nhân với $p < 0,05$. Phác đồ hóa chất bổ trợ CAPOX là một phác đồ an toàn, tác dụng không mong muốn chủ yếu độ 1, độ 2 chấp nhận được.

SUMMARY

RESULTS OF CAPOX ADJUVANT CHEMOTHERAPY REGIMEN IN GASTRIC CANCER PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the efficacy of adjuvant chemotherapy with the CAPOX regimen and its adverse effects in gastric cancer patients at Thai Nguyen National Hospital. **Method:** Fifty-two gastric cancer patients at stage II and III received adjuvant chemotherapy with the CAPOX regimen following curative surgery at the oncology center of Thai Nguyen National Hospital from January 1, 2019, to June 30, 2024. **Results:** - The mean age of patients in our study was 60.4 ± 9.185 years. The male-to-female ratio was 3:1. Most patients were at Stage IIA, accounting for 32.7% of the study population. The median follow-up time was $33,958 \pm 1,735$ months. The 3-year disease-free survival rate was 76,7% and the 3-year overall survival rate was 87,2%. Completing 8 cycles of adjuvant chemotherapy had a significant impact on patient survival with $p < 0.05$. - The most common hematologic adverse effects were

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

neutropenia accounting for 40,4%, while the rate of patients with anemia, thrombocytopenia was 38,5% and 34,6%, primarily of mild severity (Grade 1 or 2). 78.8% and 53.8% of all patients had elevated AST and ALT, respectively and increased creatinine level was observed at the rate of 5.77%, with adverse effects predominantly of grade 1 or 2 severity. The most common side effect outside the hematopoietic system was paresthesia (50%). Other less common adverse effects included diarrhea (7.69%), nausea, and vomiting (28.84%), mostly of grade 1 or 2 severity. **Conclusion:** The median follow-up time was $34,586 \pm 1,332$ tháng. The disease-free survival and overall survival rates of patients in the study after 3 years were 76,7% and 87,2%, respectively. Completing the full 8 cycles of CAPOX chemotherapy significantly impacted patient survival with a p-value of <0.05 . CAPOX adjuvant chemotherapy regimen is effective and safe with primarily grade 1 and 2 adverse effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các ung thư đường tiêu hóa hay gặp tại Việt Nam. Theo GLOBOCAN năm 2020, tại Việt Nam, UTDD là bệnh có tỷ lệ mắc mới đứng thứ 4 và tỷ lệ tử vong đứng thứ 3¹. Điều trị UTDD là điều trị đa mô thức, phẫu thuật đóng vai trò chính, hóa trị bổ trợ giúp giảm nguy cơ tái phát bệnh. Trước những năm 2000 phác đồ điều trị bổ trợ UTDD chủ yếu là phác đồ điều trị đơn chất 5-FU. Sau thử nghiệm CLASSIC tại Hàn Quốc (2012) sử dụng kết hợp hai loại hóa chất Oxaliplatin và Capecitabin trong điều trị hóa chất bổ trợ UTDD cho kết quả hiệu quả cao, ít tác dụng không mong muốn (TDKMM), giúp cải thiện thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ². Vì vậy, hiện nay phác đồ CAPOX đã trở thành phác đồ hóa trị bổ trợ tiêu chuẩn cho UTDD sau phẫu thuật triệt căn.

Hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật UTDD triệt căn bằng phác đồ CAPOX đã được thực hiện tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên. Hiện có ít nghiên cứu về hiệu quả của phác đồ này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX và tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 52 bệnh nhân UTDD giai đoạn II, III được hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn bằng phác đồ CAPOX tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến 30/06/2024

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày nguyên phát giai đoạn II, III (theo phân loại AJCC phiên bản 8³) được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học

- Thể trạng chung theo thang điểm ECOG là 0-2
- Hóa trị bổ trợ phác đồ CAPOX tối thiểu 4 chu kỳ

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

- Có thông tin sau điều trị

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Mắc bệnh ung thư khác

- Đã được hóa trị tân bổ trợ trước phẫu thuật cắt dạ dày

- Có các bệnh lý kết hợp chống chỉ định điều trị hóa chất như suy gan, suy thận, đang mang thai

- Bỏ dở liệu trình điều trị không vì lý do chuyên môn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Mẫu thuận tiện đạt tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập thông qua ghi chép thông tin từ gọi điện thoại, bệnh án gốc, bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất. Mỗi bệnh nhân có 01 bệnh án nghiên cứu và đưa vào nghiên cứu 01 lần.

