

ảnh hưởng đến chức năng sinh dục là mức độ tổn thương ban đầu của bó thần kinh và mạch máu, hơn là kỹ thuật nối niệu đạo, tuy nhiên phẫu thuật bóc tách sâu có thể làm nặng thêm tình trạng này do bó thần kinh-cavernous nằm sát hai bên tuyến tiền liệt và vùng niệu đạo màng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp nối tận tận và Solovov có vai trò quan trọng trong điều trị hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu với chức năng tiểu tiện sau mổ đạt kết quả cao. Tuy nhiên, chức năng sinh dục chung có xu hướng giảm sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi từ 6-12 tháng, đối với phương pháp Solovov thì 100% sau mổ bệnh nhân có rối loạn chức năng sinh dục. Vì vậy cần giải thích rõ cho bệnh nhân trước khi thực hiện phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành** (2008), Nghiên Cứu Điều Trị HTNDDS Do vỡ Xương Chậu Bằng Phương Pháp Nối Niệu Đạo Tận Tận Quan Tầng Sinh Môn, Luận An Tiễn Sĩ.
2. **Roy A, Singh A, Sidhu DS, Jindal R, Malhotra M, Kaur H.** New Visual Prostate Symptom Score

versus International Prostate Symptom Score in Men with Lower Urinary Tract Symptoms: A Prospective Comparison in Indian Rural Population. Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc. 2016; 22(2):111-117. doi:10.4103/1117-6806.189002

3. **Trần Quán A.** Rối Loạn Cương Dương. nhà xuất bản Y Học
4. **Kulkarni SB, Surana S, Desai DJ, et al.** Management of complex and redo cases of pelvic fracture urethral injuries. Asian J Urol. 2018;5(2): 107-117. doi:10.1016/j.ajur.2018.02.005
5. **Fu Q, Zhang J, Sa YL, Jin SB, Xu YM.** Recurrence and complications after transperineal bulboprosthetic anastomosis for posterior urethral strictures resulting from pelvic fracture: a retrospective study from a urethral referral centre. BJU Int. 2013;112(4):E358-363. doi:10.1111/bju.12171
6. **Traumatic Posterior Urethral Strictures in Children and Adolescents.** Front Pediatr. 2019;7:24-24. doi:10.3389/fped.2019.00024
7. **Trà Anh Duy.** (2021). Hiệu Quả Phẫu Thuật Tạo Hình Trong Hẹp Niệu Đạo Sau Dụ Vào Hình Thái Tổn Thương.
8. **Barratt RC, Bernard J, Mundy AR, Greenwell TJ.** Pelvic fracture urethral injury in males—mechanisms of injury, management options and outcomes. Transl Androl Urol. 2018;7(Suppl 1):S29-S62. doi:10.21037/tau.2017.12.35

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U THẦN KINH ĐỆM ĐỘ CAO TÁI PHÁT VÀ TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Đức Liên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân u thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển được điều trị tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ 01/2022 đến 12/2024. Tất cả đã được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật và xạ trị ± Temozolomide đủ phác đồ tiêu chuẩn, KPS ≥ 60 . Các biện pháp điều trị khi tái phát/tiến triển bao gồm phẫu thuật lại, xạ trị lại, hóa trị (Temozolomide liều chuẩn 5 ngày hoặc liều hàng ngày hoặc Temozolomide + Bevacizumab). **Kết quả:** Trung vị sống còn toàn bộ (OS) sau tái phát/tiến triển là 12 tháng; tỷ lệ OS tại 6 và 12 tháng lần lượt là 78,9% và 44,1%. Yếu tố liên quan tới tỷ lệ tử vong trên phân tích đơn biến bao gồm: KPS 80–100 (OS-12 67,9% so với 29,3% nếu KPS 60–70; $p=0,001$), đơn ổ tổn thương (54,1% so với đa ổ 33,2%; $p=0,044$), đường kính u lớn nhất ≤ 4 cm (71,8% so với 26,1%;

