

- Chronic kidney disease severely deteriorates the outcome of gastrointestinal bleeding: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2017;23(47): 8415-8425. doi:10.3748/wjg.v23.i47.8415
5. **A. Mouffak, M. Salihoun, F. Bouhamou, M. et al,** (2024). Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Chronic Renal Failure: What are the Particularities? *Saudi J Med Pharm Sci*, 10(7): 505-508.
 6. **Lin Y, Li C, Waters D, Kwok CS.** Gastrointestinal bleeding in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail.* 2023;45(2): 2276908. doi:10.1080/0886022X.2023.2276908
 7. **Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Trường Sơn, Đào Việt Hằng, Nguyễn Văn Hiếu** (2024). Đặc điểm tổn thương dạ dày-tá tràng trên bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 chưa điều trị thay thế tại Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;545(2).
 8. **Aljarad Z, Mobayed BB.** The mortality rate among patients with acute upper GI bleeding (with/without EGD) at Aleppo University Hospital: A retrospective study. *Ann Med Surg* 2012. 2021;71:102958. doi:10.1016/j.amsu.2021.102958
 9. **Tung CF, Chow WK, Chang CS, Peng Y chun, Hu WH.** The prevalence and significance of hypoalbuminemia in non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Hepatogastroenterology.* 2007;54(76):1153-1156.
 10. **Moaddab Y, Bonyadi S.** Determining the predictive value of Rockall scoring system in predicting outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Arak Med Univ J.* 2016;18(10):80-86.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG LỖ THÙNG VÒM MIỆNG TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỖ MÔI – VÒM MIỆNG

Nguyễn Hồng Nhung^{1,2}, Chu Minh Quang¹, Đỗ Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của lỗ thùng vòm miệng ở bệnh nhân có di chứng khe hở môi – vòm miệng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 26 bệnh nhân có lỗ thùng vòm miệng, điều trị và theo dõi tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện E, từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2025. Các yếu tố được khảo sát gồm: vị trí, kích thước lỗ thùng, tình trạng mô xung quanh, ảnh hưởng đến ăn uống, phát âm và chất lượng cuộc sống. **Kết quả:** Trong số 26 bệnh nhân, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 6 đến 12 tuổi (57,7%). Vị trí lỗ thùng chủ yếu nằm ở vùng giữa vòm (61,5%), kích thước thường nhỏ hơn 5 mm (65,4%). Đa số bệnh nhân gặp khó khăn khi ăn uống và có bất thường phát âm ở các mức độ khác nhau. Mô xung quanh lỗ thùng thường có sẹo co kéo, mô xơ và kém đàn hồi. **Kết luận:** Lỗ thùng vòm miệng là biến chứng muộn thường gặp sau phẫu thuật đóng khe hở vòm miệng, ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng ăn uống và phát âm. Việc đánh giá chính xác đặc điểm lâm sàng giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: lỗ thùng vòm miệng, khe hở môi, khe hở vòm miệng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PALATAL FISTULA IN PATIENTS WITH CLEFT LIP

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

AND PALATE

Objective: To describe the clinical characteristics of palatal fistula in patients with cleft lip and palate after surgical repair. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 26 patients with palatal fistula who were treated and followed up at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, E Hospital, from May to September 2025. The evaluated parameters included the location and size of the fistula, the condition of the surrounding tissue, and the impact on eating, speech, and quality of life. **Results:** Among 26 patients, the majority were between 6 and 12 years old (57.7%). The fistula was most commonly located in the mid-palatal region (61.5%) and was generally smaller than 5 mm (65.4%). Most patients experienced varying degrees of difficulty in eating and speech articulation. The surrounding tissue was often characterized by scarring, fibrosis, and poor elasticity. **Conclusion:** Palatal fistula is a common late complication following cleft palate repair, significantly affecting feeding and speech functions. Accurate clinical evaluation plays an essential role in selecting appropriate treatment strategies, thereby improving both functional and aesthetic outcomes for patients.

