

lại (OR = 0,60; KTC 95% = 0,36-0,99). Bệnh nhân được khẳng định với COVID-19 cũng là một hồi chuông cảnh báo quan trọng đối với người dân sống tại địa phương. Những thông báo này cũng khiến sinh viên có những biện pháp phòng chống cẩn trọng hơn. Ngoài ra, các phương thức truyền thông tại địa phương và biện pháp phòng chống của Bộ Y tế cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến sinh viên sống tại các thành phố có các ca dương tính.

Việc trang bị kiến thức cho sinh viên là một trong những biện pháp quan trọng và tối ưu nhất để sinh viên có những thực hành phòng chống tốt. Những sinh viên có kiến thức phòng chống đạt khuyến nghị có thực hành tốt cao hơn 3,43 lần so với nhóm sinh viên không được trang bị kiến thức tốt (OR = 3,44, KTC 95% = 0,27-0,98). Các sinh viên có ý thức sử dụng ứng dụng Bluezones cũng là một trong những minh chứng rõ ràng cho việc sinh viên được cung cấp kiến thức đầy đủ (OR = 0,51; KTC 95% = 0,32-0,78).

KẾT LUẬN

Đa số sinh viên tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội có thái độ tốt trong việc phòng chống dịch COVID-19 (93,2%), tuy nhiên chỉ có 74,9% sinh viên tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt. Đặc biệt, việc thực hành phòng chống dịch COVID-19 của sinh viên còn chưa tốt khá nhiều (56,3%). Sinh viên có kiến thức tốt sẽ thực hành tốt theo các khuyến cáo cao gấp 3,42 lần (OR = 3,42; KTC 95% = 0,31-0,98). Ngoài ra, năm học tại trường, khu vực sống cũng như việc cài đặt ứng dụng Bluezones là một trong những yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống dịch của sinh viên.

Kết quả trên cho thấy chương trình đào tạo của nhà trường có ảnh hưởng tích cực đến thực hành của sinh viên. Thực hành phòng chống

dịch của sinh viên trong nhà trường còn chưa cao, đặc biệt là nhóm sinh viên năm thứ nhất. Vì vậy, ban giám hiệu nên tăng cường truyền thông cho sinh viên với nhiều phương thức hiệu quả hơn, chú trọng đến các biện pháp truyền thông đặc thù dành cho sinh viên năm nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Đạt và các cộng sự.** (2020), "Kiến thức, thái độ của sinh viên Đại học Y Hà Nội đối với COVID-19, năm 2020: Một khảo sát nhanh trực tuyến", *Tạp chí Y học Dự phòng*. 30(3), tr. 18.

2. **Deblina Roy và các cộng sự.** (2020), "Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic", *Asian Journal of Psychiatry*. 51.

3. **Huynh Giao và các cộng sự.** (2020), "Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 hospital, Ho Chi Minh City". 13(6), tr. 260.

4. **Ghai Suhani** (2020), "Are dental schools adequately preparing dental students to face outbreaks of infectious diseases such as COVID - 19?", *Journal of dental education*. 84(6), tr. 631-633.

5. **Khasawneh Ashraf I. và các cộng sự.** (2020), "Medical Students and COVID-19: Knowledge, Attitudes, and Precautionary Measures. A Descriptive Study From Jordan", *Frontiers in public health*. 8, tr. 253-253.

6. **Mohammad Hossein và các cộng sự.** (2020), "COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception". 23(4), tr. 249-254.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP, TRUNG BÌNH GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ BẰNG ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ GIA TỐC KẾT HỢP VỚI CAPECITABIN TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2013 - 2019

VÕ QUỐC HƯNG
Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm: Võ Quốc Hưng
Email: hungthanh2000@gmail.com
Ngày nhận: 02/12/2020
Ngày phản biện: 06/01/2021
Ngày duyệt bài: 19/01/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng điều trị xạ trị gia tốc kết hợp với capecitabine và nhận xét một số tác dụng không mong muốn tại Bệnh viện K từ 2013 - 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc trên 85 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ điều trị bằng xạ trị gia tốc kết hợp với capecitabine.

