

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu bước đầu về điều trị phác đồ củng cố Durvalumab sau hóa xạ đồng thời trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III cho thấy: Durvalumab sau hóa xạ đồng thời là phác đồ mang lại kết quả khả quan về thời gian sống bệnh không tiến triển và các tác dụng không mong muốn được kiểm soát tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn. Điều trị nội

khoa ung thư, 81-93.

2. David M Mannino, et al. Cigarette smoking and other possible risk factors for lung cancer - UpToDate. 13/03/2019.
3. Edge SB, American Joint Committee on Cancer, btr. AJCC cancer staging manual, Springer, New York. 2017
4. Dillman RO, Seagren SL, Propert KJ, et al. A randomized trial of induction chemotherapy plus high-dose radiation versus radiation alone in stage III non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 1990;323(14): 940-945. doi:10.1056/NEJM199010043231403.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG GEFITINIB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA

Hoàng Thị Hà^{1,3}, Phạm Cẩm Phương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng gefitinib. **Đánh giá kết quả điều trị của nhóm BN nghiên cứu.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 63 BN UTPKTBN giai đoạn IV có đột biến EGFR, điều trị bước 1 bằng gefitinib tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64,4. Tỷ lệ nam/nữ là 1,17/1. Tỷ lệ đột biến exon 19 và exon 21 lần lượt là 57,1% và 34,9%. 85,7% BN đáp ứng một phần. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 93,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS): 35 ± 4,2 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển PFS: 14 ± 1,9 tháng. **Kết luận:** Điều trị bước 1 BN UTPKTBN giai đoạn IV bằng gefitinib đem lại kết quả khả quan. **Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, đột biến gen EGFR, gefitinib.

SUMMARY

THE RESULTS OF GEFTINIB AS THE FIRST-LINE TREATMENT OF ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS HARBORING EGFR MUTATIONS

Objectives: To describe some clinical and paraclinical features of advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) patients with EGFR mutations. Evaluation the treatment results of gefitinib as the first-line treatment. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 63 advanced NSCLC patients harboring EGFR mutations who received

gefitinib as the first-line treatment at Thanh Hoa Oncology Hospital from January 2021 to May 2024. **Results:** The average age was 64.4. The male/female ratio was 1.17/1. The mutation rates of exon 19 and exon 21 were 57.1% and 34.9%, respectively. 85.7% of patients responded partially. The disease control rate was 93.7%. Overall survival (OS): 35 ± 4.2 months, progression free survival (PFS): 14 ± 1.9 months. **Conclusions:** Gefitinib as the first-line treatment achieved high outcomes. **Keywords:** non-small cell lung cancer, EGFR mutations, gefitinib.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những loại ung thư phổ biến trên toàn cầu, với tỷ lệ tử vong cao và ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng. Theo GLOBOCAN 2022, UTP là thường gặp ở cả hai giới với khoảng 2,5 triệu người mắc và 1,8 triệu người tử vong. Việt Nam cũng không nằm ngoài xu thế chung của thế giới. Năm 2022 có khoảng 24,5 ngàn trường hợp mắc mới (13,5%) và 22,5 ngàn người tử vong¹.

Theo phân loại mô bệnh học, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm phần lớn các trường hợp (85%) và thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khiến việc điều trị trở nên khó khăn. Các phương pháp truyền thống như hóa trị và xạ trị có thể giúp kiểm soát sự phát triển bệnh nhưng hiệu quả lâu dài và tính cá thể hóa của các phác đồ này còn nhiều hạn chế. Bên cạnh đó, tác dụng ngoại ý có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của BN^{2,3}.

