

# Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong điều trị UTĐT bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4

Trần Thị Như Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Trung<sup>1\*</sup>, Phạm Hoàng Bích Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Uyên<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Ngày nhận bài 6/2/2017; ngày chuyển phản biện 8/2/2017; ngày nhận phản biện 15/3/2017; ngày chấp nhận đăng 3/4/2017

## Tóm tắt:

Nghiên cứu hồi cứu 69 trường hợp điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III được điều trị phẫu thuật kết hợp với hoá chất phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2016. Kết quả cho thấy: Bệnh gặp ở nam nhiều hơn ở nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,23; tuổi mắc bệnh trung bình  $60,5 \pm 9,7$ , trong đó lứa tuổi hay gặp nhất từ 50-69 (68,1%). Về hình ảnh nội soi có 52,2% số bệnh nhân (BN) có khối u chiếm toàn bộ chu vi, thể sùi loét gặp nhiều nhất (40,6%). Vị trí khối u gặp ở đại tràng trái (52,2%) nhiều hơn đại tràng phải (47,8%). Chủ yếu gặp các khối u có kích thước trên 5 cm (chiếm 62,3%), là ung thư biểu mô tuyến (81,2%), với độ biệt hóa vừa (60,7%). Phần lớn số BN có tăng nồng độ Carcinoembryonic Antigen (CEA) trước phẫu thuật (63,8%). Kết quả sau khi điều trị phẫu thuật kết hợp với hoá chất phác đồ FOLFOX4 cho thấy, thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu là  $36,7 \pm 3,2$  tháng. Trong đó, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm là 47,5%; sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%; sống thêm không bệnh 3 năm 37,5%; sống thêm không bệnh 5 năm 17,2%.

**Từ khóa:** FOLFOX4, ung thư đại tràng.

**Chỉ số phân loại:** 3.2

## Some paraclinical characteristics and result of colon cancer treatment by surgery combined with FOLFOX4 chemicals

Thi Nhu Quynh Tran<sup>1</sup>, Ngoc Trung Nguyen<sup>1\*</sup>,  
Hoang Bich Ngoc Pham<sup>1</sup>, Duc Uyen Nguyen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Thai Binh University of Medicine

<sup>2</sup>General Hospital of Ha Nam Province

Received 6 February 2017; accepted 3 April 2017

## Abstract:

A retrospective study of 69 colon cancer patients at high-risk phase II and phase III treated with FOLFOX4 chemotherapy at General Hospital of Ha Nam Province from March 2011 to March 2016 shows that: The disease is more common in males than females, with a male/female ratio of 1.23. The median age was  $60.5 \pm 9.7$ , with the most common age being around 50-69 (68.1%). In term of endoscopic images, 52.2% of patients with tumors which occupy the entire perimeter have the most common ulcers (40.6%). Tumors were found in the left colon (52.2%) more than in the right colon (47.8%). Mainly tumors were over 5 cm in size (62.3%), epithelial carcinoma (81.2%), and with moderate variation (60.7%). And most patients had an increase in preoperative CEA levels (63.8%). Results after surgical treatment combined with chemotherapy of FOLFOX4 showed an average survival of  $36.7 \pm 3.2$  months. Of which, the overall survival rate after 3 years was 47.5%; living all over after 5 years was 30.5%; living 3 years without disease accounted for 37.5%; and living 5 years without disease was 17.2%.

**Keywords:** Colon cancer, FOLFOX4.

**Classification number:** 3.2

\*Tác giả liên hệ: Email: drtrung82@gmail.com.

## Đặt vấn đề

UTĐT là một trong những bệnh ung thư phổ biến thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, với tỷ lệ cao ở cả nam lẫn nữ, và ngày càng gia tăng. Bệnh UTĐT đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới.

