

HAND-FOOT SYNDROME AS A COMPLICATION IN GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS UNDERGOING CAPECITABINE-BASED CHEMOTHERAPY

Ha Thanh Thanh, Phan Minh Tri, Nguyen Tran Thuc Huan, Nguyen Van Cau, Le Thanh Huy, Nguyen Thi Linh, Ha Thi Thao Ly, Le Thi Ngoc Thuy, Tran Huu Hai Dang, Truong Thi Huyen Trang, Nguyen Thi Hong Chuyen*

Department of Oncology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University - 6 Ngo Quyen, Thuan Hoa ward, Hue city, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 17/10/2025; Accepted: 23/10/2025

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and severity of hand-foot syndrome in gastrointestinal cancer patients treated with Capecitabine-based regimens. To investigate the factors influencing the development of hand-foot syndrome in this patient population.

Subject and method: A prospective descriptive study was conducted on 47 gastrointestinal cancer patients treated with Capecitabine-based regimens at the Department of Oncology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2023 to December 2023. Descriptive statistics and statistical tests were used to analyze the relationship between patient characteristics, treatment factors and the hand-foot syndrome.

Results: Hand-foot syndrome occurred in 44.7% of patients. Among the patients with hand-foot syndrome, 25.5% had grade 1; 10.6% had grade 2; and 8.5% had grade 3. The most common sites of occurrence were both hands and feet (85.7%). Most patients did not experience disruptions to their cancer treatment (66.7%). There was a statistically significant correlation between the average number of chemotherapy cycles and the development of hand-foot syndrome ($p < 0.001$).

Conclusion: Hand-foot syndrome is a common skin-related side effect, with most cases being grade 1-2. There is a statistically significant correlation between the number of chemotherapy cycles and the hand-foot syndrome in the study.

Keywords: Gastrointestinal cancer, Capecitabine, hand-foot syndrome.

*Corresponding author

Email: nthchuyen@huemed-univ.edu.vn **Phone:** (+84) 935660610 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3606**

NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG HỘI CHỨNG BÀN TAY-BÀN CHÂN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ CÓ CAPECITABINE

Hà Thanh Thanh, Phan Minh Trí, Nguyễn Trần Thúc Huân, Nguyễn Văn Cầu, Lê Thanh Huy, Nguyễn Thị Linh, Hà Thị Thảo Ly, Lê Thị Ngọc Thúy, Trần Hữu Hải Đăng, Trương Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Hồng Chuyên*

Bộ môn Ung bướu, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, phường Thuận Hóa, thành phố Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/10/2025; Ngày duyệt đăng: 23/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tần suất và mức độ nghiêm trọng của hội chứng bàn tay-bàn chân ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến hội chứng bàn tay-bàn chân ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 47 bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2023-12/2023. Sử dụng thống kê mô tả và các test thống kê để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm điều trị với hội chứng bàn tay-bàn chân.

Kết quả: 44,7% bệnh nhân có xuất hiện hội chứng bàn tay-bàn chân. Trong số bệnh nhân bị hội chứng bàn tay-bàn chân, có 25,5% độ 1; 10,6% độ 2; 8,5% độ 3. Vị trí xuất hiện phổ biến nhất là cả hai bàn tay và bàn chân (85,7%). Đa số bệnh nhân không bị ảnh hưởng đến điều trị (66,7%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị trung bình và sự khởi phát HFS ($p < 0,001$).

