

3. **Le Gall L, David A, Carles P, et al.** Benefits of intraoperative analgesia guided by the Analgesia Nociception Index (ANI) in bariatric surgery: An unmatched case-control study. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019;38(1): 35-39. doi:10.1016/j.accpm.2017.09.004
4. **Issa R, Julien M, Décarry E, et al.** Evaluation of the analgesia nociception index (ANI) in healthy awake volunteers. *Can J Anaesth J Can Anesth.* 2017; 64(8): 828-835. doi:10.1007/s12630-017-0887-z
5. **Boselli E, Bouvet L, Bégou G, et al.** Prediction of immediate postoperative pain using the analgesia/nociception index: a prospective observational study. *Br J Anaesth.* 2014;112(4): 715-721. doi:10.1093/bja/aet407
6. **Schwender D, Dauderer M, Klasing S, Mulzer S, Finsterer U, Peter K.** [Monitoring intraoperative awareness. Vegetative signs, isolated forearm technique, electroencephalogram, and acute evoked potentials]. *Anaesthesist.* 1996;45(8):708-721. doi:10.1007/s001010050303
7. **Guignard B.** Monitoring analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2006;20(1):161-180. doi:10.1016/j.bpa.2005.09.002
8. **Smajic J, Praso M, Hodzic M, et al.** Assessment of depth of anesthesia: PRST score versus bispectral index. *Med Arh.* 2011;65(4):216-220. doi:10.5455/medarh.2011.65.216-220
9. **Gao WW, He YH, Liu L, Yuan Q, Wang YF, Zhao B.** BIS Monitoring on Intraoperative Awareness: A Meta-analysis. *Curr Med Sci.* 2018; 38(2):349-353. doi:10.1007/s11596-018-1886-1
10. **Mathur S, Patel J, Goldstein S, Jain A.** Bispectral Index. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2021. Accessed October 29, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539809/>

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM TOÀN BỘ CỦA PHÁC ĐỒ XELOX BỔ TRỢ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phạm Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh³,
Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố ảnh hưởng của phác đồ XELOX bổ trợ trên bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc được thực hiện trên 65 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB–IIIC đã được phẫu thuật triệt căn và điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ XELOX (CAPOX) từ tháng 01/2017 đến 06/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 96,9%, 71,8% và 53,1%, với thời gian sống thêm trung bình là 55,9 tháng (CI 95%: 50,8–61,0). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (72,7%) so với nhóm kém biệt hóa (51,1%) và tế bào nhân (48,2%) với $p=0,034$. Nhóm có tình trạng xâm nhập mạch- thần kinh có thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm giảm dần theo sự tiến triển của giai đoạn bệnh với $p<0,001$. **Kết luận:** Phác đồ XELOX là phương pháp điều trị bổ trợ hiệu quả và dung nạp tốt cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB–IIIC sau phẫu thuật triệt căn.

Từ khóa: ung thư dạ dày, XELOX, bổ trợ

SUMMARY

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

EVALUATION OF OVERALL SURVIVAL OF THE ADJUVANT XELOX REGIMEN IN GASTRIC CANCER PATIENTS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the overall survival time and some influencing factors of the adjuvant XELOX regimen in gastric cancer patients at Viet Duc Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 65 patients with stage IB–IIIC gastric cancer who underwent radical surgery and adjuvant chemotherapy with the XELOX (CAPOX) regimen from January 2017 to June 2021. **Results:** The overall survival rates after 1, 3 and 5 years were 96.9%, 71.8% and 53.1%, respectively, with a median survival time of 55.9 months (CI 95%: 50.8–61.0). The overall 5-year survival rate in the moderately differentiated adenocarcinoma group (72.7%) compared with the poorly differentiated (51.1%) and signet ring cell (48.2%) groups with $p=0.034$. The group with neurovascular invasion had a statistically significant lower 5-year survival time and overall survival rate ($p=0.001$). The overall 5-year survival rate decreased gradually with the progression of the disease stage with $p<0.001$. **Conclusion:** The XELOX regimen is an effective and well-tolerated adjuvant treatment for patients with stage IB–IIIC gastric cancer after radical surgery.

