EFFICACY OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH OXALIPLATIN AND 5-FLUOROURACIL IN STAGE II-III GASTRIC CANCER PATIENTS AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Trang*, Vu Thi Hang, Le Thi Lan Huong

Thanh Hoa Provincial Oncology Hospital - Alley 958 Quang Trung, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes and adverse effects of the adjuvant Oxaliplatin – 5FU regimen in stage II–III gastric cancer patients at Thanh Hoa Oncology Hospital.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 45 patients with stage II–III gastric cancer who underwent radical surgery followed by adjuvant Oxaliplatin – 5FU chemotherapy from January 2022 to August 2025 at Thanh Hoa Oncology Hospital.

Results: The mean study period was 23 ± 7.89 months. The 3-year overall survival (OS) rate was 73.1%, with a mean overall survival time of 34.63 ± 1.47 months. The 3-year disease-free survival (DFS) rate was 54.7%, with a mean disease-free survival time of 30.87 ± 1.80 months. Adverse effects were predominantly grades 1–2.

Conclusion: The adjuvant Oxaliplatin – 5FU regimen for stage II–III gastric cancer at Thanh Hoa Oncology Hospital is safe and effective.

Keywords: Stage II–III gastric cancer; Adjuvant chemotherapy; Oxaliplatin – 5FU.

*Corresponding author
Email: drtrang1989@gmail.com **Phone**: (+84) 886722913 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6139

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT OXALIPLATIN - 5FU BỔ TRỢ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II - III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HOÁ

Nguyễn Thị Trang*, Vũ Thị Hằng, Lê Thị Lan Hương

Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa - Ngõ 958 Quang Trung, P. Hạc Thành, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ Oxaliplatin – 5FU trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II – III tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 45 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II–III, đã phẫu thuật triệt căn và hóa trị bổ trợ Oxaliplatin – 5FU từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 08 năm 2025 tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.

Kết quả: Thời gian nghiên cứu trung bình là 23±7,89 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm 73,1%; thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 34,63 ± 1,47 tháng; Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 54,7%; thời gian sống thêm không bệnh trung bình đạt 30,87 ± 1,80 tháng. Tác dụng không mong muốn chủ yếu ở độ 1-2.

Kết luận: Phác đồ Oxaliplatin – 5FU bổ trợ trong ung thư dạ dày giai đoạn II – III tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa an toàn và có hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư dạ dày giai đoạn II - III; Hóa trị bổ trợ; Oxaliplatin – 5FU.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một bệnh phổ biến ở ung thư đường tiêu hóa, sau ung thư đại trực tràng, có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong đứng thứ 5 trong tổng số các bệnh ung thư lần lượt là 4,8% và 6,6%, theo Globocan năm 2024 [6].

Đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm, điều trị phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, giúp điều trị triệt căn tế bào ung thư tại chỗ, tại vùng. Việc kết hợp hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật có vai trò rất quan trọng trong việc tiêu diệt các tổn thương vi di căn. Nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới đã nói lên vai trò của hóa chất bổ trợ trong UTDD từ những năm 80, 90 đến nay như phác đồ: EOX (epirubicin, oxaliplatin, capecitabin), FOLFOX (Oxaliplatin – 5FU), XELOX (hay CAPOX: capecitabin, oxaliplatin), SOX (S1, oxaliplatin).... đã đưa ra được lợi ích của hóa chất bổ trợ khi so sánh với điều trị phẫu thuật đơn thuần [3–5,9].

Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá chúng tôi mới thành lập nên việc điều trị bổ trợ hóa chất trong ung thư dạ dày nói riêng cũng như các bệnh ung thư khác nói chung đang trên đà phát triển, việc nghiên cứu kết quả về các phác đồ hoá chất cũng chưa có nhiều. Vậy nên, chúng tôi tiến hành đánh giá: Kết quả điều trị hoá chất Oxaliplatin – 5FU bổ trợ trên bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II – III tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày nguyên phát trên mô bệnh học.

