

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XẠ - HÓA TRỊ BỔ TRỢ SAU MỔ UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Nguyên Tường¹, Châu Thị Hoa¹, Nguyễn Cao Dũng¹,
Phan Thị Kim Xuân¹, Trần Thị Ngọc Nga¹, Lê Thị Trúc¹,
Hồ Thị Cẩm Quý¹, Đặng Văn Thới²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính của phác đồ xạ trị phối hợp capecitabine điều trị bổ trợ sau mổ ung thư dạ dày, từ đó đề xuất công tác chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 98 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II-IV (M0) (UICC 2009), đã được mổ cắt toàn bộ hoặc bán phần dạ dày, có hoặc không có vét hạch D2, điều trị xạ-hóa bổ trợ tại Khoa Xạ trị- Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 9/2010 đến tháng 12/2012. Phác đồ bao gồm Capecitabine (Xeloda®) 645mg/m²/ngày × 25 ngày trong suốt thời gian xạ trị, tổng liều 45Gy vào giường u và hạch vùng, 180cGy/phần liều × 25.

Kết quả: Tuổi trung bình 57,05± 0,97 (36-77). Tỷ lệ nam/nữ: 2,6/1. Tất cả các bệnh nhân đều hoàn thành liệu trình điều trị. Tỷ lệ độc tính độ 3/4 bao gồm sút cân (27,4%), nôn mửa (10,7%), tiêu chảy (4,8%), giảm bạch cầu trung tính (7,1%), thiếu máu (5,9%) và giảm tiểu cầu (2,4%). Với thời gian theo dõi trung bình 16,9 ± 0,7 tháng (6- 29 tháng), 32 trong số 82 bệnh nhân có theo dõi (39,1%) được đánh giá là thất bại điều trị, trong đó 13 bệnh nhân (15,9%) tử vong do suy mòn.

Kết luận: Đối với ung thư dạ dày điều trị xạ - hóa bổ trợ sau mổ, công tác chăm sóc điều dưỡng cần được chú trọng thực hiện đúng mức nhằm làm giảm tỷ lệ độc tính, nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị, chất lượng sống của bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, xạ hóa trị bổ trợ, capecitabine.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR GASTRIC CANCER PATIENTS WITH POSTOPERATIVE ADJUVANT CHEMORADIATION

Pham Nguyen Tuong¹, Chau Thi Hoa¹, Nguyen Cao Dung¹,
Phan Thi Kim Xuan¹, Tran Thi Ngọc Nga¹, Le Thi Trúc¹,
Ho Thi Cam Quy¹, Dang Van Thoi²

Objective: To evaluate toxicities of postoperative adjuvant chemoradiation regimen using oral capecitabine during radiation in gastric cancer and then recommend nursing care plan for patients.

Methods: Ninety-eight patients who had underwent potentially curative resection for stage II-IV (M0) gastric adenocarcinoma at Cancer Center Hue Central Hospital Vietnam between September 2010 and

1. Trung tâm Ung Bướu,
Bệnh viện Trung ương Huế
2. Trường Đại học Kỹ thuật Y
Dược Đà Nẵng. NCS Tiến sĩ
Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (received): 20/7/2013; Ngày phản biện (revised): 08/8/2013;
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: TS. Trần Thừa Nguyên; TS. Phùng Phương
- Người phản hồi (corresponding author): Phạm Nguyên Tường
- Email: nguyenvien@yahoo.com

December 2012 were enrolled. The therapy is 4500cGy (180cGy/Fx × 25) with capecitabine (645mg/m² b.i.d throughout radiotherapy).

Results: Mean age was 57.05± 0.97 (36-77). Male/female ratio: 2.6/1. All patients were completed planned treatment. Grade 3/4 toxicities included weight loss (27.4%), vomiting (10.7%), diarrhea (4.8%), neutropenia (7.1%), hematologic anemia (5.9%) and thrombocytopenia (2.4%). With the median follow-up duration was 16.9 ± 0.7 months (6- 29 months), 32 of 82 patients (39.1%) were diagnosed treatment failures including 13 deaths (15.9%) because of cachexia.

Conclusion: For gastric cancer patients underwent postoperative chemoradiation therapy, nursing care need to be implemented appropriately in order to reduce toxicities, improve treatment outcomes and quality of life.

