DOI: 10.58490/ctjump.2026i99.4686

TÁC DỤNG PHỤ CỦA HÓA TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Quỳnh Châu, Lâm Vĩnh Hảo*, Phạm Minh Chiến, Võ Trần Minh Khoa, Trịnh Lê Phúc Tiến, Võ Thanh Thùy Dung, Ngô Vương Bích Ngọc

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: lvhao@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 10/5/2026

Ngày phản biện: 24/6/2026

Ngày duyệt đăng: 25/6/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Già hóa dân số làm gia tăng nhanh tỷ lệ ung thư đại trực tràng ở người cao tuổi. Tuy nhiên, việc điều trị nhóm bệnh nhân này còn nhiều thách thức do nguy cơ độc tính hóa trị cao và hạn chế về dữ liệu nghiên cứu chuyên biệt. Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng phụ của hóa trị và các yếu tố liên quan, góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Đánh giá tác dụng phụ của hóa trị ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng cao tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 59 bệnh nhân ≥ 65 tuổi được chẩn đoán ung thư đại trực tràng và có chỉ định hóa trị tại Khoa Ung bướu từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.* ***Kết quả:*** *Tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,98 ± 4,3, nam giới chiếm 64,4% và 84,7% bệnh nhân có BMI < 23kg/m^2. ECOG 0-1 chiếm đa số (93,2%), gan là vị trí di căn thường gặp (71,4%). Đa phần bệnh nhân suy yếu theo CGA (71,2%) và dùng phác đồ CapeOx (93,2%). Tăng AST/ALT là tác dụng phụ thường gặp nhất (98,3%). Bệnh nhân có BMI < 23 kg/m^2 có tỷ lệ gặp tác dụng phụ tăng AST/ALT nhiều hơn (p = 0,02). Phần lớn tác dụng phụ gặp phải ở mức nhẹ đến trung bình và có thể kiểm soát.* ***Kết luận:*** *Các phác đồ hóa trị nhìn chung dung nạp tốt ở bệnh nhân lớn tuổi. Tuy nhiên, cần theo dõi sát và cá thể hóa điều trị, đặc biệt ở bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp và có nhiều bệnh lý nền.*

Từ khóa: *Ung thư đại trực tràng, bệnh nhân cao tuổi, hóa trị, tác dụng phụ.*

ABSTRACT

ADVERSE EVENTS OF CHEMOTHERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Quynh Chau, Lam Vinh Hao*, Pham Minh Chien, Vo Tran Minh Khoa, Trinh Le Phuc Tien, Vo Thanh Thuy Dung, Ngo Vuong Bich Ngoc

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: *Population aging has led to a rapid increase in colorectal cancer incidence among elderly patients. However, chemotherapy in this group remains challenging due to higher toxicity risk and a paucity of geriatric-specific research data. This study aims to evaluate chemotherapy-associated adverse events and related factors, thereby contributing to the optimization of treatment strategies.* ***Objective:*** *To evaluate chemotherapy-associated adverse events in elderly patients with colorectal cancer at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.* ***Materials and methods:*** *A combined retrospective and prospective descriptive study was conducted on 59 patients aged ≥ 65 years diagnosed with colorectal cancer and indicated for chemotherapy at the Oncology Department from January 2024 to December 2025.* ***Results:*** *The average age was 70.98 ± 4.3, males accounted for 64.4% and 84.7% of patients had BMI < 23*

kg/m^2. ECOG 0-1 was the most common (93.2%) and the liver was the most frequent site of metastasis (71.4%). The majority of patients were frail according to CGA (71.2%) and received the CapeOx regimen (93.2%). Elevated AST/ALT levels were the most prevalent adverse events (98.3%). Patients with lower BMI experienced a significantly higher rate of elevated AST/ALT levels (p = 0.02). Most adverse events were mild to moderate in severity and manageable. ***Conclusions:*** *Chemotherapy regimens were generally well-tolerated in elderly patients. However, close monitoring and personalized treatment are essential, particularly for patients undergoing combination regimens and those with multiple comorbidities.*