Với sự tiến bộ không ngừng của sinh học phân tử, các nhà nghiên cứu đã tìm ra một trong những đột biến gen quan trọng liên quan đến UTPKTBN, đó là gen EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor). Đột biến EGFR thúc đẩy sự phát triển và tăng trưởng tế bào ung thư thông

¹Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương

Email: phamcamphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

qua việc kích hoạt các con đường truyền tín hiệu tế bào. Các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) như gefitinib, erlotinib, afatinib và osimertinib đã mở ra một kỷ nguyên mới trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn. Gefitinib là thuốc EGFR- TKIs thế hệ 1, hoạt động bằng cách gắn vào các thụ thể EGFR bị đột biến, ức chế hoạt động của chúng và làm giảm sự phát triển của khối u. Hiệu quả của gefitinib trên nhóm BN UTPKTBN giai đoạn muộn đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng như IPASS và WJTOG3405. Các thử nghiệm này đã cho thấy gefitinib không những cải thiện tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm mà tác dụng ngoại ý cũng ở mức chấp nhận được⁴⁻⁸.

Tại Việt Nam nhiều năm trở lại đây, ngày càng nhiều BN UTPKTBN giai đoạn muộn được sử dụng gefitinib ngay từ bước đầu điều trị và đem lại hiệu quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả điều trị bước 1 của gefitinib trên BN UTPKTBN giai đoạn IV có đột biến EGFR*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 63 BN UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị bước 1 bằng gefitinib uống 1 viên 250mg/ngày tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không dung nạp được.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV, được khẳng định bằng kết quả mô bệnh học, có đột biến EGFR.
- Chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG PS): 0, 1, 2, 3; được điều trị bằng gefitinib lần đầu và ít nhất 3 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Chức năng gan thận, huyết học trong giới hạn cho phép.
- Có đầy đủ thông tin về hồ sơ bệnh án cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp không đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn trên.
- Mặc từ 2 loại ung thư trở lên.
- Bệnh nhân dừng uống thuốc khi bệnh chưa có dấu hiệu tiến triển vì lý do chủ quan của bệnh nhân và người nhà.
- Bệnh nhân từ chối hợp tác, không theo dõi được, được biết hoặc nghi ngờ quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021

đến tháng 5/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

- Cỡ mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được đánh giá và ghi nhận các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được sẽ được mã hóa trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ theo đạo đức nghiên cứu trong Y học, được thực hiện vì mục đích khoa học. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n=63
Tuổi trung bình (năm)	64,4 (35-86)
Giới, n (%)	
Nam	34 (54%)
Nữ	29 (46%)
Tình trạng hút thuốc, n (%)	
Không hút thuốc	31 (49,2%)
Có hút thuốc	33 (50,8%)
Tiền sử bệnh phổi hợp, n (%)	
Không mắc bệnh phổi hợp	37 (58,7%)
Hô hấp	14 (22,2%)
Viêm gan B, C	4 (6,3%)
Tăng huyết áp	8 (12,8%)
Chỉ số toàn trạng PS, n (%)	
PS 0-1	62 (98,4%)
PS ≥ 2	1 (1,6%)
Mô bệnh học, n (%)	
Ung thư biểu mô tuyến	48 (76,2%)
Ung thư biểu mô vảy	6 (9,5%)
Ung thư biểu mô tuyến vảy	9 (14,3%)
Vị trí di căn, n (%)	
Phổi đối bên	28 (44,4%)
Màng phổi	25 (39,7%)
Xương	20 (31,7%)
Não	11 (17,5%)
Gan	10 (15,9%)
Hạch cổ cao	7 (11,1%)
Thượng thận	3 (4,8%)
Tình trạng đột biến EGFR, n (%)	
Đột biến mất đoạn exon 19	36 (57,1%)
Đột biến L858R exon 21	22 (34,9%)
Đột biến kép trên cùng exon 21	5 (8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 64,4. Tỷ lệ nam/nữ là 1,17/1. BN không hút thuốc chiếm

49,2%. Có 14 trường hợp mắc bệnh hô hấp (22,2%), 4 BN mang viêm gan B, C (6,3%) và 8 trường hợp tăng huyết áp (12,7%). Hầu hết người bệnh có chỉ số toàn trạng PS từ 0 đến 1 (chiếm 98,4%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 76,2%, tiếp đến là ung thư biểu mô tuyến vảy (14,3%) và ung thư biểu mô vảy (9,5%). Tỷ lệ đột biến mất đoạn exon 19 là 57,1%, đột biến L858R exon 21 là 34,9%. 5 BN có đột biến kép trên exon 21 (chiếm 8%).