- **Số liệu được xử lý bằng** phần mềm SPSS 20.0. Thời gian sống thêm, tỷ lệ sống thêm ở từng thời điểm được ước tính theo phương pháp Kaplan–Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới và nhóm tuổi

Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (n=52)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	60,40 ± 9,185 tuổi	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	23
	≥60 tuổi	29
Giới tính	Nam	39
	Nữ	13

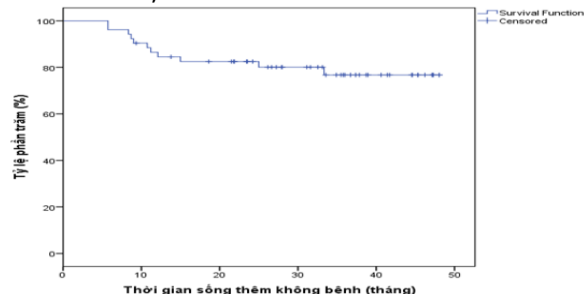
Nhận xét: Tuổi trung bình là 60,4 ± 9,185 tuổi, thấp nhất là 41 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi với 55,8%. Bệnh mắc cả 2 giới và đa số là nam giới với 39 bệnh nhân (chiếm 75%). Tỷ lệ nam/nữ là 3/1.

Bảng 2. Phân bố giai đoạn TNM theo AJCC

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
IIA	17	32,7%
IIB	13	25%
IIIA	12	23,1%
IIIB	9	17,3%
IIIC	1	1,9%

Tổng	52	100%
-------------	-----------	-------------

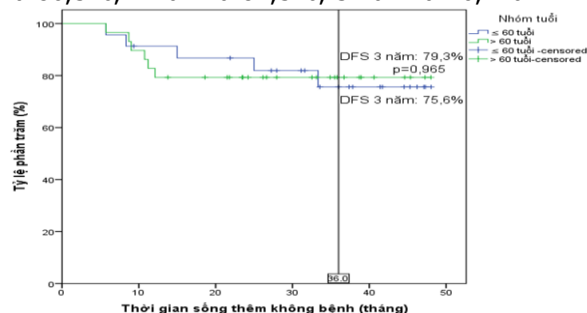
Nhận xét: Giai đoạn hay gặp nhất là IIA chiếm 32,7%; có 1 bệnh nhân nhân giai đoạn IIIC chiếm 1,9%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh
Bảng 3. Tỷ lệ sống thêm không bệnh

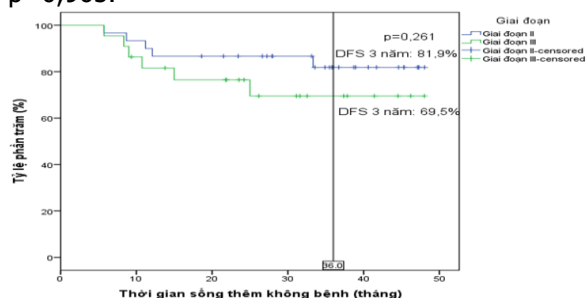
DFS tại các thời điểm	Số BN tái phát tích lũy	Số BN không tái phát	Tỷ lệ BN
06 tháng	2	50	96,2%
01 năm	7	45	86,5%
02 năm	9	43	82,5%
03 năm	11	41	76,7%

Nhận xét: Tỷ lệ DFS 6 tháng là 96,2%, năm là 86,5%, 2 năm là 82,5%, 3 năm là 76,7%.