$p=0,004$), cắt bỏ u tái phát toàn bộ hoặc gần toàn bộ (83,3% so với 56,3% và 0%; $p=0,017$), và xạ trị lại (73,7% so với 28,7%; $p=0,029$). Ở hồi quy Cox đa biến, KPS 60–70 làm tăng nguy cơ tử vong (HR hiệu chỉnh $\approx 4,17$; $p<0,01$), đường kính u lớn nhất >4 cm tăng nguy cơ (HR hiệu chỉnh $\approx 3,03$; $p<0,05$), xạ trị lại có tác dụng bảo vệ (HR hiệu chỉnh 0,34; KTC 95% 0,13–0,89; $p<0,05$). **Kết luận:** U thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển tiên lượng thuận lợi gắn với KPS cao, u nhỏ đơn ổ, phẫu thuật lại lấy toàn bộ hoặc gần toàn bộ u và xạ trị lại. Điều trị toàn thân với Temozolomide và Bevacizumab phổ biến nhưng cải thiện sống thêm hạn chế, cần các chiến lược điều trị tốt hơn. **Từ khóa:** u thần kinh đệm độ cao, tái phát, tiến triển, Bevacizumab, Temozolomide.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF RECURRENT AND PROGRESSIVE HIGH-GRADE GLIOMAS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: To evaluate treatment outcomes of recurrent and progressive high-grade gliomas at Vietnam National Cancer Hospital (K Hospital). **Methods:** We conducted a retrospective descriptive study of 51 patients with recurrent and progressive high-grade glioma treated at K Hospital, Tan Trieu

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: drdangnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

campus, from January 2022 to December 2024. All had received initial surgery and radiotherapy with or without standard-regimen Temozolomide; Karnofsky Performance Status (KPS) ≥ 60 . Salvage strategies included reoperation, re-irradiation, chemotherapy (standard 5-day or daily Temozolomide schedules or Temozolomide and bevacizumab). **Results:** Median OS after recurrence or progression was 12 months; 6- and 12-month OS rates were 78.9% and 44.1%, respectively. On univariate analysis, factors associated with lower mortality included KPS 80–100 (12-month OS 67.9% vs 29.3% for KPS 60–70; $p=0.001$), solitary lesion (54.1% vs 33.2% for multifocal; $p=0.044$), largest tumor diameter ≤ 4 cm (71.8% vs 26.1%; $p=0.004$), gross-total or near-total resection at recurrence (83.3% vs 56.3% and 0%; $p=0.017$), and re-irradiation (73.7% vs 28.7%; $p=0.029$). On multivariable Cox regression, KPS 60–70 increased the hazard of death (adjusted HR ≈ 4.17 ; $p<0.01$), largest diameter >4 cm increased risk (adjusted HR ≈ 3.03 ; $p<0.05$), while re-irradiation was protective (adjusted HR 0.34; 95% CI 0.13–0.89; $p<0.05$). **Conclusions:** Favorable prognosis in recurrent/progressive high-grade glioma is associated with higher KPS, small solitary tumors, gross or near-total re-resection, and re-irradiation. Systemic therapy with temozolomide and bevacizumab is widely used but confers limited survival benefit, underscoring the need for improved strategies. **Keywords:** high-grade glioma, recurrent, progression, Bevacizumab, Temozolomide.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh đệm (UTKĐ) độ cao, bao gồm các u độ 3 và 4 theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới, là loại u não ác tính nguyên phát phổ biến nhất, chiếm 81% u ác tính của hệ thần kinh trung ương¹. Từ 2016 - 2020, tỉ lệ mắc bệnh trung bình hàng năm của khối u thần kinh trung ương ác tính tại Hoa Kỳ là 6,94 trên 100.000 dân¹. Phác đồ điều trị tiêu chuẩn ban đầu cho UTKĐ độ cao bao gồm phẫu thuật cắt bỏ tối đa và hóa xạ trị đồng thời với Temozolomide (TMZ), sau đó TMZ bổ trợ 6 chu kỳ². Tuy nhiên, tiên lượng của UTKĐ độ cao, đặc biệt là u nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma), vẫn rất xấu với thời gian sống trung bình 15 tháng, tỷ lệ sống sót sau 5 năm $< 10\%$ và tái phát xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân^{1,3}. Điều trị UTKĐ độ cao tái phát, tiến triển không có "chuẩn vàng" thống nhất. Lợi ích sống còn của các phương pháp can thiệp (phẫu thuật lại, xạ trị lại, điều trị toàn thân, chăm sóc giảm nhẹ) nhìn chung còn khiêm tốn và khác biệt đáng kể giữa các cá thể. Do tính đa dạng cao về mô bệnh học, phân tử của khối u và bối cảnh điều trị trước đó (mức độ cắt u, liều xạ tích lũy, đáp ứng với Temozolomide, trạng thái MGMT/IDH), chiến lược điều trị tối ưu khi tái phát, tiến triển cần cá thể hoá theo mục tiêu điều trị (kiểm soát triệu chứng hay kéo dài sống thêm), thể trạng của bệnh nhân (KPS), thời gian