Phẫu thuật là phương pháp cơ bản, có khả năng điều trị tận gốc UTĐT ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên, vì nhiều nguyên nhân, tỷ lệ BN UTĐT đến viện ở giai đoạn muộn vẫn phổ biến và nếu chỉ phẫu thuật đơn thuần thì hơn 50% số trường hợp UTĐT sẽ tái phát do di căn. Nhiều nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh vai trò của điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật UTĐT ở BN bị di căn và BN có nguy cơ cao trong việc tăng tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Sự kết hợp giữa phẫu thuật và hóa chất trong điều trị UTĐT đã được thể hiện trong các khuyến cáo điều trị hiện nay. Đối với BN UTĐT từ sau giai đoạn II có nguy cơ cao, phẫu thuật kết hợp với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Ở Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá kết hợp phẫu thuật và hóa chất hỗ trợ theo phác đồ FOLFOX4 chưa nhiều và mới chỉ dừng lại ở một giai đoạn nhất định của bệnh và thường được triển khai ở các trung tâm y tế lớn, các số liệu về điều trị UTĐT tại các bệnh viện tuyến tỉnh theo phương pháp trên còn ít được đề cập trong các nghiên cứu. Tại Hà Nam, chưa có các nghiên cứu về vấn đề trên, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị UTĐT bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.*

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** 69 trường hợp điều trị UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III được điều trị phẫu thuật kết hợp với hoá chất phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2016.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

\* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô đại tràng bằng mô bệnh học.
- Được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 đủ chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.
- Không mắc các bệnh cấp tính hoặc trầm trọng khác phối hợp (suy tim, suy gan, suy thận...).
- Đánh giá sau mổ ở giai đoạn II có nguy cơ cao và giai

đoạn III.

- BN có hồ sơ lưu trữ, đồng thời có đủ các thông tin theo dõi đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không phù hợp với các tiêu chuẩn trên.
- BN mắc các bệnh ung thư phối hợp khác.
- BN bị tử vong không liên quan đến bệnh UTĐT.
- Không đầy đủ thông tin theo dõi.

Phân tích và xử lý số liệu: Trên phần mềm SPSS 16.0.

## Kết quả nghiên cứu và bàn luận

**Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (bảng 1)**

**Bảng 1. Phân bố UTĐT theo tuổi và giới.**

| Giới        | Nam |      | Nữ |      | Tổng |      |
|-------------|-----|------|----|------|------|------|
|             | SL  | %    | SL | %    | SL   | %    |
| <b>Tuổi</b> |     |      |    |      |      |      |
| < 40        | 0   | 0    | 1  | 1,4  | 1    | 1,4  |
| 40-49       | 2   | 2,9  | 8  | 11,6 | 10   | 14,5 |
| 50-59       | 9   | 13,0 | 10 | 14,5 | 19   | 27,5 |
| 60-69       | 20  | 29,0 | 8  | 11,6 | 28   | 40,6 |
| ≥ 70        | 7   | 10,2 | 4  | 5,8  | 11   | 16,0 |
| Tổng cộng   | 38  | 55,1 | 31 | 44,9 | 69   | 100  |

SL: Số lượng.

Như vậy, nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất: 40,6%; nam 55,1%, nữ 44,9%; tỷ lệ nam/nữ: 1,23.

**Đặc điểm cận lâm sàng (bảng 2-7)**

**Bảng 2. Phân bố vị trí khối u.**

| Vị trí khối u  | Số BN | Tỷ lệ % |
|----------------|-------|---------|
| Đại tràng phải | 33    | 47,8    |
| Đại tràng trái | 36    | 52,2    |

Bảng 2 cho thấy, UTĐT phải (chiếm 47,8%) thấp hơn so với UTĐT trái (chiếm 52,8%).