Kết quả: Hầu hết bệnh nhân có đáp ứng tốt: 93,0% bệnh nhân đáp ứng một phần, 3,5% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng tốt tại u là 51,8%. Hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu hạt, tiểu cầu và chất chỉ điểm CEA đều giảm so với trước khi điều trị. Đa số các tác dụng không mong muốn sau điều trị ở độ 1, chủ yếu là đau rát tầng sinh môn 92,9%, tiêu chảy 81,2%, loét vùng da tia 72,9%, đau bụng 59,8%, buồn nôn 37,6%.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, xạ trị gia tốc, capecitabine, Bệnh viện K.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF LOW COLORECTAL CANCER, MEDIUM PERIOD IN DEVELOPMENT BY TREATMENT OF ACCELERATOR RADIATION THERAPY COMBINED WITH CAPECITABIN IN K HOSPITAL FROM 2013-2019

Objectives: To evaluate results of treatment of rectal cancer at low and moderate rates of local progression with accelerated radiotherapy combined with capecitabine and comment on some unwanted effects at K hospital since 2013-2019.

Methods: A prospective longitudinal follow-up study on 85 patients with low rectal cancer, on average, locally advanced stage of accelerated radiation therapy combined with capecitabine.

Results: Most patients responded well: 90.8% of patients responded partially, 3.4% responded completely, and the tumor response was 95.4%. Red blood cells, white blood cells, granulocytes, platelets and CEA markers all decreased compared to before treatment. The majority of undesirable effects after treatment at level 1, mainly pain in the perineum, 93.1%; diarrhea was 81.6%; 79.3% of skin ulcers; 59.8% abdominal pain; nausea 36.8%.

Keywords: Rectal cancer, accelerated radiation therapy, capecitabine, K hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nước ta và các nước trên thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng (trong đó hơn 50% là ung thư trực tràng) trên thế giới ngày càng tăng. Trong vài năm gần đây, ở một số cơ sở điều trị ung thư với những bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn vào tổ chức xung quanh, không thể phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu thì đang được điều trị xạ trị tiên phẫu. Tuy nhiên, vẫn còn các trường hợp kháng tia, đáp ứng kém với xạ trị tiên phẫu, dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân ung thư trực tràng không thể điều

trị phẫu thuật triệt căn mà chỉ điều trị triệu chứng thăm dò làm hậu môn nhân tạo còn cao [5], [6].

Trên thế giới hiện nay đang có những thay đổi và tiến bộ lớn trong điều trị ung thư trực tràng các nhà khoa học đang nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật mới, các thuốc mới, phối hợp nhiều phương pháp để nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư trực tràng, một trong những hướng nghiên cứu đó là điều trị phối hợp hoá xạ trị. Đã có nhiều nghiên cứu điều trị kết hợp đồng thời Capecitabine với xạ trị tiên phẫu cho bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn tổ chức xung quanh cho thấy có kết quả khả quan: giúp hạ thấp giai đoạn bệnh, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật và tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn. Tuy nhiên các nghiên cứu chỉ mới theo dõi với số lượng bệnh nhân hạn chế và chưa đủ độ tin cậy. Mặt khác cùng với sự phát triển của khoa học và công nghệ phương pháp xạ trị đã có nhiều tiến bộ vượt bậc cho phép đạt liều cao vào khối u, giảm thiểu tối đa tổ chức lành. Nhằm cải thiện thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng điều trị xạ trị gia tốc kết hợp với capecitabine và nhận xét một số tác dụng không mong muốn tại Bệnh viện K từ 2013-2019”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị hoá xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là ung thư trực tràng thấp, trung bình:

+ Có chẩn đoán giải phẫu bệnh là carcinome (ung thư biểu mô trực tràng).