Keywords: *Colorectal cancer, elderly patients, chemotherapy, adverse events.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư đường tiêu hóa thường gặp nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, tại Việt Nam, bệnh chiếm khoảng 9,3% tổng số ca ung thư, đứng thứ tư ở cả hai giới và đang có xu hướng gia tăng nhanh [1]. Phần lớn số ca mắc mới và tử vong tập trung ở nhóm lớn tuổi, gánh nặng bệnh dự kiến sẽ tiếp tục tăng mạnh do già hóa dân số [2]. Ở bệnh nhân cao tuổi, việc điều trị UTĐTT gặp nhiều thách thức do đa bệnh lý kèm theo, suy giảm chức năng cơ quan và dự trữ sinh lý hạn chế, dẫn đến nguy cơ không dung nạp điều trị và xuất hiện tác dụng phụ hóa trị cao hơn [3]. Hiện nay, hai phác đồ hóa trị dựa trên fluoropyrimidine được sử dụng phổ biến là Capecitabine đơn trị và CapeOx (Capecitabine + Oxaliplatin). Capecitabine đơn trị có ưu điểm độc tính thấp, thuận tiện sử dụng và thường được ưu tiên ở bệnh nhân có thể trạng kém nhằm duy trì chất lượng sống. Ngược lại, CapeOx mang lại hiệu quả sống còn cao hơn nhưng làm tăng nguy cơ độc tính huyết học, thần kinh [4], [5]. Hầu hết các thử nghiệm lâm sàng vẫn còn hạn chế tuyển chọn bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng kém, dẫn đến thiếu bằng chứng rõ ràng về độ an toàn và hiệu quả của các phác đồ này ở nhóm đối tượng đặc biệt này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu: 1) Mô tả tác dụng phụ của hóa trị ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng lớn tuổi; 2) Phân tích mối liên quan giữa các tác dụng phụ với một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT và có chỉ định hóa trị tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTĐTT, tuổi ≥ 65, có chỉ định hóa trị, ECOG: 0 – 3, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTĐTT tái phát, bệnh nhân ung thư trực tràng có chỉ định hóa – xạ trị đồng thời, bệnh nhân có tiền sử hóa trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước tính cho một tỷ lệ trong quần thể

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}[p(1-p)]}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy lấy từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn (chọn Z = 95% tương ứng giá trị $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = 1,96 và α = 0,05).

p: tham số ước đoán. Trong nghiên cứu chúng tôi chọn tỷ lệ bệnh nhân UTĐTT bị tác dụng phụ theo nghiên cứu của Alison (2017) [6]. Tỷ lệ này là 89% nên chọn p = 0,89.

d: sai số cho phép, chọn d = 0,08.

Cỡ mẫu tính toán được là 58,76. Vậy số mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 59 mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu nhập viện trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu: Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được thu thập thông tin về tuổi, giới, BMI, ECOG, suy yếu theo đánh giá lão khoa toàn diện (CGA), vị trí di căn và phác đồ hóa trị. Tác dụng phụ được đánh giá theo CTCAE v5.0 gồm độc tính huyết học, gan, thận, tiêu hóa, thần kinh, da niêm. Độc tính được theo dõi theo từng chu kỳ và ghi nhận mức độ nặng nhất trong suốt thời gian điều trị. Dữ liệu quản lý bằng SPSS 26.0 và phân tích mối liên quan giữa tác dụng phụ với một số yếu tố liên quan.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với phiếu chấp thuận số 24.123.SV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 59)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	38	64,4
	Nữ	21	35,6
Tuổi	Trung bình: 70,98 ± 4,3		
BMI (kg/m^2)	< 23	50	84,7
	≥ 23	9	15,3
ECOG	0-1	55	93,2
	2	4	6,8
Di căn	Có	14	23,7
	Không	45	76,3
Phác đồ hóa trị	CapeOx	55	93,2
	Capecitabine đơn trị	4	6,8
Suy yếu theo CGA	Suy yếu	42	71,2
	Không suy yếu	17	28,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,98 ± 4,3. Nam giới chiếm 64,4% và 84,7% bệnh nhân có BMI < 23 kg/m^2. Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 0-1 chiếm 93,2%. Trong các trường hợp có di căn, gan là vị trí thường gặp nhất (10/14, 71,4%). Phác đồ hóa trị sử dụng chủ yếu là CapeOx (93,2%). Nhóm suy yếu theo CGA chiếm 71,2%.