**Bảng 3. Đặc điểm khối u qua nội soi đại tràng.**

| Đặc điểm nội soi                                        | Số BN | Tỷ lệ % |
|---------------------------------------------------------|-------|---------|
| <b>Kích thước của khối u theo chu vi lòng đại tràng</b> |       |         |
| 1/4 chu vi                                              | 3     | 4,3     |
| 2/4 chu vi                                              | 8     | 11,6    |
| 3/4 chu vi                                              | 22    | 31,9    |
| Toàn bộ chu vi                                          | 36    | 52,2    |
| <b>Hình thể bề mặt khối u</b>                           |       |         |
| Thể sùi                                                 | 25    | 36,2    |
| Thể loét                                                | 11    | 15,9    |
| Thể sùi và loét                                         | 28    | 40,6    |
| Thể thâm nhiễm                                          | 5     | 7,3     |

Bảng 3 cho thấy, số BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi chiếm trên 50%. Hình dạng khối u thể sùi và loét chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%).

**Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh.**

| Giải phẫu                         | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|-------|-----------|
| <b>Kích thước khối u (n = 69)</b> |       |           |
| < 5 cm                            | 26    | 37,7      |
| ≥ 5 cm                            | 43    | 62,3      |
| <b>Mô bệnh học (n = 69)</b>       |       |           |
| UTBM tuyến                        | 56    | 81,2      |
| UTBM tuyến nhầy                   | 11    | 15,9      |
| UTBM không biệt hóa               | 2     | 2,9       |
| <b>Độ biệt hóa (n = 56)</b>       |       |           |
| Biệt hóa cao                      | 9     | 16,1      |
| Biệt hóa vừa                      | 34    | 60,7      |
| Biệt hóa thấp                     | 13    | 23,2      |

UTBM: Ung thư biểu mô.

Bảng 4 cho thấy, kích thước khối u từ trên 5 cm chiếm chủ yếu (62,3%). Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là chủ yếu (81,2%). Độ biệt hóa tế bào ở mức độ vừa chiếm cao nhất (60,7%).

**Bảng 5. Phân bố BN theo mức độ ác tính.**

| Mức độ ác tính  | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-------|-----------|
| Độ ác tính thấp | 43    | 62,3      |
| Độ ác tính cao  | 26    | 37,7      |

Bảng 5 cho thấy, BN có khối u mức độ ác tính cao chiếm gần 38%.

**Bảng 6. Giai đoạn TNM (mức độ tiến triển bệnh về u nguyên phát, hạch vùng, di căn xa) theo Hiệp hội Phòng chống ung thư quốc tế UICC 2002.**

| Giai đoạn TNM             | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|-------|-----------|
| <b>Mức độ xâm lấn u</b>   |       |           |
| T2                        | 14    | 20,3      |
| T3                        | 34    | 49,3      |
| T4                        | 21    | 30,4      |
| <b>Mức độ di căn hạch</b> |       |           |
| N0                        | 20    | 29,0      |
| N1                        | 35    | 50,7      |
| N2                        | 14    | 20,3      |
| <b>Giai đoạn bệnh</b>     |       |           |
| II                        | 20    | 29,0      |
| IIIa                      | 14    | 20,3      |
| IIIb                      | 21    | 30,4      |
| IIIc                      | 14    | 20,3      |

Bảng 6 cho thấy, u xâm lấn lớp cơ (T3) chiếm tỷ lệ cao nhất (49,3%); không có BN nào u còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1). Mức độ di căn từ 1-3 hạch (N1) chiếm nhiều nhất (50,7%). Giai đoạn III là giai đoạn bệnh chiếm chủ yếu (71%).

**Bảng 7. Nồng độ CEA trước phẫu thuật.**

| Nồng độ CEA (ng/ml) | Số BN     | Tỷ lệ %    |
|---------------------|-----------|------------|
| <5                  | 25        | 36,2       |
| 5-10                | 10        | 14,5       |
| >10                 | 34        | 49,3       |
| <b>Tổng cộng</b>    | <b>69</b> | <b>100</b> |

Bảng 7 cho thấy, số BN có nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng trên 10 ng/ml chiếm tới 49,3%.