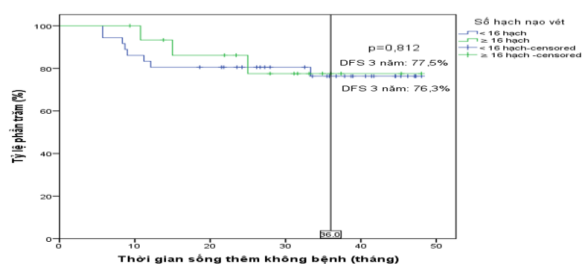
Biểu đồ 2. Môi liên quan thời gian sống thêm không bệnh và nhóm tuổi

Nhận xét: Tỷ lệ DFS 3 năm nhóm tuổi ≤ 60 tuổi là 75,6% và nhóm tuổi > 60 tuổi là 79,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,985.



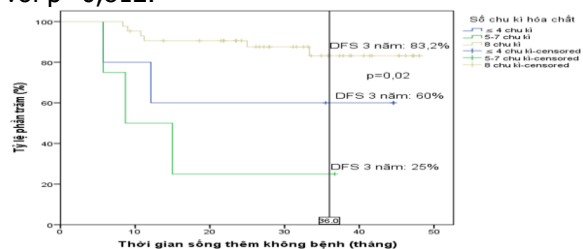
Biểu đồ 3. Môi liên quan thời gian sống thêm không bệnh và giai đoạn

Nhận xét: Tỷ lệ DFS 3 năm giai đoạn II là 81,9% cao hơn giai đoạn III là 69,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,261.



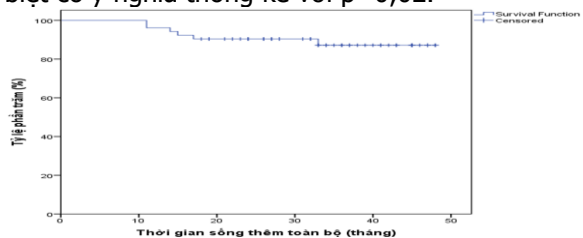
Biểu đồ 4. Môi liên quan thời gian sống thêm không bệnh và số hạch nạo vét

Nhận xét: Tỷ lệ DFS 3 năm nhóm nạo vét < 16 hạch là 76,3% và nạo vét ≥ 16 hạch là 77,5%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,812.

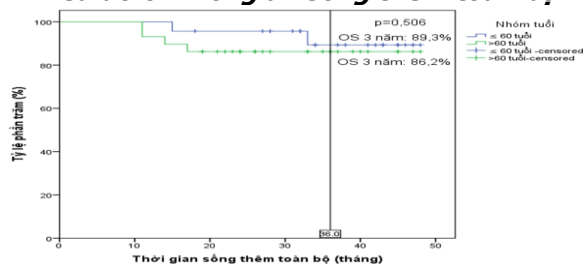


Biểu đồ 5. Môi liên quan thời gian sống thêm không bệnh và số chu kỳ hóa chất

Nhận xét: Tỷ lệ DFS 3 năm của nhóm hóa trị 8 chu kỳ là 83,2% cao hơn nhóm hóa trị 4 chu kỳ (60%) và nhóm 5-7 chu kỳ (25%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,02.



Biểu đồ 6. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 7. Môi liên quan thời gian sống thêm toàn bộ và nhóm tuổi

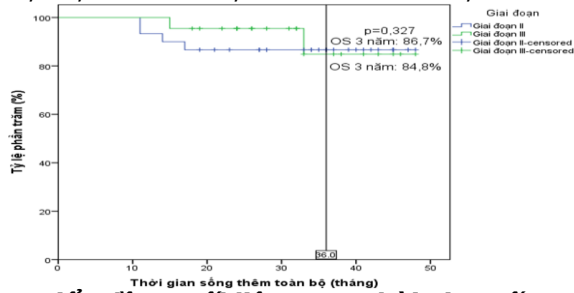
Nhận xét: Tỷ lệ OS 3 năm nhóm ≤ 60 tuổi là 89,3% cao hơn nhóm > 60 tuổi là 86,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,506.

