

Lê Công Định (2019) có hạ bạch cầu hạt chung là 54,4% trong đó độ 3/4 chiếm 22,6%<sup>10</sup>; tác giả Recchia cho thấy hạ bạch cầu hạt chung là 69%, độ 3/4 là 38%, tỷ lệ nôn và tiêu chảy bằng nhau là 60%, tăng men gan 18% tất cả là độ 1<sup>13</sup>. Tuy nhiên, độc tính độ 3/4 của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Myung-Ah Lee chỉ có 8,0% bệnh nhân hạ bạch cầu hạt độ 3/4 và 1,7% tiêu chảy độ 3/4<sup>9</sup>. So với phác đồ FOLFIRI-Bevacizumab trên bệnh nhân UTĐTT di căn các độc tính này tương đương như trong nghiên cứu pha IV, đa trung tâm, nhãn mở báo cáo độ 3/4 hạ bạch cầu hạt (29%), tiêu chảy (12%)<sup>14</sup>. Do đó, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ không làm tăng thêm độc tính của FOLFIRI mà chỉ thêm tác dụng phụ khác như tăng huyết áp, xuất huyết, protein niệu...

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa trị FOLFIRI đạt tỷ lệ đáp ứng là 35,0%, kiểm soát bệnh 57,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,1 tháng. Các yếu tố kéo dài trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là số vị trí di căn và đáp ứng. Một số tác dụng không mong muốn chủ yếu độ 1, 2 và kiểm soát được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263.
2. **Cañellas-Socias A, Cortina C, Hernando-Momblona X, et al.** Metastatic recurrence in

- colorectal cancer arises from residual EMP1+ cells. Nature. 2022;611(7936):603-613.
3. **Saltz LB, Clarke S, Díaz-Rubio E, et al.** Bevacizumab in Combination With Oxaliplatin-Based Chemotherapy As First-Line Therapy in Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Phase III Study. JCO. 2008;26(12):2013-2019.
  4. **Marquart J, Chen EY, Prasad V.** Estimation of the Percentage of US Patients With Cancer Who Benefit From Genome-Driven Oncology. JAMA Oncology. 2018;4(8):1093-1098.
  5. **Tournigand C, André T, Achille E, et al.** FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study. J Clin Oncol. 2004;22(2):229-237.
  6. **Colucci G, Gebbia V, Paoletti G, et al.** Phase III randomized trial of FOLFIRI versus FOLFOX4 in the treatment of advanced colorectal cancer: a multicenter study of the Gruppo Oncologico Dell'Italia Meridionale. J Clin Oncol. 2005;23(22):4866-4875.
  7. **Jh K, Sj P, Mi P, et al.** FOLFIRI as second-line chemotherapy after failure of FOLFOX4 in advanced colorectal cancer: a Korean single-center experience. The Korean journal of gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe chi. 2014;63(1).
  8. **Trần Xuân V.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng tái phát bằng phác đồ Folfiri tại bệnh viện K. 2014. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội
  9. **Lee MA, Byun JH, Shim BY, et al.** Irinotecan, Continuous 5-Fluorouracil, and Low dose of Leucovorin (modified FOLFIRI) as First Line of Therapy in Recurrent or Metastatic Colorectal Cancer. Korean J Intern Med. 2005;20(3):205.
  10. **Lê Công Đ.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng tái phát di căn bằng hóa chất phác đồ FOLFIRI tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. 2019. Luận văn thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.

## TỤ MÁU MỊ, HỒC MẮT SAU PHẪU THUẬT THẨM MỸ MI DƯỚI

Nguyễn Thanh Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chẩn đoán, xử trí trường hợp tụ máu mi, hốc mắt và tiên lượng khả năng phục hồi thị lực, tính thẩm mỹ trong tương lai. Hiện tượng tụ máu mi, hốc mắt xảy ra do nhiều cơ chế, gây tăng áp lực trong hốc mắt và ảnh hưởng thần kinh thị. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng tụ máu mi, hốc mắt xảy ra sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, gây mất thị lực vĩnh viễn hoàn toàn. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nhập viện vì