### Kết quả điều trị (bảng 8)

**Bảng 8. Thông tin theo dõi BN.**

| Tình trạng                    | Số BN | Tỷ lệ %    |
|-------------------------------|-------|------------|
| Tổng số BN                    | 69    | 100        |
| Còn sống                      | 37    | 53,6       |
| Tử vong                       | 32    | 46,4       |
| Thời gian theo dõi trung bình |       | 36,7 tháng |
| Thời gian theo dõi dài nhất   |       | 64,0 tháng |
| Thời gian theo dõi ngắn nhất  |       | 7,0 tháng  |

Bảng 8 cho thấy, trong tổng số 69 BN, đến thời điểm kết thúc theo dõi có 37 BN còn sống (53,6%); có 32 BN đã tử vong (46,4%). Thời gian theo dõi trung bình 36,7 tháng, thời gian theo dõi dài nhất 64 tháng và thời gian theo dõi ngắn nhất 7 tháng.

**Bảng 9. Tỷ lệ BN sống thêm toàn bộ.**

| Thời gian                                                                | Số BN tử vong | Số BN sống sót | % sống toàn bộ (OS) |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------------|
| Sau 1 năm                                                                | 7             | 62             | 89,1                |
| Sau 2 năm                                                                | 26            | 43             | 52,6                |
| Sau 3 năm                                                                | 28            | 41             | 47,5                |
| Sau 4 năm                                                                | 30            | 39             | 40,7                |
| Sau 5 năm                                                                | 32            | 37             | 30,5                |
| <b>Thời gian sống thêm trung bình: 36,7±3,2 tháng; CI 95% 30,4-42,9.</b> |               |                |                     |

Bảng 9 cho thấy, BN thường bị tử vong ở năm thứ hai sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất. Sau đó, tỷ lệ tử vong giảm dần. Thời gian sống thêm trung bình 36,7±3,2 tháng.

**Bảng 10. Tỷ lệ BN sống thêm không bệnh.**

| Thời gian                                                                | Số BN tái phát, di căn | Số BN không tái phát, di căn | % sống không bệnh DFS |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Sau 1 năm                                                                | 19                     | 50                           | 71,1                  |
| Sau 2 năm                                                                | 34                     | 35                           | 42,9                  |
| Sau 3 năm                                                                | 36                     | 33                           | 37,5                  |
| Sau 4 năm                                                                | 40                     | 29                           | 25,0                  |
| Sau 5 năm                                                                | 42                     | 27                           | 17,2                  |
| Thời gian sống không bệnh trung bình: 29,8±2,9 tháng; CI 95%: 24,0-35,5. |                        |                              |                       |

Bảng 10 cho thấy, tỷ lệ tái phát, di căn hay bị ở năm thứ hai sau phẫu thuật, từ năm thứ ba tỷ lệ này giảm dần.

## Bàn luận

### Một số đặc điểm cận lâm sàng

**Vị trí khối u:** Theo nghiên cứu của chúng tôi, vị trí khối u ở đại tràng phải chiếm tỷ lệ 47,8%, đại tràng trái 52,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Thái [1], tỷ lệ UTĐT phải 38%, UTĐT trái 62%; còn theo Phan Thị Hồng Đức: UTĐT phải 28,3%, ĐT ngang 3,8%, ĐT trái 21,8% và ĐT sigma 46,2% [2]. Như vậy, có sự khác nhau về tỷ lệ vị trí UTĐT ở các nghiên cứu khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ ung thư giữa đại tràng trái và đại tràng phải không nhiều.