Bảng 4. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

OS tại các thời điểm	Số BN tử vong tích lũy	Số BN còn sống	Tỷ lệ BN còn sống
----------------------	------------------------	----------------	-------------------

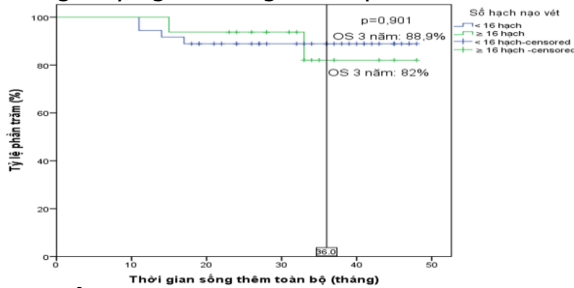
06 tháng	0	52	100%
01 năm	2	52	96,1%
02 năm	5	47	89,8%
03 năm	6	46	87,2%

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung vị 34,586 ± 1,332 tháng (95%CI: 31,9766 – 37,196). Tỷ lệ OS 6 tháng là 100%, 1 năm là 96,1%, 2 năm là 89,8% và 3 năm là 87,2%.



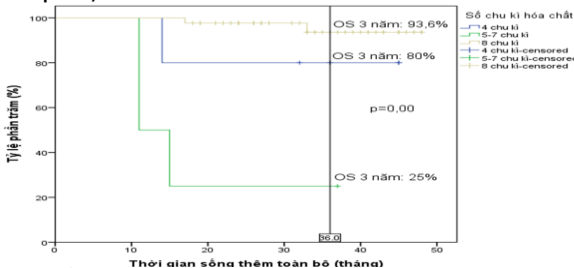
Biểu đồ 8. Mối liên quan thời gian sống thêm toàn bộ và giai đoạn

Nhận xét: Tỷ lệ OS 3 năm giai đoạn II là 86,7%, giai đoạn III là 84,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,327.



Biểu đồ 9. Mối liên quan thời gian sống thêm toàn bộ và hạch nạo vét

Nhận xét: Tỷ lệ OS 3 năm nhóm nạo vét < 16 hạch là 88,9% và nhóm nạo vét ≥ 16 hạch là 82%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,901.



Biểu đồ 10. Mối liên quan thời gian sống thêm toàn bộ và số chu kỳ hóa chất

Nhận xét: Tỷ lệ OS 3 năm nhóm hóa trị đủ 8 chu kỳ là 93,6% cao hơn nhóm hóa trị 4 chu kỳ (80%) và nhóm hóa trị 5-7 chu kỳ (25%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,000.

Bảng 5. Tác dụng mong muốn trên hệ tạo huyết

Các chỉ số	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm huyết sắc tố	8	15,4	11	21,2	1	1,9	0	0	20	38,5
Giảm bạch cầu	11	21,2	6	11,5	0	0	0	0	19	32,7
Giảm bạch cầu trung tính	5	9,6	11	21,2	4	7,7	1	1,9	19	40,4
Giảm tiểu cầu	16	30,8	2	3,8	0	0	0	0	18	34,6

Nhận xét: - TDKMM trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là giảm bạch cầu trung tính (40,4%) chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, 2), có 1,9% hạ bạch cầu độ 4.

- Giảm huyết sắc tố có 38,5%; giảm bạch cầu là 32,7%, giảm tiểu cầu là 34,6% chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1,2).

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn trên chức năng gan – thận

Các chỉ số	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tăng AST	39	75	3	5,8	0	0	0	0	42	78,8
Tăng ALT	26	50	1	1,9	1	1,9	0	0	28	53,8
Tăng Creatinin	2	3,8	1	1,9	0	0	0	0	3	5,77

Nhận xét: - TDKMM trên gan với tăng AST, ALT lần lượt là 78,8% và 53,8%, đa số độ 1,2, có 1 bệnh nhân tăng ALT độ 3.