Kết luận: Hội chứng bàn tay-bàn chân là tác dụng phụ trên da thường gặp với đa số trường hợp là độ 1-2. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị và hội chứng bàn tay-bàn chân ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

Từ khóa: Ung thư đường tiêu hóa, Capecitabine, hội chứng bàn tay-bàn chân.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm trong thế kỷ XXI, trong đó ung thư đường tiêu hóa gặp phổ biến không chỉ trên thế giới mà còn tại Việt Nam, theo thống kê của GLOBOCAN (2022) [2-3]. Hóa trị với phác đồ dựa trên Fluoropyrimidine trong ung thư đường tiêu hóa là liệu pháp điều trị được chỉ định trước và sau phẫu thuật triệt căn hoặc điều trị triệu chứng cho những trường hợp ung thư quá giai đoạn phẫu thuật. Capecitabine, một loại tiền chất Fluoropyrimidine đường uống, được chứng minh là có hiệu quả trong ung thư đường tiêu hóa với khả năng dung nạp tốt [5]. Tuy nhiên, Capecitabine cũng gây ra một số tác dụng phụ mà thường gặp là

hội chứng bàn tay-bàn chân (hand-foot syndrome - HFS). Đây là một tác dụng phụ trên da với các triệu chứng gồm tê bì lòng bàn tay, bàn chân, phù nề và đau rát, có thể tiến triển thành phỏng rộp, bong tróc và loét nếu không được xử trí kịp thời [5].

Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng tỷ lệ xuất hiện HFS dao động trong khoảng 22-77% phụ thuộc vào nhiều yếu tố [9]. Khi nghiên cứu trên bệnh nhân bướu đặc, HFS xuất hiện ở 34% bệnh nhân được sử dụng phác đồ có Capecitabine, đa số trường hợp là ở mức độ nhẹ (theo WHO và NCI/CTCAE) và 6,7% bệnh nhân biểu hiện ở mức độ nặng ảnh hưởng đến chất

*Tác giả liên hệ

Email: nthchuyen@huemed-univ.edu.vn Điện thoại: (+84) 935660610 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3606>

lượng sống [8]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về HFS trên bệnh nhân được hóa trị còn rất hạn chế. Đa số các nghiên cứu chủ yếu đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ có Capecitabine nhưng lại ít đề cập chi tiết về độc tính HFS [1].

Mặc dù HFS không đe dọa đến tính mạng, nhưng làm trì hoãn điều trị, ảnh hưởng hiệu quả điều trị cũng như suy giảm nghiêm trọng chất lượng sống của bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

- Xác định tần suất và mức độ nghiêm trọng của HFS ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine.
- Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến HFS ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được chẩn đoán bằng kết quả mô bệnh học, được hóa trị phác đồ có Capecitabine.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư bằng mô bệnh học, bao gồm ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng, tụy ngoại tiết, đường mật; bệnh nhân được hóa trị phác đồ có Capecitabine đơn chất hoặc phối hợp; bệnh nhân có độ thanh thải creatinine > 50 ml/phút; bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tổn thương da bàn tay-bàn chân do các bệnh lý khác trước khi hóa trị như nấm da, viêm da cơ địa...; các trường hợp không theo dõi, đánh giá được.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Quy trình thu thập số liệu

- Chọn bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Điều trị hóa chất với phác đồ có Capecitabine đơn chất hoặc phối hợp.

- Đánh giá HFS theo phân độ của NCI/CTCAE (National Cancer Institute/Common Terminology Criteria for Adverse Events, 2017 v5.0):

+ Độ 1: Những thay đổi tối thiểu trên da hoặc viêm da (ví dụ: ban đỏ, phù nề hoặc tăng sừng hóa), không đau.

+ Độ 2: Những thay đổi trên da (ví dụ: bong tróc, phỏng rộp, chảy máu, nứt nẻ, phù nề hoặc tăng sừng hóa) kèm theo đau; hạn chế các hoạt động hàng ngày.

+ Độ 3: Những thay đổi nghiêm trọng trên da (ví dụ: bong tróc, phỏng rộp, chảy máu, nứt nẻ, phù nề hoặc tăng sừng hóa) kèm theo đau; hạn chế các hoạt động tự chăm sóc hàng ngày.