**Hình ảnh nội soi:** Trên hình ảnh nội soi, số BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất 52,2%, chiếm 3/4 chu vi 31,9%, chiếm 1/2 chu vi 11,6% và chỉ có 3 BN (4,3%) có khối u chiếm 1/4 chu vi đại tràng. Theo Nguyễn Quang Thái (2003) [1], kết quả nội soi đại tràng có tỷ lệ khối u chiếm 1/4, 1/2, 3/4 và toàn bộ chu vi lần lượt là 3,3%, 10,4%, 28,0% và 58,2%. Theo Đào Thị Thanh Bình (2010) [3], Từ Thị Thanh Hương (2012) [4], kết quả cũng tương tự. Chu vi khối u so với lòng đại tràng phản ánh mức độ phát triển của khối u lồng vào trong lòng ruột. Chu vi khối u càng lớn so với lòng đại tràng thì mức độ rối loạn tiêu hóa và cản trở lưu thông bài tiết phân càng nặng. Tỷ lệ cao BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi so với lòng đại tràng càng chứng tỏ rằng phần lớn BN có biểu hiện bệnh nặng mới đi khám bệnh.

Kết quả của chúng tôi thấy thể sùi chiếm 36,2%, thể loét chiếm 15,9%, thể sùi loét chiếm 40,6%, thể thâm nhiễm 7,2%. Các kết quả nghiên cứu trong nước khác [1, 3] cũng cho kết quả tương tự.

**Giải phẫu bệnh:** Kích thước khối u trên 5 cm chiếm 62,3%. Theo Từ Thị Thanh Hương và cộng sự, tỷ lệ u trên 5 cm chiếm 76% [4]. Theo Nguyễn Quang Thái, tỷ lệ u trên 5 cm có di căn hạch chiếm 49,3% [1]. Kích thước

khối u thể hiện thời gian từ khi khối u hình thành và tốc độ phát triển của khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (81,2%), sau đó là ung thư biểu mô nhầy (15,9%), ung thư biểu mô không biệt hóa chiếm 2,9%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quang Thái (2003) [1], Chu Văn Đức (2015) [5], Đặng Trần Tiến (2007) [6]. Như vậy, trong UTĐT thì ung thư biểu mô tuyến là loại phổ biến nhất.

Đánh giá độ mô học của ung thư biểu mô tuyến theo cách tính điểm dựa vào tính chất biến đổi nhân, số lượng nhân chia trên 10 vi trường lớn và cấu trúc hình ống tuyến chia ra 3 mức độ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biệt hóa cao chiếm 16,1%, vừa 60,7% và thấp chiếm 23,2%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của Trần Thắng (2003) [7], Võ Văn Minh (2013) [8] đều cho thấy biệt hóa vừa (độ 2) chiếm tỷ lệ cao nhất.

**Giai đoạn TNM:** Trong tổng số 69 BN của nghiên cứu, tỷ lệ khối u xâm lấn đến lớp thanh mạc (T3) và vượt qua thanh mạc xâm lấn ra tổ chức xung quanh (T4) là 49,3% và 30,4%. Có 20,3% số BN có khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) và không có BN nào khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1). Đào Thị Thanh Bình nghiên cứu tại Bệnh viện K cho thấy giai đoạn T2 chiếm 14,4%, T3 44,4%, T4 40%, chỉ có 1 BN (0,01%) ở giai đoạn T1 do khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra [3]. Theo Giang Ngọc Hùng (2008) [9] thì mức độ xâm lấn của khối u càng sâu thì khả năng di căn hạch càng nhiều. Theo Phan Thị Hồng Đức [2] thì BN T3 có xác suất sống thêm không bệnh 5 năm là 87,9%, BN T4 có xác suất sống thêm không bệnh 5 năm 78,2%. Các tác giả nước ngoài cũng cho rằng mức độ xâm lấn u có giá trị tiên lượng độc lập [10, 11].

Tỷ lệ BN chưa di căn hạch (N0) chiếm 29,0%, tỷ lệ di căn từ 1-3 hạch (N1) chiếm 50,7% và di căn từ trên 4 hạch (N2) chiếm 20,3%. Mức độ di căn hạch được công bố theo các tác giả trong nước có sự chênh lệch đáng kể. Tuy nhiên, số lượng hạch di căn phát hiện được sau phẫu tích bệnh phẩm khối u đại tràng phụ thuộc rất nhiều vào kỹ thuật viên giải phẫu bệnh và kỹ thuật phẫu tích bệnh phẩm. Kết quả ảnh hưởng đến xếp loại giai đoạn của BN cũng như tiên lượng bệnh. Do đó, có nhiều khuyến cáo về số lượng hạch tối thiểu cần phải vét trong lúc phẫu thuật để đảm bảo xếp loại chính xác giai đoạn di căn.