- TDKMM trên thận ít gặp với 5,77% bệnh nhân có tăng creatinin, chủ yếu độ 1, 2.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Các chỉ số	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiêu chảy	3	5,8	1	1,9	0	0	0	0	4	7,69
Buồn nôn, nôn	9	17,3	6	11,5	0	0	0	0	15	28,84
Dị cảm	25	48,1	1	1,9	0	0	0	0	26	50

Nhận xét: TDKMM hay gặp nhất là dị cảm chiếm 50%, chủ yếu độ 1, độ 2. Ngoài ra ít gặp TDKMM khác tiêu chảy (7,69%), buồn nôn, nôn (28,84%), chủ yếu TDKMM độ 1, độ 2.

IV. BÀN LUẬN

- Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân UTDD đa số giai đoạn IIA chiếm 32,7%. Tuổi trung bình là 60,4 ± 9,185 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Văn Chiến và cs (2022) với tuổi trung bình là 58,6 ± 7,3⁴; nghiên cứu Bang và CS (2012) là 56,1².

- Nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm 75%, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Nghiên cứu của Bang và CS (2012) là 72% ở nhóm điều trị XELOX²; nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2021) là 72%⁵.

- Tỷ lệ DFS 6 tháng, 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 96,2%; 86,5%; 82,5%; 76,7%. Nghiên cứu của Bang và CS (2012) với DFS 3 năm là 74%². Nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2021) tỷ

lệ DFS 1 năm là 82,9%, DFS 2 năm là 67,6%⁵.

- Thời gian theo dõi trung vị là 34,586 ± 1,332 tháng. Tỷ lệ OS 6 tháng, 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 100%; 96,1%; 89,8%; 87,2%. Nghiên cứu của Bang và CS (2012) OS 3 năm là 83%². Nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng (2024) OS 12 tháng là 96,4%⁶. Nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2021) tỷ lệ OS 1 năm, 2 năm lần lượt là 93,9%; 75%⁵. Sự khác biệt về DFS và OS giữa các nghiên cứu do có sự khác biệt về giai đoạn, phân bố bệnh nhân từng giai đoạn và các phác đồ điều trị sau tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân giai đoạn II, các nghiên cứu khác bệnh nhân chủ yếu giai đoạn III^{2,5}.

- Sự khác biệt về DFS, OS theo nhóm tuổi, giai đoạn bệnh và số hạch nạo vét không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, theo AJCC 8 khuyến cáo để đánh giá chính xác giai đoạn di căn hạch lấy tối thiểu đủ 16 hạch giúp tiên lượng bệnh tốt hơn³. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được vét dưới 16 hạch. Trong nghiên cứu của Zhang và CS (2019) tỷ lệ sống thêm 5 năm của UTDD tăng dần khi số hạch khảo sát tăng lên, từ 20,3% khi khảo sát dưới 6 hạch, 29% khi khảo sát 7-14 hạch và 32,6% khi khảo sát ≥ 15 hạch ($p < 0,001$)⁷.

- Tỷ lệ DFS và OS ở nhóm hóa trị đủ 8 chu kỳ có thời gian sống thêm dài hơn nhóm hóa trị ít hơn 8 chu kỳ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, hoàn thành đủ 8 chu kỳ hóa trị phác đồ CAPOX là một yếu tố ảnh hưởng đến sống thêm của bệnh nhân. Nghiên cứu của Cho và cộng sự (2017), không hóa trị hỗ trợ đủ 8 chu kỳ CAPOX và S-1 làm tăng nguy cơ tử vong đến 5,575 lần ở bệnh nhân UTDD giai đoạn III⁸. Tuy nhiên việc hóa trị đủ 8 chu kỳ hóa trị còn phụ thuộc vào TDKMM, bệnh lý kèm theo. Trong nghiên cứu trên không phân tích từng nhóm phác đồ hỗ trợ riêng rẽ và nguyên nhân dẫn đến việc bệnh nhân không điều trị đủ số chu kỳ hóa trị.

