khi vào viện bệnh nhân có biểu hiện bệnh cảnh của viêm màng não do lao. Bệnh nhân được chọc hút xác định căn nguyên gây áp xe não. Bệnh nhân có biểu hiện suy giảm ý thức do giãn não thất tại thời điểm 4 tuần sau khởi phát bệnh. Tại thời điểm này, bệnh nhân được xếp vào nhóm Grade IV theo hệ thống phân loại sửa đổi Vellore (mVG). Đã được phẫu thuật chuyển dòng dịch não tủy tạm thời và vĩnh viễn và cho kết quả tốt sau điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Áp xe não do lao là bệnh cảnh nặng, hiếm gặp, có tỉ lệ tử vong cao. Phẫu thuật chọc hút ổ áp xe dưới hướng dẫn của định vị thần kinh là phẫu thuật nên được tiến hành để xác định chính xác căn nguyên gây áp xe để có hướng điều trị phù hợp. Biến chứng giãn não thất do áp xe não do lao nên được phẫu thuật chuyển dòng dịch não tủy sớm, vì như vậy sẽ giúp tăng khả năng hồi phục và hạn chế các tổn thương thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Greenberg M. S.** (2023). Bacterial Infections of the Parenchyma and Meninges and Complex Infections, Greenberg's Handbook of Neurosurgery, Thieme, Florida, 343-350.
2. **Menon S., Bharadwaj R., Chowdhary A., et al.** (2011) Tuberculous brain abscesses: Case series and review of literature. J Neurosci Rural Pract, 2(2): 153-7.
3. **Kumar R., Pandey C. K., Bose N., et al.** (2002) Tuberculous brain abscess: clinical presentation, pathophysiology and treatment (in children). Childs Nerv Syst, 18(3-4): 118-23.
4. **Cárdenas G., Soto-Hernández J. L., Orozco R. V., et al.** (2010) Tuberculous brain abscesses in immunocompetent patients: management and outcome. Neurosurgery, 67(4): 1081-7; discussion 1087.
5. **Whitener D. R.** (1978) Tuberculous brain abscess. Report of a case and review of the literature. Arch Neurol, 35(3): 148-55.
6. **Belfquih H., Akhaddar A.** (2019) Stereotactic Aspiration in Management of Rare Case of Tuberculous Cerebellar Abscess. World Neurosurg, 129: 188-189.
7. **Rizvi I., Garg R. K., Malhotra H. S., et al.** (2017) Ventriculo-peritoneal shunt surgery for tuberculous meningitis: A systematic review. J Neurol Sci, 375: 255-263.
8. **Palur R., Rajshekhar V., Chandy M. J., et al.** (1991) Shunt surgery for hydrocephalus in tuberculous meningitis: a long-term follow-up study. J Neurosurg, 74(1): 64-9.

NGUYÊN NHÂN TỬ VONG TRONG 24 GIỜ ĐẦU Ở TRẺ NHẬP KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Huy An[1,2], Phùng Nguyễn Thế Nguyên[1,3], Đinh Tấn Phương[3], Trần Thanh Thức[1,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân tử vong trong 24 giờ đầu ở trẻ em nhập Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 116 bệnh nhi (<16 tuổi) tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong dân số nghiên cứu là 1.1/1. Có 44,8% trẻ có suy dinh dưỡng và 44,8% trẻ có bệnh nền. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất là viêm phổi và nhiễm trùng huyết với tỷ lệ bằng nhau là 20,7%. Tỷ lệ các nguyên nhân tử vong thay đổi theo từng nhóm tuổi, với nguyên nhân thường gặp nhất ở nhóm tuổi sơ sinh: bệnh màng trong (22,7%), nhiễm trùng huyết (22,7%), sinh ngạt (18,2%); ở nhóm tuổi nhũ nhi: viêm phổi (32,5%), nhiễm trùng huyết (21,6%), tim bẩm sinh (10,8%); ở nhóm từ 1 đến 5 tuổi: nhiễm trùng huyết (21,9%), viêm phổi (18,8%), tai nạn (15,6%); và ở nhóm trẻ từ 5 tuổi trở lên: viêm cơ tim và bệnh cơ tim (28%), nhiễm trùng huyết (24%), bạch cầu cấp (12%). **Kết luận:** Viêm phổi và nhiễm trùng huyết là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất tại Khoa Cấp Cứu. Có sự thay đổi mô hình nguyên nhân tử vong theo từng nhóm tuổi.