**Nồng độ CEA trước phẫu thuật:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng chiếm 63,8%, trong đó tăng nhẹ từ 5-10 ng/ml chiếm 14,5%, tăng trên 10 ng/ml chiếm 49,3%. Kết quả này cũng tương tự như của Nguyễn Quang Thái [1], Từ Thị Thanh Hương [4], Trần Văn Hạ [12]. Nghiên cứu của chúng tôi cùng các tác giả khác đều thấy một tỷ lệ khá lớn BN có nồng



độ CEA trước mổ âm tính và như vậy không thể dựa vào nồng độ CEA để tầm soát hay chẩn đoán UTĐT vì độ nhạy thấp mà nồng độ CEA trước mổ có giá trị tiên đoán có di căn hạch và giai đoạn bệnh.

### Kết quả điều trị

Theo dõi nghiên cứu 69 BN UTĐT được điều trị phẫu thuật kết hợp với hóa chất phác đồ FOLFOX4 từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2016 cho đến kết thúc thời gian nghiên cứu, số BN còn sống là 37 (tỷ lệ 53,6%), số BN tử vong là 32 (46,4%). Thời gian theo dõi trung bình 36,7 tháng, thời gian theo dõi dài nhất 64 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất 7 tháng.

**Thời gian BN sống thêm toàn bộ:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm của tất cả các BN đạt 30,5%. Thời gian sống thêm trung bình là  $36,7 \pm 3,2$  tháng. Sau 1 năm, tỷ lệ BN còn sống là 89,1%, sau 2 năm tỷ lệ BN còn sống 52,6%, sau 3 năm, sau 4 năm và sau 5 năm tỷ lệ BN còn sống lần lượt là 47,5%, 40,7% và 30,5%. Kết quả của Nguyễn Quang Thái (2003) là 46,16% [1], Huỳnh Quyết Thắng (2009) là 53,5% [13].

**Thời gian BN sống thêm không bệnh:** Sống thêm không bệnh là một tiêu chí đánh giá kết quả sau điều trị ung thư, đặc biệt là đánh giá kết quả sau điều trị hóa chất bổ trợ. Sống thêm toàn bộ là kết quả tổng hợp của nhiều biện pháp không chỉ là phẫu thuật, hóa chất mà còn là của các biện pháp khác như liệu pháp nhắm trúng đích, tăng sức đề kháng, chăm sóc giảm nhẹ... Sống thêm không bệnh còn liên quan đến chất lượng cuộc sống của BN sau điều trị. Trong khi đó tái phát di căn là đặc tính của ung thư. Nguy cơ tử vong liên quan trực tiếp đến tái phát di căn. Trong nghiên cứu này thấy sau 5 năm số BN tái phát di căn là 42, chiếm tỷ lệ 60,9%. Tỷ lệ BN sống thêm không bệnh 5 năm là 17,2%. Theo Trần Thắng (2010), tỷ lệ này là 26,6% [14]. Tỷ lệ sống thêm không bệnh của chúng tôi có phần thấp hơn của một số tác giả. Có nhiều nguyên nhân, trong đó có thể do tỷ lệ BN của chúng tôi phải mổ cấp cứu nhiều hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Thái [1], tỷ lệ sống 5 năm ở nhóm mổ cấp cứu là 8,97% và nhóm được mổ chương trình là 48,63%. Các tác giả đều cho rằng tình trạng mổ cấp cứu như tắc ruột, vỡ u, áp xe quanh u... đều có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ tái phát di căn nhiều hơn.