Keywords: palatal fistula, cleft lip, cleft palate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ thùng vòm miệng là một trong những biến chứng muộn thường gặp sau phẫu thuật phục hồi khe hở môi – vòm miệng. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng này dao động khá rộng, từ 5% đến hơn 30% tùy theo kỹ thuật phẫu thuật, mức độ khe hở và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Lỗ thùng có thể gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng ăn uống, phát âm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt là ở trẻ em trong

giai đoạn phát triển ngôn ngữ.

Về mặt giải phẫu, sự thiếu hụt mô và tình trạng sẹo xơ sau phẫu thuật khiến mô vùng vòm dễ bị căng kéo, giảm đàn hồi, làm tăng nguy cơ hình thành lỗ thủng thứ phát. Kích thước và vị trí của lỗ thủng rất đa dạng, có thể nhỏ chỉ vài milimét nhưng cũng có thể lớn và thông thương giữa khoang miệng – mũi, gây rò dịch và biến dạng giọng nói.

Tại Việt Nam, mặc dù các kỹ thuật đóng khe hở vòm miệng đã được cải tiến và áp dụng rộng rãi, song các báo cáo về đặc điểm lâm sàng của lỗ thủng sau phẫu thuật vẫn còn hạn chế. Việc nhận diện đầy đủ các đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá kết quả điều trị và định hướng chiến lược tái tạo phù hợp cho từng trường hợp.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng của lỗ thủng vòm miệng ở bệnh nhân có di chứng khe hở môi – vòm miệng sau phẫu thuật, nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu hỗ trợ cho chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 26 bệnh nhân có lỗ thủng vòm miệng sau phẫu thuật khe hở môi vòm, được khám và điều trị tại Bệnh viện E từ tháng 5 đến tháng 9/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu bao gồm: 1) Bệnh nhân được chẩn đoán khe hở vòm miệng ở mọi lứa tuổi, 2) Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng thì đầu, 3) Gia đình hoặc bản thân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bao gồm: 1) Những bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để tham gia nghiên cứu, 2) Những bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ bệnh án, 3) Bệnh nhân và/hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bệnh nhân có lỗ thủng vòm miệng được phẫu thuật tại bệnh viện E đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Thu thập dữ liệu: Phiếu phỏng vấn và phiếu khám từ tháng 5 – 9 năm 2025.

Phương pháp thu thập:

- Phỏng vấn: các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới).

- Khám lâm sàng: Khám lâm sàng toàn diện, ghi nhận đặc điểm lâm sàng của lỗ thủng vòm

miệng (vị trí, kích thước, tình trạng mô tại chỗ hai bên bờ lỗ thông), các ảnh hưởng của lỗ thông đến chức năng của trẻ (phát âm, ăn uống), đến chất lượng cuộc sống của trẻ (thẩm mỹ, học tập, giao tiếp) và ghi nhận các biến chứng (ngăn vòm miệng, hẹp vòm miệng, sẹo co kéo).

Xử lý số liệu: SPSS 27.0.1, Excel: Hỗ trợ xử lý số liệu thống kê, đánh giá hiệu quả điều trị

- Phần mềm quản lý bệnh án điện tử: Thu thập và phân tích dữ liệu bệnh nhân.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Ban giám đốc Bệnh viện E, lãnh đạo các khoa phòng có liên quan và được sự cho phép của người nhà hoặc người giám hộ hoặc bản thân người bệnh. Mọi thông tin của người bệnh đều được mã hóa theo số liệu, đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 26 bệnh nhân

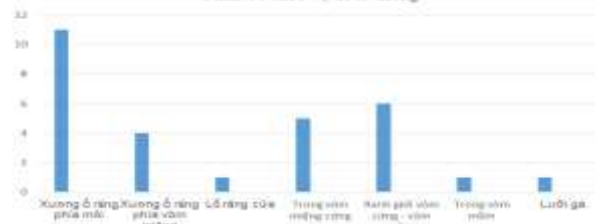
Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới của các bệnh nhân lỗ thủng vòm miệng (n=26)

