

guided central venous cannulation in pediatric surgical patients: a clinical series", Paediatr Anaesth. 15(11), pp. 953-8.

8. **Oulego-Erroz, I., et al.** (2016), "Comparison of ultrasound guided brachiocephalic and internal

jugular vein cannulation in critically ill children", J Crit Care. 35, pp. 133-7.

9. **Vafek, V., et al.** (2022), "Central Venous Catheter Cannulation in Pediatric Anesthesia and Intensive Care: A Prospective Observational Trial", Children (Basel). 9(11).

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ NÃO – TRỤC THẦN KINH SAU PHẪU THUẬT U NGUYÊN BÀO TỦY TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hoàng Hiệp\*, Doãn Trung Kiên\*\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả điều trị phối hợp phẫu thuật và xạ trị não – trục thần kinh hỗ trợ sau phẫu thuật ở bệnh nhân u nguyên bào tủy tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả 31 bệnh nhân u nguyên bào tủy đã phẫu thuật được điều trị xạ trị não – trục thần kinh tại Khoa Xạ trị - Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2018 đến 31/12/2023 (6 năm). **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,38, trẻ em ≤ 16 tuổi chiếm 67,7%. Vị trí u thường gặp nhất là ở tiểu não (chiếm 65%), tiếp đến là não thất tư (26%). Kích thước u trung bình là 4,7 ± 0,9 cm (2,5 – 7 cm). 61% phẫu thuật trọn, 29% phẫu thuật phần lớn u và 10% phẫu thuật một phần. PFS trung vị là 53,4 ± 5,7 tháng, PFS 1 năm là 83,4%, 2 năm là 70,8%, 3 năm là 66,1%, 4 năm là 60,6% và 5 năm là 60,6%. OS trung vị là 58 ± 5,3 tháng, OS 1 năm là 90,1%, 2 năm là 74,3%, 3 năm là 69,3%, 4 năm là 69,3% và 5 năm là 69,3%. PFS và OS khi phẫu thuật trọn và hay phẫu thuật phần lớn u khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với phẫu thuật chỉ một phần (p=0,001). **Kết luận:** Phối hợp phẫu thuật và xạ trị não – trục thần kinh hỗ trợ sau phẫu thuật mang lại kết quả rất khả quan trong điều trị bệnh lý u nguyên bào tủy. **Từ khóa:** u nguyên bào tủy, xạ não – trục thần kinh.

### SUMMARY

#### RESULTS OF CRANIOSPINAL IRRADIATION AFTER SURGERY IN MEDULLOBLASTOMA AT CHO RAY HOSPITAL

**Purpose:** Evaluating the results of craniospinal irradiation after surgery in medulloblastoma at Cho Ray hospital. **Materials and methods:** Retrospective study of 31 surgically treated medulloblastoma patients who received craniospinal irradiation at Radiation department – Cho Ray Cancer Center from January 1, 2018 to December 31, 2023 (6 years).

\*Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Chợ Rẫy

\*\*Viện ung bướu và Y học hạt nhân – Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Hiệp

Email: hoanghiiep130491@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

**Results:** The male/female ratio is 1.38, children ≤ 16 years old account for 67.7%. The most common tumor location is in the cerebellum (accounting for 65%), the fourth ventricle (26%). The average tumor size is 4.7 ± 0.9 cm (2.5 – 7 cm). 61% had gross total resection, 29% had near total resection, and 10% had partial resection. Median PFS was 53.4 ± 5.7 months, 1-year PFS was 83.4%, 2-year was 70.8%, 3-year was 66.1%, 4-year was 60.6%, and 5-year was 60.6%. Median OS was 58 ± 5.3 months, 1-year OS was 90.1%, 2-year was 74.3%, 3-year was 69.3%, 4-year was 69.3% and 5-year was 69.3%. The difference between gross total resection and near total resection is not statistically significant in both PFS and OS. The difference is statistically significant when compared to partial resection (p=0.001). **Conclusion:** Combining surgery and post-operative craniospinal irradiation brings very positive results in the treatment of medulloblastoma. **Keywords:** medulloblastoma, craniospinal irradiation

