

- tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 516(4), <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2966>.
3. **Nguyễn Nguyễn Khải** (2023), Đánh giá kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tử cung toàn phần qua ngã bụng do u xơ tử cung tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i1.4389>.
 4. **Hà Văn Huy và các cộng sự** (2023), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân Y 103", Tạp chí Y học Việt Nam. 524(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i2.4698>.
 5. **Tamrakar, S. R.** (2019), "A Comparative Study Of Surgical Outcome In Different Approaches For Hysterectomy", Journal of Nepalgunj Medical College, 17, pp. 28-33. DOI: <https://doi.org/10.3126/jngmc.v17i1.25312>.
 6. **Kumara, S. K. W. R. and Hemapriya, S.** (2021), "Outcome assessment of total abdominal hysterectomy vs ascending vaginal hysterectomy", Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology, <http://doi.org/10.4038/sljog.v43i2.7995>.
 7. **He Hongying et al.** (2016). "Comparison of the short-term and long-term outcomes of laparoscopic hysterectomies and abdominal hysterectomies: a case study of 4,895 patients in the Guangxi Zhuang Autonomous Region, China", Chinese Journal of Cancer Research. 28(2), p. 187, [10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.06](https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.06).
 8. **Gingold, Julian A, et al.** (2019). "Perioperative interventions to minimize blood loss at the time of hysterectomy for uterine leiomyomas: a systematic review and meta-analysis", Journal of Minimally Invasive Gynecology. 26(7), pp. 1234-1252. e1, <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.04.021>.
 9. **Nagata, Hiroki, et al.** (2019), "Comparison of total laparoscopic hysterectomy with abdominal total hysterectomy in patients with benign disease: a retrospective cohort study", Yonago Acta Medica, 62(4), pp. 273-277, <https://doi.org/10.33160/yam.2019.11.002>.
 10. **Elmizzadeh, Khadijeh et al.** (2022). "Comparing the outcomes of fast-track hysterectomy and routine abdominal hysterectomy," Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 7(3), pp. 158-164, <https://doi.org/10.30699/jogcr.7.3.158>.

KẾT QUẢ LIÊN VẾT THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT U NÃO ĐÃ XẠ TRỊ

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Thị Cẩm Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả liền vết thương ở bệnh nhân sau phẫu thuật u não đã xạ trị. **Đối tượng, phương pháp:** Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật sọ não tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023. Bệnh nhân có tiền sử xạ trị hoặc hóa xạ trị tại sọ não (trùng vị trí dự kiến phẫu thuật). Tình trạng toàn thân tốt (Karnofsky trên 70 điểm). Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng số 30 bệnh nhân, tuổi trung bình: 42±15,4, nhỏ nhất là 16 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Nam giới 14/30 bệnh nhân (47,7%), nữ giới (53,3%). Tất cả các bệnh nhân đã được chiếu xạ vùng phẫu thuật (100%), có 23/30 bệnh nhân (76,7%) bệnh nhân u thần kinh đệm ác tính tái phát, và 6/30 bệnh nhân ung thư di căn não (20%). Kết quả liền vết thương: 73,3% liền vết thương tốt, 20% chậm liền vết thương, không liền vết thương và hoại tử da (6,7%). Nhóm phẫu thuật sau xạ trị 12 tuần (chiếm 63,3%) có tỷ lệ liền vết thương tốt là 18/19 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân liền chậm vết thương. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm dưới

12 tuần sau xạ trị (chiếm 36,7%) có kết quả liền vết thương tốt là 4 bệnh nhân (13,3%), liền chậm trong 3-4 tuần (16,7%), có 2 bệnh nhân không liền vết thương do hoại tử da vùng chiếu xạ, lộ xương sọ (6,7%). **Kết luận:** thời điểm phẫu thuật trong vòng 12 tuần sau xạ trị các khối u não ảnh hưởng đến kết quả liền vết thương.