- Thu thập số liệu bằng phiếu nghiên cứu, tham khảo hồ sơ bệnh án.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích kỹ về lý do thu thập thông tin, những thăm khám cần thiết. Các số liệu thu được sẽ được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích khoa học và làm cơ sở cho việc chăm sóc và điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân

Nghiên cứu bao gồm 47 bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được hóa trị với phác đồ có Capecitabine. Trong tổng số 47 bệnh nhân, số bệnh nhân nam là 29 (61,7%) và số bệnh nhân nữ là 18 (38,3%). Độ tuổi trung bình là $63,8 \pm 12,9$ tuổi, với giá trị từ 21-85. Nhóm ≤ 60 tuổi gồm 15 bệnh nhân (31,9%), nhóm > 60 tuổi gồm 32 bệnh nhân (68,1%).

3.2. Tần suất và mức độ nghiêm trọng của HFS

Số chu kỳ hóa trị trung bình cho đến khi khởi phát HFS là 3, dao động từ 2-3,5 chu kỳ.

Bảng 1. Tần suất và mức độ nghiêm trọng của HFS (n = 47)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sự xuất hiện HFS	Có	21	44,7
	Không	26	55,3
Phân độ HFS theo NCI/CTCAE	Độ 1	12	25,5
	Độ 2	5	10,6
	Độ 3	4	8,5

21 bệnh nhân (44,7%) có xuất hiện HFS và 26 bệnh nhân (55,3%) không xuất hiện HFS. Trong số 21 bệnh nhân bị HFS, mức độ nghiêm trọng của HFS được phân loại theo NCI/CTCAE như sau: 12 bệnh nhân (25,5%) ở độ 1; 5 bệnh nhân (10,6%) ở độ 2; và 4 bệnh nhân (8,5%) ở độ 3.

Bảng 2. Thông tin liên quan đến HFS (n = 21)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Vị trí HFS	Bàn tay	3	14,3
	Bàn chân	0	0
	Cả hai	18	85,7
Biện pháp điều trị	Thuốc giảm đau tại chỗ	1	4,8
	Thuốc giảm đau toàn thân	0	0
	Kem dưỡng ẩm	20	95,2
	Chườm nước đá	2	9,5
Ảnh hưởng đến điều trị	Không	14	66,7
	Giảm liều	3	14,3
	Tạm hoãn rồi giảm liều	3	14,3
	Dừng điều trị	1	4,8
Biện pháp dự phòng đã sử dụng	Làm mát bàn tay, bàn chân	11	52,4
	Tránh tiếp xúc nước nóng, nhiệt độ nóng	15	71,4
	Tránh tiếp xúc hóa chất	13	61,9
	Tránh tì đè, hoạt động gây lực/cọ xát	16	76,2
	Không đi chân đất, dùng dép rộng, tất mềm	19	90,5
	Thoa kem chăm sóc da	18	85,7

Trong 21 bệnh nhân có biểu hiện HFS, vị trí xuất hiện phổ biến nhất là cả hai bàn tay và bàn chân (85,7%), tiếp theo là bàn tay (14,3%), không có trường hợp nào chỉ xuất hiện ở bàn chân. Biện pháp điều trị HFS chủ yếu là sử dụng kem dưỡng ẩm (95,2%). HFS ảnh hưởng đến điều trị ở một số bệnh nhân, bao gồm: giảm liều (14,3%), tạm hoãn rồi giảm liều (14,3%) và dừng điều trị (4,8%). Đa số bệnh nhân không bị ảnh hưởng đến điều trị (66,7%). Bệnh nhân đã áp dụng nhiều biện pháp dự phòng HFS, chủ yếu là không đi chân đất, dùng dép rộng, tất mềm (90,5%) và thoa kem chăm sóc da (85,7%).