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào tủy được xác định một cách kinh điển là khối u ngoại bì thần kinh nguyên thủy phát sinh trong tiểu não, chiếm 20–30% khối u ở não và khoảng 40% tổng số khối u hố sau ở trẻ em. Phẫu thuật cắt bỏ sau đó xạ não – trục thần kinh (CSI) là phương pháp điều trị chủ yếu u nguyên bào tủy trong nhiều năm. [1]. Việc điều trị khá phức tạp, đặc biệt là kỹ thuật xạ trị trục thần kinh. Bệnh viện Chợ Rẫy là trung tâm điều trị hàng đầu về các bệnh lý về ngoại thần kinh, đặc biệt là các bệnh lý u não phức tạp, đồng thời có trung tâm ung bướu được trang bị các máy xạ trị gia tốc hiện đại và có thể thực hiện được kỹ thuật xạ trị não – trục thần kinh. Nên chúng tôi đã thực hiện đề tài nghiên cứu "Kết quả điều trị xạ trị não – trục thần kinh sau phẫu thuật u nguyên bào tủy tại bệnh viện Chợ Rẫy" với các mục tiêu sau:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng
2. Kết quả điều trị phối hợp phẫu thuật và xạ trị não – trục thần kinh hỗ trợ.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào tủy đã được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u hoặc sinh thiết một phần để có giải phẫu bệnh.
- Chưa từng được xạ trị vùng não trước đó.
- Tuổi trên 3, thể trạng chung tốt (PS từ 0-1 theo thang điểm của WHO).

**Tiêu chuẩn loại trừ**

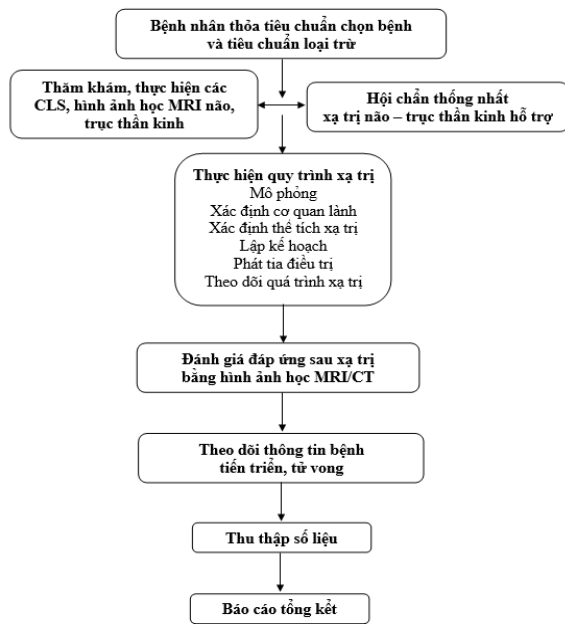
- U nguyên bào tủy trên hình ảnh học mà không có giải phẫu bệnh.
- Các trường hợp di căn cột sống được xác định bằng MRI trước xạ trị.
- Kèm bệnh lý ung thư khác.
- Không tái khám sau điều trị hoặc không thể liên lạc để hỏi thăm tin tức được.

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

**Cỡ mẫu.** Lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ trong 6 năm từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2023.

**Quy trình nghiên cứu**



**Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu**

**Xử lý số liệu.** Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả: các biến số định tính, định lượng, vẽ đường cong sống còn bằng phương pháp Kaplan Meier.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

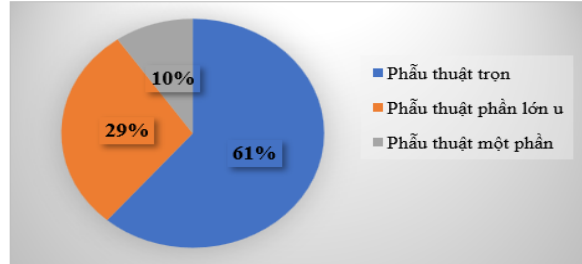
Qua tiến hành nghiên cứu 31 bệnh nhân, chúng tôi thu được kết quả sau:

**Giới tính và tuổi.** Trong 31 ca bệnh có 18 nam, 13 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,38. Tuổi mắc bệnh chủ yếu là trẻ em ≤ 16 tuổi (chiếm

67,7%), trong đó nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất là 37 tuổi.