từ điều trị ban đầu đến tái phát/tiến triển, thể tích/vị trí tổn thương và nguồn lực tại cơ sở y tế. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả điều trị UTKĐ độ cao tái phát còn rất ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau tái phát, tiến triển và các yếu tố tiên lượng trong điều trị u thần kinh đệm độ cao tái phát và tiến triển tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTKĐ độ cao tái phát và tiến triển, điều trị tại bệnh viện K (cơ sở Tân Triều) từ 01/2022 đến 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- + Mô bệnh học xác định là UTKĐ độ cao.
- + Bệnh tái phát, tiến triển sau điều trị tiêu chuẩn ban đầu (phẫu thuật + xạ trị $\pm$ Temozolomide bổ trợ 6 chu kỳ).
- + Tại thời điểm tái phát, tiến triển, bệnh nhân được điều trị bằng ít nhất một phương pháp: phẫu thuật lại, xạ trị lại, hóa trị.
- + Chỉ số toàn trạng KPS (Karnofsky Performance Scale) ≥ 60 .
- + Bệnh nhân hoặc người đại diện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Mắc ung thư thứ hai hoặc bệnh nền nặng ảnh hưởng đến điều trị.
- + Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thất lạc thông tin.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu chính: đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới, KPS), đặc điểm khối u tái phát (số lượng và vị trí u, đường kính lớn nhất, mô bệnh học độ 3 hay 4, IDH1 dương tính hay âm tính), thời gian từ kết thúc điều trị ban đầu đến khi tái phát/tiến triển và các biện pháp điều trị khi tái phát/tiến triển.

2.4. Phân tích số liệu. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp điều trị. Phác đồ điều trị đã được Bộ y tế đưa vào hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung bướu của Việt Nam năm 2021. Thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 18	1	2

	18-39	19	37,3
	40-60	27	52,9
	>60	4	7,8
Giới	Nam	28	54,9
	Nữ	23	45,1
Chỉ số Karnofsky	80-100	21	41,2
	60-70	30	58,8
Khoảng thời gian tái phát/tiến triển	<6 tháng	18	35,3
	≥6 tháng	33	64,7
Số lượng u	1	27	52,9
	≥2	24	47,1
Đường kính u lớn nhất	≤4 cm	22	43,1
	>4 cm	29	56,9
Vị trí u	Tại chỗ	35	68,6
	Vị trí mới	6	11,8
	Tại chỗ + vị trí mới	10	19,7
Giải phẫu bệnh	Độ 3	7	13,7
	Độ 4	36	70,6
	Không xác định	8	15,7
Đột biến IDH 1	IDH 1 âm tính	32	62,7
	IDH 1 dương tính	19	37,3

Độ tuổi trung bình tại thời điểm tái phát, tiến triển là 44,4 tuổi; nhóm tuổi hay gặp nhất là 40 - 60 tuổi chiếm 52,9%. Nam giới chiếm tỷ lệ nhỉnh hơn (54,9%), tương ứng tỷ lệ nữ là 45,1%. Về tình trạng toàn thân, 21 bệnh nhân (41,2%) có KPS 80–100 điểm tại thời điểm tái phát, 30 bệnh nhân (58,8%) có KPS 60–70. Trung vị thời gian từ khi kết thúc điều trị ban đầu đến khi phát hiện tái phát, tiến triển ~14 tháng; 35,3% tiến triển sớm trước 6 tháng và 64,7% tái phát muộn sau ≥6 tháng.