tụ máu mi và hốc mắt bên trái sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới. Thị lực mắt trái trước phẫu thuật lấy máu tụ hốc mắt là sáng tối âm tính. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật dẫn lưu máu tụ. Thị lực mắt trái ngay sau phẫu thuật là sáng tối âm tính. Sau 1 tuần, thị lực mắt trái không cải thiện. Chúng tôi đánh giá đây là một trong những ca lâm sàng ít gặp trong y văn thế giới, thị lực sau phẫu thuật không hồi phục. **Kết luận:** Bệnh cảnh tụ máu mi, hốc mắt mức độ nặng xảy ra thì khả năng phục hồi thị lực thấp. Chúng tôi khuyến cáo nên hướng dẫn cách chăm sóc sau phẫu thuật cho bệnh nhân và người nhà, chẩn đoán chính xác và nhanh chóng tình trạng tụ máu mi – hốc mắt, sau đó thực hiện các phương pháp điều trị, xử trí thích hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng mất thị lực vĩnh viễn.

**Từ khóa:** Phẫu thuật thẩm mỹ mi, mất thị lực, thẩm mỹ, tụ máu mi – hốc mắt.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

**SUMMARY**

**CASE REPORT OF EYE LID AND ORBITAL HEMORRHAGE AFTER COSMETIC SURGERY**

**Purpose:** Diagnosis and management eyelid orbital hemorrhage and predict the ability to restore vision and aesthetics in the future. The phenomenon of eyelid orbital hemorrhage occurs due to many mechanisms, causing increased pressure in the orbit and affecting the optic nerve. We report a clinical case of eyelid and orbital hemorrhage following lower blepharoplasty, causing complete permanent vision loss. **Method:** A case report. **Results:** Female patient, 51 years old, hospitalized because of eyelid - orbital hemorrhage in the left eye following lower blepharoplasty. Preoperative visual acuity in the left eye was no light perception. The patient underwent surgery to drain the hematoma. Visual acuity in the left eye immediately after surgery was no light perception. After 1 week, vision in the left eye did not improve. We consider this to be one of the rare clinical cases in the world medical literature, post-operative vision does not recover. **Conclusion:** If severe eyelid orbital hemorrhage occurs, the possibility of recovering vision is low. We recommend instructing patients and their families on post-operative care, accurately and quickly diagnosing eyelid orbital hemorrhage, then implementing appropriate treatment and management methods, to prevent permanent vision loss. **Keywords:** Blepharoplasty, blindness, cosmetics, eyelid - orbital hemorrhage.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới là một phẫu thuật phổ biến trên thế giới, nhằm giải quyết vấn đề mỡ thừa ở vùng mi mắt dưới và cải thiện nhiều vấn đề khác như da lão hóa, quầng thâm mắt, bọng mắt, sụp mi, da dư. Đây là một loại phẫu thuật được đánh giá là nhẹ nhàng, ít gây biến chứng, thời gian phẫu thuật ngắn, mang đến sự hài lòng của khách hàng sau phẫu thuật.

Phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, cụ thể trong ca lâm sàng chúng tôi báo cáo là cắt da dư và lấy mỡ thừa mi dưới hai bên, thường tiềm ẩn một số biến chứng. Biến chứng có thể xảy ra bao gồm tụ máu da mi, phù nề kết mạc, lật mi, hở mi.<sup>1</sup> Trong đó, tụ máu hốc mắt là biến chứng nguy hiểm nhất, có thể dẫn đến mất thị lực vĩnh viễn. Dựa trên y văn thế giới, tỉ lệ tụ máu hốc mắt sau phẫu thuật mi dưới chiếm khoảng 0.055% và tỉ lệ bị mất thị lực vĩnh viễn là 0.005%.<sup>2</sup> Tụ máu hốc mắt thường xảy ra do chảy máu từ động mạch dưới ổ mắt hoặc động mạch trước và động mạch sàng sau trong lúc phẫu thuật hoặc sau các thủ thuật gây tê.<sup>3</sup> Nó thường xảy ra thứ phát sau khi đóng vết thương dẫn đến chảy máu trong hốc mắt khi cầm máu không tốt. Mặc dù vẫn chưa hoàn toàn hiểu rõ cơ chế gây mất thị lực, một số ý kiến cho rằng do ảnh hưởng lên việc tưới máu thần kinh thị.<sup>4</sup>

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp mất thị lực vĩnh viễn do tụ máu mi-hốc mắt sau phẫu thuật tạo hình mi dưới. Báo cáo ca lâm sàng của chúng tôi giúp nhấn mạnh việc chẩn đoán chính xác và kịp thời, từ đó có phương pháp điều trị, xử trí thích hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng mất thị lực vĩnh viễn.