Key words: Gastric cancer, adjuvant chemoradiation, capecitabine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chuẩn, mang tính triệt căn đối ung thư dạ dày (UTDD), đặc biệt ở các giai đoạn sớm. Tuy nhiên, phần lớn UTDD ở Việt Nam đã ở giai đoạn tiến triển tại thời điểm chẩn đoán, tiên lượng rất kém với nguy cơ cao tái phát tại chỗ và di căn xa sau phẫu thuật đơn thuần. Đã có rất nhiều nỗ lực trong việc cải thiện kết quả điều trị với hóa trị hỗ trợ có hoặc không có phối hợp xạ trị, hoặc hóa trị quanh mổ. Tại Trung tâm Ung Bướu- Bệnh viện Trung ương Huế, phác đồ xạ-hóa đồng thời điều trị hỗ trợ sau mổ ung thư biểu mô tuyến dạ dày (liều xạ 45 Gy/25Fx kết hợp Capecitabine 645mg/m²/lần × 2 lần/ngày) được áp dụng từ tháng 10/2010. Phác đồ này dựa trên hướng dẫn điều trị của NCCN. Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy phác đồ xạ- hóa sau mổ trên nền tảng 5-fluorouracil (5-FU) làm tăng tỷ lệ kiểm soát bệnh và tỷ lệ sống thêm toàn bộ [3], [4], [7]. Fluoropyrimidine có tác dụng làm tăng tính nhạy cảm xạ của tế bào. Capecitabine, tiền chất của 5-FU, đã được chứng minh có hiệu quả tương đương 5-FU truyền tĩnh mạch liên tục trong một số thử nghiệm pha III đối với ung thư dạ dày di căn, trong khi tạo được sự thuận tiện và an toàn cho bệnh nhân bằng đường uống [4]. Nghiên cứu cho thấy đây là phác đồ dễ dung nạp. Tỷ lệ gặp độc tính độ 3/4 là thấp, do liều thấp và đều có thể kiểm soát được. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng như thế nào, công tác chăm sóc điều dưỡng ra sao để bệnh nhân có thể hoàn thành liệu trình điều trị là

một vấn đề lớn cần được quan tâm đúng mức.

Mục tiêu của đề tài: Đánh giá công tác chăm sóc điều dưỡng bệnh nhân điều trị hỗ trợ sau mổ ung thư dạ dày bằng xạ trị kết hợp capecitabine.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng:

98 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn II-IV (M0) (UICC 2009), đã được mổ cắt toàn bộ hoặc bán phần dạ dày, có hoặc không có vét hạch D2, điều trị xạ- hóa hỗ trợ tại Khoa Xạ trị- Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 9/2010 đến tháng 12/2012.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả theo dõi dọc

- **Phác đồ:** Xạ-hóa trị đồng thời, bắt đầu 4- 6 tuần sau phẫu thuật:

+ Xạ trị: Tổng liều 45Gy vào giường u và hạch vùng, 180cGy/phân liều × 25. Xạ trị theo hình thái thể tích bia lập kế hoạch với kỹ thuật 4 trường chiếu (trước-sau, bên).

+ Hóa trị: Capecitabine (Xeloda®) 645mg/m²/ngày × 25 ngày.

- **Xử lý số liệu:** Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 16.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới

UTDD có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu sau 40 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình

Bệnh viện Trung ương Huế

là $57,5 \pm 11,7$. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 2,6/1. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy trong UTDD nam gặp nhiều hơn nữ, với tỷ lệ thay đổi từ 1,4-3/1.

Bảng 1: Tuổi và giới

Đặc điểm (số bệnh nhân)	n (%)
Giới (98)	
Nam	71 (72,4)
Nữ	27 (27,6)
Tuổi trung bình	$57,05 \pm 0,97$ (36- 77)

3.2. Độ tính của phác đồ

Nghiên cứu cho thấy 30-40% các bệnh nhân dung nạp được phác đồ, không có tác dụng phụ. Độ tính chủ yếu gặp ở độ 1/2. Riêng độ tính độ

3/4, có đến 27,3% các bệnh nhân có sút cân (giảm $\geq 10\%$ trọng lượng cơ thể), tiếp đến là các triệu chứng nôn mửa, tiêu chảy, giảm bạch cầu trung tính, thiếu máu (giảm hemoglobin) và giảm tiểu cầu. Đặc biệt 58,3% các bệnh nhân không có hội chứng tay chân, không có hội chứng tay chân độ 3/4, độ 1/2 gặp ở 41,6% các bệnh nhân, với các triệu chứng tê bì các đầu chi, cảm giác ngứa lòng bàn tay, chân. Nghiên cứu của Hyung-Sik Lee và cs. (Hàn Quốc) trên 31 bệnh nhân UTDD được xạ- hóa bổ trợ sau mổ với 5-FU, Capecitabine, Cisplatin cho thấy độ tính độ 3/4 phổ biến nhất là hạ bạch cầu trung tính (50,2%), thiếu máu (12,9%), ít gặp hơn là giảm tiểu cầu, nôn mửa, tiêu chảy; không có hội chứng tay chân độ 3/4, chủ yếu ở độ 1/2 [3].