Bảng 2. Các phương pháp điều trị khi tái phát, tiến triển

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật lại	Có	36	70,6
	Không	15	29,4
Mức độ phẫu thuật lại	Toàn bộ + gần toàn bộ	7	19,4
	Một phần u	24	66,7
	Sinh thiết	5	13,9
Xạ trị lại	Có	22	43,1
	Không	29	56,9

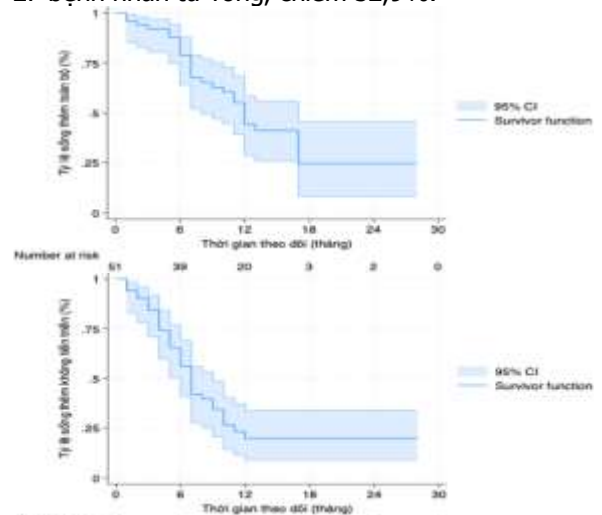
Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng tới OS

Đặc điểm		Trung vị OS (tháng)	OS-6 tháng (%)	OS-12 tháng (%)	p-value (Logrank test)
Tuổi	≤40	17	66,3	60,3	0,163
	>40	12	86	32,7	
Giới	Nam	12	81,4	45,1	0,554
	Nữ	11	76,1	42,3	
Chỉ số Karnofsky	80-100	12	100	67,9	0,001
	60-70	9	65,2	29,3	
Khoảng thời gian	<6 tháng	11	71,4	33,5	0,399

Liều xạ lại	30 Gy	1	4,5
	36 Gy	7	31,8
	60 Gy	14	63,6
Điều trị toàn thân	TMZ 5 ngày	25	49
	TMZ hàng ngày	9	17,6
	TMZ+Bevacizumab	17	33,3

Trong nghiên cứu có 36/51 bệnh nhân được phẫu thuật lần thứ 2 (70,6%). Trong đó, chủ yếu là mổ lấy một phần u (66,7%); 19,4% lấy được toàn bộ hoặc gần bộ u và 13,9% chỉ sinh thiết u. Trong nhóm phẫu thuật lại, 22 bệnh nhân được chiếu xạ lại + hoá chất/Bevacizumab chiếm 61,1%, 14 bệnh nhân chỉ điều trị hoá chất/Bevacizumab chiếm 38,9%. 15 bệnh nhân trong nhóm không phẫu thuật lại đều được điều trị toàn thân.

3.2. Kết quả điều trị. Các bệnh nhân được theo dõi trung bình $13,5 \pm 7,6$ tháng. Có 35/51 (68,6%) tiếp tục tiến triển, 16 bệnh nhân (31,4%) là đạt được bệnh ổn định. Kết thúc nghiên cứu có 27 bệnh nhân tử vong, chiếm 52,9%.



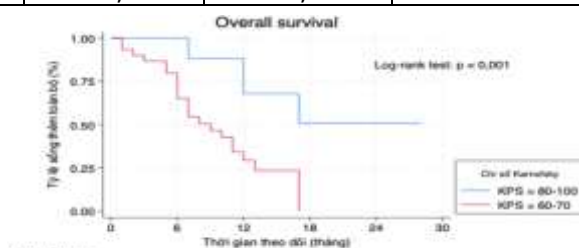
Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-meier phân tích tỷ lệ sống thêm OS và PFS

Nghiên cứu cho kết quả OS trung vị là 12 tháng, PFS trung vị là 7 tháng.