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Dưới 6 tuổi	2	7,7	0	0	2	7,7	>0,05
Từ 6-12 tuổi	8	30,8	6	23,1	14	53,8	
Trên 12 tuổi	5	19,2	5	19,2	10	38,5	
Tổng	15	57,7	11	42,3	26	100	
Mean±SD	11,31±4,55						

Trong nghiên cứu có 26 bệnh nhân bị lỗ thủng vòm miệng sau phẫu thuật khe hở vòm, với độ tuổi trung bình là $11,31 \pm 4,55$ tuổi. Tỷ lệ nam (57,7%) cao hơn nữ (42,3%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về nhóm tuổi, đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi 6–12 tuổi (53,8%), tiếp đến là nhóm trên 12 tuổi (38,5%), trong khi nhóm dưới 6 tuổi chỉ chiếm 7,7%. Điều này cho thấy biến chứng lỗ thủng vòm thường được phát hiện nhiều ở trẻ lớn và thanh thiếu niên hơn là ở trẻ nhỏ.

Phân bố theo vị trí lỗ thông

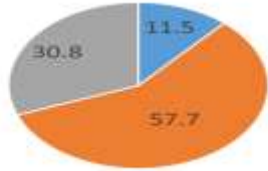


Biểu đồ 1. Phân bố theo vị trí lỗ thông ở bệnh nhân lỗ thủng vòm miệng

Vị trí thường gặp nhất là xương ổ răng phía mũi (37,9%), tiếp theo là ranh giới vòm cứng – vòm mềm (20,7%) và trong vòm miệng cứng (17,2%). Các vị trí còn lại, gồm xương ổ răng phía vòm miệng, lỗ răng cửa, vòm mềm và chẻ

đôi lưỡi gà, chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (khoảng 3–14%). Điều này cho thấy phần lớn lỗ thủng tập trung tại vùng xương ổ răng và ranh giới vòm, đây là những vị trí có sẹo căng và dễ xảy ra thiếu hụt mô sau phẫu thuật khe hở vòm miệng.

Phân bố theo kích thước lỗ thủng



• Đường kính ngang < 2mm • Đường kính ngang từ 3-5mm • Đường kính ngang > 5mm

Biểu đồ 2. Phân bố theo kích thước lỗ thủng ở bệnh nhân lỗ thông vòm miệng

Phần lớn lỗ thủng vòm miệng có đường kính ngang từ 3–5 mm, chiếm tỷ lệ cao nhất. Các lỗ thủng >5 mm chiếm tỷ lệ đáng kể thứ hai, trong khi nhóm ≤2 mm ít gặp nhất. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân có lỗ thủng kích thước trung bình đến lớn, có khả năng ảnh hưởng rõ rệt tới chức năng ăn uống và phát âm, đòi hỏi can thiệp phẫu thuật phục hồi.

Bảng 2. Mức độ ảnh hưởng của lỗ thủng vòm miệng đến chức năng phát âm

Số triệu chứng	Tổ hợp triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
0	Không triệu chứng	9	34,6
1	Chỉ nói ngọng	5	19,2
	Chỉ giọng mũi cao	1	3,8
	Chỉ thiếu năng vòm hầu	0	0
2	Ngọng+Giọng mũi cao	7	26,9
	Ngọng + Thiếu năng vòm hầu	0	0
	Giọng mũi cao + Thiếu năng vòm hầu	1	3,8
3	Cả 3 triệu chứng	3	11,5
Tổng		26	100

9/26 (34,6%) không có triệu chứng phát âm. Trong nhóm có triệu chứng, biểu hiện đơn lẻ thường gặp nhất là nói ngọng (19,2%); có ca giọng mũi cao đơn thuần (3,8%); thiếu năng vòm hầu đơn thuần 0%. Các tổ hợp hai hoặc ba triệu chứng được liệt kê đầy đủ trong bảng.