+ Tuổi từ 18 – 80 tuổi.

+ Thể trạng PS từ 0-2.

+ Đã được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2.

+ Giai đoạn II – III trên xét nghiệm mô bệnh học (theo AJCC 8 năm 2017).

+ Được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Oxaliplatin – 5FU 12 chu kỳ.

+ Đầy đủ các dữ liệu cần nghiên cứu theo hồ sơ bệnh án, đầy đủ thông tin theo dõi sau điều trị.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ UTDD thứ phát.

+ Bệnh nhân UTDD giai đoạn tái phát, di căn.

+ Đã và đang điều trị bệnh ung thư khác kèm theo

+ Đã điều trị hóa chất tân bổ trợ

+ Đang mắc các bệnh chống chỉ định với hóa chất như: suy thận, suy gan, phụ nữ mang thai

+ Không tuân thủ quá trình điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu Thanh Hoá.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, với cỡ mẫu 45 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 25.0

Thống kê mô tả: Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max, biểu đồ Kaplan-Meier, Test log rank với kiểm định chuẩn p<0,05 trong đánh giá sống thêm, khoảng tin cậy 95%, mối liên quan giữa sống thêm và một số yếu tố liên quan.

*Tác giả liên hệ
Email: drtrang1989@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 886722913 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6139

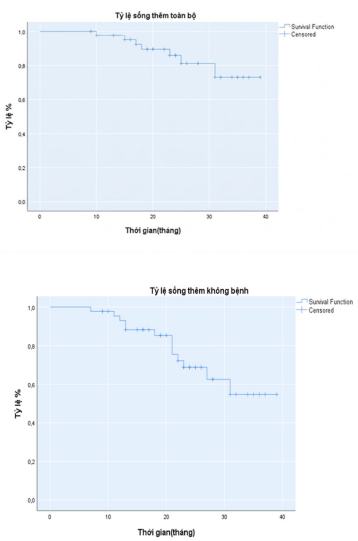
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá sống thêm

Nghiên cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2025 chúng tôi thu thập và theo dõi 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn cho nghiên cứu, với 540 lượt điều trị, thời gian theo dõi trung bình là 23±7,89 tháng. Thời gian theo dõi dài nhất là 39 tháng, ngắn nhất là 9 tháng với 02 trường hợp.

Bảng 1. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh qua các năm

Sống thêm toàn bộ (STTB)	**Thời gian**	**12 tháng**	**24 tháng**	**36 tháng**
	Số bệnh nhân tử vong tích luỹ	1	5	7
	Tỷ lệ STTB (%)	97,7	86	73,1
	Thời gian STTB (tháng)	34,63±1,47 (95CI=31,74-35,51)		
Sống thêm không bệnh (STKB)	**Thời gian**	**12 tháng**	**24 tháng**	**36 tháng**
	Số bệnh nhân tái phát, di căn tích luỹ	3	11	13
	Tỷ lệ STKB (%)	93	68,7	54,7
	Thời gian STKB (tháng)	30,87±1,8 (95CI=27,33-34,4)		



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tại thời điểm 36 tháng có 7 trường hợp tử vong và 13 trường hợp tái phát. Tỷ lệ STTB 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 97,7%; 86%; 73,1%. Tỷ lệ STKB 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 93%; 68,7%; 54,7%.