- TDKMM trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là giảm bạch cầu trung tính với 40,4%. Tiếp theo là giảm huyết sắc tố (38,5%), giảm tiểu cầu (34,6%). Nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2022) tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính là 33,1%; thiếu máu là 61,9%⁵. Nghiên cứu của Bang và CS (2012) với tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính là 60%².

- TDKMM trên gan với tăng AST, ALT lần lượt là 78,8% và 53,8%. Ít gặp TDKMM trên thận (5,77%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2021) với tỷ lệ tăng AST là 57,8%, tăng ALT là 31,1%⁵. Tuy nhiên, đa số

TDKMM độ 1, độ 2 nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

- Ngoài hệ tạo huyết, TDKMM hay gặp nhất là dị cảm gặp 50% bệnh nhân, chủ yếu độ 1, độ 2. Ngoài ra ít gặp TDKMM tiêu chảy (7,69%), buồn nôn, nôn (28,84%). Do TDKMM trên thần kinh ngoại vi thường xuất hiện khi bệnh nhân được điều trị hóa chất nhóm platinum. Tỷ lệ TDKMM trên thần kinh ngoại vi trong nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Bang và CS (2012) là 56%².

V. KẾT LUẬN

Thời gian theo dõi trung vị là 34,586 ± 1,332 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ của bệnh nhân trong nghiên cứu tại thời điểm 3 năm lần lượt là 76,7% và 87,2%. Hóa trị hỗ trợ đủ 8 chu kỳ có ảnh hưởng đến sống thêm của bệnh nhân với $p < 0,05$.

Phác đồ hóa chất hỗ trợ CAPOX là một phác đồ an toàn, tác dụng không mong muốn chủ yếu độ 1, độ 2 chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel & et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 71, 209-249, doi:10.3322/caac.21660 (2021).
2. **Bang, Y. J. et al.** Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 379, 315-321, doi:10.1016/S0140-6736(11)61873-4 (2012).
3. **Amin, M. B. et al.** The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin* 67, 93-99, doi:10.3322/caac.21388 (2017).
4. **Hồ Văn Chiến & Vũ Hồng Thăng.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sống thêm bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB-III hóa trị hỗ trợ phác đồ XELOX tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam* 517, 149-152 (2022).
5. **Lê Thị Thu Nga.** Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX sau phẫu thuật ung thư dạ dày triệt căn. (2021).
6. **Đỗ Thị Hằng, Lê Thanh Đức & Nguyễn Thị Thu Hường.** Kết quả điều trị hỗ trợ bằng phác đồ XELOX bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật triệt căn. *Tạp chí y học Việt Nam* 536, 35-38 (2024).
7. **Zhang, W. et al.** Effect of lymph nodes count in node-positive gastric cancer. *J Cancer* 10, 5646-5653, doi:10.7150/jca.30979 (2019).
8. **Cho, J. H., Lim, J. Y. & Cho, J. Y.** Comparison of capecitabine and oxaliplatin with S-1 as adjuvant chemotherapy in stage III gastric cancer after D2 gastrectomy. *PLoS One* 12, e0186362, doi:10.1371/journal.pone.0186362 (2017).

THỰC TRẠNG NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU LIÊN QUAN ĐẾN ỐNG THÔNG TIỂU TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2024

Nguyễn Thị Bảo Liên¹, Lê Thị Nhài¹,
Ngô Văn Quỳnh¹, Nguyễn Bá Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu (CAUTI) là một trong các vấn đề ảnh hưởng đến kết quả và chất lượng điều trị cho các bệnh nhân ở các đơn vị hồi sức tích cực, nghiên cứu thực hiện để mô tả thực trạng nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân được đặt sonde tiểu tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Trong 115 bệnh nhân có tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, tuổi trung bình: 70,58±16,2 tuổi, tỷ lệ CAUTI là 25,2%, tần suất là 25,5 ca/1000 ngày lưu sonde tiểu. Thời gian lưu sonde tiểu càng dài thì tỷ lệ CAUTI càng cao, tỷ lệ CAUTI với lưu sonde trên 5 ngày là 28,3%, trên 7 ngày là 33,3% và trên 11 ngày là 40%, tại thời điểm 11 ngày, có OR là 3,57 với $p < 0,05$. Trong các nguyên nhân phân lập được, *K.pneumoniae* là vi khuẩn hay gặp với 24,14%, *C.albicans* và *C.tropicalis* là nguyên nhân hay gặp với cùng tỷ lệ 20,69%. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu (CAUTI) là bệnh lý thường gặp tại khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc – bệnh viện đa khoa Xanh Pôn với tỷ lệ là 25,2%, tần suất là 25,5 ca/1000 ngày lưu sonde, việc tối ưu thời gian đặt sonde là chìa khóa để hạn chế CAUTI.