Từ khóa: tử vong trong 24 giờ đầu, trẻ em, khoa cấp cứu, nguyên nhân tử vong.

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Bệnh Viện Đại học Y Dược – Hoàng Anh Gia Lai
[3]Bệnh Viện Nhi Đồng 1
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Thức
Email: tranthanhthuc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024
Ngày duyệt bài: 2.12.2024

SUMMARY

CAUSES OF DEATH WITHIN THE FIRST 24 HOURS IN CHILDREN ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To identify the epidemiological characteristics and the causes of death within the first 24 hours in children admitted to the Emergency Department of Children's Hospital 1. **Methods:** A descriptive case series study was conducted on 116 pediatric patients (<16 years old) who died within the

first 24 hours at the Emergency Department of Children's Hospital 1, from January 1, 2021, to December 31, 2023. **Results:** The male-to-female ratio in the study population was 1.1:1. Among the patients, 44.8% were malnourished, and 44.8% had underlying medical conditions. The most common causes of death were pneumonia and sepsis, each accounting for 20.7% of cases. The causes of death varied by age group, with the most common causes in neonates being respiratory distress syndrome (22.7%), sepsis (22.7%), and birth asphyxia (18.2%). In infants, pneumonia (32.5%), sepsis (21.6%), and congenital heart disease (10.8%) were the leading causes. For children aged 1 to 5 years, sepsis (21.9%), pneumonia (18.8%), and accidents (15.6%) were the most prevalent. In children aged 5 years and older, myocarditis and cardiomyopathy (28%), sepsis (24%), and acute leukemia (12%) were the primary causes of death. **Conclusion:** Pneumonia and sepsis were the most common causes of death in the Emergency Department. The pattern of causes of death varied by age group.

Keywords: death within the first 24 hours, children, emergency department, causes of death.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, những tiến bộ y học đã góp phần đáng kể vào việc giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới, đặc biệt là ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi, khi ghi nhận mức giảm từ 93‰ vào năm 1990 xuống còn 38‰ vào năm 2021[7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này cũng có sự cải thiện rõ rệt, từ 58‰ vào năm 1990 giảm còn 21,5‰ vào năm 2020[1]. Đây là thành quả của sự tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe trẻ em, bao gồm cả các biện pháp phòng ngừa và điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện vẫn chiếm một phần lớn trong tổng số các trường hợp tử vong ở trẻ, đặc biệt là tại các khoa cấp cứu[6]. Ngoài ra, mô hình bệnh tật ở trẻ em thay đổi theo từng độ tuổi, từ sơ sinh đến trẻ nhỏ và trẻ lớn[4],[5],[6], đòi hỏi các chiến lược can thiệp khác nhau để tối ưu hóa kết quả điều trị. Việc xác định nguyên nhân tử vong và các yếu tố liên quan đóng vai trò quan trọng trong chiến lược dự phòng, xử trí nhằm giảm các trường hợp tử vong. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định các đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân tử vong thường gặp theo từng nhóm tuổi ở các trẻ tử vong trong vòng 24 giờ đầu tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ đó làm cơ sở để đưa ra các chiến lược huấn luyện, dự phòng và xử trí phù hợp nhằm giảm hơn nữa tỷ lệ tử vong ở trẻ em nói chung và tử vong trong vòng 24 giờ đầu nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi dưới 16 tuổi tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhi (< 16 tuổi) được xác định tử vong tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, với thời gian tử vong trong vòng 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không tham khảo được hồ sơ, mất hay thất lạc hồ sơ lưu trữ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Biến số nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được ghi nhận các đặc điểm dịch tễ học (tuổi, giới tính, địa chỉ, tình trạng dinh dưỡng, bệnh nền) và nguyên nhân tử vong (ghi nhận theo hệ thống phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10).

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập lại, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 4.7.0; quản lý và mã hoá bằng phần mềm Microsoft Excel phiên bản 16.38. Dữ liệu sau khi mã hoá được xử lý bằng phần mềm thống kê R 4.3.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ. Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2021 đến 31/12/2023, có 116 trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Bảng 1 trình bày một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của dân số nghiên cứu. Có 52 trường hợp (44,8%) có bệnh nền trước khi nhập viện. Tỷ lệ các nhóm bệnh nền của các trẻ trong nghiên cứu được mô tả trong Biểu đồ 1.