3.3. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và sự xuất hiện HFS

Đặc điểm		HFS		p*
		Có	Không	
Giới tính	Nam (n = 29)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	1,000
	Nữ (n = 18)	8 (44,4%)	10 (55,6%)	
Nhóm tuổi	≤ 60 (n = 15)	7 (46,7%)	8 (53,3%)	1,000
	> 60 (n = 32)	14 (43,8%)	18 (56,3%)	
Loại ung thư	Dạ dày (n = 21)	12 (57,1%)	9 (42,9%)	0,389
	Đại tràng (n = 15)	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
	Trực tràng (n = 10)	4 (40,0%)	6 (60,0%)	
	Bóng vater (n = 1)	0	1 (100,0%)	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II (n = 3)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1,000
	Giai đoạn III (n = 20)	9 (45,0%)	11 (55,0%)	
	Giai đoạn IV (n = 24)	11 (45,8%)	13 (54,2%)	
BMI	Nhẹ cân (n = 13)	7 (53,8%)	6 (46,2%)	0,283
	Bình thường (n = 28)	10 (35,7%)	18 (64,3%)	
	Thừa cân, béo phì (n = 6)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Diện tích da	≤ 1,8 m ² (n = 46)	21 (45,7%)	25 (54,3%)	1,000
	> 1,8 m ² (n = 1)	0	1 (100,0%)	
Albumin huyết thanh	< 30 g/L (n = 2)	2 (100,0%)	0	0,194
	≥ 30 g/L (n = 45)	20 (44,4%)	25 (55,6%)	

Ghi chú: *Phép kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test đối với biến định tính và phép kiểm định T-test đối với biến định lượng có phân phối chuẩn và phép kiểm định Mann-Whitney U test đối với biến định lượng có phân phối không chuẩn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi, loại ung thư, giai đoạn bệnh, BMI, diện tích da, albumin huyết thanh với sự xuất hiện của HFS ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm điều trị và sự xuất hiện HFS

Đặc điểm		HFS		p*
		Có	Không	
Chỉ định hóa trị	Hóa trị triệu chứng (n = 24)	12 (50,0%)	12 (50,0%)	0,116
	Hóa trị tân bổ trợ (n = 5)	0	5 (100,0%)	
	Hóa trị bổ trợ (n = 18)	9 (50,0%)	9 (50,0%)	
Loại phác đồ	Capecitabine đơn trị (n = 19)	8 (42,1%)	11 (57,9%)	0,648
	Capecitabine + Oxaliplatin (n = 20)	9 (45,0%)	11 (55,0%)	
	Capecitabine + Irinotecan (n = 4)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	
	Capecitabine + Oxaliplatin + Epirubicin (n = 4)	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
Tỷ lệ liều Capecitabine	100% (n = 45)	19 (42,2%)	26 (57,8%)	0,194
	< 100% (n = 2)	2 (100,0%)	0	
Liều Capecitabine	≤ 3000 mg/ngày (n = 43)	19 (44,2%)	24 (55,8%)	1,000
	> 3000 mg/ngày (n = 4)	2 (50%)	2 (50%)	
Liệu trình	14 ngày nghỉ 7 ngày (n = 39)	17 (43,6%)	22 (56,4%)	1,000
	Liên tục 21 ngày (n = 8)	4 (50,0%)	4 (50,0%)	
Số chu kỳ hóa trị trung bình cho đến khi khởi phát HFS	≤ 3 chu kỳ (n = 17)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	< 0,001
	> 3 chu kỳ (n = 30)	5 (16,7%)	25 (83,3%)	

Ghi chú: *Phép kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test.

Kết quả cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm điều trị (chỉ định hóa trị, loại phác đồ, liều Capecitabine, tỷ lệ phần trăm liều, liệu trình) với sự xuất hiện của HFS ($p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị trung bình cho đến khi khởi phát HFS và sự khởi phát HFS ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Quá trình chuyển đổi tiền chất Capecitabine thành 5-FU trong cơ thể được thực hiện dưới sự xúc tác của thymidine phosphorylase (dThdPase), là loại enzyme hiện diện nhiều nhất trong các tế bào ác tính và ở các tế bào sừng của da, tế bào tuyến bài tiết mồ hôi trong một số trường hợp đặc biệt và do đó làm tăng sự tích lũy của 5-FU dẫn đến tỷ lệ cao của HFS [6], [9].