3.2. Mô tả tác dụng phụ của hóa trị

Bảng 2. Các tác dụng phụ của hóa trị (n = 59)

Tác dụng phụ	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Thiếu máu	18 (30,5%)	28 (47,5%)	12 (20,3%)	1 (1,7%)	0
Giảm bạch cầu hạt trung tính	10 (16,9%)	23 (39%)	14 (23,7%)	11 (16,8%)	1 (1,7%)
Giảm tiểu cầu	22 (37,3%)	17 (28,8%)	11 (18,6%)	8 (13,6%)	1 (1,7%)
Tăng AST/ALT	1 (1,7%)	50 (84,7%)	6 (10,2%)	2 (3,4%)	0
Tăng Creatinin	56 (94,9%)	3 (5,1%)	0	0	0

Tác dụng phụ	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Buồn nôn, nôn	35 (59,3%)	18 (30,5%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)	0
Tiêu chảy	50 (84,7%)	6 (10,2%)	3 (5,1%)	0	0
Hội chứng bàn tay – bàn chân	15 (25,4%)	43 (72,9%)	1 (1,7%)	0	0
Viêm thần kinh ngoại biên	39 (66,1%)	18 (30,5%)	2 (3,4%)	0	0

Nhận xét: Đa số tác dụng phụ ở mức độ nhẹ (độ 1-2), độ 3-4 ít gặp. Tác dụng phụ thường gặp nhất là tăng AST/ALT (98,3%) và hội chứng bàn tay – bàn chân (74,6%). Nhóm độc tính huyết học ghi nhận tác dụng ở mức độ 3-4 ở giảm bạch cầu hạt trung tính (20,3%) và giảm tiểu cầu (15,3%). Tăng creatinin và tiêu chảy ít gặp (chỉ độ 1 chiếm 5,1% và 15,3%). Buồn nôn – nôn, viêm thần kinh ngoại biên thường gặp (40,7% và 33,9%).

3.3. Mối liên quan giữa tác dụng phụ và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Liên quan giữa BMI, ECOG, suy yếu, di căn và độc tính huyết học, gan, thận

Yếu tố	Phân nhóm	Thiếu máu	Giảm bạch cầu hạt trung tính	Giảm tiểu cầu	Tăng AST ALT	Tăng Creatinin
		n (%)				
BMI	< 23 kg/m^2 (n = 50)	35 (70)	43 (86)	31 (62)	50 (100)	3(6)
	≥ 23 kg/m^2 (n = 9)	6 (66,7)	6 (66,7)	6 (66,7)	8 (88,9)	0
	Giá trị p	0,84	0,16	0,79	0,02	0,45
ECOG	0-1 (n = 55)	37 (67,3)	46 (83,6)	36 (65,5)	54 (98,2)	2 (3,6)
	2 (n = 4)	4 (100)	3 (75)	1 (25)	4 (100)	1 (25)
	Giá trị p	0,17	0,66	0,11	0,79	0,06
Suy yếu	Có (n = 42)	32 (76,2)	34 (81)	27 (64,3)	42 (100)	1 (2,4)
	Không (n = 17)	9 (52,9)	15 (88,2)	10 (58,8)	16 (94,1)	2 (11,8)
	Giá trị p	0,08	0,5	0,69	0,11	0,14
Di căn	Có (n = 14)	12 (85,7)	11 (78,6)	6 (42,9)	14 (100)	1 (7,1)
	Không (n = 45)	29 (64,4)	38 (84,4)	31 (68,9)	44 (97,8)	2 (4,4)
	Giá trị p	0,13	0,61	0,08	0,57	0,69

Bảng 4. Liên quan giữa BMI, ECOG, suy yếu, di căn và độc tính tiêu hóa, thần kinh, da niêm

Yếu tố	Phân nhóm	Buồn nôn – nôn	Tiêu chảy	Viêm thần kinh ngoại biên	Hội chứng bàn tay – bàn chân
		n (%)			
BMI	< 23 kg/m^2 (n = 50)	21 (42)	8 (16)	17 (34)	35 (70)
	≥ 23 kg/m^2 (n = 9)	3 (33,3)	1 (11,1)	3 (33,3)	9 (100)
	Giá trị p	0,63	0,71	0,97	0,06
ECOG	0-1 (n = 55)	24 (43,6)	9 (16,4)	18 (32,7)	41 (74,5)
	2 (n = 4)	0	0	2 (50)	3 (75)
	Giá trị p	0,09	0,38	0,48	0,98
Suy yếu	Có (n = 42)	17 (40,5)	7 (16,7)	15 (35,7)	29 (69)
	Không (n = 17)	7 (41,2)	2 (11,8)	5 (29,4)	15 (88,2)
	Giá trị p	0,96	0,64	0,64	0,13
Di căn	Có (n = 14)	6 (42,9)	2 (14,3)	6 (42,9)	12 (85,7)
	Không (n = 45)	18 (40)	7 (15,6)	14 (13,1)	32 (71,1)
	Giá trị p	0,85	0,91	0,42	0,27