Từ khóa: u não, xạ trị, liền vết thương

SUMMARY

WOUND HEALING RESULTS IN PATIENTS AFTER BRAIN TUMOR SURGERY WHO RECEIVED RADIOTHERAPY

Objective: to evaluate the wound healing results in patients after brain tumor surgery who received radiotherapy. **Subjects and methods:** patients who underwent brain surgery at K Hospital from November 2022 to October 2023. Patients with a history of radiotherapy or chemo-radiotherapy in the brain (same location as the planned surgery). Good general condition (Karnofsky score above 70 points). Retrospective, cross-sectional study. **Results:** Total of 30 patients, mean age: 42±15.4, youngest 16 years old, oldest 73 years old. Male 14/30 patients (47.7%), female (53.3%). All patients in this study had undergone irradiation of the surgical area (100%), 23/30 patients (76.7%) had recurrent malignant glioma, and 6/30 patients with brain metastases(20%). Wound healing results: 73.3% had good, 20% had delayed wound healing, no wound

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

healing and skin necrosis (6.7%). The surgical group after 12 weeks of radiation therapy (63.3%) had a good wound healing rate of 18/19 patients, with 1 patient having delayed wound healing. The group of patients who had surgery less than 12 weeks after radiation therapy (36.7%) had good wound healing results of 4 patients (13.3%), slow healing within 3-4 weeks (16.7%), and 2 patients had no wound healing due to skin necrosis in the irradiated area, exposed skull bone (6.7%). **Conclusion:** The timing of surgery within 12 weeks after radiotherapy for brain tumors affects wound healing results. **Keywords:** brain tumor, radiotherapy, wound healing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp điều trị hiện tại cho khối u nội sọ bao gồm cắt bỏ bằng phẫu thuật kết hợp với hóa trị bổ trợ và xạ trị để loại bỏ các khối u còn sót lại. Những tiến bộ trong điều trị khối u não đã cải thiện khả năng sống sót của bệnh nhân, nhưng tỷ lệ biến chứng lâu dài liên quan đến xạ trị cũng tăng lên. Tổn thương mạch máu và lắng đọng collagen bất thường do cytokine được cho là những quá trình chính liên quan đến sự phát triển của xơ hóa do xạ trị (RIF) và các thay đổi mô xơ cứng và teo, được coi là biến chứng muộn. Hoại tử xương do xạ trị, không liền vết thương ở vùng da đã chiếu xạ dẫn đến lộ xương, nhiễm trùng xương sọ là một biến chứng muộn tàn khốc khác có thể xảy ra ở mô xương sau khi chiếu xạ; một khi đã phát triển, nó dễ bị nhiễm trùng và việc điều trị bảo tồn rất khó khăn^{1,2,3}.

Do đó, thời điểm can thiệp phẫu thuật vùng từng điều trị hóa xạ trị cần tính toán kỹ, cũng như cách thức phẫu thuật cho phù hợp với tình trạng từng người. Việc xử lý các vết thương da da đầu không liền sau khi chiếu xạ rất khó khăn, đặc biệt là ở những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật khối u nội sọ. Ở đây, chúng tôi trình bày kinh nghiệm lâm sàng của mình về chiến lược lựa chọn đường mổ, cũng như chăm sóc sau mổ

cho các bệnh nhân sau phẫu thuật u não đã xạ trị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả liền vết thương sau phẫu thuật u não ở người bệnh đã xạ trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật sọ não tại khoa ngoại thần kinh, bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 10/2023. Bệnh nhân có tiền sử xạ trị hoặc hóa xạ trị tại sọ não (trùng vị trí dự kiến phẫu thuật). Tình trạng toàn thân tốt (Karnofsky trên 70 điểm)

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân chỉ điều trị hóa chất đơn thuần trước mổ. Bệnh nhân lú lẫn, không giao tiếp được.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được đánh giá tình trạng liền vết thương từ sau mổ cho đến khi ra viện. Xử lý số liệu dựa vào thuật toán thống kê thường quy, ứng dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tổng số 30 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình: 42±15,4, nhỏ nhất là 16 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Nam giới 14/30 bệnh nhân (47,7%), nữ giới (53,3%).



