

khám lại sau 4,5 tháng có 88,3% tiến triển tốt, 9,1% trung bình, 2,6% xấu [9]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi mới đánh giá bệnh nhân sau 1 tháng điều trị, còn nghiên cứu của tác giả khác đánh giá xa hơn từ 2 - 13 tháng. Nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh có kết quả phẫu thuật tốt là 51,2%, trung bình 27,1%, xấu 21,7%, với thời gian theo dõi trung bình $13,5 \pm 8,4$ tháng [8].

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hồng - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút). Trong quá trình tiến hành phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật không gặp tai biến, biến chứng nặng nề. Mức độ ứ nước trên siêu âm khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ. Trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt, chỉ có 03 trường hợp có kết quả điều trị trung bình, không có trường hợp nào xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chakraborty, J. N., Chawla, A., & Vvas, N. (2022). Surgical interventions in female urethral strictures: a comprehensive literature review. *International uroavnecolav journal*, 33(3), 459–485. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04906-8>
2. Elbers, J. R., Rodríguez Socarrás, M., Rivas, J. G., Autran, A. M., Esperto, F., Tortolero, L., Carrion, D. M., & Sancha, F. G. (2021). Robotic Repair of Ureteral Strictures: Techniques and Review. *Current urology reports*, 22(8), 39. <https://doi.org/10.1007/s11934-021-01056-8>
3. Gonzalez, A. N., Mishra, K., & Zhao, L. C. (2022). Buccal Mucosal Ureteroplasty for the Management of Ureteral Strictures: Patient Selection and Considerations. *Research and reports in urology*, 14, 135–140. <https://doi.org/10.2147/RRU.S291950>
4. El-Harrech, Y., Ghoundale, O., Kasmaoui, E. H., & Touiti, D. (2016). Transperitoneal Laparoscopic Pyloroplastomy for Retrocaval Ureter without Excision of the Retrocaval Segment: Experience on Three Cases. *Advances in urology*, 2016, 5709134. <https://doi.org/10.1155/2016/5709134>
5. Mao, L., Xu, K., Ding, M., Pan, J., & Guo, Z. (2017). Comparison of the efficacy and safety of retroperitoneal laparoscopic and open surgery for the correction of retrocaval ureter. *Therapeutics and clinical risk management*, 13, 697–701. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S139113>
6. Liu, E., Sun, X., Guo, H., Li, F., Liu, S., Wang, K., & Hou, Y. (2016). Retroperitoneoscopic ureteroplasty for retrocaval ureter: report of nine cases and literature review. *Scandinavian journal of urology*, 50(4), 319–322. <https://doi.org/10.1080/21681805.2016.1177589>
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận – Tiết niệu ban hành kèm theo Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2015.
8. Ngô Xuân Thái, Võ Xuân Huy. (2021). Kết quả sớm điều trị hẹp niệu quản bằng phương pháp nội soi nong bóng. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 25 (1), Chuyên Đề Ngoại Khoa, tr. 233 -240.
9. Hạ Hồng Cường, Hoàng Long, Chu Văn Lâm, Nguyễn Đức Trường. (2015). Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19(4), tr. 93 -100.

ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT KHE HỞ VÒM MIỆNG Ở TRẺ EM ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN E HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Hồng Nhung¹, Nguyễn Tấn Văn¹,
Chu Minh Quang¹, Hoàng Tuấn Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm phân tích các đặc điểm nhân khẩu học, bao gồm cân nặng, tuổi, giới tính, mối liên hệ giữa số lần phẫu thuật và độ tuổi, cũng như các đặc điểm vùng miền ở trẻ mắc dị tật khe hở vòm miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang, 25 bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện có dị tật khe hở vòm miệng tại Bệnh viện E Trung ương, Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 10.56 tuổi, cân nặng trung bình 24.84 kg, với sự cân bằng giới tính (52% nam, 48% nữ). Đáng chú ý, 85% bệnh nhân thuộc các dân tộc thiểu số, chủ yếu từ vùng sâu, vùng xa. Khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), 36% cần phẫu thuật lần hai, và thiếu sản vòm hầu (8%) có ảnh hưởng nghiêm trọng đến giao tiếp. **Kết quả:** Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm, cải thiện tiếp cận y tế tại vùng khó khăn, và đánh giá dinh dưỡng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: khe hở vòm miệng, phẫu thuật tạo hình, dị tật bẩm sinh, Bệnh viện E.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung
Email: dr.rosy245@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 14.3.2025