Keywords: gastric cancer, XELOX, adjuvant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo thống kê của GLOBOCAN 2022, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5

về tỷ lệ mắc mới, chiếm 4,8% với 968784 ca mới mắc; số người tử vong đứng hàng thứ 5 với ước tính hơn 660000 trường hợp. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày cũng là một trong những gánh nặng bệnh tật, đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và thứ 3 về tỷ lệ tử vong [1]. Tại thời điểm chẩn đoán, phần lớn bệnh nhân đã ở giai đoạn tiến triển tại chỗ hoặc có nguy cơ tái phát sau phẫu thuật triệt căn. Vì vậy, điều trị hỗ trợ bằng hóa chất đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng sống còn. Trong đó, phác đồ XELOX (Capecitabin và Oxaliplatin) là một lựa chọn phổ biến do hiệu quả tốt và khả năng dung nạp cao. Tuy nhiên, dữ liệu đánh giá về hiệu quả sống thêm toàn bộ và tác dụng phụ tại Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở ngoại khoa như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện mục tiêu: *Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ trên bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 65 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB-III đã được phẫu thuật triệt căn, điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ CAPOX tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày nguyên phát bằng mô bệnh học.

- ECOG là 0-2. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật là IB- IIIC theo AJCC bản thứ 8 năm 2017.

- Đã được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, nạo vét hạch tối thiểu D2, hỗ trợ bằng phác đồ CAPOX tối thiểu 4 chu kì

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn lựa chọn nói trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc

b. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

c. Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu theo dõi dọc.

2.3. Xử lý số liệu. Thu thập các thông tin theo bệnh án nghiên cứu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích sống thêm bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan-Meier.

2. 4. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin hồ sơ bệnh án được bảo mật, số liệu thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tái phát và di căn

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tái phát/ di căn (n=36)	Số cơ quan tái phát/di căn	1 vị trí	28
		2 vị trí	6
		≥ 3 vị trí	2
	Cơ quan tái phát	Phúc mạc	24
		Hạch ổ bụng	11
		Gan	8
Tử vong (n=37)	Phổi, thương thân, xương	4	
	Do bệnh	35	
	Do nguyên nhân khác	2	
		94,6	5,4

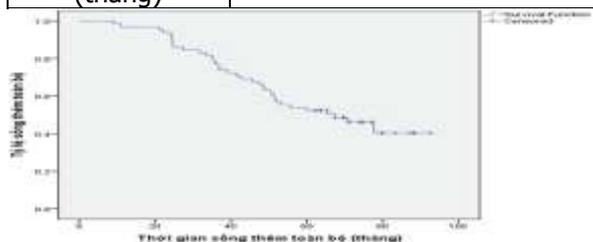
Nhận xét: - Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ghi nhận 36/ 65 bệnh nhân tái phát.

- Đa số bệnh nhân tái phát, di căn tại 1 vị trí (77,8%). Vị trí tái phát thường gặp nhất là phúc mạc (66,7%) và hạch ổ bụng (30,65).

- Có 35/36 bệnh nhân tái phát đã tử vong. Ngoài tử vong do ung thư dạ dày tái phát di căn (94,6%), có 2 bệnh nhân tử vong khi chưa tái phát (1 do tai biến mạch não- xuất huyết não và 1 do tai nạn giao thông).

Bảng 2. Sống thêm toàn bộ theo năm

Sống thêm toàn bộ tại các thời điểm	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Số bệnh nhân tử vong tích lũy	2	3	14	21	30
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (%)	96,9	95,3	71,8	67,2	53,1
Thời gian sống thêm trung bình (tháng)	55,9 ± 2,6 (9- 93) (95%CI = 50,8- 61,0)				



Biểu đồ 1. Sống thêm toàn bộ theo Kaplan- Meier

Nhận xét: - Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 55,9 tháng.

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm và 5 năm lần lượt là 71,8 % và 53,1%.

Bảng 3. Ảnh hưởng của một số yếu tố đến sống thêm toàn bộ

Các yếu tố	Số bệnh nhân (n=65)	Sống thêm toàn bộ (tháng)	Sống thêm toàn bộ 5 năm	p-value
------------	---------------------	---------------------------	-------------------------	---------

				(%)	
Giới	Nam	49	53,2	47,2	0,113
	Nữ	16	64,5	69,0	
Tuổi	<40 tuổi	4	52,6	50,6	0,603
	40-60 tuổi	28	58,3	60,1	
	>60 tuổi	33	54,3	45,4	
Độ biệt hóa	Biệt hóa vừa	9	71,1	72,7	0,034
	Kém biệt hóa	36	54,0	51,1	
	Tế bào nhân	20	52,3	48,2	
Tình trạng xâm nhập mạch - thần kinh	Có xâm nhập	61	54,6	49,1	0,001
	Không xâm nhập	4	76,3	100	
Giai đoạn bệnh	IB	78,8	70,5	85,3	< 0,001
	IIA	71,2	63,5	83,8	
	IIB	70,0	63,8	83,1	
	IIIA	62,6	56,4	62,0	
	IIIB	13,4	46,2	13,2	
	IIIC	0	22,9	0	

Nhận xét: - Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm không có sự khác biệt giữa hai giới nam/ nữ ($p=0,113$) và giữa các nhóm tuổi ($p=0,603$).