+ Có chỉ định hoá xạ trị: U cố định hoặc di động hạn chế (giai đoạn 3,4 theo phân loại của Y.Mason).

+ Bệnh nhân chưa có di căn xa

- Bệnh nhân được điều trị lần đầu

- Thể trạng chung còn tốt: Chỉ số toàn trạng từ 0-2 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky > 60%

- Chức năng tủy xương còn tốt, chức năng gan thận còn tốt.

- BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là:

+ Ung thư trực tràng cao (u cách rìa hậu môn ≥ 8 cm).

+ U di động (giai đoạn 1,2 theo phân loại của Y.Mason).

+ Bệnh nhân có di căn xa.

+ Bệnh nhân bỏ dở điều trị.

- Ung thư ống hậu môn: Loại ung thư tế bào vảy xuất phát từ da và niêm mạc ống hậu môn phát triển sùi ra bên ngoài hậu môn, di căn hạch bẹn.

- Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky $\leq 60\%$.

- Bệnh nhân có nguy cơ tử vong gần do các bệnh trầm trọng khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có theo dõi dọc

2.2. Cơ mẫu nghiên cứu chọn mẫu là 85 bệnh nhân.

2.3. Thu thập số liệu

- Sau khi các bệnh nhân được chẩn đoán là UTTT thấp có đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị bằng hoá xạ trị:

- Hoá trị: Capecitabine (Xeloda) viên 500mg, dùng liều 825mg/m² uống 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị (5 buổi/tuần)

- Xạ trị: Kỹ thuật xạ trị: Sử dụng máy gia tốc tuyến tính (LINAC: Linear Accelerator) với kỹ thuật 3D-CTR

+ Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được giải thích rõ về bệnh, cách thức điều trị và một số điều cần thiết khi xạ trị như: bệnh nhân phải nằm yên trong quá trình mô phỏng cũng như xạ trị, bệnh nhân phải đi tiểu cho hết nước tiểu ngay trước khi chụp mô phỏng và ngay trước mỗi lần tiến hành xạ trị.

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, hai tay dơ lên đầu, có đai cố định vùng hông và bụng bệnh nhân.

+ Mô phỏng: Thực hiện chụp mô phỏng bằng chụp cắt lớp vi tính (CT). Bệnh nhân được đội ngũ nhân viên xạ trị gắn một số điểm mốc đánh dấu trên cơ thể với hệ thống laser định vị không gian 3 chiều.

Chụp CT từ đốt sống L2 đến 2 cm dưới đáy chậu, các hình ảnh thu được có khoảng cách 5 mm.

Chuyển hình ảnh CT mô phỏng vào máy tính lập kế hoạch xạ trị với phần mềm Prowess Panther 4.6

+ Lập kế hoạch xạ trị:

+ Xác định các thể tích điều trị: Thể tích khối u thô (GTV: gross tumor volume) bao gồm nền khối u và các hạch nghi ngờ di căn.

Thể tích bia lâm sàng (CTV: clinical target volume): bao gồm các GTV-T (thể tích khối u thô) và GTV-N (thể tích hạch di căn) nghĩa là bao gồm GTV/ nền khối u + rìa 2- 5 cm (2cm xung quanh; ít nhất xuống dưới 2 cm, 5 cm theo chiều lên trên dọc theo trục tràng), vùng mỡ quanh trực tràng, vùng trước xương cụt, hạch cạnh động mạch chậu trong, hạch cạnh động mạch chậu chung. Hạch cạnh động mạch chậu ngoài trong trường hợp dương tính trên PET/CT, trường hợp ở giai đoạn T4 (u xâm lấn cơ quan lân cận) hoặc thấy rõ trên chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI).

Thể tích kế hoạch (đích) điều trị (PTV: planning target volume): bao gồm CTV + 1 cm, những chỗ gần với bàng quang, ruột non có thể lấy 0,5 cm.