SUMMARY**CHARACTERISTICS OF CLEFT PALATE DEFORMITIES IN CHILDREN VISITING AND RECEIVING TREATMENT AT E HOSPITAL, HANOI IN 2024**

Objective: To analyze demographic characteristics, including weight, age, gender, the relationship between the number of surgeries and age, as well as regional features in children with cleft palate deformities. **Methods:** A prospective descriptive study involving 25 patients with cleft palate deformities selected by a convenient sampling method at E Central Hospital, Hanoi. **Results:** The study revealed an average patient age of 10.56 years, an average weight of 24.84 kg, and a gender balance (52% male, 48% female). Notably, 85% of the patients were from ethnic minority groups, primarily living in remote and rural areas. Cleft palate was the most prevalent deformity (56%), with 36% requiring a second surgery, and velopharyngeal insufficiency (8%) significantly impacting communication. **Conclusion:** The findings underscore the importance of early screening, improved healthcare access in disadvantaged areas, and nutritional assessment to enhance treatment outcomes.

Keywords: cleft palate, reconstructive surgery, congenital anomalies, E Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật khe hở vòm miệng (KHVM) là một trong những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt phổ biến nhất ở trẻ em, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của trẻ. Theo thống kê, khe hở môi-vòm miệng (KHM-VM) là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như ở Lào có thể vì đặc trưng văn hóa, lối sống cũng như địa lý khá tương đồng giữa hai dân tộc. Trên thế giới, tỷ lệ trẻ em mới sinh mắc phải loại dị tật này dao động từ 1/750 đến 1/1000. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc vào khoảng 1/1000-2/1000[1][2][3], Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, hở vòm miệng, tỷ lệ 1/500, trong đó khoảng 40% là khe hở vòm miệng [4], [3]. Dị tật khe hở vòm miệng có căn nguyên phức tạp, bao gồm cả yếu tố nội sinh (di truyền) và ngoại sinh (môi trường). Các tác nhân này gây trở ngại cho quá trình phát triển và hợp nhất của các nụ mặt, dẫn đến sự hình thành các khe hở ở môi trên hoặc vòm miệng. Các đặc điểm dịch tễ, tổn thương và yếu tố liên quan đến dị tật này cũng thay đổi theo từng giai đoạn phát triển của xã hội.

Việc đánh giá đặc điểm dị tật khe hở vòm miệng không chỉ giúp làm rõ hơn bệnh cảnh lâm sàng mà còn hỗ trợ phẫu thuật viên trong việc lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn góp phần nâng

cao hiệu quả của các biện pháp tư vấn và sàng lọc trước sinh [5].

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đặc điểm dị tật khe hở vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện E Hà Nội năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 25 bệnh nhân có dị tật bẩm sinh khe hở vòm miệng, được khám và điều trị tại Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 9/2024.

- Tiêu chí lựa chọn:

- Trẻ em mắc dị tật khe hở vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện E Trung ương Hà Nội.
- Trẻ có người chăm sóc trực tiếp đi cùng (cha mẹ, ông bà, hoặc người giám hộ).

- Tiêu chí loại trừ:

- Trẻ có người chăm sóc trực tiếp bị các bệnh lý tâm thần hoặc thần kinh, không đủ khả năng hỗ trợ tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân hoặc/và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện
- Thời gian thực hiện: Từ tháng 05/2024 đến tháng 09/2024.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, bao gồm các bệnh nhân phù hợp với tiêu chí chọn mẫu và sẵn sàng tham gia nghiên cứu trong thời gian thu thập dữ liệu.
- Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 25 bệnh nhân.