Tại thời điểm 6 tháng và 1 năm, tỷ lệ OS lần lượt là 78,9% và 44,1%, tỷ lệ PFS là 56,1% và 1,9%.

tái phát/tiến triển	≥6 tháng	13	82,8	50,7	0,044
Số lượng u	1	13	91,5	54,1	
	≥2	9	65	33,2	0,004
Đường kính u lớn nhất	≤4 cm	17	91,1	80,9	
	>4 cm	11	67,7	26,1	0,303
Vị trí u	Tại chỗ	12	80,9	47,7	
	Vị trí mới	7	80	40	
	Tại chỗ+vị trí mới	9	70	37,5	0,786
Giải phẫu bệnh	Độ 3	-	71,4	57,1	
	Độ 4	11	79,1	36,6	
	Không xác định	-	83,3	66,7	0,017
Mức độ Phẫu Thuật lại	Toàn bộ	17	83,3	83,3	
	Một phần	10	82	56,3	
	Sinh thiết	6	80	0	0,029
Xạ trị lại	Có	17	88,8	73,7	
	Không	11	71,8	28,7	

Nhóm bệnh nhân có 1 ổ u tái phát đơn độc có kết quả sống thêm tốt hơn nhóm có ≥2 ổ u. Trung vị OS lần lượt là 13 tháng so với 9 tháng, OS-12 là 54,1% so với 33,2% ($p=0,044$). Việc tái phát đa ổ thường biểu hiện bệnh lan tràn hơn, do đó tiên lượng xấu hơn. Bệnh nhân có đường kính u lớn nhất ≤4 cm đạt trung vị OS 17 tháng, cao hơn hẳn so với 11 tháng ở nhóm $u > 4$ cm. Tỷ lệ sống 12 tháng tương ứng là 71,8% so với 26,1% ($p=0,004$). Khối u tái phát có kích thước nhỏ hơn có thể thuận lợi cho phẫu thuật hoặc xạ trị hiệu quả, do đó cải thiện sống còn.



Biểu đồ 2. Biểu đồ Kaplan-meier phân tích tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo chỉ số Karnofsky

Bệnh nhân có KPS 80–100 có tiên lượng sống tốt hơn so với nhóm KPS 60–70. Trung vị OS của nhóm KPS tốt là 12 tháng, cao hơn đáng kể so với 9 tháng ở nhóm KPS thấp. Đặc biệt, OS-12 tháng ở nhóm KPS 80–100 đạt 67,9%, cao gấp hơn 2 lần so với 29,3% của nhóm KPS 60–70 ($p=0,001$).

Bảng 4. Hồi quy Cox đơn biến và đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong

Đặc điểm		cHR (95%KTC)	aHR (95%KTC)
Tuổi	≤40 tuổi	1	1
	>40 tuổi	1,78 (0,75 – 4,19)	0,81 (0,32 – 2,03)
Giới	Nam	1	1
	Nữ	1,25 (0,58 – 2,67)	0,82 (0,41 – 2,09)
Chỉ số Karnofsky	80-100	1	1
	60-70	4,23 (1,67 – 10,7)**	4,17 (1,47 – 11,8)**
Khoảng thời gian tái phát/tiến triển	<6 tháng	1	
	≥6 tháng	0,72 (0,34 – 1,57)	
Số lượng u	1	1	1
	≥2	2,10 (0,97 – 4,53)	1,46 (0,63 – 3,41)
Đường kính u lớn nhất	≤4 cm	1	1
	>4 cm	3,73 (1,39 – 9,98)**	3,03 (1,11 – 8,29)*
Vị trí u	Tại chỗ	1	
	Vị trí mới	1,72 (0,56 – 5,24)	
	Tại chỗ + vị trí mới	1,60 (0,68 – 3,75)	
Giải phẫu bệnh	Độ 3	1	
	Độ 4	2,5 (0,71 – 8,56)	
	Không xác định	1,03 (0,17 – 6,43)	
Phẫu Thuật lại	Có	1	
	Không	1,03 (0,46 – 2,31)	
Xạ trị lại	Có	1	1
	Không	2,5 (1,02 – 6,35)*	0,34 (0,13 – 0,89)*

Chú thích: cHR – hazard ratio thô, aHR – hazard ratio hiệu chỉnh, hệ số nguy cơ; KTC – khoảng tin cậy; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$.

