

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOÁ XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRƯỚC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN II, III

Trương Thu Hiền\*, Nguyễn Văn Ba\*, Phạm Văn Thái\*,  
Dương Thùy Linh\*, Trần Văn Tôn\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời (HXTĐT) trước phẫu thuật (PT) trong điều trị (ĐT) ung thư trực tràng (UTTT) giai đoạn II, III đồng thời nhận xét một số tác dụng không mong muốn và độc tính của phương pháp ĐT này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 48 bệnh nhân (BN) UTTT giai đoạn II, III được xạ trị liều 50,4 Gy kết hợp hóa chất Capecitabine liều 825mg/m<sup>2</sup> x 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị, phẫu thuật được thực hiện sau kết thúc HXTĐT 4-6 tuần. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau điều trị đạt 83,4%. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn trong đó 87,5% PT bảo tồn cơ thắt hậu môn. Đánh giá mô bệnh học của bệnh phẩm sau phẫu thuật: 25% đáp ứng hoàn toàn; 85,4% giảm giai đoạn u và 91,7% giảm giai đoạn hạch. Độc tính gặp chủ yếu ở độ 1: thiếu máu độ 1 là 39,6%, giảm số lượng bạch cầu hạt trung tính độ 1 là 6,3%. Các tác dụng không mong muốn khác hay gặp là viêm bàng quang độ 1 (20,8%) và viêm da do xạ trị độ 1 (37,5%). Không gặp độc tính độ 3,4. **Kết luận:** HXTĐT trước phẫu thuật với Capecitabine là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và ít độc tính cho BN UTTT giai đoạn II, III.

**Từ khóa:** Hóa xạ trị, ung thư trực tràng, giai đoạn II, III

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT OUTCOME OF NEOADJUVANT CONCURRENT CHEMORADIATION THERAPY FOR WITH STAGE II AND III RECTAL CANCER

**Objective:** Evaluation of treatment outcomes of neoadjuvant concurrent chemoradiation therapy for patients with stage II and III rectal cancer and commented on some of the side effects and toxicity of this treatment. **Subjects and methods:** A descriptive retrospective combines prospective study in 48 patients with stage II and III rectal cancer who receive radiation therapy dose of 50.4 Gy in combination with Capecitabine at the dose of 825mg/m<sup>2</sup> x 2times/day on the days of radiation therapy, surgery is performed 4-6 weeks after the end of concurrent chemoradiation therapy. **Results:** The overall response rate after treatment reached 83.4%.

\*Bệnh viện Quân y 103

\*\*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25/2/20

Ngày phản biện khoa học: 1/4/2021

Ngày duyệt bài: 15/4/2021

All patient underwent definitive surgery, of which 87.5% have surgery to preserve the anal sphincter. Evaluation of histopathology of the patient after surgery: 25% with a complete response; 85.4% downstage primary tumours and 91.7% downstage nodal. Toxicity is mainly encountered at level 1,2: grade 1 anaemia is 39.6%, grade 1 leukopenia is 6,3%. Other common side effects are grade 1 cystitis (20.8%) and grade 1 radiation dermatitis (37.5%). No toxicity degree 3,4. **Conclusion:** Concurrent chemoradiation therapy preoperative with Capecitabine is the effective, safe and less toxicity treatment for patients with stage II and III rectal cancer.

**Keywords:** Chemoradiation therapy, rectal cancer, stage II and III

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một trong những loại ung thư đường tiêu hóa hay gặp tại Việt Nam và trên thế giới. Theo Globocan, năm 2020 tại Việt Nam, bệnh đứng thứ 5 trong những bệnh ung thư có số ca mới mắc cao nhất với 9399 ca và tỷ lệ tử vong của bệnh là 3,9% [1]. Với UTTT giữa và thấp giai đoạn II, III hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật là phương pháp điều trị chuẩn, giúp làm giảm giai đoạn bệnh, tăng tỷ lệ PT triệt căn và bảo tồn cơ thắt hậu môn [2], [3], [4]. Tại Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp điều trị này. Vì thế, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời trước phẫu thuật trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II, III" với hai mục tiêu: 1) Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời trước phẫu thuật với UTTT giai đoạn II, III. 2) Nhận xét một số tác dụng không mong muốn và độc tính của phương pháp ĐT này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 48 bệnh nhân UTTT giai đoạn II, III được HXTĐT trước PT tại Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ 2018 – 2020.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

#### Các bước tiến hành:

- BN được khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật.

