TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF FIRST-LINE XELOX COMBINED WITH BEVACIZUMAB IN PATIENTS WITH STAGE IV COLORECTAL CANCER TREATED AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Ha*, Ngo Tri Diem, Duong Dinh Phung, Tran Thi Anh Tho, Nguyen Thi Ha, Ho Thi Tu Anh

Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of first-line XELOX combined with Bevacizumab in patients with stage IV colorectal cancer treated at Nghe An Oncology Hospital.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study with prospective longitudinal follow-up was conducted in 54 patients with stage IV colorectal cancer who received first-line XELOX plus Bevacizumab at Nghe An Oncology Hospital between January 2022 and September 2025.

Results: Among the 54 enrolled patients, the objective response rate and disease control rate after four treatment cycles were 50% and 90.7%, respectively. Following eight cycles, the objective response rate was 34.8%, while the disease control rate remained at 71.7%. The median PFS was 9.8 months (95% CI: 7.3-11.0 months), with estimated 6-month and 12-month PFS rates of 77.3% and 33.0%, respectively. Patients with well- or moderately differentiated tumors experienced significantly longer PFS than those with poorly differentiated, mucinous, or signet-ring cell carcinomas (10.6 vs. 6.7 months; p = 0.02). Likewise, patients with metastasis confined to a single organ achieved superior PFS compared with those presenting with metastases in two or more organs (9.8 vs. 5.1 months; p = 0.012). Adverse events were predominantly grade 1-2. The most common adverse events were hand-foot syndrome (37%), peripheral neuropathy (35.2%), leukopenia (33.3%), and Bevacizumab-associated hypertension (11.1%). Bevacizumab-associated hypertension occurred in 11.1% of patients.

Conclusions: First-line XELOX combined with Bevacizumab demonstrated effective disease control and favorable progression-free survival outcomes in patients with stage IV colorectal cancer. Poorly differentiated, mucinous, or signet-ring cell histology and involvement of multiple metastatic organs were associated with inferior PFS. The treatment regimen was generally well tolerated, with adverse events being predominantly mild to moderate and manageable.

Keywords: Metastatic colorectal cancer, XELOX, Bevacizumab, PFS.

*Corresponding author
Email: hanguyenas93@gmail.com **Phone**: (+84) 962702356 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6141

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ XELOX PHỐI HỢP BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hà*, Ngô Trí Diễm, Dương Đình Phùng, Trần Thị Anh Thơ, Nguyễn Thị Hà, Hồ Thị Tú Anh

Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An - Km 456, quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phác đồ XELOX kết hợp Bevacizumab trong điều trị bước một bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc trên 54 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV được điều trị phác đồ XELOX kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2025.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ và kiểm soát bệnh sau 4 chu kỳ lần lượt là 50% và 90,7%; sau 8 chu kỳ là 34,8% và 71,7%. Trung vị PFS đạt 9,8 tháng (95% CI: 7,3-11,0 tháng); tỷ lệ PFS tại 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 77,3% và 33%. PFS cải thiện có ý nghĩa ở nhóm biệt hóa cao và vừa so với kém/nhầy, nhẫn (10,6 tháng so với 6,7 tháng; p = 0,02) và nhóm di căn 1 cơ quan so với di căn ≥ 2 cơ quan (9,8 tháng so với 5,1 tháng; p = 0,012). Tác dụng phụ chủ yếu độ 1-2, thường gặp hội chứng bàn tay, bàn chân (37%), bệnh lý thần kinh ngoại biên (35,2%), hạ bạch cầu (33,3%); tăng huyết áp liên quan Bevacizumab 11,1%.

Kết luận: Phác đồ XELOX phối hợp Bevacizumab cho thấy hiệu quả trong kiểm soát bệnh và kéo dài PFS ở điều trị bước một ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. Mô bệnh học kém biệt hóa/nhầy, nhẫn và số lượng cơ quan di căn là yếu tố tiên lượng PFS. Độc tính chủ yếu độ 1-2, kiểm soát được.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng di căn, XELOX, Bevacizumab, PFS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp trên thế giới cũng như tại Việt Nam, với tỷ lệ mắc và tử vong cao. Tiên lượng phụ thuộc nhiều vào giai đoạn lúc chẩn đoán. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, tuy nhiên tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn di căn vẫn dưới 20% [1].