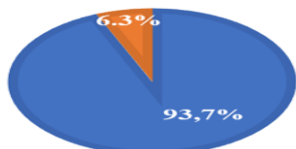
3.2. Đáp ứng điều trị

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng

Đáp ứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Phần trăm cộng dồn (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0	0
Đáp ứng một phần	54	85,7	85,7
Bệnh giữ nguyên	5	7,9	93,7
Bệnh tiến triển	4	6,3	100
Tổng	63	100	

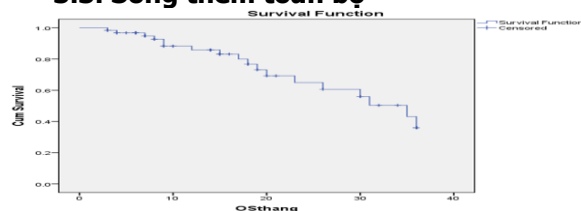
Nhận xét: 85,7% BN đạt đáp ứng một phần. 7,9% trường hợp bệnh giữ nguyên và 6,3% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 93,7%.

■ Kiểm soát bệnh ■ Tiến triển



Hình 1. Tỷ lệ kiểm soát bệnh 93,7%

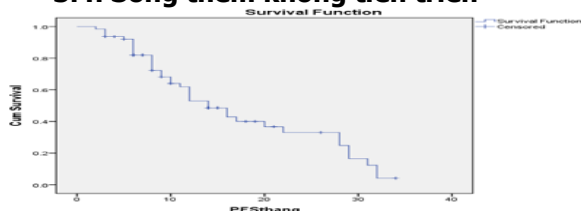
3.3. Sống thêm toàn bộ



Hình 2: Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)

Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị (OS median): ước lượng trung vị là $35 \pm 4,2$ với khoảng tin cậy 95 % từ 26,7 tới 43,3 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình (OS mean) là $27,4 \pm 1,6$ với khoảng tin cậy 95 % từ 23,9 tới 30,8 tháng.

3.4. Sống thêm không tiến triển



Hình 3: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (tháng)

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình (mean PFS) là $17,2 \pm 1,5$ (95 % CI: 14,3-20,2) tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị (median PFS) là $14 \pm 1,9$ (95 % CI: 10,3-17,8) tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tuổi trung bình là 64,4. Trung vị tuổi là $66,0 \pm 9,4$. Kết quả này phù hợp với các thống kê trên thế giới, tuổi mắc bệnh UTP thường gặp sau 40, đỉnh cao từ 50 đến 70 tuổi. Về tỷ lệ giới, y văn cũng như các nghiên cứu đều cho thấy trong UTP, nam giới chiếm chủ yếu. Tỷ lệ nam/nữ dao động từ 2,5/1 - 4,5/1. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại ghi nhận tỷ lệ nam nhiều hơn nữ nhưng không quá chênh lệch. Cụ thể nam chiếm 54%; nữ chiếm 46%. Tỷ lệ nam/nữ chỉ là 1,17/1. Đây chính là điểm khác biệt của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi so với nhóm BN UTP nói chung. Ở Việt Nam, kết quả các nghiên cứu bước đầu với số lượng BN điều trị thuốc đích trong những năm gần đây cũng cho thấy tỷ lệ nữ là cao hơn nam. Điều này có thể giải thích do nữ có tỷ lệ đột biến EGFR cao hơn ở nam giới, đặc biệt là nhóm BN không hút thuốc^{5,6}.

Đánh giá chỉ số toàn trạng ECOG PS trước điều trị, đa phần người bệnh có chỉ số ECOG PS từ 0 đến 1 (chiếm 98,4%). Nhóm có chỉ số ECOG PS ≥ 2 chiếm tỷ lệ 1,6%. Nhiều nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân được điều trị TKIs đa phần có PS 1,2^{7,8}. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều BN mang bệnh lý phổi hợp đi kèm (41,3%). Trong đó, 14 trường hợp mắc bệnh hô hấp (22,2%), 4 BN viêm gan B, C (6,3%) và 8 trường hợp tăng huyết áp (12,7%). Đây có thể xem là tính ưu việt của các thuốc EGFR-TKIs khi có thể sử dụng trên những đối tượng người cao tuổi, thể trạng yếu hay mắc nhiều bệnh lý phổi hợp.