- Sau khi BN được chẩn đoán UTTT giai đoạn II, III theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ AJCC 2017, tiến hành điều trị.

+ Hóa trị: Capecitabine 825mg/m<sup>2</sup> da uống hai lần một ngày trong các ngày xạ trị, nghỉ thứ 7 và chủ nhật.

+ Xạ trị: tổng liều 50,4Gy, phân liều 1,8Gy/ngày, 5ngày/tuần.

+ Phẫu thuật: được thực hiện sau khi kết thúc HXTĐT từ 4 – 6 tuần.

- Đánh giá hiệu quả ĐT:

+ Đáp ứng lâm sàng: Dựa vào các triệu chứng cơ năng của BN.

+ Đáp ứng trên cận lâm sàng: Dựa vào MRI tiểu khung theo tiêu chuẩn RECIST.

+ Độc tính của HXTĐT: Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá các biến cố bất lợi theo phiên bản 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 5.0 - CTCAE) của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ năm 2017.

+ Tỷ lệ phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, đánh giá giai đoạn u (ypT) và hạch di căn sau PT (ypN) theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ AJCC 2017.

- **Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào các triệu chứng cơ năng

**Bảng 1.** Đáp ứng cơ năng sau điều trị

Triệu chứng được cải thiện	Tỷ lệ %
Hết đại tiện phân nhầy máu	37/46 (80,4)
Đại tiện phân thành khuôn	17/24 (70,8)
Số lần đại tiện giảm xuống dưới 3 lần/ngày	29/38(76,3)
Hết táo bón	10/19(52,6)

**Nhận xét:** Bệnh nhân cải thiện phần lớn triệu chứng trong và sau điều trị: hết đại tiện phân nhầy máu 80,4%; đại tiện phân thành khuôn 70,8%.

#### 3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên MRI tiểu khung và giải phẫu bệnh

**Bảng 2.** Đáp ứng cơ năng sau điều trị

Giai đoạn	Trước điều trị	Sau điều trị
T	Tx	0
	T1	0
	T2	1 (2,1)
	T3	34 (70,8)
	T4	13 (27,1)
Tổng số	48 (100)	48 (100)
N	N0	4 (8,3)
	N1	13 (27,1)
	N2	29 (60,4)
	N3	2 (4,2)
Tổng số	48 (100)	48 (100)

**Nhận xét:** Sau HXTĐT, tỷ lệ BN không di căn

hạch tăng 31,3%. BN giai đoạn u T3, T4 giảm 52,1%.

**Bảng 3.** Đáp giá đáp ứng sau điều trị theo tiêu chuẩn RECIST

Đáp ứng	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	6,3
Đáp ứng một phần	77,1
Bệnh ổn định	12,5
Bệnh tiến triển	4,2

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 83,4% trong đó có 6,3% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn.

**Bảng 4.** So sánh giai đoạn u trên MRI trước HXTĐT và GPB

Trước HXTĐT pT	T1	T2	T3	T4	Tổng số
T0	0	0	9(18,7)	3(6,2)	12(25)
T1	0	0	7 (14,6)	1 (2,1)	8(16,7)
T2	0	1 (2,1)	12(25)	3(6,3)	16(33,3)
T3	0	0	6(12,5)	6(12,5)	12(25)
T4	0	0	0	0	0
Tổng số	0	1(2,1)	34(70,8)	13(27,1)	48(100)