**Mục tiêu:** Chẩn đoán sớm, xử trí đúng và kịp thời tụ máu hốc mắt sau phẫu thuật tạo hình mi dưới.

**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Báo cáo ca lâm sàng

+ **Ca lâm sàng**

o **Hành chính**

Họ và tên bệnh nhân: B.T.M.V Tuổi : 51

Ngày khám: 27/10/2023

o **Lý do đến khám:** Mắt trái: Mờ sau phẫu thuật mi dưới 5 ngày

o **Bệnh sử.** Bệnh nhân khai ngày 22/10/2023 đi phẫu thuật thẩm mỹ (cắt mi dưới 2 mắt) ở thẩm mỹ viện Minh Anh (74/12 Lê Văn Chí, Linh Trung, Thủ Đức). Sau phẫu thuật, mắt trái sưng đỏ, chảy máu, bệnh nhân không rõ mắt trái mờ từ ngày thứ mấy. Nay bệnh nhân thấy mắt trái không bớt sưng, nên đi khám → nhập Bệnh viện Mắt TP HCM

o **Tiền sử**

Bản thân: Tăng huyết áp chưa điều trị

Mắt: Không ghi nhận bệnh lý nào khác trước đây tại mắt.

o **Khám**

**Toàn thân:** Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Huyết áp: 180/118 mmHg

Mạch: 80 lần/phút.

**Khám mắt:**

**Ngày 1 (27/10/2023)**

	<b>Mắt phải</b>	<b>Mắt trái</b>
Thị lực không kính	5/10 KL 10/10	Sáng tối âm
Nhãn áp	16 mmHg	16 mmHg
Mi mắt	Tụ máu mi trên dưới, sưng nề, lật góc trong mi dưới	Sụp mi trên độ 3 - Tụ máu mi trên và dưới lan vùng thái dương và gò má trái
Kết mạc	Xuất huyết dưới kết mạc	Xuất huyết dưới kết mạc, phù góc ngoài
Giác mạc	Trong	Trong
Củng mạc	Bình thường	Bình thường
Tiền phòng	Sạch	Sạch
Thủy tinh thể	Đục	Đục
Đồng tử	3mm, PXAS (+)	5mm, dẫn, RAPD (+)
Vận nhãn	Bình thường	Bình thường

Đáy mắt	Gai bờ rỗ, C/D 0.4	Gai bờ mờ, nhạt màu C/D 0.3
---------	--------------------	-----------------------------



**Hình 1.** Hai mắt tụ máu mi trên với mắt trái mức độ nhiều hơn, lan vùng thái dương và gò má

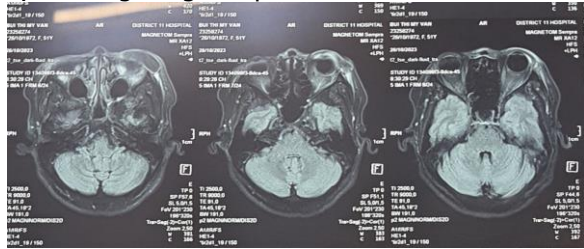
**III. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**

Yếu tố đông máu: TQ, TCK, INR, Fibrinogen: trong giới hạn bình thường  
 VS không tăng  
 OCT: MP RNFL bình thường – MT tăng RNFL – 2M hoàng điểm bình thường



**Hình 2.** Đáy mắt mắt trái: gai thị nhạt màu, bờ mờ

MRI: phù nề trong mô dưới da 2 bên vùng trước ổ mắt (bên trái nhiều hơn phải), phù nề cơ thẳng ngoài trái. Ổ tụ máu mô mềm mặt trước ổ mắt trái kích thước 17x40mm (ngang x cao). Ít dịch xoang sàng sau phải



**Hình 3.** Hình ảnh MRI với ổ tụ máu mô mềm mặt trước ổ mắt trái



**Hình 4.** Lát cắt đứng dọc qua thần kinh thị

**Chẩn đoán xác định:** Mắt trái: Tụ máu hốc mắt - Theo dõi tổn thương thần kinh thị do chèn ép/ 2 Mắt: Tụ máu mi - Lật mi dưới - Đã phẫu thuật cắt da dư mi dưới 5 ngày

**Điều trị**

Toàn thân: kháng sinh, giảm đau, truyền corticoids liều cao 0.5g x 3 ngày, sau đó duy trì liều uống 1mg/kg