Liều xạ trị: Xạ trị tiền phẫu: 45 Gy cho (PTV) sau đó nâng liều vào GTV tới 50,4Gy. Phân liều 1,8 Gy/ngày, 5 buổi/tuần

+ Xác định các tạng cần bảo vệ (các tạng nguy cấp: OARVs: The organ at risk volumes): Bao gồm bàng quang, ruột non, cổ xương đùi có thể vẽ thêm cơ thắt hậu môn, tuyến tiền liệt, tử cung-âm đạo với giới hạn liều tại các cơ quan cần bảo vệ trong giới hạn liều cho phép, với mục đích liều xạ trị tại các cơ quan lành càng ít càng tốt nhằm giảm thiểu tối đa biến chứng trong và sau xạ trị. Mức độ ưu tiên như sau: ruột non, tuỷ sống, bàng quang, cổ xương đùi.

+ Năng lượng chùm tia, hướng và số lượng các trường chiếu: Dùng mức năng lượng 15MV để đảm bảo độ xuyên sâu tốt

3. Chỉ số nghiên cứu và cách đánh giá

Đánh giá hiệu quả sau điều trị hóa xạ trị theo tiêu chuẩn của WHO chia làm 4 mức độ:

- Đáp ứng hoàn toàn: Các tổn thương u và hạch tan hoàn toàn trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, triệu chứng cơ năng hết hoàn toàn, ít nhất kéo dài trong 4 tuần và không xuất hiện tổn thương mới.

- Đáp ứng một phần: Giảm $\geq 50\%$ kích thước lớn nhất của tất cả các tổn thương và không xuất hiện tổn thương mới trong ít nhất 4 tuần. Khi có nhiều hơn 3 tổn thương thì lấy tổn thương lớn nhất làm đại diện để đánh giá.

- Bệnh giữ nguyên: Giảm dưới 50% hoặc tăng không quá 25% tổng số tổn thương và không xuất hiện thêm tổn thương mới.

- Bệnh tiến triển: Các tổn thương tăng trên 25% hoặc xuất hiện thêm tổn thương mới.

4. Quản lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả qua các tần số, tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn, sử

dụng kiểm định Chi square với xác suất sai lầm loại I là $\alpha = 0,05$.

5. Đạo đức nghiên cứu

Quyền lợi và mọi thông tin của bệnh nhân trong dữ liệu được đảm bảo theo đúng các quy định của Hội đồng đạo đức, nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban giám đốc, được Hội đồng Khoa học Công nghệ của Bệnh viện K thông qua.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đánh giá đáp ứng sau điều trị

Bảng 1. Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị (n=85)

Đánh giá đáp ứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Đánh giá chung	Khỏi	2	2,4
	Đỡ/Giảm	81	95,2
	Không thay đổi	2	2,4
Đáp ứng tại u	Đáp ứng tốt	44	51,8
	Đáp ứng vừa	38	44,7
	Không đáp ứng	3	3,5
Đáp ứng chung	Đáp ứng hoàn toàn	3	3,5
	Đáp ứng một phần	79	93,0
	Không đáp ứng	3	3,5

Về đánh giá chung tình trạng bệnh của 85 bệnh nhân, có 95,2% đỡ/ giảm bệnh, 2,4% khỏi bệnh; 2,4% không thay đổi tình trạng bệnh. Về đáp ứng tại u, hầu hết là đáp ứng vừa và đáp ứng tốt với 51,8% và 44,7%. Chỉ có 3,5% không đáp ứng.

Về đáp ứng chung, chủ yếu là đáp ứng một phần chiếm 93,0%; đáp ứng hoàn toàn 3,5% và vẫn còn 3,5% không đáp ứng. Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương cũng cho thấy có 90,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 9,2% đáp ứng hoàn toàn và không có bệnh nhân nào không đáp ứng, bệnh tiến triển. Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương còn cho thấy thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị: trước điều trị 52,9% bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống 16,1% sau điều trị, 2,3% bệnh nhân không sờ thấy u sau điều trị. 40% bệnh nhân giảm trên 10.000 mm³ thể tích khối u trên cộng hưởng từ siêu âm 1.5 Tesla [1].