**Nhận xét:** Có 12/48 (25%) bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học, 41/48 (85,4%).

**Bảng 5.** So sánh giai đoạn hạch trên MRI trước HXTĐT và GPB

Trước HXTĐT pN	N0	N1	N2	N3	Tổng số
N0	4 (8,3)	13 (27,1)	24 (50)	2 (4,2)	43 (89,6)
N1	0	0	5 (10,4)	0	5 (10,4)
N2	0	0	0	0	0
N3	0	0	0	0	0
Tổng số	4 (8,3)	13 (27,1)	29 (60,4)	2 (4,2)	48 (100)

**Nhận xét:** Bệnh nhân giảm giai đoạn hạch sau HXTĐT là 44/48 (91,7%).

#### 3.3. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 6.** Phương pháp phẫu thuật sau HXT

Phương pháp phẫu thuật	TT trung bình n (%)	TT thấp n (%)
Triệt căn Miles	0	6 (27,3)
Hartmann	0	0
Không triệt căn HMNT trên u	0	0
<b>Tổng</b>	<b>26 (54,2)</b>	<b>22 (45,8)</b>

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt căn. Nhóm bệnh nhân UT TT thấp có 72,7% BN được phẫu thuật triệt căn có bảo tồn

cơ thắt hậu môn.

### 3.4. Các tác dụng không mong muốn trong và sau HXT

**Bảng 7.** Độc tính trên hệ huyết học, gan, thận

Độc tính trên hệ huyết học	Phân độ độc tính	n (%)
Hemoglobin	0	25 (52)
	1	19 (39,6)
	2	4 (8,4)
	3	0
	<b>Tổng</b>	<b>48 (100)</b>
Tiểu cầu	0	43 (89,6)
	1	5 (10,4)
	2	0
	3	0
	<b>Tổng</b>	<b>48 (100)</b>
Bạch cầu hạt trung tính	0	43 (89,6)
	1	5 (10,4)
	2	0
	3	0
	<b>Tổng</b>	<b>48 (100)</b>
Creatinin	0	47 (97,9)
	1	1 (2,1)
	2	0
	<b>Tổng số</b>	<b>48 (100)</b>
GOT	0	42 (87,5)
	1	6 (12,5)
	2	0
	<b>Tổng số</b>	<b>48 (100)</b>

**Nhận xét:** Độc tính trên hệ huyết học ít, chủ yếu là độ 1 với tỷ lệ 39,6% và 6,3% tương ứng với hemoglobin và bạch cầu hạt trung tính. Độc tính trên gan thận chỉ gặp độ 1 với tỷ lệ 12,5% và 2,1% tương ứng.

**Bảng 8.** Các tác dụng không mong muốn khác

Các tác dụng không mong muốn	n (%)
Buồn nôn độ 1	7 (14,6)
Tiêu chảy độ 1	3 (6,3)
HC bàn tay – bàn chân độ 1	3 (6,3)
Viêm niêm mạc ống hậu môn, trực tràng độ 1	5 (10,4)
Loét hậu môn, trực tràng độ 1	2 (4,2)
Viêm bàng quang độ 1	10 (20,8)
Viêm âm đạo độ 1	1 (4,8)
Viêm da do xạ trị độ 1	18 (37,5)
Viêm da do xạ trị độ 2	2 (4,2)
Loét da độ 1	3 (6,3)
Loét da độ 2	1 (2,1)

**Nhận xét:** Độc tính do tia xạ ít gặp, chủ yếu độ 1, 2.

## IV. BÀN LUẬN

Sau HXTĐT, 100% bệnh nhân đều cho biết có cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Trong đó, hết đại tiện phân nhầy máu 80,4%; đại tiện phân thành khuôn 70,8%; số lần đại tiện giảm

xuống dưới 3 lần/ngày 76,3%; hết táo bón 52,6%. Nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy triệu chứng đại tiện ra nhầy máu cải thiện 83,3 - 86,6%; đi ngoài phân thành khuôn 72,4 - 73,3%; số lần đại tiện giảm xuống dưới 3 lần/ngày 88-89,7%; hết táo bón 73,3% [5],[6]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân UTTT trung bình và thấp nên tỷ lệ bệnh nhân táo bón và đại tiện nhiều lần trong ngày ít hơn BN có khối u trực tràng thấp trong nghiên cứu của các tác giả trên.