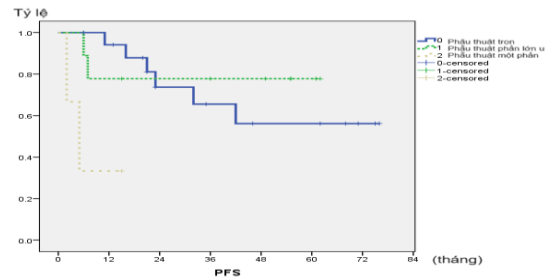
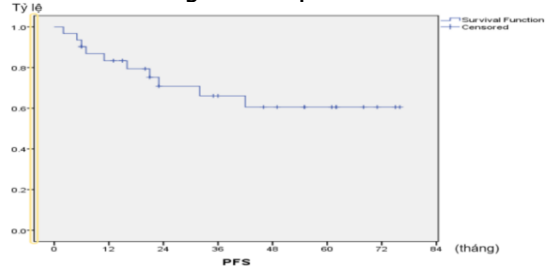
**Vị trí u và kích thước.** Vị trí u thường gặp nhất là ở tiểu não (chiếm 65%), tiếp đến là não thất tư (26%), có 6% nằm ở 2 vị trí cùng lúc (tiểu não và não thất tư) và 1 trường hợp u xuất hiện ở thùy thái dương (chiếm 3%). Kích thước u trung bình là 4,7 ± 0,9 cm, trong đó nhỏ nhất là 2,5 cm và lớn nhất là 7 cm.

**Mức độ phẫu thuật**



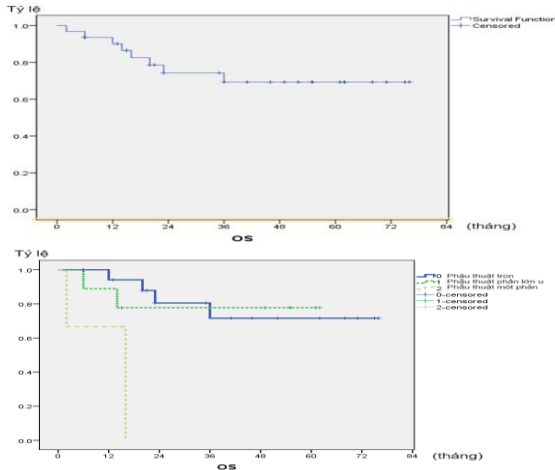
**Biểu đồ 1. Phân bố mức độ phẫu thuật**

**Sống còn.** Theo dõi từ 01/01/2018 đến 31/05/2024 (6 tháng – 77 tháng): 10/31 ca bệnh tiến triển (chiếm 32,3%), vị trí tiến triển là 6 tại não và 4 di căn cột sống. 8/10 trường hợp bệnh tiến triển đã tử vong, 21 trường hợp không tiến triển vẫn còn sống khỏe mạnh.



**Biểu đồ 2: Sống còn không bệnh tiến triển**

Đường biểu diễn Kaplan-Meier cho thấy PFS trung vị là 53,4 ± 5,7 tháng. PFS 1 năm là 83,4%, 2 năm là 70,8%, 3 năm là 66,1%, 4 năm là 60,6% và 5 năm là 60,6%. PFS khi phẫu thuật trọn và hay phẫu thuật phần lớn u khác biệt không có ý nghĩa thống kê lần lượt là 54 ± 6,9 tháng, 49,6 ± 7,7 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với phẫu thuật chỉ 1 phần (p=0,001), với PFS đạt 7,3 ± 3,2 tháng.



**Biểu đồ 3: Sống còn toàn bộ**

Đường biểu diễn Kaplan-Meier cho thấy OS trung vị là  $58 \pm 5,3$  tháng. OS 1 năm là 90,1%, 2 năm là 74,3%, 3 năm là 69,3%, 4 năm là 69,3% và 5 năm là 69,3%. OS khi phẫu thuật trọn và hay phẫu thuật phần lớn u khác biệt không có ý nghĩa thống kê lần lượt là  $61,2 \pm 6,3$  tháng,  $50,4 \pm 7,2$  tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với phẫu thuật chỉ 1 phần ( $p=0,001$ ), với OS đạt  $11,3 \pm 5,4$  tháng.