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng theo giai đoạn u, hạch, tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh

Đặc điểm	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng một phần		Không đáp ứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chỉ số toàn trạng								
0	2	5,6	34	94,4	0	0,0	36	100
1	1	2,7	33	89,2	3	8,1	37	100
2	0	0,0	12	100,0	0	0	12	100
Giai đoạn bệnh								
IIa	2	5,1	36	92,3	1	2,6	39	100
IIb	0	0,0	2	100,0	0	0	2	100
IIIa	0	0,0	30	93,75	2	6,25	32	100
IIIb	1	9,1	11	91,7	0	0	12	100
Độ biệt hóa								
Biệt hoá cao	0	0,0	10	100	0	0,0	10	100
Biệt hoá vừa	3	4,5	61	91,0	3	4,5	67	100
Kém biệt hoá	0	0,0	3	100	0	0,0	3	100
Không biệt hoá	0	0,0	5	100	0	0,0	5	100

Qua bảng trên cho thấy chỉ số toàn trạng: chỉ số toàn trạng là 1 vẫn còn 3 bệnh nhân (8,1%) không đáp ứng.

Giai đoạn bệnh: Giai đoạn IIa có 2 bệnh nhân đều đáp ứng hoàn toàn điều trị (5,1%), giai đoạn IIb có 2 bệnh nhân đáp ứng một phần điều trị. Giai đoạn IIIa có 2 bệnh nhân không đáp ứng với điều trị (6,25%). Giai đoạn IIIb có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn điều trị và 11 bệnh nhân đáp ứng một phần điều trị.

Độ biệt hóa: Có 10 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến độ biệt hóa cao đáp ứng với điều trị chiếm tỷ lệ 100%, 61 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa chiếm 91,0% đáp ứng với điều trị. Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa

có 3 bệnh nhân thì cả 3 đều đáp ứng với điều trị. Ung thư biểu mô không biệt hóa có 5 bệnh nhân đáp ứng điều trị một phần.

Bảng 3. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt	19	22,4
Phẫu thuật triệt căn phá hủy cơ thắt	59	69,4
Phẫu thuật triệu chứng	7	8,2
Tổng	85	100

Nghiên cứu cho thấy 85 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn trong đó có 19 bệnh nhân (22,4%) được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, 59 bệnh nhân (69,4%) phẫu thuật triệt căn phá hủy cơ thắt, 7 bệnh nhân (8,2%) phẫu thuật triệu chứng.

Bảng 4. Các chỉ số huyết học trước và sau hóa trị

Các chỉ số	Số lượng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Hồng cầu ($10^9/l$)	75	4,5	0,69	4,3	0,45	0,0002
Huyết sắc tố (g/l)	75	129,3	17,3	128,8	14,9	0,09
Bạch cầu ($10^9/l$)	75	7,6	2,45	5,9	1,84	0,0001
Bạch cầu hạt ($10^9/l$)	72	14,2	55,34	8,0	35,65	0,0001
Tiểu cầu ($10^9/l$)	75	268,5	108,08	247,5	82,01	0,0219
Creatinin (mmol/l)	71	74,5	25,83	76,9	20,47	0,62
GOT (mmol/l)	70	21,9	9,35	23,2	12,18	0,9392
GPT (mmol/l)	71	19,3	11,02	18,9	11,43	0,5993
CEA (mmol/l)	70	10,9	17,82	4,1	5,68	0,0001
CA 19-9 (mmol/l)	12	28,5	49,70	14,9	18,96	0,906
AFP (mmol/l)	34	6,5	5,19	5,8	4,71	0,6927

Hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu hạt, tiểu cầu và chất chỉ điểm CEA đều giảm so với trước khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số CEA trung bình giảm từ 10,9 nmol/l xuống còn 4,1 nmol/l. Chất chỉ điểm ung thư CEA được sử dụng một cách rộng rãi trong ung thư đường tiêu hóa và là xét nghiệm để theo dõi tái phát. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất xét nghiệm CEA trước mổ chỉ mang tính chất tiên lượng và tăng độ chính xác trong chẩn đoán ung thư trực tràng khi phối hợp với các xét nghiệm khác. Với ý nghĩa nồng độ CEA tăng cao sau mổ là dự hậu không tốt, có những khối u có CEA tăng cao trước mổ nhưng sau mổ nồng độ CEA giảm thấp thì trường hợp này có dự hậu tốt [3]. Tuy nhiên, nồng độ CEA tăng cao trước mổ và sau mổ không giảm hoặc vẫn còn cao thì tiên lượng tái phát u rất cao [4],[7]. Nghiên cứu của Wu với nồng độ CEA cao thì tỷ lệ tái phát tại chỗ 23,1% và nồng độ bình thường là 3,3% [8]. Trong nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý nhóm có nồng độ CEA cao thì tỷ lệ tái phát 44,4%, bên cạnh đó nhóm có nồng độ CEA bình thường thì tỷ lệ tái phát 14,6%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [2].

2. Một số tác dụng không mong muốn sau điều trị

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn sau điều trị

Tác dụng phụ	Độ 0		Độ 1		Độ 2	
	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn	53	62,4	32	37,6	0	0,0
Nôn	78	91,8	7	8,2	0	0,0
Tiêu chảy	16	18,8	69	81,2	0	0,0
Đau bụng	34	40,0	51	60,0	0	0,0
Tiểu tiện buốt	82	96,5	3	3,5	0	0,0
Đau rát tăng sinh môn	1	1,2	79	92,9	5	5,9
Loét da vùng tia	18	21,2	62	72,9	5	5,9

Hầu hết các bệnh nhân có các tác dụng không mong muốn khác ở độ 1. Các tác dụng không mong muốn sau điều trị gặp nhiều nhất là đau rát tăng sinh môn 92,9%; tiêu chảy 81,2%; loét vùng da tia 72,9% ở độ 1 và 5,9% độ 2; đau bụng 60,0%; buồn nôn 37,6%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ các tác dụng không mong muốn cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương với 39,1% viêm đỏ da vùng xạ trị, 12,6% loét da vùng xạ trị, 32,2% viêm bàng quang, 24,1% bệnh nhân đau vùng hậu môn. Các triệu chứng buồn nôn, nôn, viêm miệng, tiêu chảy chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ tương ứng là 23%, 20,7%, 1,1% và 5,7% [1].

KẾT LUẬN

Phác đồ xạ trị kết hợp với capecitabine trong bệnh ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ rất có hiệu quả: có 93,0% bệnh nhân đáp ứng một phần, 3,5% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng tốt tại u là 51,8%. Hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu hạt, tiểu cầu và chất chỉ điểm CEA đều giảm so với trước khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đa số các tác dụng không mong muốn sau điều trị ở độ 1, chủ yếu là đau rát tăng sinh môn 92,9%; tiêu chảy 81,2%; loét vùng da tia 72,9%; đau bụng 60,0%; buồn nôn 37,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Cẩm Phương (2013), "Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trương Vĩnh Quý (2018), "Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Boras Z., Kondza G., Vladimir S. (2012), "Prognostic Factors of Local Recurrence and

Survival after Curative Rectal Cancer Surgery: A Single Institution Experience”, *Coll Antropol*, 36(4), pp.1355-1361.

4. **Cai Y., Li Z., Fang X.** (2014), “Prognostic factors associated with locally recurrent rectal cancer following primary surgery (Review)”, *Oncology Letters*, 7, pp.10-16.