2.2.3. Các bước tiến hành. Nghiên cứu được thực hiện theo các bước sau:

- Khám lâm sàng: Khám toàn diện cho trẻ để xác định các dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng.

- Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định loại dị tật khe hở vòm miệng (lỗ thông mũi miệng, lưỡi gà tách đôi, di chứng sau phẫu thuật khe hở vòm miệng, thiếu sản vòm hầu).

- Ghi nhận các dị tật khác (nếu có).

- Thu thập thông tin: Dữ liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn người chăm sóc và hồ sơ bệnh án.

2.2.4. Nội dung thu thập thông tin**- Phần hành chính:**

- Thông tin bệnh nhân:
 - Họ và tên, tuổi, giới tính, dân tộc.

- o Địa chỉ gia đình, số điện thoại liên lạc.
- Thông tin gia đình:
 - o Họ và tên mẹ, bố.
 - o Tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, nơi công tác của cha mẹ.
- Phần khai thác tiền sử bệnh:
 - Yếu tố di truyền trong gia đình: Ghi nhận các trường hợp trong gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột, họ hàng gần) có mắc các dị tật tương tự như bệnh nhân hay không.

2.2.5. Công cụ và phương pháp thu thập

- Công cụ:
 - Phiếu thu thập thông tin được thiết kế trước bao gồm các mục hành chính, tiền sử bệnh nhân, tiền sử gia đình, và các yếu tố di truyền.
 - Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm Epi Info 7, SPSS và Epical 2000.
- Phương pháp:
 - Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc.
 - Khám lâm sàng và ghi nhận thông tin.
 - Đối chiếu với hồ sơ bệnh án tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

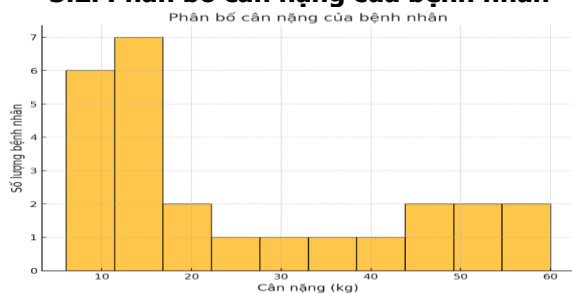
3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi bệnh nhân

Phân tích tuổi của bệnh nhân cho thấy sự đa dạng với tuổi trung bình là 10.56 tuổi (± 10.54). Độ tuổi trải dài từ 1 tuổi đến 40 tuổi, tập trung chủ yếu trong khoảng 4-15 tuổi. Điều này nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm ở trẻ nhỏ và kế hoạch điều trị dài hạn cho các trường hợp đặc biệt, bao gồm cả nhóm bệnh nhân lớn tuổi chưa được điều trị kịp thời.

3.2. Phân bố cân nặng của bệnh nhân



Biểu đồ 2. Phân bố cân nặng của bệnh nhân

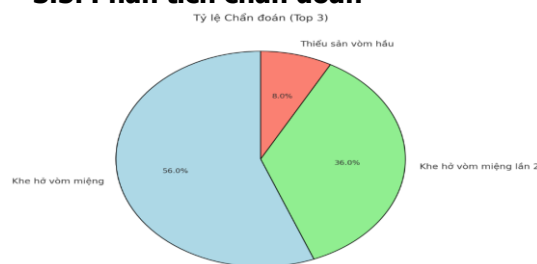
Phân tích cân nặng của bệnh nhân cho thấy cân nặng trung bình là 24.84 kg (± 17.54), dao động từ 6 kg đến 60 kg. Phần lớn bệnh nhân có cân nặng trong khoảng 12-41 kg, phản ánh đặc điểm của trẻ em và thanh thiếu niên. Một số bệnh nhân dưới 10 kg có thể gặp vấn đề suy dinh dưỡng, trong khi nhóm cân nặng trên 50 kg có khả năng thừa cân. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá dinh dưỡng và thể trạng toàn diện để nâng cao hiệu quả điều trị.