- Sống thêm toàn bộ 5 năm cao hơn hẳn ở nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (72,7%) so với nhóm kém biệt hóa (51,1%) và tế bào nhân (48,2%) với $p=0,034$.

- Nhóm có tình trạng xâm nhập mạch- thần kinh có thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm thấp hơn đáng kể so với nhóm còn lại ($p=0,001$).

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm giảm dần theo sự tiến triển của giai đoạn bệnh với $p<0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm theo nghiên cứu cứu của chúng tôi là 96,9%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vượng và CS (2013) là 97,1% nghiên cứu của Jiang và CS (2020) là 97,2% nghiên cứu của Hồ Văn Chiến và CS (2022) là 95,3%; nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 93,9% [2] [3] [4] [5]. Đến thời điểm 3 năm, nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống thêm toàn bộ là 67,2% (Bảng 3.11) tương tự như các nghiên cứu của Fuse và CS (2017) là 69,6%, của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 70,0%; thấp hơn nghiên cứu CLASSIC là 83%,⁵ của Hồ Văn Chiến và CS (2022) là 88,6% [4]. Theo dõi tới

thời điểm 5 năm có tỷ lệ sống thêm toàn bộ thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 53,1% so với 57,3% [5]. Nguyên nhân của nhưng sự khác biệt này có thể đến từ đặc điểm giai đoạn bệnh của từng nghiên cứu.

So với nghiên cứu của Vũ Quang Toàn và CS (2017) điều trị hóa chất bổ trợ EOX thì tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm của chúng tôi cao hơn (67,2% và 61,8%), sống thêm toàn bộ 5 năm tương đương (51,3% so với 50,3%) [6]. Hiện nay phác đồ 3 thuốc EOX cũng không còn được khuyến cáo trong điều trị bổ trợ do không cải thiện sống còn.

Thời gian sống thêm trung bình là $55,9 \pm 2,6$ tháng (95%CI = 50,8- 61,0), tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Thu Nga và CS (2022) là 57,1 tháng,¹⁰cao hơn nghiên cứu Vũ Quang Toàn và CS (2017) là 50,3 tháng

Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả sống thêm

Tuổi. Bệnh nhân trẻ tuổi có nhiều yếu tố tiên lượng xấu, bệnh tiến triển nhanh nhưng thường không có bệnh lý kết hợp, thể trạng chung tốt nên dễ dàng tiếp nhận đầy đủ các phương pháp điều trị. Chính vì vậy một số nghiên cứu ở Nhật Bản cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm giảm dần khi tuổi của bệnh nhân tăng dần. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở bệnh nhân < 40 tuổi là 80,0%; 40-59 tuổi là 80,1%; 60-79 tuổi là 70,0%; từ 80 tuổi trở lên là 50,2% ($p<0,001$) [7]. Một nghiên cứu khác của Zhang và CS (2019) trên nhóm di căn hạch, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở bệnh nhân <60 tuổi là 32% cao hơn bệnh nhân ≥ 60 tuổi là 28,4% ($p<0,001$) và tuổi là yếu tố tiên lượng độc lập [8]. Cũng có một số nghiên cứu không thấy sự khác biệt về sống thêm giữa các nhóm tuổi như Vũ Quang Toàn và CS (2017) hay Lê Thị Thu Nga và CS (2021) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự: sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm cao hơn ở nhóm tuổi 40- 60 với tỷ lệ lần lượt là 60,1% và 54,7% nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Giới. Do ảnh hưởng của hormon sinh dục nữ estrogen nên tip mô bệnh học khác nhau giữa nam và nữ. Nữ thường gặp ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa và tip lan tỏa, nam thường gặp tip ruột. Tỷ lệ tip ruột ở nữ tăng dần theo thời gian mãn kinh và tương đương với nam giới sau khi mãn kinh 10 năm [9]. Theo các nghiên cứu dịch tễ cũng như các nghiên cứu trong và ngoài nước thì tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới đều cao hơn so với nữ giới. Tuy nhiên các yếu tố bệnh lý khác không có sự khác biệt do đó khi so sánh sống thêm giữa hai giới thường không có