Hiện nay, hóa trị kết hợp thuốc điều trị đích, miễn dịch đang là điều trị tiêu chuẩn trong điều trị bước một ung thư đại trực tràng giai đoạn di căn, trong đó phác đồ XELOX phối hợp Bevacizumab đã được chứng minh nâng cao tỷ lệ đáp ứng, cải thiện thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và được khuyến cáo trong các hướng dẫn thực hành lâm sàng như ESMO và NCCN [2-3].

Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ hiệu quả của phác đồ này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả của phác đồ XELOX kết hợp Bevacizumab trong điều trị bước một ung thư đại trực tràng giai đoạn IV và độc tính của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2025 tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV được điều trị bước một bằng phác đồ XELOX phối hợp Bevacizumab.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Mô bệnh học xác nhận là ung thư biểu mô tuyến; có ít nhất một tổn thương đo được theo RECIST 1.1; chỉ số toàn trạng ECOG 0-1; chức năng gan, chức năng thận và tủy xương cho phép điều trị hóa chất; có hồ sơ theo dõi đầy đủ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Các trường hợp có chống chỉ định hóa trị hoặc Bevacizumab; mắc ung thư khác kèm theo; có bệnh lý nội khoa nặng không kiểm soát được.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Tính cỡ mẫu theo công thức ước tính một tỷ lệ với sai số tương đối. Nghiên cứu của chúng tôi tuyển chọn được 54 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (ECOG, vị trí u nguyên phát, đặc điểm mô bệnh học, CEA, vị trí và số lượng cơ quan di căn), kết quả điều trị (đáp ứng theo RECIST 1.1, ORR, DCR, PFS) và độc tính điều trị (đánh giá theo CTCAE v5.0).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập xử lý số liệu

Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu chuẩn hóa. Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An phê duyệt theo Giấy chứng nhận số 76/CN-HĐĐĐ ngày 31/12/2024.

*Tác giả liên hệ
Email: hanguyenas93@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 962702356 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6141

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu (n = 54)

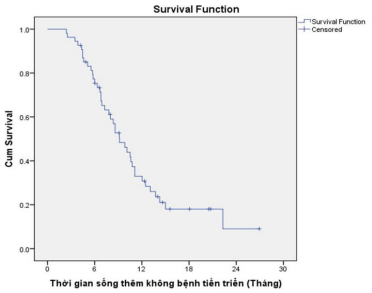
Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60 tuổi	15	27,8
	≥ 60 tuổi	39	72,2
	X̄ ± SD (tuổi)	64,3 ± 11,4	
	Min-max (tuổi)	15-80	
Giới tính	Nữ	22	40,7
	Nam	32	59,3
Tình trạng hoạt động	PS = 0	18	33,3
	PS = 1	36	66,7
Vị trí u nguyên phát	Đại tràng phải	14	25,9
	Đại tràng trái	16	29,6
	Trực tràng	24	44,4
Mô bệnh học	Biệt hóa cao + vừa	35	64,8
	Biệt hóa kém + nhầy, nhẫn	19	35,2
Nồng độ CEA	≤ 5 ng/mL	23	42,6
	> 5 ng/mL	31	57,4
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	38	70,4
	≥ 2 cơ quan	16	29,6
Phẫu thuật cắt u nguyên phát	Có	25	46,3
	Không	29	53,7

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,3 ± 11,4 (15-80 tuổi); tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1; PS = 1 chiếm 66,7%. Vị trí u nguyên phát hay gặp nhất là trực tràng (44,4%). Mô bệnh học thể biệt hóa cao và vừa chiếm tỷ lệ 64,8%, di căn 1 vị trí chiếm 70,4%. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt u nguyên phát là 46,3%.

Bảng 2. Đáp ứng điều trị (RECIST 1.1)

Đáp ứng điều trị	Sau 4 chu kỳ (n = 54)	Sau 8 chu kỳ (n = 46)
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	1 (2,2%)
Đáp ứng một phần (PR)	27 (50,0%)	15 (32,6%)
Bệnh ổn định (SD)	22 (40,7%)	17 (36,9%)
Bệnh tiến triển (PD)	5 (9,3%)	13 (28,3%)
Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR)	27 (50,0%)	16 (34,8%)
Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR)	49 (90,7%)	33 (71,7%)

ORR và DCR sau 4 chu kỳ là 50% và 90,7%; sau 8 chu kỳ là 34,8% và 71,7%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển

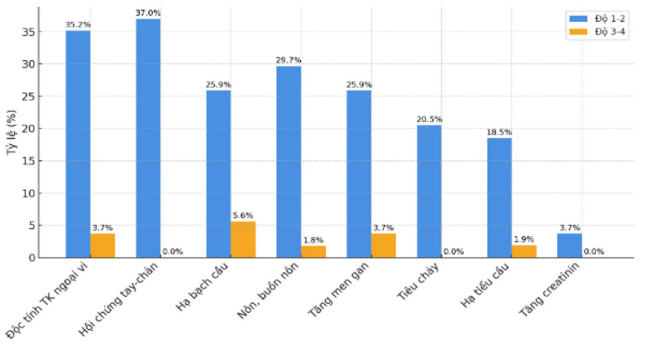
Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 9,8 tháng (95% CI: 7,3-11,0 tháng). PFS tại thời điểm 6 tháng đạt 77,3% và tại thời điểm 12 tháng đạt 33,0%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh tiến triển với một số đặc điểm bệnh học

Đặc điểm		Số bệnh nhân	PFS (tháng)	p
Mô bệnh học	AC biệt hóa cao + vừa	35	10,6	0,02
	AC biệt hóa kém + nhầy, nhẫn	19	6,7	
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	38	9,8	0,012
	≥ 2 cơ quan	16	5,1	
Tuổi	< 60 tuổi	15	11,1	0,686
	≥ 60 tuổi	39	9,2	
Giới	Nam	32	10,6	0,858
	Nữ	22	9,2	
Nồng độ CEA	≤ 5 ng/mL	23	9,1	0,671
	> 5 ng/mL	31	9,8	
Vị trí u nguyên phát	Đại tràng trái	16	8,4	0,359
	Đại tràng phải	14	10,1	
	Trực tràng	24	8,6	
Di căn gan	Có	40	8,6	0,053
	Không	14	15,0	
Di căn phúc mạc	Có	9	11,1	0,970
	Không	45	9,1	

Có sự khác biệt về PFS khi phân tích với đặc điểm mô bệnh học (p = 0,02) và số lượng cơ quan di căn (p = 0,012). Không tìm thấy sự khác biệt khi phân tích PFS với các yếu tố như: tuổi, giới tính, vị trí u nguyên phát, nồng độ CEA, tình trạng di căn gan, phúc mạc.

3.2. Phân độ độc tính



Biểu đồ 2. Phân độ độc tính

Độc tính chủ yếu độ 1, 2. Tác dụng phụ thường gặp nhất là hội chứng da bàn tay, bàn chân (37%) và bệnh lý thần kinh ngoại biên (35,2%), tiếp theo là hạ bạch cầu (33,3; trong khi đó, Bevacizumab chủ yếu gây tăng huyết áp (11,1%), đa số ở độ 1-2, không ghi nhận thủng đường tiêu hóa.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư đại trực tràng là 64,3 ± 11,43 (15-80 tuổi), trong đó nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 72,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu OBELIX (2015) có tuổi trung bình là 62,3 ± 9,9 tuổi [4], tuy nhiên lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo là 57,7 tuổi [5]. Tỷ lệ nam chiếm ưu thế (59,3%), tỷ lệ nam/nữ là 1,2; tương tự nghiên cứu OBELIX có nam giới chiếm tỷ lệ 56,4% [4]. Về chỉ số toàn trạng, PS = 1 chiếm 66,7%, cho thấy phần lớn còn đủ thể trạng để dung nạp điều trị hóa chất.

- Vị trí u nguyên phát: khối u trực tràng thường gặp nhất chiếm 44,4%; đại tràng trái 29,6% và đại tràng phải 25,9%.

- Mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao và vừa chiếm đa số với 64,9%; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo thấy u trực tràng là vị trí thường gặp nhất (42,2%), u đại tràng trái (33,4%) và thấp nhất là đại tràng phải (20%); mô bệnh học AC biệt hóa cao và vừa chiếm đa số với 73,3% [5]. Tỷ lệ bệnh nhân di căn 1 cơ quan là 70,4%, cao hơn nhóm di căn ≥ 2 cơ quan (29,6%). Gan là cơ quan di căn hay gặp nhất (74,1%), tiếp theo là phổi (22,2%), các vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp; điều này là phù hợp theo đặc điểm dẫn lưu tĩnh mạch cửa của đại trực tràng. Nồng độ CEA > 5 ng/mL gặp ở 57,4% bệnh nhân, phản ánh gánh nặng khối u và có giá trị trong tiên lượng cũng như theo dõi điều trị bệnh.