Mắt: thuốc nhỏ mắt Cravit 0.5%, kháng viêm và thuốc mỡ tra mắt

Phẫu thuật giải áp lấy máu tụ



**Hình 5.** Phẫu thuật giải áp lấy máu tụ (hình trên) và sau khi phẫu thuật (hình dưới)

Theo dõi. Sau phẫu thuật 03 ngày

Thị lực MP 7/10 KL 10/10 MT Sáng tối âm  
 Nhãn áp MP 21 mmHg MT 21 mmHg  
 MP: Xuất huyết dưới kết mạc giảm. Đồng tử 3mm, phản xạ ánh sáng (+). F0 gai hồng bờ rỗ  
 MT: Sụp mi độ 1. Còn bầm mi ít. Đồng tử dẫn 5mm, RAPD (+). F0 gai thị bờ mờ, nhạt màu.



**Hình 6.** Hình ảnh sau phẫu thuật 3 ngày

**IV. BÀN LUẬN**

Phương pháp phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới không thuần thực, sai kỹ thuật có thể xảy ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng, lật mi và tụ máu. Tụ máu hốc mắt là một biến chứng hiếm gặp, có thể gây mất thị lực vĩnh viễn. Năm 2004, Hass và cộng sự<sup>2</sup> đã báo cáo tỷ lệ tụ máu hốc mắt sau phẫu thuật tạo hình mi là 0,05% và 0,0045% bệnh nhân mù lòa do tụ máu hốc mắt. Christie và cộng sự<sup>5</sup> báo cáo phần lớn các biến chứng tụ máu hốc mắt xảy ra sau phẫu thuật gãy xương hốc mắt. Tụ máu hậu cầu rất hiếm gặp và có thể gây tổn thương nghiêm trọng cho bệnh nhân, tuy nhiên việc đánh giá cẩn thận

trước và sau phẫu thuật có thể ngăn ngừa tụ máu hậu cầu trong hầu hết các trường hợp.<sup>6</sup>

Cơ chế sinh lý bệnh của tụ máu hậu cầu vẫn chưa được hiểu rõ. Một giả thuyết cho rằng lực kéo quá mức trong quá trình phẫu thuật cắt bỏ mô mỡ sẽ gây tổn thương mạch máu trong hốc mắt, dẫn đến xuất huyết ở xa vị trí phẫu thuật.<sup>7</sup> Ngoài ra, tụ máu hậu cầu có thể xảy ra nếu cơ vòng mi chảy máu dai dẳng hoặc không cầm máu hoàn toàn vị trí mô mỡ bị cắt.<sup>2,7</sup> Theo Patrocínio và cộng sự,<sup>1</sup> tụ máu sau phẫu thuật thẩm mỹ mi có thể được phân loại trước vách hoặc sau vách ngăn hốc mắt. Tụ máu trước vách chỉ giới hạn ở mi mắt, không có nguy cơ gây giảm thị lực, trong khi tụ máu sau vách xảy ra ở hốc mắt, gây tăng áp lực trong hốc mắt và ảnh hưởng thần kinh thị. Cả hai loại tụ máu này được nhìn thấy trong ca lâm sàng này. Tụ máu hốc mắt sau vách thể hiện qua hình ảnh bóc tách không đều từ màng xương của sàn hốc mắt phải, và khối máu tụ được tìm thấy dưới sàn hốc mắt, gây chèn ép trong hốc mắt. Nhìn chung, nhiều bài báo cáo cho rằng nguyên nhân gây tụ máu hốc mắt còn mang tính suy đoán và chưa xác định được lý do rõ ràng.<sup>5,6,8</sup> Trường hợp ca lâm sàng này cũng vậy, chúng tôi vẫn chưa thể xác định nguyên nhân trực tiếp gây ra tụ máu hốc mắt dựa trên kết quả trong quá trình phẫu thuật.

Nguy cơ biến chứng tụ máu hậu cầu tăng ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh hệ thống dễ chảy máu, dùng thuốc làm tăng tình trạng xuất huyết và có tiền sử phẫu thuật mắt trước đó. Nguy cơ cũng tăng lên khi thực hiện các hoạt động làm tăng áp lực nhãn cầu. Nếu tụ máu hậu cầu tiếp tục tiến triển gây chèn ép nhãn cầu, áp lực nội nhãn sẽ tăng lên dẫn đến thiếu máu võng mạc và mù lòa.<sup>3,7</sup> Vì vậy, cần đánh giá bệnh lý đi kèm và thuốc bệnh nhân dùng trước phẫu thuật để có các biện pháp phòng ngừa trước và sau phẫu thuật.