So với nhóm KPS 80–100, nhóm KPS 60–70 có nguy cơ tử vong cao gấp ~4,2 lần (HR thô = 4,23; HR hiệu chỉnh = 4,17; khoảng tin cậy 95%: 1,47–11,8; $p < 0,01$). Bệnh nhân có khối u tái phát > 4 cm cũng có nguy cơ tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm $u \leq 4$ cm (HR hiệu chỉnh = 3,03; KTC 95%: 1,11–8,29; $p < 0,05$). Ngược lại, việc xạ trị lại tỏ ra là yếu tố bảo vệ độc lập: những bệnh nhân không được xạ trị lại có nguy cơ tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm có xạ trị (HR thô = 2,5; $p < 0,05$), tương ứng với HR hiệu chỉnh ~0,34 cho nhóm được xạ trị (KTC 95%: 0,13–0,89; $p < 0,05$), nghĩa là xạ trị lại giúp giảm khoảng 66% nguy cơ tử vong sau tái phát khi đã hiệu chỉnh các yếu tố khác. Các biến khác như tuổi > 40, giới tính nữ, u đa ổ dường như không còn ảnh hưởng rõ khi đã xét đồng thời trong mô hình Cox ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bức tranh tổng thể về điều trị UTKĐ độ cao tái phát và tiến triển tại một cơ sở chuyên khoa ung bướu ở Việt Nam. Mặc dù tất cả bệnh nhân đều có u độ ác tính cao, thời gian sống thêm sau tái phát, tiến triển vẫn đạt trung vị khoảng 1 năm, với ~45% sống ≥ 12 tháng. Kết quả này tương đồng với một số báo cáo quốc tế. Trong thử nghiệm pha III CheckMate 143 so sánh Nivolumab với Bevacizumab ở u nguyên bào thần kinh đệm tái phát, tỷ lệ sống 12 tháng khoảng 42% ở cả hai nhóm điều trị⁴. Điều này cho thấy khi phối hợp phẫu thuật, xạ trị lại và điều trị toàn thân, kết quả sống còn có thể không thua kém các trung tâm lớn.

Chỉ số toàn trạng KPS nổi bật là yếu tố tiên lượng then chốt: nhóm KPS 80–100 sống còn vượt trội so với KPS 60–70. Các nghiên cứu trước đây đều nhấn mạnh KPS thấp là yếu tố tiên lượng xấu ở UTKĐ tái phát, thậm chí nhiều phác đồ chỉ định điều trị cứu vãn (như phẫu thuật lại, xạ trị lại, hoặc thử nghiệm thuốc mới) thường đặt điều kiện KPS ≥ 60 . Trong phân tích Cox của chúng tôi, KPS < 80 làm tăng nguy cơ tử vong gấp ~4 lần ngay cả khi đã hiệu chỉnh các yếu tố khác. Vì vậy, chọn bệnh nhân còn đủ thể trạng cho các liệu pháp điều trị tích cực là thiết yếu; với KPS rất thấp, ưu tiên chăm sóc giảm nhẹ.