Tần suất xuất hiện chung của HFS trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,7%, trong đó tỷ lệ xuất hiện đối với phác đồ đơn chất là 42,1% và tỷ lệ xuất hiện cao nhất là trong phác đồ phối hợp Capecitabine + Irinotecan với 75%. Nghiên cứu của Rodrigues de Queiroz M.V và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ xuất hiện HFS đối với phác đồ Capecitabine là 80% và đối với phác đồ Capecitabine + Oxaliplatin là 20% [8].

Trong khi một số nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tần suất HFS thấp hơn ở các phác đồ phối hợp với liều Capecitabine thấp hơn, thì nhìn chung ở cả 2 loại phác đồ tỷ lệ này cũng dao động trong khoảng 22-77% [6], [8-9]. Về thời điểm xuất hiện HFS, nghiên cứu của Teck Long King và cộng sự (2024) ghi nhận số chu kỳ hóa trị trung bình cho đến khi khởi phát HFS là 3 chu kỳ, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [7]. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng tỷ lệ HFS độ 3 dao động trong khoảng 10-24% [6]. Trong 21 bệnh nhân mắc HFS, chúng tôi nhận thấy độc tính độ 3 với tỷ lệ 8,5%, độc tính độ 1 và 2 với tỷ lệ 36,1%. Nghiên cứu của Rodrigues de Queiroz M.V và cộng sự (2022) báo cáo độc tính độ 1 và độ 2 chiếm đa số với tỷ lệ 93,3%, độc tính từ độ 3 trở lên chiếm 6,7% (các tác giả đánh giá mức độ nghiêm trọng của HFS theo thang điểm của WHO và NCI/CTCAE 5.0) [8]. Các nghiên cứu của Teck Long King và cộng sự (2024), Yap Y.S và cộng sự (2017) cũng cho kết quả tương tự [7], [10]. Trong 21 bệnh nhân có biểu hiện HFS, chúng tôi nhận thấy vị trí xuất hiện HFS phổ biến nhất là cả hai bàn tay và bàn chân (85,7%), tiếp theo là bàn tay (14,3%), không có trường hợp nào chỉ xuất hiện ở bàn chân.

Với các biện pháp dự phòng đã sử dụng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm liều hay tạm hoãn điều trị hay dừng điều trị chỉ chiếm 33,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân HFS được chỉ định các loại

thuốc giảm đau tại chỗ hay toàn thân rất thấp (4,8%), đa số bệnh nhân chỉ sử dụng các loại kem dưỡng ẩm tại chỗ (95,2%) để làm dịu các triệu chứng của HFS.

Độc tính của 5-FU là do các chất chuyển hóa có hoạt tính tích lũy ở da, phụ thuộc liều dùng, cách dùng và phổ biến ở phụ nữ lớn tuổi, thì đối với Capecitabine một số nghiên cứu khác lại không chỉ ra được mối liên quan này [6]. Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính với sự xuất hiện HFS ($p > 0,05$). Nghiên cứu này cũng không chỉ ra được sự tác động của loại ung thư, giai đoạn bệnh, chỉ định hóa trị (tân bổ trợ, bổ trợ, triệu chứng), loại phác đồ điều trị đến HFS, tương tự nghiên cứu của một số tác giả khác [4], [8], [10]. Xu hướng tương tự cũng được chứng minh trong nghiên cứu này với các yếu tố BMI, diện tích da, albumin huyết thanh ($p > 0,05$) [4], [7]. Một số nghiên cứu trước đây cũng đưa ra những dữ liệu tương đối hạn chế về ảnh hưởng của BMI lớn hay nồng độ albumin thấp đến HFS [4].