3.3. Liên hệ giữa tuổi và cân nặng bệnh nhân. Cân nặng của trẻ trong nghiên cứu tăng dần theo tuổi, với sự đồng đều cao ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi và sự biến thiên lớn hơn ở nhóm trên 10 tuổi. Một số trường hợp ngoại lệ về cân nặng được ghi nhận, có thể liên quan đến yếu tố bệnh lý hoặc dinh dưỡng. Kết quả này cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá cân nặng cùng các chỉ số khác như BMI để xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện.

3.4. Phân bố giới tính của bệnh nhân:

- **Nam:** 13 bệnh nhân (52%)
- **Nữ:** 12 bệnh nhân (48%)

3.5. Phân tích chẩn đoán



Biểu đồ 3. Tỷ lệ chẩn đoán

Kết quả nghiên cứu cho thấy khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dạng dị tật, phản ánh nhu cầu điều trị lớn tại cơ sở y tế. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 cũng đáng kể, cho thấy rằng việc phẫu thuật bước đầu chưa thể khắc phục hoàn toàn các vấn đề chức năng và thẩm mỹ. Đặc biệt, các trường hợp thiếu sản vòm hầu mặc dù chiếm tỷ lệ thấp nhưng có tác động nặng nề đến khả năng phát âm, nuốt và giao tiếp của bệnh nhân, cần được chú trọng nhiều hơn trong chẩn đoán và điều trị.

3.6. Phẫu thuật lần 2 hay những di chứng của lần phẫu thuật trước và mối liên quan đến tuổi. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 chủ yếu tập trung ở trẻ em và vị thành niên (11-18 tuổi), phản ánh nhu cầu cao về điều trị bổ sung trong độ tuổi phát triển. Trong khi đó, thiếu sản vòm hầu, mặc dù hiếm gặp, chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi (40 tuổi), nhấn mạnh tầm quan trọng

của việc theo dõi dài hạn. Các kết quả này khuyến nghị việc nâng cao khả năng chẩn đoán sớm và lập kế hoạch can thiệp toàn diện theo từng độ tuổi để cải thiện hiệu quả điều trị.

3.7. Phân bố vùng miền. Phân tích thành phần dân tộc cho thấy, chỉ có 15% bệnh nhân (4/25 trường hợp) thuộc dân tộc Kinh. Trong khi đó, đa số bệnh nhân (85%) là người dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Mông, Dao,... đến từ các khu vực vùng sâu, vùng xa. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về tăng cường dịch vụ y tế tại các vùng khó khăn, nơi các nhóm dân tộc thiểu số đang sinh sống.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 10.56 ± 10.54 tuổi, với độ tuổi dao động từ 1 đến 40 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nằm trong khoảng từ 4 đến 15 tuổi, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về đặc điểm độ tuổi trong nhóm trẻ mắc dị tật khe hở vòm miệng. Cân nặng trung bình của bệnh nhân là 24.84 ± 17.54 kg, dao động từ 6 đến 60 kg. Nhóm trẻ nhỏ dưới 6 tuổi có cân nặng đồng đều hơn, trong khi nhóm trên 10 tuổi có sự biến thiên lớn hơn, phản ánh các yếu tố ảnh hưởng như tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ giới tính gần như cân bằng, với 52% nam và 48% nữ, tương tự như các báo cáo quốc tế về sự phân bố giới tính trong dị tật khe hở vòm miệng. Tuy nhiên, thành phần dân tộc cho thấy sự khác biệt lớn khi chỉ 15% bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh, còn lại 85% là các dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Mông, Dao,..., chủ yếu đến từ vùng sâu, vùng xa. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu cải thiện tiếp cận y tế cho các cộng đồng dân tộc thiểu số, đặc biệt ở các khu vực khó khăn. Khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), phù hợp với các báo cáo trước đây về sự phổ biến của loại dị tật này. Tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 chiếm 36%, cho thấy nhu cầu lớn về các can thiệp bổ sung để cải thiện chức năng và thẩm mỹ. Thiếu sản vòm hầu, tuy chỉ chiếm 8%, nhưng ảnh hưởng nặng nề đến phát âm và giao tiếp, cần được chú trọng nhiều hơn trong chẩn đoán và điều trị. Phân tích cho thấy cân nặng tăng dần theo tuổi, phù hợp với quy luật phát triển sinh lý bình thường. Tuy nhiên, một số trường hợp cân nặng thấp hơn tiêu chuẩn có thể liên quan đến suy dinh dưỡng hoặc bệnh lý mạn tính, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Ngược lại, nhóm bệnh nhân trên 50 kg có thể gặp tình trạng thừa cân, nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá toàn diện về tình trạng dinh dưỡng.