### Kết luận

Qua nghiên cứu 69 trường hợp điều trị UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III được điều trị phẫu thuật kết hợp với hóa chất phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 3/2011 đến tháng 3/2016, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tuổi mắc bệnh trung bình  $60,5 \pm 9,7$ . Lứa tuổi hay gặp nhất từ 50-69 (68,1%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,26.

- 52,2% số BN có khối u chiếm toàn bộ chu vi, thể sùi loét gặp nhiều nhất (40,6%). Vị trí khối u ở ĐT trái 52,2%; ĐT phải 47,8%. Kích thước khối u thường trên 5 cm (62,3 %); đa số là ung thư biểu mô tuyến (81,2%), độ biệt hóa vừa gặp nhiều nhất (60,7%) và chủ yếu ở giai đoạn III (71%). 63,8% số BN có tăng nồng độ CEA trước phẫu thuật.

- Thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu là  $36,7 \pm 3,2$  tháng. Sống thêm toàn bộ: Sau 3 năm là 47,5%; sau 5 năm là 30,5%. Sống thêm không bệnh: 3 năm là 37,5%; 5 năm là 17,2%. Giai đoạn bệnh, hình thể khối u, thể mô bệnh học, độ biệt hóa tế bào và nồng độ CEA trước phẫu thuật là những yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh của BN.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Quang Thái (2003), *Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật UTĐT*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
- [2] Phan Thị Hồng Đức (2010), *Hóa trị hỗ trợ carcinom đại tràng giai đoạn III bằng phác đồ Oxaliplatin, 5-Fluorouracil và Leucovorin*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
- [3] Đào Thị Thanh Bình (2010), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và xác định một số yếu tố nguy cơ tái phát, di căn trong UTĐT tại Bệnh viện K*, Luận văn thạc sỹ chuyên ngành ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [4] Từ Thị Thanh Hương (2012), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác dụng phụ không mong muốn ở BN UTĐT giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị bổ trợ hóa trị phác đồ FOLFOX4*, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 2, tr.121-124.
- [5] Chu Văn Đức (2015), *Nghiên cứu bệnh lý một số dấu ấn hoá mô miễn dịch và mối liên quan với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô đại trực tràng*, Luận án tiến sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [6] Đặng Trần Tiến (2007), *Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại - trực tràng*, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 11(3), tr.86-88.
- [7] Trần Thắng, Đoàn Hữu Nghị (2003), *Kết quả hóa trị liệu bổ trợ phác đồ FUFA trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại Bệnh viện K từ 1997 đến 2000*, *Tạp chí Y học thực hành*, 461, tr.119-126.
- [8] Võ Văn Minh (2013), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTĐT và thời gian sống thêm sau điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K cơ sở Tam Hiệp từ tháng 1/2010 đến tháng 5/2012*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [9] Giang Ngọc Hùng (2008), *Nghiên cứu hình thái học di căn hạch vùng trong ung thư biểu mô đại trực tràng*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [10] R.L. Seigel, K.D. Mailer (2015), *"Cancer statistics"*, *J Clin Oncol*, 5, pp.5-29.
- [11] R. Steele (2016), *"Screening for colorectal cancer - Who, When, and How?"*, *Challenges in Colorectal Cancer*, Blackwell Publishing Lmd, pp.14-30.
- [12] Trần Văn Hạ (2012), *"Biến đổi nồng độ CEA huyết thanh ở BN UTĐT sau phẫu thuật và xạ trị"*, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 2, tr.127-130.
- [13] Huỳnh Quyết Thắng (2009), *"Điều trị UTĐT giai đoạn II-III tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ"*, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 13(1), tr.177-186.
- [14] Trần Thắng (2010), *"Nghiên cứu áp dụng hóa trị liệu bổ trợ phác đồ FUFA sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến đại tràng"*, *Kỷ yếu Hội thảo quốc gia phòng chống ung thư lần thứ XI*, pp.373-383.