3.2. Tình trạng sống thêm và một số yếu tố liên quan

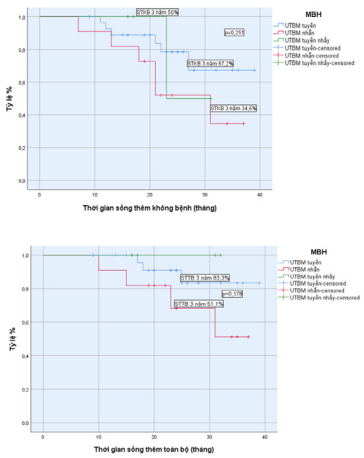
Giai đoạn bệnh và sống thêm

Bảng 2. Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Sống thêm không bệnh (n=45)		Sống thêm toàn bộ (n=45)	
	STKB 3 năm (%)	p	STTB 3 năm (%)	p
IIA	87,5	0,001	100	0,079
IIB	85,7		85,7	
IIIA	77,8		80	
IIIB	35,6		64,8	
IIIC	0		0	

Nhận xét: Giai đoạn càng cao thì tỷ lệ STKB càng giảm với p<0,05, có ý nghĩa thống kê; nhưng không có sự khác biệt đối với tỷ lệ STTB giữa các giai đoạn bệnh (p=0,079).

Mô bệnh học và sống thêm



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm theo mô bệnh học

Nhận xét: Ung thư biểu mô (UTBM) tế bào nhẫn có tỷ lệ sống STTB và STKB 3 năm thấp nhất 51,1% và 34,6%; không có sự khác biệt về mặt thống kê với p=0,178 và p=0,251.

Sống thêm theo độ mô học

Bảng 3. Độ mô học và thời gian sống thêm

Độ mô học	Sống thêm không bệnh (n=45)			Sống thêm toàn bộ (n=45)		
	TB (tháng) (95%CI)	STKB 3 năm (%)	p	TB (tháng) (95%CI)	STKB 3 năm (%)	p
BH vừa, cao	27,46 (23,01-31,9)	81,8	0,41	29,7 (27,28-32,12)	90	0,467
BH kém	29,99 (25,98-34)	48,3		33,99 (30,49-37,49)	69,2	

Nhận xét: Độ biệt hóa kém có tỷ lệ STTB và STKB 3 năm thấp lần lượt là 69,2% và 48,3%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p = 0,467 và p =0,41.

Sống thêm theo tình trạng di căn hạch

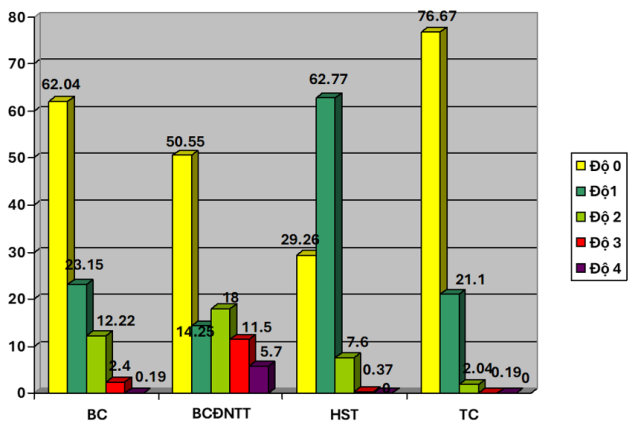
Bảng 4. Thời gian sống thêm theo tình trạng di căn hạch

Tình trạng di căn hạch	Sống thêm không bệnh (n=45)		Sống thêm toàn bộ (n=45)	
	STKB 3 năm (%)	p	STTB 3 năm (%)	p
pN0	75	0,014	85,7	0,125
pN1	100		100	
pN2	71,4		66,7	
pN3	23,6		55,3	

Nhận xét: Nhóm pN3 (di căn từ 7 hạch trở lên) có tỷ lệ STTB và STKB 3 năm thấp nhất lần lượt là 55,3% và 23,6%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với thời gian STKB (p<0,05); nhưng không có ý nghĩa thống kê đối với thời gian STTB (p=0,125).

3.2. Độc tính

Độc tính trên huyết học



Biểu đồ 3. Độc tính trên hệ tạo huyết qua các chu kỳ hóa chất

Nhận xét: Độc tính trên huyết học: hạ bạch cầu (BC), hạ bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT), hạ huyết sắc tố (HST), hạ tiểu cầu (TC) chủ yếu gặp độ 1 -2; độ 3-4 có tỷ lệ rất thấp.