4.2. Đáp ứng điều trị

Sau 4 chu kỳ điều trị, không ghi nhận trường hợp nào đáp ứng hoàn toàn (CR = 0%), ORR đạt 50%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 90,7%. Sau 8 chu kỳ, còn 46 bệnh nhân được đánh giá, do loại 5 bệnh nhân tiến triển sau 4 chu kỳ và 3 bệnh nhân ngừng điều trị vì lý do khách quan. Trong số 46 bệnh nhân này, có 1 bệnh nhân đạt CR 2,2%, sau đó bệnh nhân đã được phẫu thuật, đáp ứng toàn bộ ORR đạt 34,8%, DCR giảm còn 71,7%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu quốc tế như: nghiên cứu TREE-2 của Hochster H.S và cộng sự ghi nhận ORR đạt 46% [6]; nghiên cứu của Saltz L.B và cộng sự với XELOX + Bevacizumab cho ORR 46,4% [7]. Về tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu trong nước của Đỗ Huyền Nga (91,7% sau 3 tháng; 77,1% sau 6 tháng) [8].

4.3. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển

Trung vị sống thêm không bệnh tiến triển là 9,8 tháng (95% CI: 7,3-11,0 tháng); tỷ lệ PFS tại thời điểm 6 tháng đạt 77,3% và 12 tháng là 33%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước như OBELIX (PFS đạt 9,7 tháng) và Nguyễn Thị Phương Thảo (10,39 tháng) [4-5].

4.4. Mối liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh tiến triển với một số yếu tố bệnh học

Tuổi, giới, chỉ số toàn trạng: không ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, giới với PFS. Tương tự khi phân tích chỉ số toàn trạng (PS) cũng không thấy sự khác biệt về PFS theo PS (p = 0,937). Về vị trí u nguyên phát, chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về PFS theo vị trí u (p = 0,359), tương tự Trần Thắng và cộng sự (2024) cũng không ghi nhận sự khác biệt của PFS theo vị trí u đại tràng và trực tràng khi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn [9]. Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu quốc tế cho thấy u đại tràng phải thường tiên lượng xấu hơn.

- CEA: nhóm bệnh nhân có nồng độ CEA thấp có PFS cao hơn nhóm có nồng độ CEA cao (9,8 tháng so với 9,1 tháng), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,671. Tương tự, Trịnh Lê Huy (2018) chưa tìm được sự khác biệt khi phân tích 2 nhóm này [10]. Tuy nhiên, theo Đỗ Huyền Nga (2018), tại điểm cut-point 30 ng/ml, cho thấy PFS ở bệnh nhân có CEA > 30 ng/ml thấp hơn nhóm bệnh nhân có CEA < 30 ng/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [8]. Vì vậy CEA là một yếu tố có vai trò theo dõi và tiên lượng bệnh.

- Mô bệnh học: mô bệnh học thể biệt hóa kém/thể nhầy, nhẫn có PFS 6,7 tháng, thấp hơn so với nhóm biệt hóa vừa và cao 10,6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,02. Tương tự nghiên cứu của Trịnh Lê Huy (2018): ung thư biểu mô tuyến chế nhầy có tỷ lệ tiến triển sau 36 tháng cao hơn (p < 0,05) [10].

- Số lượng cơ quan di căn: kết quả chúng tôi ghi nhận PFS ở nhóm di căn 1 cơ quan là 9,8 tháng, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm di căn ≥ 2 cơ quan (5,1 tháng), với p = 0,012; tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thắng và cộng sự (2024): PFS đạt 12,5 tháng so với 8 tháng, có ý nghĩa với p = 0,01 [9]. Điều này cho thấy di căn đa cơ quan là yếu tố tiên lượng xấu đối với bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Ngoài ra, khi phân tích mối liên quan của PFS với tình trạng di căn gan, phổi và phúc mạc, chúng tôi cũng chưa nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa.