Nhận xét: Bệnh nhân có BMI < 23 kg/m^2 gặp tác dụng phụ tăng AST/ALT cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,02; OR = 7,25 KTC 95% 3,81 – 13,796). Yếu tố ECOG chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với bất kỳ tác dụng phụ nào trong nghiên cứu (p > 0,05). Nhóm có suy yếu và di căn có tỷ lệ gặp tác dụng phụ cao hơn nhóm không có tình trạng này, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 70,98 ± 4,3 với phần lớn bệnh nhân là nam giới (64,4%). Nghiên cứu của Phạm Đình Phúc (2025) và Zhai (2025) ghi nhận độ tuổi trung bình lần lượt là 73,1 và 69, nghiên cứu cũng ghi nhận nam chiếm đa số với 64,6% và 58% [7, 8]. Phần lớn bệnh nhân có BMI < 23 kg/m^2 (84,7%) tương tự với nghiên cứu của Zhai (2025) khi đa số bệnh nhân có BMI nhẹ cân – bình thường (85%) [8]. Điều này phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng tương đối phổ biến ở bệnh nhân UTĐTT cao tuổi, góp phần làm gia tăng độc tính trong quá trình hóa trị. Đa số bệnh nhân nghiên cứu có ECOG 0-1 (93,2%) và gan là cơ quan di căn thường gặp (71,4%). Nghiên cứu của Phạm Đình Phúc (2025) cũng ghi nhận bệnh nhân có ECOG 0-1 chiếm 91,7% và 64,6% bệnh nhân có di căn gan [7]. Có 71,2% bệnh nhân trong nghiên cứu suy yếu theo CGA với toàn bộ bệnh nhân có bệnh lý kèm theo. Nghiên cứu của Ho (2021) ghi nhận tỷ lệ thấp hơn với 52,2% bệnh nhân UTĐTT có tình trạng suy yếu và 38,5% bệnh nhân có bệnh đi kèm [9].

4.2. Mô tả tác dụng phụ của hóa trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng phụ thường gặp ở hệ tạo máu là giảm bạch cầu hạt trung tính (83,1%) và có cả 4 mức độ. Tác dụng phụ thiếu máu chiếm 69,5%, hầu hết ở mức độ 1-2. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024), độc tính thường gặp trên hệ tạo huyết là giảm huyết sắc tố (73,8%), tỷ lệ hạ bạch cầu hạt chủ yếu ở độ 2 (32,8%), tỷ lệ hạ tiểu cầu cao nhất ở độ 1 (55,7%), không có hạ độ 3-4 [10]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độc tính trên gan là tác dụng phụ thường gặp nhất chiếm lên đến 98,3%, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đàm Minh Sơn (2022) là 53% [11]. Sự gia tăng độc tính trên gan có thể do sự suy giảm chức năng gan ở bệnh nhân lớn tuổi, đa số có BMI thấp, tình trạng suy yếu và đều có bệnh lý đi kèm, làm giảm khả năng chuyển hóa và đào thải các hóa chất trị liệu, từ đó làm tăng nguy cơ tổn thương gan [12]. Tăng creatinin là tác dụng phụ ít gặp nhất, chỉ có ở 3 bệnh nhân (5,1%) và độc tính ở độ 1 tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024) khi độc tính trên thận độ 1 chiếm 3,3% [10].

Tác dụng phụ trên hệ tiêu hóa chúng tôi ghi nhận có 40,7% bệnh nhân buồn nôn – nôn và 15,3% có tiêu chảy. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024), 3 độc tính thường gặp trên hệ tiêu hóa là buồn nôn, nôn, tiêu chảy với tỷ lệ lần lượt là 50,8%, 32,8% và 27,9% [10]. Trong nghiên cứu của Đàm Minh Sơn (2022), buồn nôn (50%) và nôn (40,9%) là các tác dụng phụ thường gặp, tiêu chảy là tác dụng phụ ít gặp với 13,6% [11]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hội chứng bàn tay – bàn chân cao với 72,9% bệnh nhân ở độ 1, không có bệnh nhân nào có độc tính độ 3-4. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng bàn tay – bàn chân độ 1-2 chiếm 34,4% và không có bệnh nhân cần can thiệp trong quá trình điều trị [10]. Trong nghiên cứu của Đàm Minh Sơn (2022), 47% bệnh nhân có hội chứng bàn tay – bàn chân và có 3% bệnh nhân độc tính ở mức độ 3-4 [11]. Ngược lại, độc tính viêm thần kinh ngoại biên trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ 1 chỉ chiếm 30,5%. Kết quả này tương đối thấp khi so sánh