Sự khởi phát và mức độ nghiêm trọng của HFS phụ thuộc liều dùng và tổng liều tích lũy [6]. Chantharakhit C (2024) và Teck Long King (2024) báo cáo mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa liều dùng với nguy cơ HFS, trong đó liều dùng càng cao thì nguy cơ xuất hiện HFS càng cao [4], [7]. Ngược lại với những kết quả trên, nghiên cứu của chúng tôi không chứng minh được mối liên quan này.

Về mối liên quan giữa số chu kỳ hóa trị và HFS, Rodrigues de Queiroz M.V và cộng sự (2022) đã ghi nhận tỷ lệ xuất hiện HFS cao nhất là ở nhóm bệnh nhân nhận từ 1-3 chu kỳ hóa trị (46,7%) và 4-6 chu kỳ (46,7%) so với nhóm bệnh nhân nhận hơn 6 chu kỳ. Điều này cho thấy rằng HFS có thể xuất hiện rất sớm trong quá trình điều trị của bệnh nhân, tuy nhiên nghiên cứu này lại không chỉ ra được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị và thời điểm xuất hiện HFS khi tính trên tổng số chu kỳ bệnh nhân nhận được [8]. Trong 21 bệnh nhân biểu hiện HFS, chúng tôi ghi nhận thời điểm xuất hiện HFS cao nhất là ở nhóm bệnh nhân nhận 1-3 chu kỳ hóa trị (94,1%, khi tính trên tổng số chu kỳ hóa trị mà bệnh nhân nhận được) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Chantharakhit C và cộng sự (2023) ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị trong tổng số chu kỳ (< 5 chu kỳ/ ≥ 5 chu kỳ) và sự xuất hiện HFS độ 2 và 3 trong phân tích đơn biến và đa biến [4].

5. KẾT LUẬN

HFS là tác dụng phụ trên da thường gặp ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa được điều trị phác đồ có Capecitabine. Nghiên cứu ghi nhận đa số trường hợp

HFS là độ 1-2 và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số chu kỳ hóa trị và thời điểm xuất hiện HFS.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoàng Thị Cúc, Trần Thắng, Hoàng Ngọc Tấn, Vũ Hồng Thắng. Hiệu quả của Capecitabine đơn chất trong điều trị duy trì ung thư đại trực tràng di căn tại Bệnh viện K, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 515 (1), tr. 135-138.
- [2] Bray F et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2024, 74 (3): 229-263.
- [3] International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory - Viet Nam factsheet, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>, 2024. Accessed 04 August 2025.
- [4] Chantharakhit C, Sujaritvanichpong N. Predictive factors for the development of capecitabine-induced hand-foot syndrome: a retrospective observational cohort study. Annals of Medicine & Surgery, 2024, 86: 73-77.
- [5] de With M et al. Capecitabine-induced hand-foot syndrome: A pharmacogenetic study beyond DPYD. Biomedicine & Pharmacotherapy, 2024, 159: 114232.
- [6] Lassere Y, Hoff P. Management of hand-foot syndrome in patients treated with capecitabine (Xeloda). Eur J Oncol Nurs, 2004, 8 (1): S31-40.
- [7] Teck Long King et al. Hand-foot syndrome in cancer patients on capecitabine: examining prevalence, impacts, and associated risk factors at a cancer centre in Malaysia. Support Care Cancer, 2024, 32 (6): 345.
- [8] Rodrigues de Queiroz M.V et al. Hand-foot syndrome caused by capecitabine: incidence, risk factors and the role of dermatological evaluation. Ecancermedicalscience, 2022, 16: 1390.
- [9] Wasif Saif M. Targeting cancers in the gastrointestinal tract: role of capecitabine. OncoTargets and Therapy, 2009, 2: 29-41.
- [10] Yap Y.S et al. Predictors of hand-foot syndrome and pyridoxine for prevention of capecitabine-induced hand-foot syndrome a randomized clinical trial. JAMA Oncol, 2017, 3 (11): 1538-1545.