Tỷ lệ BN có khối u trực tràng có giai đoạn T3 và T4 trên MRI tiểu khung giảm 52,1%. Số lượng hạch vùng di căn cũng giảm đáng kể. Sau HXTĐT, tỷ lệ BN không có di căn hạch vùng tăng 31,3%. Kết quả này cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Văn Hiếu là 32,2% và 25,7% tương ứng do nhóm BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn bệnh sớm hơn [6].

Toàn bộ 48 BN được phẫu thuật triệt căn. Trong nhóm BN UTTT trung bình 100% BN được PT bảo tồn cơ thắt hậu môn. Đối với nhóm BN UTTT thấp có 72,7% BN được PT bảo tồn cơ thắt hậu môn. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả khác. Tác giả de Bruin và cs (2008) tất cả các BN đều được PT triệt căn, với nhóm BN UTTT thấp có 75% BN được PT bảo tồn cơ thắt [7]. Tỷ lệ PT bảo tồn cơ thắt của Nguyễn Xuân Kiên và cs là 69,2% [8].

Bệnh phẩm sau PT được đánh giá kết quả mô bệnh học cho thấy 25% đáp ứng hoàn toàn; 85,4% giảm giai đoạn u và 91,7% giảm giai đoạn hạch. Kết quả này của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của một số tác giả Nguyễn Xuân Kiên. Các tỷ lệ là 15,4%, 51,9% và 66,36% tương ứng [8].

Độc tính trên hệ huyết học gặp chủ yếu ở độ 1. Nồng độ hemoglobin giảm độ 1 là 39,6%. Chỉ có 8,4% BN có giảm hemoglobin độ 2. Giảm tiểu cầu độ 1 là 10,4%. Tỷ lệ BN có số lượng bạch cầu hạt trung tính giảm độ 1 là 10,4%. Độc tính trên gan, thận chỉ gặp ở độ 1 với tỷ lệ 2,1% và 12,5% tương ứng.

Các tác dụng không mong muốn khác chỉ gặp ở độ 1 và 2, hay gặp là viêm niêm mạc ống hậu môn, trực tràng độ 1 (10,4%), buồn nôn (14,6%), viêm bàng quang độ 1 (20,8%) và viêm da do xạ trị độ 1 (37,5%). Các TDKMM khác như loét hậu môn, trực tràng độ 1, viêm da do xạ trị độ 2 (4,2%), tiêu chảy độ 1, HC bàn tay – bàn chân độ 1, loét da độ 1 (6,3%). Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [5], [8].

## V. KẾT LUẬN

HXTĐT với Capecitabine trước phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau điều trị đạt 83,4%, tỷ lệ BN được PT triệt căn là 100% trong đó có 85,4% BN được PT bảo tồn cơ thắt hậu môn. Điều trị HXTĐT tiền phẫu cho bệnh nhân UTTT giai đoạn II, III là phương pháp điều trị an toàn và ít độc tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer** (2020), Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020.
2. **NCCN** (2019), Rectal Cancer, Clinical Practice Guidelines in Oncology.
3. **Kinjal Parikh, Albert S. DeNittis, Gerald Marks et al.,** (2019), "Neoadjuvant chemotherapy and high-dose radiation using intensity-modulated radiotherapy followed by rectal sparing TEM for distal rectal cancer", Journal of Radiation Oncology, 8(2), pp. 217-224.
4. **William Chapman, Hyun Kim, Philip Bauer et**