Khi xảy ra xuất huyết hoặc tụ máu hậu cầu, hầu hết bệnh nhân sẽ cảm thấy căng tức và đau dữ dội tại vị trí phẫu thuật. Thỉnh thoảng có thể gặp các triệu chứng như tăng nhãn áp, giảm thị lực, song thị và buồn nôn. Nếu có những triệu chứng này, cần nghi ngờ tụ máu hốc mắt và xác định bằng hình ảnh CT scan hoặc MRI.

Nếu đã chẩn đoán tụ máu hốc mắt, cần xác định phương pháp xử trí thích hợp. Khi có suy giảm thị lực, nên ưu tiên điều trị bằng steroid liều tấn công hoặc phẫu thuật giải áp hốc mắt, phẫu thuật này phải được thực hiện trong vòng 24 giờ nhằm ngăn ngừa mất thị lực.<sup>9,10</sup> Vị trí phẫu thuật trước đó nên được mở ra lại để loại

bỏ khối máu tụ, tìm điểm chảy máu và cầm máu. Nếu không đáp ứng với các phương pháp điều trị này, nên thực hiện phẫu thuật mở dây chằng góc ngoài để giải áp. Trong những trường hợp nặng, nên xem xét việc mở cả nhánh trên và nhánh dưới của dây chằng góc ngoài.<sup>11</sup> Trong ca lâm sàng này, sự bóc tách bất thường màng xương sàn hốc mắt có thể được xem là nguyên nhân trực tiếp gây mù lòa. Việc bóc tách sai mặt phẳng màng xương dẫn đến xuất huyết, chèn ép trực tiếp vào hốc mắt và thần kinh thị, gây hậu quả nặng nề cho người bệnh.

Vì vậy, cần xác nhận các triệu chứng và dấu hiệu như đau, lồi mắt, giảm thị lực và phản xạ đồng tử sau khi phẫu thuật. Cần hướng dẫn cách chăm sóc sau phẫu thuật cho bệnh nhân và người nhà cũng như những hành động có thể gây chảy máu sau phẫu thuật. Khi nghi ngờ tụ máu hốc mắt nên thực hiện CT scan hoặc MRI để chẩn đoán chính xác và nhanh chóng, sau đó thực hiện các phương pháp điều trị, xử trí thích hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng mất thị lực vĩnh viễn.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh cảnh lâm sàng trên đã cho thấy được khả năng phục hồi thị lực thấp nếu đã có tình trạng tụ máu mi, hốc mắt mức độ nặng xảy ra. Chúng tôi khuyến cáo nên hướng dẫn cách chăm sóc sau phẫu thuật cho bệnh nhân và người nhà, thực hiện CT scan hoặc MRI khi nghi ngờ tụ máu hốc mắt xảy ra để chẩn đoán chính xác và nhanh chóng, sau đó thực hiện các phương pháp điều trị, xử trí thích hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng mất thị lực vĩnh viễn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patrocínio TG, Loredó BAS, Arevalo CEA, Patrocínio LG, Patrocínio JA.** Complications in blepharoplasty: how to avoid and manage them. *Brazilian journal of otorhinolaryngology.* 2011;77(3):322-327.
2. **Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA, Flanagan JC.** Incidence of postblepharoplasty orbital hemorrhage and associated visual loss. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery.* 2004;20(6):426-432.
3. **Teng CC, Reddy S, Wong JJ, Lisman RD.** Retrobulbar hemorrhage nine days after cosmetic blepharoplasty resulting in permanent visual loss. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery.* 2006;22(5):388-389.
4. **Ord R, Awty M, Pour S.** Bilateral retrobulbar haemorrhage: a short case report. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 1986;24(1):1-6.
5. **Christie B, Block L, Ma Y, Wick A, Afifi A.** Retrobulbar hematoma: a systematic review of factors related to outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2018;71(2):155-161.