Hình 1: Xử lý vết thương không liền ở bệnh nhân đã xạ trị: cắt bỏ phần da hoại tử đến tổ chức da lành, xoay vạt da có cương liên tốt, ghép dày vùng da khuyết.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước và trong mổ (N=30)

Đặc điểm	Phẫu thuật ở thời điểm <12 tuần sau xạ trị	Phẫu thuật ở thời điểm >12 tuần sau xạ trị
- Rạch da ngoài ngoài vết mổ cũ, ngoài vùng chiếu xạ	8 (26,7%)	15 (50%)
- Rạch da theo vết mổ cũ, trong vùng chiếu xạ trị	3 (10%)	4 (13,3%)
- U thần kinh đệm ác tính tái phát	9 (30%)	14 (46,7%)
- U não di căn đã xạ trị	2 (6,7%)	4 (13,3%)
- U não độ 2 đã xạ trị, tái phát	0 (0%)	2 (6,7%)
Đặc điểm liền vết thương		
- Vết thương liền tốt	4 (13,3%)	18 (60%)
- Vết thương liền chậm trong 3-4 tuần	5 (16,7%)	1 (3,3%)
- Vết thương không liền, hoại tử da	2 (6,7%)	0 (0%)

Trong nghiên cứu này, có 2 bệnh nhân không liền vết thương sau 4 tuần chăm sóc, biểu

hiện hoại tử da vùng chiếu xạ, lộ xương (như hình minh họa (hình 1)). Cả hai bệnh nhân này

đều nằm ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật trong vòng 12 tuần sau chiếu xạ. Bệnh nhân được mổ lại, cắt bỏ xương viêm hoại tử, cắt bỏ vùng da hoại tử do chiếu xạ. Xoay vạt da lành che phủ vùng mổ, vùng lấy da xoay có khuyết hồng, được vá khuyết hồng bằng ghép da dày. Bệnh nhân liền vết thương sau phẫu thuật 2 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, đa số các bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm trên 12 tuần sau khi kết thúc xạ trị (63,3%). Nhóm phẫu thuật trong vòng 12 tuần sau xạ trị là 36,7%, đây là nhóm bệnh nhân mới kết thúc quá trình điều trị hóa xạ trị đồng thời hoặc xạ trị, triệu chứng tăng áp lực nội sọ tiến triển, nên phải tiến hành phẫu thuật ngay để giải quyết triệu chứng cấp tính. Sự tiến triển của các khối u, cần phải phẫu thuật trong 12 tuần sau xạ trị chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân u não ác tính (bảng 1), trong nghiên cứu này có 2 bệnh nhân u thần kinh đệm độ 2 tái phát và tiến triển trong 3 tháng sau xạ trị cũng được đưa vào nghiên cứu, do đây vẫn là thời gian xạ trị có tác dụng mạnh mẽ lên tổ chức mô vùng chiếu xạ. Cả 2 bệnh nhân u thần kinh đệm độ 2 tái phát đều nằm ở trung tâm đường giữa, tiến triển sau thời gian điều trị gây tăng áp lực nội sọ, đã được phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp, sinh thiết lại tổn thương (kết quả chuyển dạng u thần kinh đệm độ cao). Cần cân nhắc một số điều khi điều về lựa chọn vùng rạch da đầu do xạ trị ở những bệnh nhân bị khối u nội sọ. Đầu tiên, cần loại trừ khả năng khối u tái phát vì nó có thể bắt chước tác động của xạ trị lên các mô. Thứ hai, vì vạt xương, và vạt da đầu được tạo ra trong quá trình phẫu thuật sọ não có mạch máu kém nên hoại tử da hoặc không liền vết thương hoặc hoại tử xương sọ vùng chiếu xạ có khả năng phát triển sau khi chiếu xạ. Do đó, việc quản lý thích hợp các vạt xương là điều cần thiết để vết thương mau lành. Thứ ba, tái tạo da đầu có nguy cơ biến chứng tương đối cao¹⁰. Hơn nữa, những thay đổi xơ hóa sau khi chiếu xạ khiến cho khiếm khuyết da đầu khó liền lại lại theo chu kỳ sinh lý bình thường (liền vết thương 5-14 ngày). Do đó, các chiến lược phẫu thuật thông thường để tái tạo da đầu không thể áp dụng trong những tình huống này.