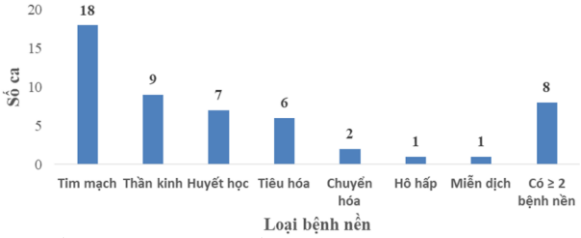
Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	N=116 (%)
Phân bố theo giới tính	
Nam	60 (51,7)
Nữ	56 (48,3)
Phân bố theo địa chỉ	
Thành phố Hồ Chí Minh	56 (48,3)
Tỉnh thành khác	60 (51,7)
Tình trạng dinh dưỡng	
Bình thường	63 (54,3)
Suy dinh dưỡng	52 (44,8)
Thừa cân, béo phì	1 (0,9)
Nhóm tuổi	
Sơ sinh*	22 (19,0)
Nhũ nhi	37 (31,9)
Trẻ từ 1 đến 5 tuổi	32 (27,6)
Trẻ lớn hơn 5 tuổi	25 (21,6)
Chuyển viện	
Có	58 (50)
Không	58 (50)

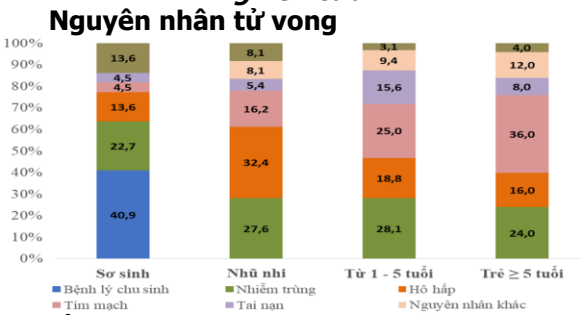
Tình trạng lâm sàng tại thời điểm nhập viện	
Suy hô hấp	110 (98,4)
Sốc**	105 (90,5)
Rối loạn tri giác	101 (87,1)
Hạ đường huyết	27 (23,3)
Hạ thân nhiệt	25 (21,6)
Co giật	5 (4,3)

* Trong 22 ca tử vong sơ sinh, có 18 trường hợp tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau sinh

** Trong 105 trường hợp sốc tại thời điểm nhập viện, có 70 trường hợp ngưng tim (60,2%)



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh nền của dân số nghiên cứu



Biểu đồ 2. Phân bố nguyên nhân tử vong theo từng nhóm bệnh ở các nhóm tuổi

Về nguyên nhân tử vong cụ thể, nhiễm trùng huyết và viêm phổi là 2 nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất với tỷ lệ bằng nhau là 20,7%. Tỷ lệ các nguyên nhân tử vong cụ thể ở từng nhóm tuổi được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Các nguyên nhân tử vong cụ thể theo từng nhóm tuổi