sự khác biệt. Trong nghiên cứu của Hsu và CS (2020) cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ ở nữ cao hơn ở nam (lần lượt là 62% so với 56,9%; $p=0,015$; và 64% so với 60,9%; $p=0,03$); khi phân tích dưới nhóm thì khác biệt chỉ thấy ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I mà không có sự khác biệt ở giai đoạn II, III. Nghiên cứu của Hwang và CS (2017) cho thấy không có sự khác biệt về sống thêm không bệnh giữa nam và nữ. Tuy nhiên, khi phân tích đa biến thì giới nam có tiên lượng xấu hơn và giới là yếu tố tiên lượng độc lập ($HR=1,476$; $p=0,044$). Sự không khác biệt này cũng thấy ở các nghiên cứu trong nước như Lê Thị Thu Nga và CS (2021) hay Vũ Quang Toàn và CS (2017) [5] [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm ở nữ giới (lần lượt là 62,7% và 69,0%) cao hơn ở nam giới (43,2% và 47,2%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là 0,164 và 0,113.

Độ biệt hóa. Khối u biệt hóa càng cao thì tiên lượng càng tốt. Ở bệnh nhân đã có di căn hạch, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm biệt hóa cao và vừa là 37,9% giảm xuống 27,4% ở nhóm kém và không biệt hóa ($p<0,001$); mức độ biệt hóa là yếu tố tiên lượng độc lập [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm biệt hóa vừa có sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh cao hơn nhóm kém biệt hóa và tế bào nhân ($p=0,034$ và $p=0,021$). Kết quả nghiên cứu của Vũ Quang Toàn và CS (2017) chỉ ra thể kém biệt hóa có tỷ lệ sống thêm 5 năm thấp nhất 35,8%; thể tế bào nhân là 45,2%; thể biệt hóa vừa là 59,8%; và biệt hóa cao có tỷ lệ sống thêm toàn bộ tốt nhất với 85,7%; sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm toàn bộ giữa các nhóm theo mô học là rõ rệt với $p<0,05$ [6]. Các nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng đều cho thấy sự khác biệt rõ ràng về kết quả sống thêm giữa các nhóm theo mức độ biệt hóa.

Tình trạng xâm nhập mạch - thần kinh. Tế bào u xâm nhập vào mạch máu và hoặc mạch bạch huyết làm tăng nguy cơ di căn hạch và di căn xa do đó làm giảm thời gian sống thêm. Xâm nhập thần kinh cũng được xác định là một trong những yếu tố tiên lượng xấu, làm giảm đáng kể sống thêm. Kết quả của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có xâm nhập mạch - thần kinh và không xâm nhập (100% so với 40,3%; $p=0,002$; và 100% so với 49,1%; $p=0,001$). Nghiên cứu của Wu và CS (2019), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm đã có xâm nhập mạch thấp hơn rõ rệt ở

nhóm chưa có xâm nhập mạch (42,8% so với 68,9%; $p<0,001$). Nghiên cứu của Cho và CS (2017) thì xâm nhập mạch- thần kinh không ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ ở bệnh nhân giai đoạn III, hóa trị bổ trợ phức đồ CAPOX hoặc S-1.

Giai đoạn bệnh. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng trong bệnh ung thư nói chung và bệnh ung thư dạ dày nói riêng. Giai đoạn càng muộn thì tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm càng giảm, giai đoạn IA là 91,5%; IB là 83,3%; II là 68,9%; IIIA là 49,6%; IIIB là 32,3% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm giai đoạn IB là 78,8%; IIA là 71,2%, IIB là 70,0%; IIIA là 62,6%; IIIB là 13,4%; IIIC là 0%.

Mức liều tương đối hóa chất. Mức độ liều tương đối được tính dựa vào tỷ lệ liều thực tế dùng so với liều dự kiến và tỷ lệ thời gian thực tế dùng so với thời gian dự kiến điều trị từ đó giúp đánh giá được chính xác liều, thời gian điều trị thực tế của bệnh nhân. Ở giai đoạn di căn, điều trị phức đồ Cisplatin và S-1, không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng ($p=0,182$); thời gian sống thêm không tiến triển ($p=0,915$); thời gian sống thêm toàn bộ ($p=0,851$) giữa mức liều tương đối $\geq 80\%$ và $<80\%$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt về sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm giữa 2 mức liều tương đối như trên. Lê Thị Thu Nga và CS (2021) cũng có kết quả tương tự [5]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu điều trị bổ trợ S-1, giảm liều hóa chất dẫn đến giảm tỷ lệ sống thêm. Trong nghiên cứu của Kim và CS (2013), tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm giảm khi mức độ liều tương đối $\leq 89,5\%$ (77,3% so với 91,6%; $p=0,024$) và mức độ liều tương đối là yếu tố tiên lượng độc lập của sống thêm không bệnh ($p=0,035$); nhưng không ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ ($p=0,188$).