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi và giới mắc.** Tỷ lệ mắc u nguyên bào tủy là 1,5-2 trường hợp trên 100.000 dân, với 350 trường hợp mới ở Hoa Kỳ mỗi năm. Nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn so với nữ giới, tỷ lệ chung có xu hướng là 1,5:1 đối với nam giới [2]. Theo D Jenkin và cs (2000) nghiên cứu trong 10 năm với 173 trường hợp cho kết quả tỷ lệ

nam/nữ = 2. M. Vinchon và cs (2021) phân tích 91 trường hợp cho tỷ lệ nam/nữ = 1,84 [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,38, tuổi mắc bệnh chủ yếu là trẻ em  $\leq 16$  tuổi (chiếm 67,7%), như vậy khá tương đồng trong tần suất hay gặp ở nam giới và chủ yếu là gặp ở trẻ em.

**Vị trí và kích thước u.** Theo Zheng-he Chen (2022) có 54/62 (86%) nằm tại thùy nhộng, Narayan V. và cs nghiên cứu 118 trường hợp cho kết quả 98/118 khối u ở thùy nhộng chiếm 83,1% [3]. Trong nghiên cứu của tác giả Navaporn ở Thái Lan, đường kính trung bình của khối u là  $4,6 \pm 1,2$  cm và 60% khối u lan vào cống Sylvius, lỗ Magendie và lỗ Luschka [4]. Như vậy kết quả cũng khá tương tự với chúng tôi.

**Kết quả sống sót.** Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả PFS trung vị là  $53,4 \pm 5,7$  tháng và OS trung vị là  $58 \pm 5,3$  tháng. So sánh với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, chúng tôi thấy sống còn cũng khá tương đồng, đặc biệt là các nhánh chỉ xạ trị đơn thuần (bao gồm xạ não và trực thần kinh), kết quả sống thấp hơn các nhánh có hóa trị kèm theo. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Phạm Thanh Tuân, nhóm điều trị phối hợp phẫu thuật và hóa xạ trị có thời gian sống trung bình là  $54,1 \pm 7,74$  tháng [3]. Hiện tại, ở bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi chưa áp dụng hóa trị thường quy sau phẫu thuật mà chỉ áp dụng thường quy xạ trị não – trực thần kinh hỗ trợ vì hóa trị trên đối tượng trẻ em ở cơ sở chúng tôi còn gặp nhiều khó khăn.

**Bảng 1: Tổng hợp các nghiên cứu điều trị phối hợp phẫu thuật và xạ trị [5]**

| Tác giả              | N   | PFS/OS  | Chú ý  |
|----------------------|-----|---|--|
| Packer, R.J. (2006)  | 421 | OS 5 năm: 81.0%, 86.0%  | Nhiễm trùng gặp nhiều hơn ở nhánh Cyclophosphamide.  |
| Hoff, K. (2009)      | 280 | <b>Duy trì:</b> M0 OS 10 năm 91%<br>M1 OS 10 năm 70%<br>M2/3 OS 10 năm 42%<br><b>Điều trị sandwich:</b><br>M0 OS 10 năm 62%<br>M1 OS 10 năm 34%<br>M2/3 OS 10 năm 45% | Không đánh giá giai đoạn đầy đủ, di căn, tuổi trẻ và hóa trị sandwich là các yếu tố nguy cơ biến cố độc lập.             |
| Lannering, B. (2012) | 340 | <b>Chuẩn:</b> EFS 5 năm 77.0%<br>OS 5 năm 87.0%<br><b>Giảm phân liều:</b><br>EFS 5 năm 78.0%<br>OS 5 năm 85.0%  | Bướu còn lại trên 1,5 cm <sup>2</sup> là yếu tố tiên lượng âm, giảm thính lực trầm trọng không khác biệt giữa các nhánh. |

Phân tích trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng sống còn sẽ tốt hơn ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật trọn hoặc phẫu thuật phần lớn u. Kết quả cũng tương tự như của tác

giả Tandian và cs (2021) [6] nghiên cứu tại Indonesia nhưng kết luận sẽ không rõ ràng liệu đây có phải là yếu tố dự đoán không vì khi được phân tích theo từng tuýp phân tử học trong phân

tích với số lượng lớn 787 bệnh nhân của tác giả Thompson [7] thì yếu tố này không rõ trong tiên lượng sống còn.