Độc tính trên gan, thận

Bảng 5. Độc tính gan, thận qua các chu kỳ hóa chất

Độc tính trên gan, thận và độc tính lâm sàng	Độc tính (n=540)			
	Độ 0 n(%)	Độ 1 n(%)	Độ 2 n(%)	Độ 3-4 n(%)
GOT	393 (72,78)	144 (26,67)	3 (0,56)	0
GPT	434 (80,37)	102 (18,89)	4 (0,74)	0
Creatinin	536 (99,26)	4 (0,74)	0	0
Chán ăn	199 (36,85)	331 (61,3)	10 (1,85)	0
Buồn nôn	185 (34,26)	353 (65,37)	2 (0,37)	0
Nôn	317 (58,7)	221 (40,93)	2 (0,37)	0
Tiêu chảy	451 (83,52)	86 (15,93)	3 (0,56)	0
Dị cảm thần kinh	215 (39,81)	325 (60,19)	0	0

Nhận xét: Độc tính trên gan thận và các độc tính lâm sàng chủ yếu là độ 1-2; không gặp độ 3-4.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian sống thêm

Từ nghiên cứu trên, chúng tôi có tỷ lệ STKB 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 93%; 68,7%; 54,7% với thời gian STKB trung bình là 30,87 ± 1,8 tháng; Tỷ lệ STTB 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 97,7%; 86%; 73,1%; thời gian STTB trung bình 34,63 ± 1,47 tháng. Tương tự nghiên cứu của Zhang XL và CS (2011) cho tỷ lệ sống sót không tái phát sau 3 năm ở nhóm FOLFOX đều tốt hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (trung vị 30 tháng so với 16 tháng, p<0,05); tỷ lệ sống sót chung sau 3 năm ở nhóm FOLFOX đều tốt hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (36 tháng so với 28 tháng, p <0,05) [10]. Nghiên cứu của Sebastián Mondaca. MD và CS (2023) về vai trò của FOLFOX bổ trợ đối với UTDD đã phẫu thuật triệt căn trên 63 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung vị là 52 tháng, DFS trung vị là 55 tháng; DFS 5 năm là 45% (95% CI 24%-64%); tỷ lệ STTB 5 năm là 63% (95% CI 48%-76%) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài nên chưa đánh giá được thời gian sống thêm 5 năm.

4.2. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm và một số yếu tố

- Thể mô bệnh học: UTBM tế bào nhẫn thường gặp ở người trẻ, khi đến bệnh đã ở giai đoạn muộn nên tỷ lệ sống thêm thường thấp so với nhóm UTBM tuyến. Trong nghiên cứu, UTBM tế bào nhẫn có tỷ lệ STTB và STKB 3 năm thấp hơn UTBM tuyến nhưng không có mối liên hệ giữa yếu tố mô bệnh học với thời gian sống thêm (51,1% so với 83,3%; p=0,178) và (34,6% so với 67,2%; p=0,251). Nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga (2022) cho tỷ lệ STTB của UTBM tế bào nhẫn 3 năm là 64,8%; p<0,05;2 Và yếu tố mô bệnh học của tác giả có tiên lượng độc lập với thời gian sống thêm. Có lẽ như cỡ mẫu của chúng tôi bé hơn nên chưa thể nêu bật được mối liên hệ của mô bệnh học với thời gian sống thêm.

- Độ mô học: UTBM kém biệt hoá có tỷ lệ STKB và STTB thấp hơn so với UTBM biệt hoá vừa và biệt hoá cao (48,3% so với 81,8%; p=0,41) và (69,2% so với 90%; p=0,467); nhưng không có mối liên hệ với thời gian sống thêm. UTBM kém biệt hoá thường đáp ứng kém với hoá chất nên bệnh thường tái phát nhanh hơn thể biệt hoá cao và biệt hoá vừa.