với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024) lên tới 72,1% hay Đàm Minh Sơn (2022) ghi nhận viêm thần kinh ngoại biên chiếm 51,5% trong đó 4,5% đạt mức độ 3-4 [10, 11].

4.3. Mối tương quan giữa tác dụng phụ và một số yếu tố liên quan

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân có BMI < 23 kg/m^2 có tình trạng tăng AST/ALT cao hơn (p = 0,02). Nghiên cứu của Omar (2019) ghi nhận bệnh nhân UTĐTT có BMI thấp có nguy cơ gặp độc tính huyết học cao hơn trong đó có thiếu máu (OR = 0,975; p = 0,015), giảm bạch cầu hạt (OR = 0,983; p = 0,034) và nguy cơ gặp độc tính tiêu hóa (OR = 1,025; p = 0,002), độc tính thần kinh ngoại biên (OR = 1,008; p = 0,036) cao hơn ở nhóm BMI thừa cân – béo phì [13]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ECOG với độc tính trên các hệ cơ quan. Nghiên cứu của Feliu (2022) khi phân tích độc tính trên bệnh nhân không cho thấy sự khác biệt đáng kể về độc tính độ ≥ 3 giữa nhóm ECOG 0-1 và ECOG ≥ 2 (p = 0,95) [14]. Điều này cho thấy ECOG đơn thuần có thể chưa phản ánh đầy đủ nguy cơ độc tính ở bệnh nhân cao tuổi.

Về tình trạng suy yếu theo CGA, chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với độc tính trên hệ cơ quan, tuy nhiên nhóm bệnh nhân suy yếu có xu hướng gặp nhiều tác dụng phụ hơn. Trong nghiên cứu của Ho (2021) ghi nhận bệnh nhân suy yếu có tỷ lệ độc tính thần kinh và huyết học cao hơn (p < 0,001; p = 0,002) [9]. Điều này gợi ý vai trò tiềm năng của đánh giá lão khoa toàn diện trong tiên lượng độc tính hóa trị. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng di căn và tình trạng tăng men gan. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2024) khi nghiên cứu độc tính của phác đồ CapeOx ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III ghi nhận độc tính xảy ra khi bệnh nhân không có di căn gan rõ rệt [10]. Sự tương đồng này gợi ý độc tính gan trong hóa trị thường do đặc tính dược lý của thuốc hơn là gánh nặng di căn gan. Do đó cần theo dõi chức năng gan định kỳ ở bệnh nhân bất kể có di căn gan hay không để phát hiện và xử trí kịp thời các rối loạn men gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các phác đồ hóa trị được sử dụng tương đối an toàn ở bệnh nhân UTĐTT cao tuổi, với đa số độc tính ở mức độ nhẹ đến trung bình và có thể kiểm soát được. Tình trạng dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong dự đoán độc tính của hóa trị. Việc theo dõi sát và cá thể hóa điều trị là cần thiết, đặc biệt ở những những bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp, thể trạng gầy, nguy cơ suy dinh dưỡng và có nhiều bệnh lý nền kèm theo.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài theo Quyết định giao thực hiện số 4618/QĐ-ĐHYDCT ngày 17 tháng 12 năm 2024 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Bray, M. Laversanne, H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, I. Soerjomataram and A. Jemal. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024. 74 (3). 229-263. https://doi.org/10.3322/caac.21834.
2. Shiyin Luo, Jichun Gong, Youwen Zhu, Liqun Wang and Kun Zhang. Global, regional, and national burden of colorectal cancer in the elderly (aged > 60 years): a comprehensive analysis across 204 countries and territories (1990–2021). *BMC Gastroenterology.* 2025. 25. https://doi.org/10.1186/s12876-025-04184-4.