5. **Diez M., Muguera J. M., et al** (2000), “Time-dependency of the prognostic effect of carcinoembryonic antigen and p53 protein in colorectal adenocarcinoma”, *Cancer* 88(1), 35 - 41.

6. **Dromain C.** (2006), “Imagerie des cancers du rectum et du canal anal”, *EMC (Elsevier SAS, Paris), Radiodiagnostic-Appareil digestif*, 33-480-A-20.

7. **Moriya Yoshihiro** (2006), “Treatment Strategy for Locally Recurrent Rectal Cancer”, *Jpn J Clin Oncol*, 36(3), pp.127-131.

8. **Wu Z.Y, Zhao G, Lin Peng et al** (2008), “Risk factors for local recurrence of middle and lower rectal carcinoma after curative resection”, *World J Gastroenterol*, 14(30), pp.4805-4809.

KẾT QUẢ VIỆC THỰC HIỆN 83 TIÊU CHÍ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 6858/QĐ-BYT CỦA BỘ Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC THÁP MƯỜI GIAI ĐOẠN 2013 – 2017

PHAN VĂN TƯỜNG¹, NGUYỄN VĂN BÉ²

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười - Đồng Tháp

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả kết quả thực hiện 83 tiêu chí quản lý chất lượng (QLCL) theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT của Bộ Y tế tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười giai đoạn 2013 – 2017. (2) Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả thực hiện 83 tiêu chí. **Đối tượng:** Số liệu về kết quả 5 năm thực hiện 83 tiêu chí. (2) Cán bộ lãnh đạo Bệnh viện, cán bộ lãnh đạo các khoa/phòng có liên quan tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, định lượng kết hợp định tính. **Kết quả:** (1) Đã thành lập Hội đồng QLCL và mạng lưới QLCL; có 06 nhân viên có chứng chỉ QLCL và 22 nhân viên có chứng chỉ quản lý bệnh viện; có 150 nhân viên được đào tạo QLCL tại bệnh viện; có chế độ khen thưởng; kinh phí cho hoạt động tăng cường chất lượng.

Kết quả kiểm tra 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện giai đoạn 2013-2017 đạt 2,33 điểm (2013), 2,64 điểm (2014), 3,11 điểm (2015), 3,11 điểm (2016), 3,2 điểm (2017); nhóm tiêu chí hướng tới người bệnh không ngừng tăng điểm qua các năm (46 điểm năm 2013 tăng lên 67 điểm năm 2017);

Chịu trách nhiệm: Phan Văn Tường

Email: pvt@huph.edu.vn

Ngày nhận: 18/11/2020

Ngày phản biện: 24/12/2020

Ngày duyệt bài: 12/01/2021

nhóm tiêu chí đặc thù chuyên khoa không tăng điểm (11 điểm năm 2013 và 11 điểm năm 2017); có 01 tiêu chí đạt mức 1 và 06 tiêu chí đạt mức 2 cần khắc phục để tăng mức; có 15 tiêu chí bị giảm mức thấp hơn cần khắc phục. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng là nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, TTBYT.

Khuyến nghị: Bệnh viện cần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đầu tư tài chính, tăng cường khai thác sử dụng TTBYT hiệu quả, nâng cấp hệ thống công nghệ thông tin đáp ứng yêu cầu để thực hiện của 83 tiêu chí.

Từ khóa: Quản lý chất lượng, 83 tiêu chí chất lượng.

SUMMARY

Objectives: (1) Describe the results of implementing 83 quality management criteria (QM) according to Decision No. 6858 / QĐ-BYT of the Ministry of Health at Thap Muoi Regional General Hospital for the period 2013 - 2017. (2) Identify several factors affecting the performance of 83 criteria. **Object:** Data on 5-year results of the implementation of 83 criteria. (2) Hospital leaders, leaders of related departments at Thap Muoi Regional General Hospital.

Research methodology: Descriptive, quantitative, and qualitative cross-sectional studies. **Results:** (1) Established a Quality Control Council and a quality management network, 06 staff with quality management