Phẫu thuật lại cho thấy lợi ích khi đạt mức cắt tối đa: OS trung vị ~17 tháng ở nhóm cắt toàn bộ/gần toàn bộ so với 9–10 tháng ở nhóm cắt một phần hoặc sinh thiết. Chênh lệch này có

thể chịu ảnh hưởng của chọn lọc bệnh nhân (bệnh nhân trẻ, KPS tốt, u tái phát khu trú) và của cỡ mẫu nhỏ/thời gian theo dõi chưa đủ (một số ca mới phẫu thuật lại chưa đạt mốc 17 tháng). Dù vậy, xu hướng cải thiện sống còn với phẫu thuật lại là nhất quán với các nghiên cứu khác. Weller và cộng sự (2021) cũng ghi nhận phẫu thuật lại chỉ khả thi ở khoảng 20–30% trường hợp tái phát, và hiệu quả kéo dài sống thêm còn phụ thuộc nhiều vào thể trạng và mức độ lan tỏa của u⁵. Do đó, quyết định phẫu thuật lại cần cân nhắc đa yếu tố; ở bệnh nhân đủ điều kiện, phẫu thuật tích cực có thể đem lại lợi ích đáng kể.

Một phát hiện quan trọng của chúng tôi là xạ trị lại có liên quan độc lập đến cải thiện sống còn. Bệnh nhân được xạ trị lại sau tái phát có OS trung vị 17 tháng, so với 10 tháng ở nhóm không xạ trị lại ($p=0,029$). Phân tích Cox cho thấy việc không xạ trị lại làm tăng nguy cơ tử vong (HR thô = 2,5; $p < 0,05$), tương ứng với HR hiệu chỉnh ~0,34 cho nhóm có xạ trị (KTC 95%: 0,13–0,89; $p < 0,05$) – nghĩa là xạ trị lại giúp giảm khoảng 66% nguy cơ tử vong sau tái phát khi đã hiệu chỉnh các yếu tố khác. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Navarria và cộng sự⁶ (2022) trên 90 bệnh nhân UTKĐ độ cao được xạ trị lại, cho OS trung vị lên tới 17 tháng và OS-12 tháng là 66,7%. Một tổng quan hệ thống năm 2019 (Kazmi và cộng sự)⁷ trên 2095 bệnh nhân Glioblastoma tái phát được xạ trị lại cho thấy OS-6 tháng trung bình 73%, OS-12 tháng 36%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi OS-6 tháng 88,8% và OS-12 tháng 73,7%. Sự khác biệt có thể do nhóm bệnh nhân của chúng tôi ngoài Glioblastoma còn có thêm UTKĐ độ 3 với tiên lượng sống tốt hơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho PFS-6 tháng là 62,1% và PFS-12 tháng là 23,7% sau xạ trị lại, cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh tương đối tốt. Như vậy, bằng chứng ngày càng rõ ràng xạ trị lại có thể đem lại lợi ích sống còn cho bệnh nhân UTKĐ tái phát. Yếu tố quan trọng là chọn lọc bệnh nhân: các hướng dẫn EANO khuyến cáo có thể xạ trị lại nếu KPS ≥ 60 , thời gian từ xạ lần đầu > 6 tháng, và thể tích u tái phát không quá lớn, tránh vùng thân não quan trọng⁵. Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm được xạ trị lại cũng có KPS trung bình cao hơn và u khu trú hơn (do bác sĩ đã chọn lọc theo tiêu chí tương tự). Do đó, một phần lợi ích OS đến từ yếu tố thuận lợi nền. Dù vậy, ngay cả sau hiệu chỉnh đa biến, xạ trị lại vẫn nổi lên như yếu tố dự báo tiên lượng tốt, hàm ý bản thân liệu pháp này có đóng góp thực sự vào kéo dài OS. Tổng kết, kết quả này cùng các nghiên cứu

gần đây cho thấy xạ trị lại đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát UTKĐ tái phát, đặc biệt ở bệnh nhân có toàn trạng tốt và khối u tái phát khu trú. Đây đang dần trở thành một lựa chọn chuẩn mực tại các trung tâm có đủ trang thiết bị, góp phần cải thiện OS vốn rất thấp.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân UTKĐ độ cao tái phát có tiên lượng sống còn hạn chế, với thời gian sống thêm trung bình khoảng 1 năm sau khi tái phát, tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ostrom QT, Price M, Neff C, et al.** CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016-2020. *Neuro-Oncol.* 2023;25(12 Suppl 2):iv1-iv99.
2. **Stupp R, Hegi ME, Mason WP, et al.** Effects of radiotherapy with concomitant and adjuvant temozolomide versus radiotherapy alone on survival in glioblastoma in a randomised phase III

study: 5-year analysis of the EORTC-NCIC trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(5):459-466.