- Tình trạng di căn hạch: Di căn hạch (pN3) có tỷ lệ STKB thấp nhất là 23,6%; (pN2) là 71,4%; (pN0) 75%; (pN1) 100% với p<0,05; sự khác biệt này nói lên tình trạng di căn hạch càng nhiều thì thời gian STKB càng thấp; Tỷ lệ STTB của nhóm (pN3) cũng thấp hơn các nhóm còn lại là 55,3% so với (pN2) là 66,7%; (pN0) 85,7%; (pN1) là 100% nhưng p=0,125, nên tình trạng di căn hạch không có mối liên hệ với thời gian STTB. Sở dĩ có tỷ lệ STKB và STTB của nhóm (pN0) thấp hơn nhóm (pN1) là do có một bệnh nhân tuy không di căn hạch nhưng là nam giới, trẻ tuổi, thể mô bệnh học là UTBM tế bào nhẫn và mức độ xâm lấn khối

u là (pT4a) nên đã có tiên lượng xấu hơn nhóm (pN1). Nghiên cứu của Ke và CS (2014) trên bệnh nhân UTDD giai đoạn III cho thấy tỷ lệ STTB 5 năm giảm dần khi số lượng di căn hạch tăng lên với (pN1), (pN2) và (pN3) lần lượt là 43,2%, 35,6% và 22,3% (với p<0,001).8 Điều đó cho thấy, số lượng hạch di căn càng nhiều thì tiên lượng bệnh càng xấu.

- Giai đoạn bệnh: Nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIC có tỷ lệ STKB 3 năm thấp nhất là 0% so với giai đoạn IIIB là 35,6%; giai đoạn IIIA là 77,8%; giai đoạn IIB là 85,7%; giai đoạn IIA là 87,5% với p=0,001. Điều đó chứng tỏ giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập có liên quan đến thời gian STKB với p<0,01. Đối với STTB giai đoạn IIIC cũng cho tỷ lệ thấp nhất là 0% so với giai đoạn IIIB là 64,8%; giai đoạn IIIA là 80%; giai đoạn IIB là 85,7%; giai đoạn IIA là 100% với p=0,079; nhưng không có ý nghĩa thống kê. Đỗ Thị Hằng (2023) nghiên cứu về hiệu quả của hoá chất bổ trợ XELOX trên bệnh nhân UTDD giai đoạn II-III cho thời gian STKB ở các giai đoạn II, IIIA, IIIB-C lần lượt là 50,0 tháng, 42,0 tháng, 26,0 tháng; tỷ lệ STTB 36 tháng giai đoạn II, IIA và IIIB-C lần lượt là 88,0%; 75,0%; 37,5%. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ STTB giảm dần khi giai đoạn tăng dần (p<0,001) [1]. Có lẽ do thời gian nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài, trong 45 bệnh nhân nghiên cứu có bệnh nhân điều trị chưa đủ một năm, nên việc đánh giá mối liên hệ giữa giai đoạn bệnh với sống thêm toàn bộ chưa được rõ nét.

4.3. Các tác dụng không mong muốn

4.3.1. Trên hệ tạo máu

Với tổng số 540 lượt điều trị cho tỷ lệ hạ BC độ 1-2 là chính chiếm 35,37%, hạ độ 3-4 chiếm tỷ lệ thấp 2,59%; Hạ BCĐNTT chủ yếu độ 1-2 với tỷ lệ 32,25%; hạ độ 3, độ 4 thấp với tỷ lệ lần lượt là 11,5% và 5,7%; Giảm TC chủ yếu gặp độ 1-2 với tỷ lệ 23,04%; độ 3 rất thấp với tỷ lệ 0,19%; không gặp độ 4. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Sebastián Mondaca. MD và CS (2023) khi điều trị FOLFOX, độc tính giảm bạch cầu trung tính độ 3-4 chiếm tỷ lệ 19%; giảm BC có sốt độ 3-4 chiếm 3%; giảm tiểu cầu độ 3-4 2% [7]. Có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi bé và thời gian nghiên cứu ngắn hơn.