Trong số các vị trí di căn, di căn phổi đối bên, màng phổi và xương là thường gặp, chiếm lần lượt 44,4%, 39,7% và 31,7%. Theo phạm văn trường vị trí di căn hay gặp nhất là phổi, tiếp đó là màng phổi (19,5% và 17,1%)⁹.

Thống kê về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu với tỷ lệ 76,2%. Tiếp đến là ung thư biểu mô tuyến vảy (14,3%) và ung thư biểu mô vảy (9,5%). Kết quả này phù hợp với các dữ liệu nghiên cứu. Ung thư biểu mô tuyến là loại mô bệnh học có tần suất xuất hiện đột biến EGFR cao nhất².

Về vị trí đột biến, chúng tôi ghi nhận 36/63 BN có đột biến mất đoạn ở exon 19 (chiếm 57,1%). 22/63 người bệnh (34,9%) mang đột

biến L858R exon 21. Chỉ 5 trường hợp có đột biến kép trên cùng exon 21 (chiếm 8%). Kết quả này là phù hợp với số liệu của các báo cáo trong và ngoài nước. Theo ghi nhận các tác giả, tỷ lệ đột biến EGFR ở exon 19 cao nhất, đứng thứ 2 là đột biến L858R tại exon 21. Theo nghiên cứu của Mok và cộng sự, trong số 261 bệnh nhân châu Á có đột biến EGFR, 140 trường hợp có đột biến mất đoạn ở exon 19 (chiếm 53,6%); 42,5% BN mang đột biến L858R ở exon 21. Đây cũng là những đột biến nhạy cảm với thuốc. Đột biến ở những vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp³.

Tỷ lệ đáp ứng của các thuốc EGFR-TKIs đã được khẳng định trong nhiều thử nghiệm lâm sàng pha III. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy các thuốc này đem lại kết quả vượt trội so với hóa trị truyền thống trên BN UTPKTBN có đột biến EGFR. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, mặc dù không có trường hợp nào đạt đáp ứng hoàn toàn, song thuốc đạt tỷ lệ đáp ứng 1 phần (85,7%) và tỷ lệ kiểm soát bệnh (93,7%) hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác. Theo tác giả Tateishi (2013), tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 1,8%, đáp ứng 1 phần là 70,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 92,7%. Nhìn chung có thể thấy rằng, các nghiên cứu về điều trị EGFR-TKIs đều thu được tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh cao⁴⁻⁸.

Nghiên cứu cho thấy: thời gian sống thêm toàn bộ trung vị (median OS) ước lượng là 35 ± 4,2 với khoảng tin cậy 95% từ 26.7 đến 43.3 tháng. Thời gian sống trung vị thường được coi là chỉ số đáng tin cậy hơn so với thời gian sống trung bình trong các nghiên cứu về ung thư, vì nó ít bị ảnh hưởng bởi những giá trị ngoại lai từ các bệnh nhân sống lâu bất thường. Như vậy kết quả nghiên cứu cho thấy 50% bệnh nhân có thể đạt được thời gian sống tối thiểu là 35 tháng, một kết quả đáng chú ý đối với NSCLC giai đoạn IV, vốn được xem là giai đoạn muộn với tiên lượng xấu. Median OS ở mức 35 tháng là khá dài so với các liệu pháp hóa trị truyền thống, vốn thường đạt OS trung vị dưới 12 tháng ở nhóm bệnh nhân không đột biến EGFR. Thời gian sống trung bình là 27.4 ± 1,6 với khoảng tin cậy 95% từ 23.9 đến 30.8 tháng. Kết quả này thấp hơn so với trung vị, có thể cho thấy một số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian sống ngắn hơn, kéo giá trị trung bình xuống thấp. Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Luận thời gian sống thêm toàn bộ trung bình trung vị là 32±1,9 tháng⁸.

Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình (Mean PFS): 17.2±1,5 (95% CI: 14.3 - 20.2). Theo Mitsudomi và cộng sự khi so sánh thời gian sống thêm không tiến triển giữa nhóm điều trị Gefitinib với nhóm hóa trị chuẩn kết quả

là 9,2 tháng so với 6,3 tháng với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê⁶. Giá trị trung bình cao trên nhóm nghiên cứu cho thấy hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển của gefitinib trong nhóm bệnh nhân này. Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị (Median PFS): 14.0±1,9 (95% CI: 10.3 - 17.7). Kết quả này tương tự với một số tác giả trong nước, theo Phạm Văn Luận thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là 15±0,74 tháng⁸. Trung vị là giá trị quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị. Trung vị 14 tháng là con số đáng khích lệ, nhất là trong bối cảnh NSCLC giai đoạn IV. Trung vị PFS thấp hơn giá trị trung bình, cho thấy một số bệnh nhân hưởng lợi vượt trội từ điều trị với thời gian sống thêm không tiến triển dài hơn nhiều. Tuy nhiên, điều này cũng làm nổi bật tính không đồng nhất trong đáp ứng điều trị, có thể do các yếu tố như tình trạng đột biến EGFR khác nhau, khả năng dung nạp thuốc, hoặc các yếu tố lâm sàng khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 63 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng gefitinib, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 64,4. Tỷ lệ nam/nữ là 1,17/1. Hầu hết người bệnh có chỉ số toàn trạng từ 0 đến 1 (chiếm 98,4%). Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm chủ yếu (76,2%), tiếp đến là ung thư biểu mô tuyến vảy (14,3%) và ung thư biểu mô vảy (9,5%). Tỷ lệ đột biến EGFR mất đoạn exon 19 và thay thế L858R exon 21 lần lượt là 57,1% và 34,9%. 85,7% BN đạt đáp ứng một phần. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 93,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ OS: 35±4,2 tháng, thời gian sống thêm không tiến triển 14±1,9 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Laversanne, M., Frick, C. Arnold, M., Rousset, V., Foreman, D. A., Bray, F.** (2024). Global burden of lung cancer in 2022 and projections to 2050: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Cancer Epidemiology*, 93, 102693. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102693>
2. **Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al.** The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol*. 2015;10(9):1243-1260.
3. **Hirsch FR, Scagliotti GV, Mulshine JL, et al.** Lung cancer: current therapies and new targeted treatments. *Lancet*. 2017;389(10066):299-311.
4. **Kuan F, Kuo L, Chen M, et al.** Overall survival benefits of first-line EGFR tyrosine kinase inhibitors in EGFR-mutated non-small-cell lung cancers: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015; 113, 1519-1528.
5. **Maemondo M, Inoue A, Kobayashi K et al** (2010). Gefitinib or chemotherapy for non-small-

- cell lung cancer with mutated EGFR. N Engl J Med 362(25): 2380-2388.
6. **Mitsudomi T, Morita S, Yatabe Y et al** (2010). Gefitinib versus cisplatin plus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer harbouring mutations of the epidermal growth factor receptor (WJTOG3405): an open label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol 11(2): 121-128.
 7. **Đỗ Thị Phương Chung** (2020). Đánh giá kết quả điều trị Gefitinib trong ung thư phổi không tế bào nhỏ tái phát, di căn. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Phạm Văn Luận** (2020). Điều trị ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn tiến xa đột biến gen EGFR dương tính bằng Gefitinib. Tạp chí y dược lâm sàng 108, số 4 (15), 30-37.
 9. **Phạm Văn Trường** (2013). Đánh giá hiệu quả hóa trị phác đồ Vinorelbine - Cisplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại Bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ VÙNG THẨM MỸ CÓ SỬ DỤNG MÁNG HƯỚNG DẪN PHẪU THUẬT TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Lự Văn Du¹, Nguyễn Phú Thắng², Vũ Xuân Huỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả cấy ghép của bệnh nhân mất răng vùng thẩm mỹ được chỉ định cấy ghép implant tức thì có ghép xương, ghép mô liên kết và máng hướng dẫn phẫu thuật tại Viện Đào tạo Răng hàm mặt năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh tiến hành trên các răng có chỉ định cấy ghép implant tức thì vùng thẩm mỹ từ răng hàm nhỏ thứ hai bên phải tới răng hàm nhỏ thứ hai bên trái ở 2 hàm tại cơ sở thực hành của Viện đào tạo Răng hàm mặt trong thời gian từ tháng 06/2024 tới tháng 04/2025. **Kết quả:** Chiều dài lợi sừng hóa trung bình là $4,4 \pm 1,0$ mm. Độ lệch góc implant trung bình $1,93 \pm 0,85^\circ$, lệch tại cổ và chóp implant lần lượt là $0,76 \pm 0,40$ mm và $0,91 \pm 0,40$ mm. Sai số theo các chiều không gian đều dưới 1,5 mm. **Kết luận:** Kỹ thuật cấy ghép implant tức thì vùng thẩm mỹ có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật giúp tối ưu vị trí implant và giảm thiểu sai số cấy ghép, góp phần đảm bảo thành công implant thẩm mỹ và chức năng.