Bảng 3. Mức độ ảnh hưởng của lỗ thủng vòm miệng đến chức năng ăn uống

Số triệu chứng	Tổ hợp triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
0	Không triệu chứng	9	34,6
1	Chỉ sặc	1	3,8
	Chỉ trào ngược lên mũi	2	7,7
	Chỉ tiết dịch ở mũi	0	0
2	Sặc + trào ngược lên mũi	4	15,4
	Sặc + tiết dịch ở mũi	0	0

	Trào ngược lên mũi + tiết dịch ở mũi	3	11,5
3	Cả 3 triệu chứng	7	26,9
Tổng		26	100

9/26 (34,6%) không có triệu chứng. Các biểu hiện còn lại gồm sặc đơn thuần (3,8%), trào ngược lên mũi (7,7%), các tổ hợp hai triệu chứng (sặc + trào ngược: 15,4%; trào ngược + tiết dịch mũi: 11,5%) và cả ba triệu chứng: 26,9%.

Bảng 4. Mức độ ảnh hưởng của lỗ thủng vòm miệng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân

Số triệu chứng	Tổ hợp triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
0	Không triệu chứng	0	0
1	Chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ	4	15,4
	Chỉ ảnh hưởng học tập	0	0
	Chỉ ảnh hưởng giao tiếp	2	7,7
2	Anh hưởng thẩm mỹ + học tập	5	19,2
	Anh hưởng thẩm mỹ + giao tiếp	3	11,5
	Anh hưởng học tập + giao tiếp	1	3,8
3	Cả 3 triệu chứng	11	42,4
Tổng		26	100

Không có trường hợp “không ảnh hưởng”. Ảnh hưởng thẩm mỹ đơn thuần: 15,4%, giao tiếp đơn thuần: 7,7%; các tổ hợp hai triệu chứng (thẩm mỹ + học tập; thẩm mỹ + giao tiếp; học tập + giao tiếp) xuất hiện với tỷ lệ khác nhau; tổ hợp cả ba lĩnh vực ảnh hưởng chiếm 42,4%. Như vậy, đa số bệnh nhân bị ảnh hưởng phối hợp từ 2 đến 3 mặt của chất lượng cuộc sống, trong đó thẩm mỹ và giao tiếp là những yếu tố thường gặp nhất.

Bảng 5. Phân bố các biến chứng của lỗ thủng vòm miệng

Số biến chứng	Tổ hợp biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
0	Không biến chứng	0	0
1	Chỉ ngăn vòm miệng	1	3,8
	Chỉ hẹp vòm miệng	5	19,2
	Chỉ sẹo co kéo	1	3,8
2	Ngăn vòm miệng + hẹp vòm miệng	3	11,5
	Ngăn vòm miệng + sẹo co kéo	3	11,5
	Hẹp vòm miệng + sẹo co kéo	6	23,1
3	Cả 3 biến chứng	7	26,9
Tổng		26	100

Tất cả bệnh nhân đều có ít nhất một biến chứng. Biến chứng đơn lẻ gồm ngăn vòm (3,8%), hẹp vòm (19,2%), sẹo co kéo (3,8%). Các tổ hợp hai biến chứng như hẹp vòm + sẹo

co kéo (23,1%) xuất hiện nhiều; cả ba biến chứng chiếm 26,9%. Như vậy, đa số bệnh nhân bị biến chứng phối hợp từ 2 đến 3 loại, trong đó hẹp vòm miệng và sẹo co kéo là hai biến chứng xuất hiện với tần suất cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 26 bệnh nhân cho thấy lỗ thủng vòm miệng được phát hiện chủ yếu ở lứa tuổi học đường, tương đồng với các báo cáo của Phạm Thanh Sơn (2020) và Mahajan (2018). Ở giai đoạn này, trẻ phát triển mạnh về ngôn ngữ nên các rối loạn phát âm, rò khí hay rò dịch được nhận diện rõ hơn. Điều này khẳng định tầm quan trọng của theo dõi sau phẫu thuật để phát hiện sớm biến chứng.

Vị trí lỗ thủng tập trung chủ yếu ở vùng ranh giới vòm cứng – vòm mềm, nơi chịu lực căng cao và dễ thiếu mô che phủ sau mổ. Kết quả phù hợp với nhận định của Sadhu (2012), Shankar (2018) và Wu (2020) rằng đây là vùng dễ tái phát nhất do đặc điểm mô sẹo và giảm đàn hồi.