V. KẾT LUẬN

Phác đồ XELOX là lựa chọn hiệu quả và an toàn trong điều trị bổ trợ ung thư dạ dày giai đoạn IB–IIIC sau phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt gần 50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, F., et al. (2024). Global Cancer Statistics 2022. *CA Cancer J Clin*, 74(3), 229–263.
2. Nguyễn Thị Vương, Nguyễn Văn Hiếu. (2013). Đánh giá hiệu quả phác đồ XELOX trong điều trị bổ trợ ung thư dạ dày [Luận văn thạc sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
3. Cho, J. H., Lim, et al. (2017). Comparison of capecitabine and oxaliplatin with S-1 as adjuvant chemotherapy in stage III gastric cancer after D2 gastrectomy. *PLoS One*, 12(10), e0186362.

4. **Hồ Văn Chiến, Vũ Hồng Thăng.** (2022). Hóa trị bổ trợ phức đồ XELOX tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An [Luận văn thạc sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Thị Thu Nga, Nguyễn Thị Minh Phương, Lê Đình Roanh.** (2022). Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phức đồ XELOX sau phẫu thuật ung thư dạ dày triệt căn [Luận án Tiến sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Vũ Quang Toàn.** (2017). Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIBIII (T4, N0-3) bằng hóa chất bổ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K [Luận án Tiến sĩ y học]. Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Katai, H., Ishikawa, et al.** (2018). Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: A retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). *Gastric Cancer: Official Journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association*, 21(1), 144–154.
8. **Zhang, W., Zhangyuan, et al.** (2019). Effect of lymph nodes count in node-positive gastric cancer. *Journal of Cancer*, 10(23), 5646–5653.
9. **Kim, S. M., Min, et al.** (2018). Protective Effects of Female Reproductive Factors on Lauren Intestinal-Type Gastric Adenocarcinoma. *Yonsei Medical Journal*, 59(1), 28–34.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CROSSEN TRONG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đỗ Văn Đức¹, Nguyễn Quảng Bắc^{2,3,4}, Trần Thị Thu Hạnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật Crossen trong điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 87 bệnh nhân được phẫu thuật Crossen tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/2023 tới 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64,6 ± 6,7 tuổi. Bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tủy sống chiếm 92%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 52,33 ± 14,97 phút. Tỷ lệ tai biến sau mổ là 3,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 4,36 ± 0,8 ngày. **Kết luận:** Thời gian phẫu thuật trung bình ngắn, biến chứng sau mổ hiếm gặp, thời gian nằm viện thấp.

Từ khóa: Sa sinh dục, phẫu thuật Crossen.

SUMMARY

ELEVATION RESULTS OF CROSSEN METHODON TREATMENT OF PROLAPSUSAT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe clinical characteristics and results of Crossen surgery in the treatment of prolapsus at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2023. **Subjects and methods:** A descriptive retrospective study on 87 patients who underwent Crossen surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to December 2023. **Results:** Mean age was 64.6 ± 6.7 years. The patients received spinal anesthesia in 92% of the cases. The average surgery time was 52.33 ±

14.97 minutes. The rate of postoperative complications was 3.4%. The mean recovery time was 4.36 ± 0.8 days. **Conclusion:** The average surgical time was short, postoperative complications were rare, and the recovery time was minimal.

Keywords: Prolapse, Crossen surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục còn có thể gọi sa tạng chậu, là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau và trực tràng. Sa sinh dục tuy không nguy hiểm tới tính mạng nhưng lại có ảnh hưởng lớn sinh hoạt, lao động, tâm lý và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đây là bệnh lý khá phổ biến tại Việt Nam chiếm khoảng 5 - 8%, 8% ở độ tuổi 40 - 50 tuổi, 8,5% ở độ tuổi 50 - 70 tuổi và cao nhất là độ tuổi 70 - 90 với tỷ lệ 10%¹.

Hiện nay, việc điều trị bệnh lý sa sinh dục tùy thuộc độ tuổi, mức độ sa, nguyện vọng và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Với sa sinh dục ở mức độ nặng không đáp ứng điều trị nội khoa thì phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn, trong đó phương pháp Crossen vẫn là phương pháp phổ biến. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nhận xét kết quả phẫu thuật Crossen trong điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật Crossen điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp mô tả hồi cứu.

¹Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại Học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025