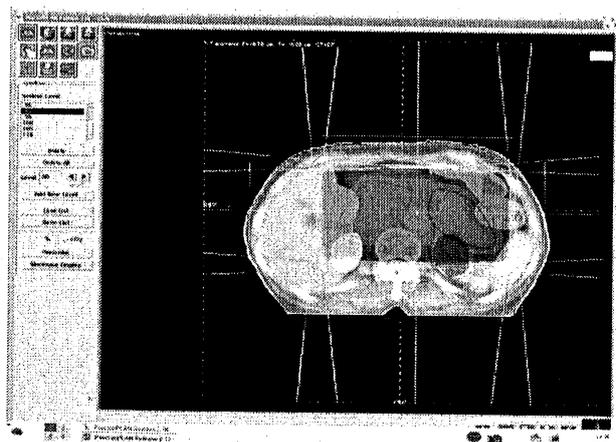
Bảng 2: Độ tính của phác đồ

Độ tính	Độ 0		Độ 1/2		Độ 3/4	
	n	%	n	%	n	%
Sút cân	25	29,8	36	42,9	23	27,4
Tiêu chảy	36	42,9	44	52,3	4	4,8
Nôn mửa	36	42,9	39	46,4	9	10,7
Giảm bạch cầu trung tính	17	20,2	61	72,6	6	7,1
Giảm tiểu cầu	32	38,1	50	59,5	2	2,4
Giảm hemoglobin	29	34,5	50	59,5	5	5,9
Hội chứng tay chân	49	58,3	35	41,6	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với thời gian theo dõi trung bình $16,9 \pm 0,7$ tháng (6- 29 tháng), 32 trong số 82 bệnh nhân có theo dõi (39,1%) được chẩn đoán là thất bại điều trị bao gồm tái phát tại chỗ (11%), di căn xa (19,5%) và đặc biệt có đến 13 bệnh nhân (15,9%) tử vong do suy mòn mà không có bất kỳ dấu hiệu tái phát hay di căn nào. Điều này đặt ra vấn đề chăm sóc tích cực cho bệnh nhân trong và sau điều trị.

Phác đồ xạ- hóa bổ trợ sau mổ UTDD (cắt toàn bộ hoặc bán phần dạ dày) chưa được áp dụng nhiều tại Việt Nam do đó kinh nghiệm chăm sóc bệnh nhân và xử trí độc tính vẫn còn rất hạn chế, đặc biệt là các độc tính sớm khi xạ trị vào ổ bụng. Trong phác đồ này, độ tính của hóa trị (capecitabine) thấp do liều

thấp mà chủ yếu là các độc tính của xạ trị, kể cả độc tính trên cơ quan tạo huyết. Trong kế hoạch xạ trị chúng tôi dùng kỹ thuật 4 trường chiếu xạ (trước sau, sau trước, 2 bên) bao trùm thể tích bia lâm sàng (CTV) gồm: giường u và hệ thống hạch vùng: hạch bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, trực thân tạng, trên tụy, tụy- tá tràng, rốn lách, cửa gan và hạch cạnh động mạch chủ bụng đến mức giữa L3. Thể tích bia lập kế hoạch (PTV) được vẽ tự động cách rìa CTV 0,5cm. Các cơ quan nguy cấp (OAR) bao gồm tủy sống, gan, thực quản, tim, ruột non, thận trái, thận phải. Mặc dù đã che chắn tối đa bằng các khối chì đúc sẵn theo hình thái PTV nhưng một phần các cơ quan nguy cấp nằm trong thể tích chiếu xạ là không thể tránh khỏi (Hình 1).



Hình 1: Kế hoạch 4 trường chiếu. Đường đồng liều 97% (màu tím) bao trùm PTV (màu đỏ). Một phần các cơ quan nguy cấp (gan, thận trái, thận phải, lách, ruột non nằm trong thể tích điều trị.

Bảng 2. cho thấy các độc tính thường gặp ở các mức độ khác nhau. Trên cơ sở đó, chúng tôi đề ra kế hoạch chăm sóc và điều trị triệu chứng ngay từ khi bệnh nhân được tiếp nhận điều trị.