- Phẫu thuật u nguyên phát: khi phân tích PFS với nhóm được và không được phẫu thuật chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa (10,5 tháng so với 8,4 tháng; p = 0,359). Tương tự, Trần Thắng và cộng sự (2024) ghi nhận trung vị sống thêm toàn bộ không khác biệt giữa nhóm đã phẫu thuật cắt u và nhóm chỉ hóa trị trong điều trị bước một ung thư đại trực tràng di căn với p = 0,69 [9]. Vai trò của phẫu thuật trong bệnh cảnh di căn còn tranh cãi và cần cá thể hóa trong điều trị.

4.5. Độc tính

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được các độc tính của phác đồ chủ yếu độ 1-2. Độc tính tiêu hóa gồm nôn (29,7%), tiêu chảy (20,5%), viêm miệng (9,3%), đa số kiểm soát tốt. Trên hệ tạo huyết, hạ bạch cầu hạt 33,3% (độ 3-4: 7,4%), thiếu máu 24%, hạ tiểu cầu 20,4%, phần lớn nhẹ và hồi phục. Tăng men gan 25,9% (độ 1-2), độc tính thận hiếm gặp. Độc tính thần kinh ngoại vi do Oxaliplatin gặp 35,2% (độ 1-2), thường xuất hiện sau 4-5 chu kỳ; hội chứng bàn tay, bàn chân 37%, chủ yếu nhẹ. Tác dụng phụ không mong muốn liên quan đến Bevacizumab gồm tăng huyết áp 11,1% (đa số kiểm soát được), biến cố xuất huyết hiếm gặp và không ghi nhận thủng tiêu hóa.

5. KẾT LUẬN

Phác đồ XELOX phối hợp Bevacizumab trong điều trị bước một ung thư đại trực tràng giai đoạn IV giúp cải thiện tỷ lệ kiểm soát bệnh, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển. Đặc điểm mô bệnh học thể kém biệt hóa/nhầy, nhẫn; số lượng cơ quan di căn là yếu tố tiên lượng liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh tiến triển. Độc tính của phác đồ chủ yếu độ 1-2, có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2023-2025. Atlanta (GA), 2023.

[2] National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: colon cancer, version 1/2025. Plymouth Meeting (PA), 2025 [cited 2025 Feb 7]. https://www.nccn.org/guidelines/category_1

[3] Cervantes A, Adam R, Roselló S, Arnold D, Normanno N, Taïeb J et al. Metastatic colorectal cancer: ESMO clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol, 2023, 34 (1): 10-32. doi: 10.1016/j.annonc.2022.10.003.

[4] Antonuzzo L, Giommoni E, Pastorelli D, Masi G, Falcone A, Pistelli M et al. Bevacizumab plus XELOX as first-line treatment of metastatic colorectal cancer: the OBELIX study. World J Gastroenterol, 2015, 21 (23): 7281-7288. doi: 10.3748/wjg.v21.i23.728.

[5] Nguyễn Thị Phương Thảo. Đánh giá kết quả của phác đồ Bevacizumab kết hợp XELOX trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.

[6] Hochster H.S, Hart L.L, Ramanathan R.K, Childs B.H, Hainsworth J.D, Cohn A.L et al. Safety and efficacy of oxaliplatin and fluoropyrimidine regimens with or without Bevacizumab as first-line treatment of metastatic colorectal cancer: results of the TREE Study. J Clin Oncol, 2008, 26 (21): 3523-3529. doi: 10.1200/JCO.2007.15.4138.

[7] Saltz L.B, Clarke S, Díaz-Rubio E, Scheithauer W, Figer A, Wong R et al. Bevacizumab in combination with Oxaliplatin-based chemotherapy as first-line therapy in metastatic colorectal cancer: a randomized phase III study. J Clin Oncol, 2008, 26 (12): 2013-2019. doi: 10.1200/JCO.2007.14.9930.

[8] Đỗ Huyền Nga. Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ FOLFOX4 kết hợp Bevacizumab trong ung thư đại tràng di căn. Luận án tiến sĩ y hoc, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.

[9] Trần Thắng, Phạm Thị Quế và cộng sự. Đánh giá kết quả điều trị bước một phác đồ XELOX - Avegra Biocad ung thư đại trực tràng di căn. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2024 (76): 137-143. doi: 10.70755/vnjo.2024.76.16.

[10] Trịnh Lê Huy. Nghiên cứu điều trị ung thư đại tràng di căn bằng hóa chất phác đồ FOLFOXIRI. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.