- al., (2019), "Total neoadjuvant therapy with short course radiation compared to concurrent chemoradiation in rectal cancer", Journal of Clinical Oncology, 37(4\_suppl), pp. 468-486.
5. **Phạm Cẩm Phương** (2013), Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ, Luận văn Tiến sĩ y học, Chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quang, Bùi Công Toàn et al.,** (2018), "Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn", Tạp chí khoa học công nghệ Việt Nam, 60(2), pp. 1-4.
7. **de Bruin AF, Nuyttens JJ, Ferenschild FT et al.,** (2008), "Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer", Neth J Med, 66(2), pp. 71-76.
8. **Nguyễn Xuân Kiên, Nguyễn Đình Châu, Nguyễn Thị Hà et al.,** (2017), "Đánh giá kết quả điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với capecitabine ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển còn khả năng phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 12(9), pp. 135-140.

## ỨNG DỤNG VẬT DA CÂN THƯƠNG ĐÒN CÓ NỐI MẠCH VI PHẪU TẠI ĐẦU XA TRONG TẠO HÌNH SẸO DI CHỨNG BỎNG VÙNG CỔ

Tổng Thanh Hải\*, Vũ Quang Vinh\*, Trần Văn Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Che phủ khuyết rộng toàn bộ vùng cằm cổ, sử dụng nhánh xuyên tại đầu xa của vật da cân thương đòn nhằm tăng kích thước của vật là phương pháp hiệu quả, có tính ứng dụng cao. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân có sẹo co kéo nặng vùng cổ được phẫu thuật sử dụng vật da cân thương đòn có nối vi phẫu tại đầu xa từ năm 2014 đến 2020. Vật được nối vi phẫu tại đầu xa sử dụng nhánh xuyên của động mạch cùng vai ngực sau khi phẫu tích vật nâng vật. **Kết quả:** Toàn bộ 30 vật da sống hoàn toàn, chiều dài vật đạt tối đa 28cm và chiều rộng tối đa 25cm. Theo dõi ở thời điểm 3 tháng sau mổ có 29/30 bệnh nhân (96,67%) hài lòng với kết quả sau mổ. Đánh giá ở thời điểm sau mổ 6 tháng, tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Vật da cân thương đòn có nối mạch vi phẫu tại đầu xa là lựa chọn tối ưu trong tạo hình các tổn khuyết rộng vùng cổ, đặc biệt là tạo hình sẹo di chứng bỏng.

**Từ khóa:** Vật da cân thương đòn, vật có nối mạch vi phẫu tại đầu xa

### SUMMARY

\**Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác*  
 Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thanh Hải  
 Email: drtonghai@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 25/2/2021  
 Ngày phản biện khoa học: 12/3/2021  
 Ngày duyệt bài: 1/4/2021

### EXPANDING THE DIMENSIONS OF FLAP, SUPERCHARGING AT DISTAL PART OF FLAP WAS THE NEW POWERFUL PROCEDURE

**Purpose:** To expand the dimension of flap, supercharging at distal part of flap was the new powerful procedure. **Subjects and methods:** 30 patients suffered from severe contracture scar in neck region were operated by using supercharged supraclavicular flap between 2014 and 2020. The thoracoacromial vessel was choiced to anastomosis at distal part after flap elevation. **Results:** All of flaps were survived completely, the maximum dimension of flap was 28cm in length and 25cm in width. Following up at 3 months postoperation, twenty-nine of the 30 patients were satisfied with both the functional and aesthetic results. All patients were satisfied at 6 months after surgery. **Conclusion:** The supercharged supraclavicular flap was the optimized choice to reconstruct of neck region, especially for severe defects after burn.

**Keyword:** supraclavicular flap, supercharged supraclavicular flap

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng cổ là vùng có biên độ vận động rất lớn theo nhiều hướng khác nhau. Chính vì vậy, sau phẫu thuật chỉnh sửa sẹo, nguy cơ co kéo dễ có xu hướng tái phát. Thêm nữa, vùng cổ không chỉ là một vùng cần đảm bảo về chức năng mà còn rất quan trọng về mặt thẩm mỹ. Các vật da lân cận vùng cổ luôn là lựa chọn được ưu tiên hàng