6. **Son KM, Park CW, Cheon JS.** A Case Report of Bilateral Retrobulbar Hemorrhage after Lower Blepharoplasty. Archives of Craniofacial Surgery. 2013;14(2):133-136.
7. **Lisman RD, Hyde K, Smith B.** Complications of blepharoplasty. Taylor & Francis; 1989:242-267.
8. **Goldberg RA, Marmor MF, Shorr N, Christenbury JD.** Blindness following blepharoplasty: two case reports, and a discussion of management. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1990. p. 85-89.
9. **Lelli Jr GJ, Lisman RD.** Blepharoplasty complications. Plastic and Reconstructive Surgery. 2010;125(3):1007-1017.
10. **Giroto JA, Gamble WB, Robertson B, et al.** Blindness after reduction of facial fractures. Plastic and reconstructive surgery. 1998;102(6):1821-1834.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ SỐT HẠ BẠCH CẦU TRUNG TÍNH CÓ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Kiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư sốt hạ bạch cầu trung tính có nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán sốt hạ bạch cầu hạt trung tính có nhiễm khuẩn huyết từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** 47,7% bệnh nhân phải điều trị đến phác đồ kháng sinh thứ 2 sau khi dùng kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu. 65,9% bệnh nhân khỏi bệnh, 34,1% bệnh nhân nặng lên không đáp ứng điều trị. Hầu hết bệnh nhân đều cần thay đổi phác đồ điều trị kháng sinh khi có nuôi cấy dương tính, các bệnh nhân có nuôi cấy âm tính chỉ phải dùng 1 phác đồ kháng sinh. Chỉ số bạch cầu trung tính thấp hơn (độ III, IV) hay chỉ số điểm SOFA cao hơn (SOFA ≥ 9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa, trong khi chỉ số procalcitonin đánh giá tình trạng nhiễm trùng không liên quan đến tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Phác đồ điều trị kháng sinh được thay đổi phù hợp với diễn biến và kết quả vi sinh. Tỷ lệ tử vong cao tới 34,1%. Người bệnh hạ bạch cầu nặng (độ III, IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. Người bệnh có mức độ suy tạng nặng (SOFA ≥ 9 điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. **Từ khóa:** sốt hạ bạch cầu, ung thư, nhiễm khuẩn huyết.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR CANCER PATIENTS WITH FEBRILE NEUTROPENIA AND SEPSIS IN EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes for cancer patients with febrile neutropenia and sepsis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 44 patients diagnosed with febrile

neutropenia and sepsis from October 2019 to October 2020. **Results:** 47.7% of patients required a second-line antibiotic regimen after initial empirical antibiotic therapy. 65.9% of patients recovered, while 34.1% worsened and did not respond to treatment. Most patients needed a change in their antibiotic regimen when positive cultures were obtained; patients with negative cultures only required a single antibiotic regimen. Patients with lower neutrophil counts (grade III, IV) or higher SOFA scores (SOFA ≥ 9 points) had significantly higher mortality rates, whereas procalcitonin levels assessing infection status were not related to mortality rates. **Conclusion:** Antibiotic treatment regimens were adjusted appropriately based on the course of the disease and microbiological results. The mortality rate was as high as 34.1%. Patients with severe neutropenia (grade III, IV) had higher mortality rates compared to others. Patients with severe organ dysfunction (SOFA ≥ 9 points) also had higher mortality rates than the remaining group.

**Keywords:** neutropenia fever, cancer, sepsis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu đóng vai trò quan trọng vào cơ chế bảo vệ cơ thể khỏi các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài. Đặc biệt trong đó vai trò quan trọng của bạch cầu hạt trong giai đoạn đầu phản ứng viêm của cơ thể chống lại vi khuẩn cũng như các tế bào ung thư(3). Dù do bất cứ nguyên nhân nào thì giảm bạch cầu hạt cũng dẫn tới bỏ ngỏ việc bảo vệ cơ thể trước nguy cơ nhiễm trùng. Nhiễm trùng huyết là một bệnh nặng, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo số liệu của Hoa Kỳ (2009), tỉ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm trùng huyết có thể lên đến 16% và tăng lên đến 20% với trường hợp nhiễm trùng huyết nặng, tỉ lệ này tăng lên tới 46% nếu có sốc nhiễm trùng xảy ra tiêu tốn tới 20 tỉ đô la, chiếm 5,2% chi phí nội viện(1). Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, số lượng bệnh nhân ung thư, tỉ lệ mới mắc và tử vong do ung thư hằng năm luôn ở mức cao và không ngừng tăng. Điều trị

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024