3.3. Chăm sóc điều dưỡng

3.3.1. Về tâm lý- tinh thần

- Giải thích rõ ràng cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng và tiên lượng bệnh, kể cả các tác dụng phụ có thể xảy ra trong thời gian điều trị.

- Động viên bệnh nhân yên tâm điều trị. Thực tế lâm sàng cho thấy những bệnh nhân nào càng tin tưởng, yêu đời, lạc quan trước bệnh tật và cuộc sống thì mức độ dung nạp phác đồ càng cao.

- Đối với những bệnh nhân có sút cân, không khuyến khích bệnh nhân kiểm tra cân nặng thường xuyên.

3.3.2. Về chế độ dinh dưỡng

Bảng 2. cho thấy các độc tính phổ biến bao gồm sút cân, tiêu chảy, nôn mửa, giảm các thành phần máu. Những độc tính này nếu không được kiểm soát tốt sẽ dẫn đến hội chứng suy mòn (sút-cân nghiêm trọng, chán ăn, yếu mệt). Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua thời gian theo dõi trung bình $16,9 \pm$

0,7 tháng có đến 15,9% các trường hợp tử vong do suy mòn (không do bệnh tiến triển tái phát hay di căn). Nguyên nhân chủ yếu là:

- Dạ dày đã được cắt gần toàn bộ, thể tích còn lại rất nhỏ.

- Viêm niêm mạc dạ dày- thực quản, miệng nổi, viêm ruột do xạ trị.

- Tác dụng phụ của hóa chất

- Độc tính trên tủy xương gây ra tình trạng thiếu máu, nguy cơ nhiễm trùng, bệnh nhân mệt mỏi, xanh xao...

Hướng dẫn và xử trí:

- Thường xuyên vệ sinh răng miệng, kiểm tra và phát hiện sớm tình trạng tưa viêm, nấm miệng.

- Khuyến khích bệnh nhân chủ động chọn thức ăn hợp với khẩu vị có thể đã thay đổi, tránh thức ăn cay, nóng. Ăn các thức ăn mềm, giàu chất xơ.

- Chia khẩu phần ăn thành nhiều phần (bữa ăn) nhỏ, mỗi bữa ăn cách nhau 1-2 giờ.

- Kiểm tra hàng tuần xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu đánh giá chức năng gan - thận, protide máu...

3.3.3. Về điều trị

- Điều trị nhiễm nấm miệng (nếu có).

- Dùng các thuốc chống nôn, kháng tiết, băng niêm mạc, kháng viêm...

- Bù dịch đạm, vitamin, khoáng chất.

- Truyền máu, dùng thuốc nâng bạch cầu hạt.

IV. KẾT LUẬN

Phác đồ xạ- hóa trị bổ trợ sau mổ ung thư dạ dày mặc dù đã chứng minh hiệu quả kiểm soát bệnh tại chỗ- tại vùng nhưng cũng xảy ra độc tính ở các mức độ khác nhau. Công tác chăm sóc toàn diện, sự phối hợp nhịp nhàng giữa các thành viên trong đội ngũ điều trị (bác sĩ, điều dưỡng viên, vận hành viên) cần được quan tâm đúng mức nhằm góp phần hạn chế độc tính, nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị, chất lượng sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức và cs. (2010), "Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam năm 2010 qua số liệu của

6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 1, tr.73- 80.

2. Chan V. (2000), "Gastrointestinal Problems" in: *Outline of Palliative Medicine* 2th edition, Australia, pp. 37-71.
3. Hyung-Sik Lee, Youngmin Choi, Won-Joo Hur, Hyo-Jin Kim et al (2006), "Pilot study of postoperative adjuvant chemoradiation for advanced gastric cancer: Adjuvant 5-FU/ cisplatin and chemoradiation with capecitabine", *World J Gastroenterol* , 12(4), pp. 603-607.
4. Jansen E. P. M, Boot H. Dubbelman R, Verheij M & Cats A (2010), "Postoperative chemoradiotherapy in gastric cancer- a phase I-II study of radiotherapy with dose escalation of weekly cisplatin and daily capecitabine chemotherapy", *Annals of Oncology*, 21, pp. 530-534.
5. NCCN (2009), "Gastric cancer", in: *Clinical practice guidelines in Oncology, GAST-3*.
6. Twycron R. (2003), "Symptom management II" in: *Introducing palliative care*. Calicut, Kerala, India, pp. 105- 122.
7. Zhen Zhang (2008), "Gastric cancer" in: *Radiation Oncology An evidence-based Approach*, Springer, pp. 189-208.