3. A. Hurria, W. Dale, M. Mooney, J. H. Rowland, K. V. Ballman, H. J. Cohen, H. B. Muss, R. L. Schilsky, B. Ferrell, M. Extermann, K. E. Schmader and S. G. Mohile. Designing therapeutic clinical trials for older and frail adults with cancer: U13 conference recommendations. *J Clin Oncol. 2014.* 32 (24). 2587-94. https://doi.org/10.1200/jco.2013.55.0418.
4. M. Extermann, I. Boler, R. R. Reich, G. H. Lyman, R. H. Brown, J. DeFelice, R. M. Levine, E. T. Lubiner, P. Reyes, F. J. Schreiber, 3rd and L. Balducci. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer.* 2012. 118 (13). 3377-86. https://doi.org/10.1002/cncr.26646.
5. A. Hurria, K. Togawa, S. G. Mohile, C. Owusu, H. D. Klepin, C. P. Gross, S. M. Lichtman, A. Gajra, S. Bhatia, V. Katheria, S. Klapper, K. Hansen, R. Ramani, M. Lachs, F. L. Wong and W. P. Tew . Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol.* 2011. 29 (25). 3457-65. https://doi.org/10.1200/jco.2011.34.7625.
6. A. Pearce, M. Haas, R. Viney, S. A. Pearson, P. Haywood, C. Brown & R. Ward. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PLoS One.* 2017. 12 (10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184360.
7. Phạm Đình Phúc, Doãn Thị Thu Giang, Đào Thị Huyền, Hoàng Cẩm Tú, Vũ Thị Hoa & Nguyễn Quỳnh Tú. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phác đồ bevacizumab - capecitabin trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV ở bệnh nhân cao tuổi. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Phamarcy.* 2025. https://doi.org/10.52389/ydls.v20i0.2825.
8. J. Zhai, R. Tan, W. Ou, Z. Quan, L. Sun, X. Huang, J. Wu and C. Zhou. Prognostic and safety analysis of capecitabine monotherapy versus CapeOx (capecitabine plus oxaliplatin) in elderly patients with high-risk stage II and stage III MRD-negative colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol.* 2025. 16 (5). 1985-2000. https://doi.org/10.21037/jgo-2025-504.
9. Y. W. Ho, W. R. Tang, S. Y. Chen, S. H. Lee, J. S. Chen, Y. S. Hung and W. C. Chou. Association of frailty and chemotherapy-related adverse outcomes in geriatric patients with cancer: a pilot observational study in Taiwan. *Aging (Albany NY).* 2021. 13 (21). 24192-24204. https://doi.org/10.18632/aging.203673.
10. Thị Thuỳ Linh Nguyễn, Hồng Thăng Vũ và Thị Thu Hà Nguyễn. Tác dụng không mong muốn của phác đồ CAPOX điều trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024. 543 (3). https://doi.org/10.51298/vmj.v543i3.11543.
11. Lê Quốc Tuấn Đàm Minh Sơn, Nguyễn Văn Hiếu. Tác dụng không mong muốn của hóa trị bổ trợ phác đồ Xelox trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II, III tại bệnh viện Đà Nẵng. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2022. 510 https://doi.org/10.51298/vmj.v510i1.1936.
12. A. Gangi & S. C. Lu. Chemotherapy-associated liver injury in colorectal cancer. *Ther Adv Gastroenterol.* 2020. 13. https://doi.org/10.1177/1756284820924194.
13. Omar Abdel-Rahman. Effect of Body Mass Index on 5-FU-Based Chemotherapy Toxicity and Efficacy Among Patients With Metastatic Colorectal Cancer; A Pooled Analysis of 5 Randomized Trials. *Clinical Colorectal Cancer.* 2019. 18 (4). e385-e393. https://doi.org/10.1016/j.clcc.2019.07.005.
14. J. Feliu, E. Espinosa, L. Basterretxea, I. Paredero, E. Llabrés, B. Jiménez-Munárriz, M. Antonio-Rebollo, B. Losada, A. Pinto, A. B. Custodio, M. Del Mar Muñoz, J. Gómez-Mediavilla, M. D. Torregrosa, G. Soler, P. Cruz, O. Higuera and M. J. Molina-Garrido. Prediction of Chemotoxicity, Unplanned Hospitalizations and Early Death in Older Patients with Colorectal Cancer Treated with Chemotherapy. *Cancers (Basel).* 2021. 14 (1). https://doi.org/10.3390/cancers14010127.