3. **Birk HS, Han SJ, Butowski NA.** Treatment options for recurrent high-grade gliomas. *CNS Oncol.* 2017;6(1):61-70.
4. **Reardon DA, Brandes AA, Omuro A, et al.** Effect of Nivolumab vs Bevacizumab in Patients With Recurrent Glioblastoma: The CheckMate 143 Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2020;6(7):1003-1010.
5. **Weller M, van den Bent M, Preusser M, et al.** EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021;18(3):170-186.
6. **Navarria P, Pessina F, Clerici E, et al.** Re-irradiation for recurrent high grade glioma (HGG) patients: Results of a single arm prospective phase 2 study. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol.* 2022;167:89-96.
7. **Kazmi F, Soon YY, Leong YH, Koh WY, Vellayappan B.** Re-irradiation for recurrent glioblastoma (GBM): a systematic review and meta-analysis. *J Neurooncol.* 2019;142(1):79-90.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ BA MẮT CÁ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Ngọc Hà¹, Nguyễn Xuân Thuý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương (KHX) điều trị gãy ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc trên 31 bệnh nhân gãy ba mắt cá chân và có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật KHX tại Bệnh viện Việt Đức từ 03/2024 - 04/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $36,7 \pm 11$. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng điển hình gồm đau, hạn chế vận động, sưng nề cổ chân, bầm tím quanh mắt cá và điểm đau chói. Kết quả chẩn đoán hình ảnh: Phân loại gãy theo AO chủ yếu là B3 (48,4%) và C2 (51,6%); theo Danis-Weber gồm Weber B (51,6%) và Weber C (48,4%). Phân loại vỡ MCS theo Mason cho thấy type IIA chiếm nhiều nhất (29%). Kết quả phẫu thuật, phương pháp kết hợp xương MCT chủ yếu là vít xoắn (90,3%), trong khi MCN sử dụng nẹp đầu dưới và nẹp xích với tỷ lệ gần tương đương. Đối với MCS, vít xoắn (45,4%) và nẹp chữ T (50%) là phổ biến nhất. Kết quả X-quang sau mổ cho thấy 93,5% đạt kết quả tốt, sau 6 tháng có 71% liền xương hoàn toàn. Đánh giá chức năng xa, điểm trung bình $89,4 \pm 6,4$, với 51,6%

đạt mức tốt – rất tốt, 38,7% trung bình và 9,7% kém. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp xương trong điều trị gãy ba mắt cá chân mang lại hiệu quả tốt với tỷ lệ liền xương cao, phục hồi chức năng khớp cổ chân tốt và biến chứng sau mổ thấp.

Từ khóa: gãy ba mắt cá chân, kết hợp xương

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRIMALLEOLAR FRACTURE TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of internal fixation surgery in the treatment of trimalleolar ankle fractures at Viet Duc University Hospital. **Subjects and methods:** A prospective longitudinal descriptive study was conducted on 31 patients with trimalleolar ankle fractures who underwent internal fixation at Viet Duc University Hospital between March 2024 and April 2025. **Results:** The mean age of patients was 36.7 ± 11.0 years. All patients presented with typical clinical symptoms, including pain, restricted ankle motion, swelling, perimalleolar ecchymosis, and localized tenderness. Radiographic assessment showed fractures classified predominantly as AO type B3 (48.4%) and C2 (51.6%); according to the Danis-Weber system, Weber B (51.6%) and Weber C (48.4%) were most frequent. Posterior malleolar fractures classified by Mason revealed type IIA as the most common (29%). Surgically, fixation of the medial malleolus was mainly achieved with cancellous screws (90.3%), whereas the lateral malleolus was stabilized with either distal fibular plates or reconstruction plates

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hà

Email: nguyenngochak42@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025