Nhóm bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm dưới 12 tuần sau xạ trị (36,7%): có 3 bệnh nhân rạch da vùng vết mổ cũ và trong vùng chiếu xạ (10%), 8 bệnh nhân được rạch da rộng ra ngoài vùng chiếu xạ (26,7%). Kết quả liền vết thương tốt là 4 bệnh nhân (13,3%), liền chậm trong 3-4 tuần (16,7%), có 2 bệnh nhân không liền vết

thương do hoại tử da vùng chiếu xạ, lộ xương sọ (6,7%). Cả hai bệnh nhân này đều được rạch da ở vùng chiếu xạ. Bệnh nhân được mổ lại, cắt bỏ xương viêm hoại tử, cắt bỏ vùng da hoại tử do chiếu xạ. Xoay vạt da lành che phủ vùng mổ, vùng lấy da xoay có khuyết hồng, được vá khuyết hồng bằng ghép da dày. Bệnh nhân liền vết thương sau phẫu thuật 2 tuần. Trước đây, đã có những nghiên cứu về tái tạo các khuyết tật da đầu hoặc xử lý các vết thương do bức xạ gây ra^{5,6,7}. Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào tập trung vào điều trị phẫu thuật các vết thương da đầu khó chữa do bức xạ khởi phát muộn ở những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật sọ não để cắt bỏ khối u não. Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày những bài học kinh nghiệm từ kinh nghiệm lâm sàng của mình và đề xuất các nguyên tắc phẫu thuật để hỗ trợ các bác sĩ phẫu thuật trong việc lập kế hoạch chiến lược điều trị. Nên cố gắng đóng vết thương bằng phương pháp đơn giản nhất có thể, theo khái niệm về thang tái tạo. Nếu không thể đóng vết thương ban đầu, nên thực hiện ghép da hoặc vạt da tại chỗ. Ghép da không khả thi trong hầu hết các trường hợp của chúng tôi, vì vết thương không cung cấp một nền tảng đáng tin cậy để ghép. Vạt da tại chỗ là tiêu chuẩn vàng để điều trị các khuyết tật da đầu có kích thước vừa phải vì nó cung cấp khả năng che phủ mô mềm có tóc đáng tin cậy. Điều quan trọng cần lưu ý là nó có tỷ lệ thành công thấp ở những vết thương đã được chiếu xạ trước đó, chủ yếu là do mô được chiếu xạ có lượng tưới máu giảm và độ đàn hồi của mô kém do xơ hóa sau xạ trị^{8,9,10}.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều đã được chiếu xạ vùng phẫu thuật (100%), trong đó nhóm phẫu thuật sau xạ trị 12 tuần có tỷ lệ liền vết thương tốt là 18/19 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân liền chậm vết thương, và không có bệnh nhân nào không liền vết thương. Có sự khác biệt về tình trạng hoại tử da cũng như không liền vết thương giữa hai nhóm phẫu thuật trước 12 tuần sau xạ trị và 12 tuần sau xạ trị. Việc rạch da vùng đã chiếu xạ làm gia tăng khả năng khó liền vết thương và nhiễm trùng tại do xạ trị có những ảnh hưởng nặng nề như teo da, tổn thương vi mạch, xơ hóa mô mềm. Những vết thương này mất nhiều thời gian để chữa lành và đôi khi không lành. Varga.E⁵ nghiên cứu sự khác biệt của việc lành vết thương trên người bệnh ung thư cột sống xạ trị trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể. Thực tế này tạo cơ sở cho các quy trình hiện tại trong xạ trị ung thư, trong đó liệu tích lũy được chia nhỏ và kéo dài trong một