Giảm bạch cầu là độc tính hay gặp trong quá trình điều trị hóa chất làm trì hoãn điều trị và giảm liều hóa chất đặc biệt khi giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 4. Những bệnh nhân hạ BC ĐNTT độ 1 vẫn tiếp tục điều trị, những bệnh nhân hạ độ 2, được dùng 1 bơm Filgrastim 300 µg/ml tiêm dưới da ngày, hôm sau làm lại xét nghiệm, nếu bạch cầu ĐNTT tăng từ độ 1 trở lên, bệnh nhân nghỉ 1 ngày sau đó tiếp tục truyền hoá chất. Nếu BCĐNTT hạ độ 3-4, sẽ dùng thuốc Filgrastim 300 µg/ml tiêm dưới da mỗi ngày cho đến khi BCĐN trung tính trở về độ 1 hoặc mức bình thường; nghỉ 1 tuần rồi tiếp tục truyền chu kỳ hoá chất mới. Trong số những bệnh nhân hạ BC ĐNTT độ 3-4, đều không bị sốt. Sau 5 ngày tất cả đều ổn định và tiếp tục chu kỳ hoá chất mới, không bị trì hoãn điều trị. Bệnh nhân giảm tiểu cầu độ 1 đều có giá trị trên 100G/L nên vẫn tiếp tục điều trị theo phác đồ; có 1 bệnh nhân bị hạ độ 3 ở chu kỳ thứ 8, được dùng thuốc Boplate Santex giúp tăng cường tạo tiểu cầu, 3 viên/lần x 3 lần/ngày. Sau 10 ngày, xét nghiệm tiểu cầu tăng trên 100 G/L nên tiếp tục điều trị.

Trong quá trình điều trị hóa chất thiếu máu thường do ức chế tủy xương và các triệu chứng tiêu hóa như: buồn nôn, nôn, ăn uống kém, dẫn đến giảm cung cấp các yếu tố cho quá trình tạo máu. Trong nghiên cứu, giảm huyết sắc tố gặp chủ yếu độ 1-2 với tỷ lệ 74,37%; độ 3 có tỷ lệ thấp 0,37%; không gặp hạ độ 4. Bệnh nhân thiếu máu độ 1 vẫn tiếp tục điều trị hoá chất theo phác đồ, trường hợp thiếu máu độ 2-3 được dùng thêm thuốc kích thích dòng hồng cầu (Erythropoietin) hoặc truyền khối hồng cầu.

- Chức năng gan, thận: Độc tính trên gan có tỷ lệ 27,23%; chủ yếu là độ 1 với tỷ lệ 26,67%; độ 2 chiếm tỷ lệ thấp 0,56%; không gặp độ 3-4. Bệnh nhân được dùng kèm theo thuốc giải độc gan trước và sau truyền hoá chất.