Nhóm tuổi / Nguyên nhân tử vong, n (%)	Sơ sinh n=22	Nhũ nhi n=37	Từ 1-5 tuổi n=32	Trẻ ≥ 5 tuổi n=25	Tổng N=116
Bệnh màng trong	5 (22,7)	-	-	-	5 (4,3)
Sinh ngạt	4 (18,2)	-	-	-	4 (3,5)
Nhiễm trùng huyết	5 (22,7)	8 (21,6)	7 (21,9)	6 (24)	24 (20,7)
Viêm phổi	3 (13,6)	12 (32,5)	6 (18,8)	3 (12)	24 (20,7)
Tim bẩm sinh	1 (4,5)	4 (10,8)	2 (6,3)	2 (8)	9 (7,8)
Viêm cơ tim và bệnh cơ tim	0 (0)	2 (5,4)	5 (15,6)	7 (28)	14 (12,2)
Tai nạn	1 (4,5)	2 (5,4)	5 (15,6)	2 (8)	10 (8,8)
Bạch cầu cấp	0 (0)	0 (0)	1 (3,1)	3 (12)	4 (3,5)
COVID-19	0 (0)	3 (8,1)	1 (3,1)	0 (0)	4 (3,5)
Nguyên nhân khác	0 (0)	3 (8,1)	4 (12,5)	1 (4)	8 (7,0)
Chưa rõ chẩn đoán	3 (13,6)	3 (8,1)	1 (3,1)	1 (4)	8 (7,0)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các trường hợp tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi (78,4%), kết quả này tương đương với nghiên cứu của Jofiro[5] (78,6%), thấp hơn các nghiên cứu của Trần Nhựt Thịnh[3] (87,5%), Nguyễn Anh Tuấn[4] (86,8%), Cui-ping Zhu[8] (93,5%) và Lahmini[6] (94,2%). Điều này cho thấy trẻ em dưới 5 tuổi là nhóm tuổi có nguy cơ tử vong trong vòng 24 giờ đầu cao và cần được quan tâm chăm sóc tích cực, giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em nói chung. Việc giảm tử vong ở nhóm này đòi hỏi các can thiệp đồng bộ, bao gồm chương trình tiêm chủng, cải thiện dinh dưỡng, và đào tạo đội ngũ y tế về chẩn đoán, xử trí sớm các bệnh lý nặng.Xét về nguyên nhân tử vong, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết là hai nguyên nhân tử vong thường gặp nhất với tỷ lệ bằng nhau là 20,7%. Nghiên cứu của Trương Thị Mai Hồng[2] cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ viêm phổi và nhiễm trùng huyết lần lượt là 33,3% và 22,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn[4] cũng cho thấy viêm phổi là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất với tỷ lệ 35%. Viêm phổi và nhiễm trùng huyết là những bệnh lý rất thường gặp ở trẻ em, tiên lượng thường tốt nếu được xử trí đúng và kịp thời. Do đó, việc huấn luyện nhằm nâng cao khả năng chẩn đoán và xử trí viêm phổi và nhiễm trùng huyết cho nhân viên y tế là rất cần thiết.Nghiên cứu i cho thấy mô hình bệnh tật có sự thay đổi giữa các nhóm tuổi khác nhau, tương tự với các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới.

- Nhóm tuổi sơ sinh: kết quả từ Bảng 2 cho thấy nhóm bệnh lý chu sinh, đặc biệt là liên quan đến tình trạng non tháng, và nhiễm trùng là nguyên nhân chính gây tử vong ở nhóm tuổi

sơ sinh. Tỷ lệ tử vong do bệnh màng trong và sinh ngạt là 40,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn[4] và Trần Nhựt Thịnh[3] cũng cho thấy tỷ lệ suy hô hấp/sinh ngạt tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Lahmini[6] ghi nhận các nguyên nhân tử vong thường gặp ở lứa tuổi sơ sinh là nhiễm trùng sơ sinh 32,2%, sinh non 24,4%, sinh ngạt 15%.

- Nhóm tuổi nhũ nhi: Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh hô hấp, bệnh nhiễm trùng và các bất thường tim bẩm sinh là nguyên nhân tử vong chính ở nhóm này. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn[4] cũng ghi nhận nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất trong nhóm tuổi nhũ nhi là viêm phổi (50%), tim bẩm sinh (21,4%), tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhiễm trùng trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 7,1%. Nghiên cứu của Jofiro[5] và của Lahmini[6] cũng ghi nhận viêm phổi là nguyên nhân tử vong chính ở nhóm trẻ nhũ nhi với tỷ lệ lần lượt là 28,3% và 27,1%.

- Nhóm tuổi từ 1 đến 5 tuổi: Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng lứa tuổi từ 1 đến 5 tuổi có sự giảm tỷ lệ tử vong do nhiễm trùng huyết và viêm phổi, nhưng vẫn là 2 nguyên nhân tử vong chính. Chúng tôi cũng ghi nhận tử vong do tai nạn thường xảy ra ở nhóm tuổi này với tỷ lệ 15,6%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Tuấn[4] cũng cho thấy xu hướng tương tự với tỷ lệ tử vong do viêm phổi thấp hơn (35,3%) và gia tăng tỷ lệ tử vong do tai nạn (29,4%). Như vậy, ở lứa tuổi từ 1 – 5 tuổi, tỷ lệ tử vong do bệnh hô hấp và bệnh nhiễm trùng đã giảm so với lứa tuổi nhũ nhi nhưng vẫn là những nguyên nhân tử vong chính, đây cũng là lứa tuổi có tỷ lệ tử vong liên quan đến tai nạn cao nhất khi mà trẻ bắt đầu tò mò, tự mình khám phá môi trường xung quanh nhưng lại chưa đủ nhận thức được nguy hiểm và chưa có khả năng tự bảo vệ mình, điều này phản ánh sự cần thiết trong việc nâng cao nhận thức của phụ huynh về an toàn cho trẻ trong giai đoạn này.