Về kích thước, đa số lỗ thủng có đường kính dưới 5 mm, tương tự Parwaz (2009) và Murthy (2011). Lỗ lớn thường gây rò dịch, khó nuốt và biến dạng giọng nói rõ hơn; trong khi lỗ nhỏ có thể bù trừ phần nào nhờ vận động vòm. Do đó, không phải mọi trường hợp đều có rối loạn chức năng rõ dù có lỗ thủng.

Tình trạng mô quanh lỗ chủ yếu là sẹo xơ co kéo và viêm niêm mạc, tương đồng nhận định của Buller (2023) và Sodhi (2014) về vai trò của mô sẹo trong tiền lượng sửa chữa. Sự hiện diện của răng mọc vào khe hở hay vùng mô mỏng cũng làm giảm khả năng lành, góp phần duy trì lỗ thủng kéo dài.

Rối loạn chức năng gặp ở phần lớn bệnh nhân, trong đó rối loạn phát âm là phổ biến nhất. So với Hwang (2019), tỷ lệ thấp hơn có thể do kỹ thuật phẫu thuật ban đầu và kích thước trung bình lỗ thủng nhỏ hơn. Điều này cho thấy việc tuân thủ kỹ thuật đóng kín vòm đúng lớp và chăm sóc hậu phẫu đóng vai trò quyết định.

Toàn bộ bệnh nhân đều bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở các mức độ khác nhau, nhất là trong giao tiếp và học tập. Kết quả này tương đồng với Murthy (2010), cho thấy tác động của biến chứng không chỉ về mặt giải phẫu mà còn cả tâm lý – xã hội.

Biến chứng phối hợp hẹp vòm và sẹo co kéo chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với nhận định của Fayyaz (2021) rằng mô sẹo là yếu tố làm giảm kết quả sửa chữa và tăng nguy cơ tái phát. Những tổn thương này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kế hoạch tái tạo nhiều giai đoạn, sử

dụng mô có độ đàn hồi và tưới máu tốt.

Tổng hợp lại, nghiên cứu góp phần mô tả chi tiết đặc điểm lâm sàng lỗ thủng vòm miệng tại Việt Nam. Việc nhận diện sớm, đánh giá chính xác tình trạng mô và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp có thể nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng và giảm nguy cơ tái phát sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Lỗ thủng vòm miệng là biến chứng phức tạp sau phẫu thuật khe hở môi – vòm, ảnh hưởng đồng thời đến phát âm, ăn uống và chất lượng cuộc sống. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương thường gặp ở vùng ổ răng và ranh giới vòm cứng – vòm mềm, đa số có kích thước trung bình, kèm sẹo co kéo hoặc viêm niêm mạc. Việc nhận diện sớm đặc điểm lâm sàng, đánh giá tình trạng mô và biến chứng liên quan có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn kỹ thuật sửa chữa, giúp hạn chế tái phát và cải thiện kết quả phục hồi chức năng cho người bệnh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được tài trợ thông qua đề tài nghiên cứu khoa học “Ứng dụng các vật tại chỗ trong phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng trên bệnh nhân khe hở môi-vòm miệng tại bệnh viện E”, mã số CA.24.29A.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lighthall JG, Sidman JD.** Closure of palatal fistulae. *Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg.* 2015;26:161–7.
2. **Bénateau H, Garma R, Chatellier A, Ambroise B, Maltezeanu A, Veyssié A.** [Palato velar fistulae in cleft palate]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2019;64:406–12.
3. **Palatal Fistula Repair: Methods and Results.** ResearchGate. Repair_Methods_and_Results
4. **Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P.** Cleft Palate Fistulas: A Multivariate Statistical Analysis of Prevalence, Etiology, and Surgical Management. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87:1041.
5. **Emory RE, Clay RP, Bite U, Jackson IT.** Fistula formation and repair after palatal closure: an institutional perspective. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:1535–8.
6. **Thư viện Đại Học Y.** Phạm Thanh Sơn. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị lỗ thông mũi miệng bằng vật niêm mạc màng xương trên bệnh nhân khe hở môi vòm miệng tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. 2020.
7. **Mahajan RK, Kaur A, Singh SM, Kumar P.** A retrospective analysis of incidence and management of palatal fistula. *Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India.* 2018;51:298–305.
8. **Abdali H, Hadilou M, Feizi A, Omranifard M, Ardakani MR, Emami A.** Recurrence rate of repaired hard palate oronasal fistula with conchal cartilage graft. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci.* 2014;19:956–60.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ MFOLFOX6 - BEVACIZUMAB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN IV