- Hệ tiêu hóa và thần kinh: Chán ăn chủ yếu độ là độ 1-2 với tỷ lệ 63,15%. Các bệnh nhân chỉ chán ăn sau truyền hóa chất 5-7 ngày, sau đó ăn uống được và không trì hoãn điều trị. Buồn nôn và nôn chủ yếu gặp độ 1-2 với tỷ lệ 65,74% và 41, 3%; không gặp độ 3-4. Dù vậy, không phải bệnh nhân buồn nôn đều nôn. Nôn có thể gặp ngay sau truyền hóa chất hoặc nôn muộn sau hóa chất 2-3 ngày, phụ thuộc vào cá thể bệnh nhân. Hiện nay, do sử dụng các thuốc chống nôn mới như: Palonosetron, Aloxi, với thời gian tác dụng kéo dài nên nôn đã được kiểm soát tốt hơn. Tiêu chảy chủ yếu gặp độ 1 với tỷ lệ 15,93%; không gặp tiêu chảy độ 3-4. Khi bắt đầu điều trị tất cả các bệnh nhân đều được tư vấn dinh dưỡng phù hợp, và dùng thuốc Loperamide để điều trị nên tình trạng tiêu chảy nặng không xảy ra. Nghiên cứu của Sebastián Mondaca. MD và CS (2023) cho tỷ lệ tiêu chảy độ 3 là 11%; buồn nôn và nôn độ 3 lần lượt là 5% và 2 %; không gặp độ 4 [7]. Triệu chứng dị cảm thần kinh tăng dần theo số chu kỳ hóa chất, chủ yếu từ chu kỳ 9-10 trở đi và chỉ gặp độ 1 với tỷ lệ 60,19%, không gặp độ 3-4. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Sebastián Mondaca. MD và CS (2023) cho độc tính thần kinh độ 3 chiếm tỷ lệ 33% [7]. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ bị tổn thương độ 1 nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị hóa chất; bệnh nhân được sử dụng thuốc Vitamin 3B và thuốc giảm đau thần kinh Neurotin 300mg x 2 viên/ngày uống sau ăn chia 2 lần trong thời gian điều trị.

5. KẾT LUẬN

- Thời gian STTB trung bình 34,63±1,47 tháng; Tỷ lệ STTB tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm là 97,7%; 86%; 73,1%. Thời gian STKB trung bình 30,87±1,8 tháng; Tỷ lệ STKB tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 93%; 68,7%; 54,7%.

- Sống thêm không bệnh bị ảnh hưởng bởi các yếu tố sau: giai đoạn bệnh (p<0,05) và tình trạng di căn hạch (p<0,01).

- Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, hệ tạo máu và gan chủ yếu gặp độ 1-2; độc tính trên thận rất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Đỗ Thị Hằng. Kết quả điều trị bổ trợ bệnh nhân ung thư dạ dàygiai đoạn II, III bằng phác đồ XELOX tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc. Luận văn Thạc sỹ. Đại Học Y Hà Nội; 2023

[2] Lê Thị Thu Nga. Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX sau phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận Văn tiến sĩ. Đại Học Y Hà Nội; 2022.

[3] Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial - The Lancet. Accessed September 30, 2024. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61873-4/abstract

[4] Adjuvant Chemotherapy for Gastric Cancer with S-1, an Oral Fluoropyrimidine | New England Journal of Medicine. Accessed September 30, 2024. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa072252

[5] Capecitabine and Oxaliplatin for Advanced

Esophagogastric Cancer | New England Journal of Medicine. Accessed September 30, 2024. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa073149

[6] Cancer (IARC) TIA for R on. Global Cancer Observatory. Accessed September 22, 2024. https://gco.iarc.fr/

[7] Impact of Adjuvant FOLFOX on Quality of Life and Peripheral Neuropathy Incidence in Patients With Gastric Cancer: A Prospective Cohort Study. Value Health Reg Issues. 2023;35:13-18. doi:10.1016/j.vhri.2022.12.005

[8] Ke B, Song XN, Liu N, Zhang RP, Wang CL, Liang H. Prognostic value of the lymph node ratio in stage III gastric cancer patients undergoing radical resection. PloS One. 2014;9(5):e96455. doi:10.1371/journal.pone.0096455

[9] Phase II study of adjuvant chemotherapy of S-1 plus oxaliplatin for patients with stage III gastric cancer after D2 gastrectomy | Gastric Cancer. Accessed September 30, 2024. https://link.springer.com/article/10.1007/s10120-015-0581-1

[10] Zhang XL, Shi HJ, Cui SZ, Tang YQ, Ba MC. Prospective, randomized trial comparing 5-FU/LV with or without oxaliplatin as adjuvant treatment following curative resection of gastric adenocarcinoma. Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. 2011;37(6):466-472. doi:10.1016/j.ejso.2011.01.027