- Nhóm trẻ ≥5 tuổi: Tỷ lệ tử vong do bệnh hô hấp và nhiễm trùng giảm đáng kể ở nhóm trẻ lớn hơn. Tuy nhiên, các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là viêm cơ tim và bệnh lý cơ tim, trở thành nguyên nhân tử vong chính, chiếm 36%. Bệnh ác tính như bạch cầu cấp cũng được ghi nhận với tỷ lệ 12%. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn[4] có kết quả tương đồng với chúng tôi với tỷ lệ bệnh tim mạch và bệnh ác tính lần lượt là 33,3% và 11,1%. Nghiên cứu của Jofiro[5] cũng ghi nhận nguyên nhân tử vong chính là suy tim với tỷ lệ 16,5%, tỷ lệ bệnh ác tính trong nghiên cứu này là 8,9%.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy xu hướng tử vong thay đổi theo độ tuổi, với các bệnh lý chu sinh ở trẻ sơ sinh, bệnh hô hấp và nhiễm trùng ở trẻ nhỏ, và các bệnh lý tim mạch và ác tính ở trẻ lớn hơn. Điều này gợi ý các biện pháp can thiệp y tế, hướng tiếp cận điều trị và dự phòng cần được điều chỉnh phù hợp theo nhóm tuổi để giảm thiểu tử vong ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi vẫn chiếm đa số các trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp Cứu. Viêm phổi, nhiễm trùng huyết là 2 nguyên nhân tử vong thường gặp nhất. Có sự thay đổi mô hình tử vong theo các nhóm tuổi. Cần thêm nhiều nghiên cứu về các yếu tố liên quan tử vong và các liệu pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em nói chung và trong 24 giờ đầu tại khoa cấp cứu nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Phương Hòa.** Current situation of Child health in Vietnam and interventions to improve health and reduce mortality of Children under 5 years old, moving forward achieving the sustainable development goals by 2030. Tạp chí Nhi Khoa Việt Nam. 2020;13(6):10-15.
2. **Trương Thị Mai Hồng.** Đặc điểm của các trường hợp tử vong của trẻ từ 0 đến 15 tuổi trong 24 giờ đầu nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 12/2012 đến tháng 06/2013. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2017; 452(1):23-26.
3. **Trần Nhựt Thịnh, Nguyễn Thành Nam, Tạ Văn Trầm.** Thực trạng tử vong ở bệnh nhi trong 24 giờ đầu nhập viện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tiền Giang. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2023; 530: 259-267.
4. **Nguyễn Anh Tuấn, Lê Thanh Hải, Lê Ngọc Duy.** Nguyên nhân tử vong của 68 trường hợp tại khoa Cấp Cứu, bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y Học Việt Nam.2020;495:284-287.
5. **Jofiro G, Jemal K, Beza L, Bacha Heye T.** Prevalence and associated factors of pediatric emergency mortality at Tikur Anbessa specialized tertiary hospital: a 5 year retrospective case review study. BMC Pediatr. Oct 2 2018;18(1):316. doi:10.1186/s12887-018-1287-4
6. **Lahmini W, Bourrous M.** Mortality at the pediatric emergency unit of the Mohammed VI teaching hospital of Marrakech. BMC Emerg Med. Jul 23 2020; 20(1):57. doi:10.1186/s12873-020-00352-9.
7. **Nyhq U.** Levels & Trends in Child Mortality: Report 2023: Estimates Developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. Available from: https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/. [Accessed on 10 July 2024].
8. **Zhu CP, Wu XH, Liang YT, Ma WC, Ren L.** The mortality of patients in a pediatric emergency department at a tertiary medical center in China: An observational study. World J Emerg Med. 2015; 6(3):212-6. doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2015.03.009

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐIỀU TRỊ MIỄN DỊCH BƯỚC HAI BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Phạm Thị Hằng[1], Mai Thanh Huyền[1]

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư biểu mô tế bào gan là ung thư ác tính phổ biến có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao, thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu. Điều trị ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn muộn là điều trị toàn thân bao gồm liệu pháp nhắm trúng đích và điều trị miễn dịch. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 73 tuổi, được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào tiến triển sau điều trị sorafenib, được điều trị toàn thân bằng phác đồ pembrolizumab tại Bệnh viện Hữu Nghị. ***Từ khóa:*** Ung thư biểu mô tế bào gan, điều trị toàn thân, pembrolizumab