Từ khóa: nhiễm khuẩn tiết niệu, ống thông tiểu, vi khuẩn tiết niệu

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF URINARY RESISTANCE INFECTIONS RELATED TO URINARY CATHETERS IN THE INTENSIVE CARE AND POISON CONTROL DEPARTMENT OF SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is one of the problems affecting the outcome and quality of treatment for patients in intensive care units, this study was conducted to describe the current status of catheter-associated urinary tract infection. **Method:** Cross-sectional descriptive study on patients with catheters placed at the Department of Intensive Care - Anti-Poisoning, Xanh Pon General Hospital from January 2024 to

October 2024. **Results:** 115 patients were involved in this study in which the male/female ratio was 1.5/1, mean age: 70.58±16.2 years old, the CAUTI rate was 25.2%, the incidence was 25.5 cases/1000 days of catheter placement. The longer with catheter increased the rate of CAUTI, the rate of CAUTI with catheter in place for more than 5 days is 28.3%, more than 7 days is 33.3% and more than 11 days is 40% and OR in 11 days: 3.57 with $p < 0.05$. *K.pneumoniae* is the most common bacteria with 24.14%, *C.albicans* and *C.tropicalis* are the most common causes with the same rate of 20.69%. **Conclusion:** Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is a common disease in the Department of Emergency Resuscitation and Poison Control - Xanh Pon General Hospital with a rate of 25.2%, the frequency is 25.5 cases/1000 days of catheter in place, optimizing catheter placement time is the key to limiting CAUTI.

Keywords: Catheter-associated urinary tract infection, Catheter urinary

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu (Catheter-associated urinary tract infection- CAUTI) là một trong những bệnh liên quan đến bệnh viện phổ biến nhất trên toàn cầu, chiếm đến 40% tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và 23% số ca nhiễm trùng ở phòng chăm sóc đặc biệt [1]. Nhiễm khuẩn huyết do nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông tiểu có tỷ lệ tử vong lên đến 32,8%[2] CAUTI được giải thích là sự xuất hiện đáng kể của vi khuẩn trong nước tiểu ở bệnh nhân được đặt ống thông tiểu và gây nhiễm nhiễm trùng. CAUTI có liên quan đến việc tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và chi phí điều trị, thời gian nằm viện Trung tâm kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) ước tính rằng trong năm 2007 có 139.000 CAUTI xảy ra tại các bệnh viện Hoa Kỳ [3]. Tại khu vực Đông Nam Á, tần suất nhiễm trùng đường tiết niệu do đặt ống thông tiểu xét trên 1000 ngày đặt thông tiểu là 15,7[4]. Trong CAUTI thời gian lưu ống thông tiểu là yếu tố quan trọng nhất quyết định đến tình trạng nhiễm trùng, nguy cơ CAUTI tăng từ 3% đến 10% với mỗi ngày đặt ống thông tiểu[1]. Khoảng 26% bệnh nhân đặt ống thông tiểu sẽ phát triển vi khuẩn niệu ở ngày thứ 2 đến ngày thứ 10 và hầu hết bệnh nhân sẽ có vi khuẩn niệu nếu đặt ống thông tiểu trên 1 tháng [1]. Trong các căn nguyên gây CAUTI tại các

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Liên

Email: nguyenthibaolien@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024