Trong thời gian nằm viện, trẻ được điều

dưỡng thực hiện đúng quy trình theo dõi và chăm sóc toàn diện kết hợp khi ra viện, gia đình được các nhân viên y tế hướng dẫn cách theo dõi và chăm sóc tiếp cho tới khi vết mổ lành thương hoàn toàn, không có bất kì rối loạn sau phẫu thuật là các bước không thể thiếu góp phần thành công trong điều trị cho mỗi bệnh nhi [6] [7]. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ (25 bệnh nhân), do đó kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân mắc dị tật khe hở vòm miệng tại Việt Nam. Ngoài ra, dữ liệu chiều cao chưa được thu thập để tính toán chỉ số BMI, dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá đầy đủ tình trạng dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tỷ lệ khe hở vòm miệng và nhu cầu phẫu thuật lần 2 ở trẻ em và vị thành niên. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân thuộc các dân tộc thiểu số cao hơn so với các báo cáo trước, cho thấy đặc điểm riêng biệt tại khu vực nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm và lập kế hoạch điều trị dài hạn cho bệnh nhân dị tật khe hở vòm miệng, đặc biệt ở trẻ em và vị thành niên. Cần tăng cường các chương trình y tế tại vùng sâu, vùng xa để cải thiện tiếp cận dịch vụ cho các cộng đồng dân tộc thiểu số. Đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng và lập kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa là yếu tố cần thiết để nâng cao chất lượng điều trị. Cần thực hiện thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn để khẳng định kết quả và đề xuất các chiến lược điều trị hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ninh, Lê Thị Hòa, Vũ Đình Tuyền.** Kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên tại bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;501(2). doi:10.51298/vmj.v501i2.490
2. **Nghiên cứu cấy ghép implant ở bệnh nhân đã cấy ghép xương hàm sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ.** Luận Văn Y Học. Published October 24, 2018. Accessed May 24, 2023. <https://luanvanyhoc.com/nghien-cuu-cay-ghiep-implant-o-benh-nhan-da-cay-ghiep-xuong-ham-sau-phau-thuat-tao-hinh-khe-ho-moi-va-vom-mieng-toan-bo/>
3. **Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn Thị Trang, Lâm Ngọc Tuyền và cộng sự** (2022). Đặc điểm dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021. Tạp chí Y học Việt Nam tập 514, tháng 5, số 1 năm 2022, tr. 128-132.
4. **Hlongwa P, Levin J, & Rispel LC** (2019). Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in

- South Africa. PLOS ONE 14(5): 0215931.
5. Elander A, Persson C, Lilja J & Mark H (2016). Isolated cleft palate requires different surgical protocols depending on cleft type. Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery 51(4) 228-234.
6. Tăng Xuân Hải, Trần Minh Long, Lê Xuân Thu (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm

sinh theo kỹ thuật Push Back tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An 2018-2021. Tạp chí Y học Việt Nam (511), tháng 2, số 1 (2022), tr. 118-122.