Nông Thị Thuỳ Diễm¹, Nguyễn Việt Long²,
Trần Thị Kim Phụng¹, Phạm Đình Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại tràng (UTĐT) giai đoạn IV tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu tiến hành trên 56 bệnh nhân UTĐT giai đoạn IV được điều trị với phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2024 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 62,1%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 12 tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 23,1 tháng. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến PFS, OS bao gồm độ biệt hoá khối u, nồng độ CEA, số lượng vị trí di căn và mức độ đáp ứng điều trị. **Kết luận:** Phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ khả quan. Một số yếu tố liên quan đến PFS, OS bao gồm độ biệt hoá khối u, nồng độ CEA, số lượng vị trí di căn, mức độ đáp ứng điều trị có ý nghĩa tiên lượng. **Từ khóa:** ung thư đại tràng di căn, mFOLFOX6 – Bevacizumab.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS WITH mFOLFOX6 - BEVACIZUMAB REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IV COLON CANCER

Objectives: To evaluate the results of mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen in colon cancer patients with stage IV colon cancer at 108 Military Central Hospital. **Subjects and Methods:** This is a retrospective descriptive study of 56 stage IV colon cancer patients, who were treated with mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen from January 2020 to January 2024 at 108 Military Central Hospital. **Results:** Objective response rate was 62,1%, median progression-free survival (PFS) was 12 months, median overall survival (OS) was 23,1 months. Several factors were statistically significantly associated with PFS and OS, including tumor progression, CEA levels, number of metastatic sites and response rate. **Conclusion:** The mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen resulted in high objective response rate, promising PFS, OS. Several factors related to PFS and OS include tumor progression, CEA levels, number of metastatic sites and treatment response level with prognostic

significance. **Keywords:** colon cancer metastasis, mFOLFOX6 – Bevacizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng thứ 3 trong số các ca mắc mới và là nguyên nhân dẫn đến tử vong đứng thứ 2. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm Việt Nam có khoảng 16.835 trường hợp mới mắc chiếm 9,3% và 8.454 trường hợp tử vong chiếm 7% [4]. Di căn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân (BN) UTĐTT, tỉ lệ sống thêm 5 năm chỉ khoảng 11 đến 14% [9]. Một trong những xu hướng mới hiện nay trong điều trị UTĐTT di căn là hoá trị phối hợp với điều trị đích giúp cải thiện thời gian sống thêm cho BN. Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng có tác dụng kháng tăng sinh nội mô mạch máu qua cơ chế ngăn cản VEGF gắn với các thụ thể của nó trên bề mặt nội mạc mạch máu, từ đó làm giảm sinh mạch và ức chế sự tăng trưởng của khối u. Hiệu quả của Bevacizumab khi kết hợp với các phác đồ hóa trị đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm pha III như N016966, N9741, nghiên cứu TREE-2 của Hochster khi kết hợp Bevacizumab với các phác đồ chứa Oxaliplatin... Thuốc đã được FDA chấp thuận trong điều trị UTĐTT giai đoạn muộn từ năm 2004 trên thế giới và từ năm 2008 đã được ứng dụng điều trị trên BN UTĐTT di căn trong nước. Hiện nay, phác đồ mFOLFOX6 kết hợp Bevacizumab là một trong những lựa chọn đầu tay điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) tái phát, di căn xa do vậy rất cần những nghiên cứu đời thực về hiệu quả của phác đồ này trên BN tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan đến sống thêm của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn IV*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 trường hợp BN được chẩn đoán xác định là UTĐT giai đoạn IV được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2020 đến 01/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Long

Email: drlong108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025