Từ khóa: Implant tức thì, máng hướng dẫn phẫu thuật, cấy ghép.

SUMMARY

OUTCOMES OF IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT USING DIGITAL SURGICAL GUIDE IN THE ESTHETIC ZONE IN ADULT PATIENTS

Objective: To describe the clinical characteristics and implant outcomes in patients with missing teeth in the esthetic zone who underwent immediate implant placement with bone grafting, connective tissue grafting, and the use of a surgical guide at the Institute of Odonto-Stomatology from 2024 to 2025. **Subjects and Methods:** A descriptive case series was conducted on teeth indicated for immediate

implant placement in the esthetic zone, ranging from the second premolar on the right to the second premolar on the left in both jaws. The study was performed at the clinical facilities of the Institute of Odonto-Stomatology from June 2024 to April 2025. **Results:** The mean width of keratinized gingiva was 4.4 ± 1.0 mm. The mean angular deviation of implant placement was $1.93 \pm 0.85^\circ$, with coronal and apical deviations of 0.76 ± 0.40 mm and 0.91 ± 0.40 mm, respectively. All spatial deviations were within 1.5 mm. **Conclusion:** Immediate implant placement in the esthetic zone using a surgical guide allows optimal implant positioning and minimizes placement deviations. **Keywords:** Immediate implant, surgical guide, implant placement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép implant nha khoa được xem là phương pháp tối ưu trong phục hồi mất răng, với tỷ lệ tồn tại cao và khả năng tiên lượng tốt. Tuy nhiên, kỹ thuật cấy ghép muộn truyền thống còn tồn tại một số hạn chế như kéo dài thời gian điều trị, nhiều lần phẫu thuật, và đặc biệt là hiện tượng tiêu xương, tụt mô mềm vùng huyết ổ răng sau nhổ – ảnh hưởng lớn đến vùng răng thẩm mỹ^{1,2}.

Để khắc phục các vấn đề trên, kỹ thuật cấy ghép implant tức thì được đề xuất, giúp giảm tiêu xương, duy trì cấu trúc mô mềm và đáp ứng yêu cầu thẩm mỹ cao. Trong đó, kỹ thuật Dual Zone của Stephen Chu và cộng sự với ghép xương vùng xương ổ răng và vùng mô mềm đã chứng minh hiệu quả trong duy trì thể tích sống hàm và cải thiện mô mềm quanh phục hình³⁻⁵. Đồng thời ghép mô liên kết trên những kiểu hình sinh học mô mềm mỏng để đảm bảo sự ổn định lâu dài cấu trúc mô quanh implant.

Thêm vào đó, việc đặt implant chính xác theo ba chiều không gian là yếu tố then chốt đảm bảo tính thẩm mỹ và chức năng lâu dài⁶. Nhờ sự hỗ trợ của máng hướng dẫn phẫu thuật kỹ thuật số, implant có thể được đặt đúng vị trí

¹Nha khoa Nicesmile

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Huỳnh

Email: drhuynhnhmu180998@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025