khoảng thời gian để giảm thiểu độc tính tổng thể. Hầu hết bức xạ trị liệu được cung cấp ở dạng 20 đến 30 phần từ 200 đến 300 rads, giới hạn ở liều tích lũy từ 6000 rads trở xuống, trong khoảng thời gian 5 đến 6 tuần, và tác dụng mạnh của tia xạ còn kéo dài đến 12 tuần sau khi kết thúc chiếu xạ. Quá trình oxy hóa và tưới máu mô cũng rất quan trọng: mô thiếu oxy có khả năng kháng tia xạ tốt hơn mô có mạch máu. Một lưu ý tương tự, các mô đang phân chia tích cực dễ bị tổn thương hơn các tế bào nghỉ ngơi: các tế bào trong giai đoạn G2-M của chu kỳ tế bào là nhạy cảm nhất bị tổn thương do bức xạ, trong khi các tế bào ở pha S ít nhạy cảm nhất. Trong sinh học khối u, quan sát này có ý nghĩa lâm sàng, vì các tế bào ung thư phân chia nhanh sẽ dễ bị tổn thương tế bào do bức xạ hơn; tuy nhiên, các mô khỏe mạnh có tốc độ thay đổi cao như biểu mô hoặc niêm mạc cũng sẽ bị tổn thương, điều này cuối cùng có thể dẫn đến quá trình lành vết thương chậm lại. Nghiên cứu của Payne.WG⁴ Tác động của bức xạ đến quá trình lành vết thương chủ yếu phụ thuộc vào tổng lượng phơi nhiễm bức xạ cũng như thời gian và thời gian điều trị tổng thể. Xạ trị trước phẫu thuật thường xảy ra từ 3 đến 6 tuần trước khi phẫu thuật. Khi dùng liều lớn hơn 50 Gy, hoặc điều trị ít hơn 3 tuần trước khi phẫu thuật, thì các biến chứng vết thương sẽ gia tăng đáng kể^{8,10}. Trong những tình huống này, ngay cả việc chuyển mô khỏe mạnh từ bên ngoài trường chiếu xạ dẫn đến quá trình lành vết thương chậm so với quá trình lành vết thương khi sử dụng xạ trị sau phẫu thuật. Ít biến chứng vết thương hơn đã được chứng minh khi chọn phương pháp xạ trị sau phẫu thuật. Vì việc tiếp xúc với bức xạ cấp tính làm chậm quá trình lành vết thương do ảnh hưởng lên da, mô liên kết và mạch máu, nên rất hợp lý khi kết luận rằng những ảnh hưởng lên vết thương đang lành có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân phải phẫu thuật sau xạ trị 1-2 tuần, nguy cơ rất cao trong việc liền vết thương, bệnh nhân đã có xạ trị xong phẫu thuật tại vị trí đấy cũng sẽ có nhiều khó khăn trong công tác điều trị, chăm sóc lành vết thương. Hầu hết các tác giả cho rằng tắc mạch máu tiến triển là nguyên nhân chính nguyên nhân khiến vết thương kém lành ở các mô bị chiếu xạ, những người khác cho rằng tổn thương ở lớp đáy của biểu bì có thể đóng vai trò chính trong tổn thương do bức xạ mãn tính. Một khả năng khác là bức xạ có thể có tác động trực tiếp lên các thành phần khác của vết thương, chẳng hạn như collagen, với tổn

thương mạch máu là tình trạng thứ phát. Các biến chứng của quá trình lành vết thương trở nên trầm trọng hơn do tiếp xúc với bức xạ ở da, mô liên kết và mạch máu bên dưới. Về mặt lâm sàng, việc tiếp xúc với bức xạ trước đó đã được chứng minh là làm tăng tỷ lệ hỏng vạt, rò rỉ, hoại tử vết thương, chậm lành hoặc kéo dài quá trình lành vết thương, nhiễm trùng và phơi nhiễm các cấu trúc quan trọng. Đáng chú ý, quá trình lành vết thương bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi bức xạ ion hóa khi phẫu thuật. được thực hiện trước 12 tuần sau khi xạ trị^{4,5,6,8}.