7. Cleft lip and cleft palate - Symptoms and causes. Mayo Clinic. Accessed May 24, 2023. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cleft-palate/symptoms-causes/syc-20370985>.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN HÓA TRỊ TÂN BỒ TRỢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC, IV TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Yến¹, Nguyễn Thị Mai Lương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC và IV thường đã tiến triển và có tiên lượng xấu, phẫu thuật ban đầu khó khăn. Hóa trị tân bổ trợ với phác đồ paclitaxel-carboplatin làm giảm kích thước các tổn thương, tạo điều kiện cho phẫu thuật được triệt để hơn, góp phần tăng thời gian sống thêm đồng thời giảm biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân ung thư buồng trứng điều trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện K từ 1/2017 - 1/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 55,3 ± 8,9. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 80,7%. Phần lớn bệnh nhân có kích thước u > 5 cm (86,5%), giai đoạn IIIC chiếm tỷ lệ cao là 71,2%, UTBM tuyến thành dịch chiếm tỷ lệ cao nhất (78,8%). Vị trí di căn xa hay gặp nhất là hạch sau phúc mạc (25%), màng phổi (13,5%), gan (13,5%). Đa số bệnh nhân nhận liệu trị > 90% so với liệu chuẩn (84,6%). Tỷ lệ kiểm soát bệnh trên lâm sàng đạt 100% sau 3 chu kỳ. Yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của phác đồ được xác định là liệu điều trị, giai đoạn bệnh và tình trạng tràn dịch màng phổi. Tác dụng không mong muốn của phác đồ thường gặp trên hệ tạo huyết, chủ yếu là hạ bạch cầu (45,2%), hầu hết độ I-II. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phác đồ hóa trị tân bổ trợ paclitaxel-carboplatin giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC và IV. Kết quả cũng gợi ý về vai trò quan trọng của hóa trị tân bổ trợ trên một số nhóm đối tượng bệnh nhân. **Từ khóa:** ung thư buồng trứng, điều trị tân bổ trợ, paclitaxel-carboplatin

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS AND RELATED FACTORS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

¹Bệnh viện K, Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

WITH THE PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN IN STAGE IIIC AND IV OVARIAN EPITHELIAL CANCER AT K HOSPITAL

Background: Advanced-stage ovarian cancer (stages IIIC and IV) is often characterized by poor prognosis and significant progression, making initial surgery challenging. Neoadjuvant chemotherapy with the paclitaxel-carboplatin regimen has been shown to reduce tumor size, facilitating more effective surgery, potentially extending survival, and reducing intraoperative and postoperative complications. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study included 52 ovarian cancer patients who received neoadjuvant treatment with the paclitaxel-carboplatin regimen at K Hospital from January 2017 to January 2023. **Results:** The average patient age was 55.3 ± 8.9. The most common presenting symptom was "abdominal pain and distention," seen in 80.7% of cases. Most patients had tumor sizes > 5 cm (86.5%), with stage IIIC cases accounting for 71.2%. The highest incidence subtype was serous adenocarcinoma (78.8%). The most common metastatic sites were retroperitoneal lymph nodes (25%), pleura (13.5%), and liver (13.5%). The majority of patients received > 90% of the standard chemotherapy dose (84.6%). Clinical response rates reached 100% after 3 cycles. Factors influencing treatment response were identified as chemotherapy dose, disease stage, and pleural effusion status. The most frequent adverse effects were hematologic, particularly leukopenia (45.2%), primarily grade I-II. **Conclusion:** The study demonstrates that neoadjuvant chemotherapy with the paclitaxel-carboplatin regimen improves response rates and extends survival in patients with stage IIIC and IV ovarian epithelial cancer. The findings also suggest an important role of neoadjuvant chemotherapy for certain groups of patients. **Keywords:** ovarian cancer, neoadjuvant therapy, paclitaxel-carboplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ. Hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) nguyên nhân do buồng