SUMMARY

CASE REPORT: THE SECOND-LINE TREATMENT WITH IMMUNOTHERAPY IN ADVANCED STAGE HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENT

Overview: Hepatocellular carcinoma is a common malignant cancer with high risk of incidence and mortality, often diagnosed at an advanced stage, with poor prognosis. With advanced stage hepatocellular carcinoma, the main treatment is systemic therapy including targeted therapy and immunotherapy. **Case report:** A 73-year-old male patient, diagnosed with hepatocellular carcinoma who progressed after Sorafenib regimen, was treated with systemic therapy with Pembrolizumab at Friendship Hospital. ***Keywords:*** Hepatocellular carcinoma, systemic therapy, pembrolizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính với tỷ lệ tử vong cao và số người mắc hàng năm ngày càng tăng. Theo thống kê Globocan 2020 mỗi năm trên thế giới ghi nhận khoảng 906.677 ca mắc mới, đứng hàng thứ 6 về tỷ lệ mắc năm và thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư trên toàn cầu. Tại Việt Nam, ung thư biểu mô tế bào gan đứng đầu về cả tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 39/100.000 dân ở nam và 9,5/100.000 dân ở nữ.[4]

Nguyên tắc điều trị UTBMTBG phải kết hợp giữa điều trị bệnh lý khối u và bệnh lý gan nền. Phẫu thuật hay các phương pháp can thiệp tại chỗ như đốt sóng cao tần (RFA), nút mạch khối u gan (TACE) đã được chứng minh mang lại lợi ích sống thêm cho người bệnh ở giai đoạn sớm hay giai đoạn trung gian. Tuy nhiên với UTBMTBG giai đoạn muộn, bệnh có tiên lượng xấu, thời gian sống thêm ngắn, phương pháp điều trị chính vẫn là điều trị toàn thân trong đó hóa trị đã được chứng minh không mang lại hiệu quả. Với sự ra đời của các thuốc điều trị nhắm trúng đích như sorafenib hay lenvatinib đã mang lại kết quả và lợi ích sống thêm trong điều trị bước 1 cho bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn tiến triển.[2] Tuy nhiên, khi đã thất bại với điều trị bước 1, sự lựa chọn điều trị bước 2 phụ thuộc vào thể trạng, chức năng gan, khả năng dung nạp thuốc, độc tính của phác đồ cũng như thời gian sống thêm ước lượng của bệnh nhân. Trong những năm gần đây, những tiến bộ điều trị miễn dịch trong UTBMTBG đã mở ra những triển vọng đáng kể cải thiện thời gian sống thêm đồng thời mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh.

Pembrolizumab là một thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch PD-1 trên bề mặt tế bào lympho T thông qua cơ chế ngăn cản sự kết hợp giữa PD-1 và thụ thể PD-L1, PD-L2 trên bề mặt tế bào khối u. Hiệu quả và tính an toàn của thuốc đã được chứng minh qua một số nghiên cứu và thuốc đã được phê duyệt trong điều trị bước 2 UTBMTBG trên thế giới từ năm 2018. [7] Tại Việt Nam, pembrolizumab đã được Bộ y tế chấp thuận trong điều trị bước 2 UTBMTBG, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo đánh giá hiệu quả của thuốc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành báo cáo ca lâm sàng: điều trị miễn dịch bước hai bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Hữu Nghị.

II. CA LÂM SÀNG

2.1. Lâm sàng và chẩn đoán. Bệnh nhân Đỗ Văn M. 73 tuổi. Tiền sử: viêm gan B đang điều trị tenofovir 300 mg/ngày.

Tháng 05 năm 2014, bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan giai đoan trung gian, điều trị nút mạch u gan 3 lần. Năm 2016, bệnh tiến triển: tổn thương u gan gan đa ổ, di căn hạch cuống gan, bệnh nhân được điều trị sorafenib 800 mg/ngày, tác dụng phụ thường gặp: tiêu chảy độ I, hội chứng bàn tay bàn chân độ I.

Tháng 07 năm 2022, bệnh nhân xuất hiện đau ngực, khó thở, đau tức hạ sườn phải chụp CT ổ bụng: tổn thương u gan đa ổ, di căn phúc mạc, tắc hoàn toàn động mạch vành phải đã

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hằng
Email: phamthihanghmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024
Ngày duyệt bài: 5.12.2024