Trong nghiên cứu này có 23/30 bệnh nhân (76,7%) bệnh nhân u thần kinh đệm ác tính tái phát, và 6/30 bệnh nhân ung thư di căn não đã xạ trị (20%) đang điều trị hóa chất đường truyền tĩnh mạch hoặc uống hóa chất duy trì (Temozolomide). Tác dụng của hóa chất có thể làm suy giảm miễn dịch, giảm bạch cầu trung tính, do đó làm chậm liền vết mổ trên những đối tượng này. Nghiên cứu của Payne cho thấy rằng nên phẫu thuật sau điều trị hóa chất 30 ngày hoặc sớm nhất 14 ngày sau hóa trị sẽ làm giảm tỷ lệ liền chậm vết thương⁴.

Trong nghiên cứu này, có 6/30 bệnh nhân (20%) chậm liền vết thương sau phẫu thuật, bệnh nhân không liền vết thương và hoại tử da (6,7%); do vậy việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật, lựa chọn đường rạch da ngoài vùng chiếu xạ, và theo dõi sát vết mổ, chăm sóc dinh dưỡng tốt sẽ giúp làm giảm tỷ lệ chậm liền vết thương hoặc không liền vết thương. Các tác giả cho rằng: các bệnh nhân điều trị ung thư bằng hóa xạ trị, cần phải được bổ sung dinh dưỡng đầy đủ bằng đường uống hay đường tĩnh mạch nếu đường uống không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng của cơ thể

V. KẾT LUẬN

Tổng số 30 bệnh nhân, tuổi trung bình: $42 \pm 15,4$, nhỏ nhất là 16 tuổi, cao nhất là 73 tuổi. Nam giới 14/30 bệnh nhân (47,7%), nữ giới (53,3%). Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều đã được chiếu xạ vùng phẫu thuật (100%), có 23/30 bệnh nhân (76,7%) bệnh nhân u thần kinh đệm ác tính tái phát, và 6/30 bệnh nhân ung thư di căn não đã xạ trị (20%). Kết quả liền vết thương: 73,3% liền vết thương tốt, 20% chậm liền vết thương, không liền vết thương và hoại tử da (6,7%). Nhóm phẫu thuật sau xạ trị 12 tuần (chiếm 63,3%) có tỷ lệ liền vết thương tốt là 18/19 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân liền chậm vết thương. Nhóm bệnh nhân phẫu thuật ở thời điểm dưới 12 tuần sau xạ trị (chiếm 36,7%) có kết quả liền vết thương tốt là 4 bệnh

nhân (13,3%), liền chậm trong 3-4 tuần (16,7%), có 2 bệnh nhân không liền vết thương do hoại tử da vùng chiếu xạ, lộ xương sọ (6,7%). Do vậy, thời điểm phẫu thuật trong vòng 12 tuần sau xạ trị ảnh hưởng đến kết quả liền vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stone H. B., Coleman C. N., Anscher M. S., and McBride W. H.** Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanisms, *The Lancet Oncology* (2003) 4, no. 9, 529–536.
2. **Stubblefield M. D.** Radiation fibrosis syndrome: neuromuscular and musculoskeletal complications in cancer survivors. *PM & R* (2011) 3, no. 11, 1041–1054.
3. **Marx R. E.** Osteoradionecrosis: a new concept of its pathophysiology. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. (1983) 41, no. 5, 283–288.
4. **Payne WG, Naidu DK, Wheeler CK, Barkoe D, Mentis M, Salas RE, Smith DJ Jr, Robson MC.** Wound healing in patients with cancer. *Eplasty*. 2008 Jan 11;8:e9. PMID: 18264518; PMCID: PMC2206003.
5. **Vargas E, Mummaneni PV, Rivera J, Huang J, Berven SH, Braunstein SE, Chou D.** Wound complications in metastatic spine tumor patients with and without preoperative radiation. *J Neurosurg*

Spine. 2022 Sep 30;38(2):265-270. doi: 10.3171/2022.8.SPINE22757. PMID: 36461846.