## V. KẾT LUẬN

Phối hợp phẫu thuật và xạ trị não – trục thần kinh hỗ trợ sau phẫu thuật mang lại kết quả rất khả quan trong điều trị bệnh lý u nguyên bào tủy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Y. et al. (2005). Radiation treatment for medulloblastoma: a review of 64 cases at a single institute. Japanese journal of clinical oncology, 35(3): p. 111-115.
2. Khanna V. et al. (2017) Incidence and survival trends for medulloblastomas in the United States from 2001 to 2013. Journal of neuro-oncology, 135: p. 433-441.
3. Phạm Thanh Tuấn, Kiều Đình Hùng, Phạm Cẩm Phương. (2023). Đặc điểm lâm sàng, kết

quả điều trị phẫu thuật và xạ trị gia tốc u nguyên bào tủy tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam, Tập 528, tháng 7, số 2: p. 190-195.

4. Nalita N. et al. (2018). Survival and prognostic factors in pediatric patients with medulloblastoma in Southern Thailand. Journal of Pediatric Neurosciences, 13(2): p. 150-157.
5. Seidel C. et al. (2021). Radiotherapy in medulloblastoma—evolution of treatment, current concepts and future perspectives. Cancers, 13(23): p. 5945.
6. Tandian D. et al. (2021). Risk factors associated with post-therapeutic outcome for medulloblastoma: An experience from Indonesia. Asian Journal of Neurosurgery, 16(03): p. 494-499.
7. Thompson E.M. et al. (2016). Prognostic value of medulloblastoma extent of resection after accounting for molecular subgroup: a retrospective integrated clinical and molecular analysis. The lancet oncology, 17(4): p. 484-495.

# STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2, TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 8, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Đăng Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Phúc Ân<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 275 bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 tại bệnh viện Quận 8 thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022, sử dụng thang đo DDS (Diabetes Distress Scale) gồm 17 câu hỏi để đánh giá tỷ lệ stress ở bệnh nhân ĐTĐ và xác định các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ stress là 32,7%, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, sống chung với gia đình hoặc người thân và nghề nghiệp với stress ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ stress trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 là khá cao. Do đó, cần giáo dục sức khỏe cung cấp kiến thức đầy đủ về bệnh và quan tâm tới sức khỏe tinh thần của người bệnh để đạt được hiệu quả điều trị toàn diện và cải thiện chất lượng sống.

**Từ khoá:** đái tháo đường type 2, DDS, stress

## SUMMARY

### DISTRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT DISTRICT 8 HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

A cross-sectional study was conducted among 275 patients with type 2 diabetes at District 8 Hospital, Ho Chi Minh City, between August to October 2022,

utilizing the Diabetes Distress Scale (DDS), which included 17 questions to assess the prevalence of diabetes distress and several related factors. Results showed that the rate of diabetes distress was 32,7%. There was a relationship between diabetes distress and age groups, living with family members/ relatives and occupation ( $p < 0,05$ ). The findings indicated that the rate of distress in people with type 2 diabetes was relatively high. Therefore, it is necessary to have health education to achieve a comprehensive approach in treatment and improve their quality of life. **Keywords:** Type 2 diabetes, DDS, Diabetes Distress

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới [1]. ĐTĐ đang trở thành yếu tố tiêu cực đứng thứ 2 trên thế giới trong việc làm giảm tuổi thọ dân số [2]. Trong năm 2021, Liên đoàn Đái tháo đường thế giới (IDF) ước tính có khoảng hơn 536 triệu người trong độ tuổi trưởng thành mắc bệnh ĐTĐ, chiếm 10,5% dân số thế giới, chi phí cho việc chăm sóc sức khỏe và điều trị căn bệnh này vào khoảng 966 triệu đô. Đối với xã hội, gánh nặng bệnh tật của ĐTĐ không chỉ nằm ở chi phí điều trị mà còn ảnh hưởng tới nguồn lực lao động, bệnh nhân ĐTĐ phải tái khám thường xuyên và không thể tiếp tục công việc khi các biến chứng nặng xuất hiện. Đối với bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐ, họ phải thay đổi lối sống, thói quen ăn uống và tuân thủ điều trị để kiểm soát đường huyết hiệu quả, đồng nghĩa với

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế Nha Trang, Khánh Hòa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Dung

Email: dungnguyenpsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024