6. **Mendelsohn, Felicia A., et al.** Wound care after radiation therapy. *Advances in skin & wound care* 15.5 (2002): 216-224.
7. **Iblher N., Ziegler M. C., Penna V., Eisenhardt S. U., Stark G. B., and Bannasch H.** An algorithm for oncologic scalp reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2010, 126, no. 2, 450–459, <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e09515>, 2-s2.0-77955364170, 20679829.
8. **Janus J. R., Peck B. W., Tombers N. M., Price D. L., and Moore E. J.** Complications after oncologic scalp reconstruction: a 139-patient series and treatment algorithm. *The Laryngoscope*. (2015) 125, no. 3, 582–588.
9. **Nayven M. T., Billington A., and Habal M. B.** Osteoradionecrosis of the skull after radiation therapy for invasive carcinoma. *The Journal of Craniofacial Surgery*. (2011) 22, no. 5, 1677–1681, <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31822e5f83>, 2-s2.0-80053525800, 21959411.
10. **Kim, Jinhvun, Ahn, Kvang Chan, Chana, Hak, Jeona, Jae Hoon, Pak, Chanasik John, Kim, Byung Jun,** Surgical Treatment of Radiation-Induced Late-Onset Scalp Wound in Patients Who Underwent Brain Tumor Surgery: Lessons from a Case Series. *BioMed Research International*, 2022, 3541254, 7 pages.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TIÊU CHẢY KÉO DÀI Ở TRẺ NHỮ NHỊ CÓ MẸ MẮC COVID-19 THAI KỲ

Trần Minh Điển¹, Đặng Thuý Hà¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023 trên 158 trẻ nhũ nhi mắc tiêu chảy kéo dài (62 trẻ có mẹ mắc COVID-19 thai kỳ và 96 trẻ có mẹ không mắc). Phân tích đa biến sau hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu cho thấy nhóm có mẹ mắc COVID-19 thai kỳ có nguy cơ cao hơn có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: phân nhiều nhầy (aOR=2,2; 95% CI: 1,3-3,7; p=0,003), số lần đi ngoài ≥ 6 lần/ngày (aOR=2,0; 95% CI: 1,2-3,3; p=0,009), và tiền sử mắc bệnh trong 2 tháng đầu (aOR=1,9; p=0,008). Các đặc điểm khác như phân typ 5A/5B (aOR=1,8), phân có máu (aOR=1,7), thiếu máu (aOR=1,7) và thiếu sắt (aOR=1,8) cũng có nguy cơ cao hơn (p<0,05). Những phát hiện này gợi ý sự tồn

tại của một vòng xoắn bệnh lý, trong đó rối loạn hệ vi sinh đường ruột và suy giảm miễn dịch do COVID-19 thai kỳ có thể dẫn đến và duy trì tình trạng viêm mạn tính ở trẻ. **Từ khóa:** COVID-19 thai kỳ, tiêu chảy kéo dài, hệ vi sinh vật đường ruột, tình trạng viêm, vi chất dinh dưỡng.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PERSISTENT DIARRHEA IN INFANTS OF MATERNAL COVID-19 PREGNANCIES

A comparative cross-sectional study was conducted at Vietnam National Children's Hospital from July 2022 to July 2023, involving 158 infants with prolonged diarrhea (62 born to mothers with COVID-19 during pregnancy and 96 controls). Multivariate analysis, after adjusting for confounding factors, revealed that infants born to mothers with COVID-19 during pregnancy had significantly higher risks of: mucous stools (aOR=2.2; 95% CI: 1.3-3.7; p=0.003), stool frequency ≥6 times/day (aOR=2.0; 95% CI: 1.2-3.3; p=0.009), and history of illness in the first two months (aOR=1.9; p=0.008). Other characteristics including type 5A/5B stools (aOR=1.8), bloody stools

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điển

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 14.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025