

an toàn vẫn cần được chú trọng, đặc biệt là nguy cơ nhiễm trùng. Việc quản lý các tác dụng phụ và theo dõi sát sao tình trạng sức khỏe của bệnh nhân là cần thiết để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất với sự an toàn tối đa. Các bác sĩ lâm sàng cần cân nhắc kỹ lưỡng giữa lợi ích điều trị và nguy cơ rủi ro, đảm bảo rằng bệnh nhân nhận được sự chăm sóc phù hợp, đồng thời xây dựng chiến lược điều trị phù hợp với từng bệnh nhân cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A.** Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2011;140(6):1785-1794.e4.
2. **Hanauer SB, Feagan BG, Lichtenstein GR, et al.** Maintenance infliximab for Crohn's disease: the ACCENT I randomised trial. *The Lancet*. 2002;359(9317):1541-1549.
3. **Jangi S, Ruan A, Korzenik J, de Silva P.** South Asian Patients With Inflammatory Bowel Disease in the United States Demonstrate More Fistulizing and Perianal Crohn Phenotype. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2020;26(12):1933-1942.
4. **Nguyễn Thái Duy.** Đặc Điểm Lâm Sàng và Cận Lâm Sàng Của Bệnh Nhân Viêm Ruột Mạn Tính. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
5. **Roblin X, Marotte H, Leclerc M, Del Tedesco E, et al.** Combination of C-reactive protein, infliximab trough levels, and stable but not transient antibodies to infliximab are associated with loss of response to infliximab in inflammatory bowel disease. *J. Crohn's Colitis* 2015, 9, 525–531.
6. **Lichtenstein GR, Feagan BG, Cohen RD, et al.** Serious Infection and Mortality in Patients With Crohn's Disease: More Than 5 Years of Follow-Up in the TREATTM Registry. *American Journal of Gastroenterology*. 2012;107(9):1409-1422.
7. **Colombel JF, Panaccione R, Bossuyt P, et al.** Effect of tight control management on Crohn's disease (CALM): a multicentre, randomised, controlled phase 3 trial. *The Lancet*. 2017;390(10114):2779-2789.
8. **Panaccione R, Ghosh S, Middleton S, et al.** Combination Therapy With Infliximab and Azathioprine Is Superior to Monotherapy With Either Agent in Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. 2014;146(2):392-400.e3.

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM TOÀN BỘ CỦA BỆNH NHÂN U NGUYÊN TỦY BÀO Ở TRẺ EM SAU PHẪU THUẬT VÀ HÓA XẠ TRỊ BỔ TRỢ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh của bệnh nhân u nguyên tủy bào được phẫu thuật và hóa xạ trị bổ trợ tại bệnh viện K. **Phương pháp:** Gồm các bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2023. Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Các bệnh nhân được khám lại và đánh giá kết quả điều trị bằng khám lâm sàng và chụp phim cộng hưởng từ kiểm tra. **Kết quả:** Tổng số 45 bệnh nhân, tuổi trung bình là 9,09 tuổi. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (PFS) sau 5 năm lần lượt là 54,3% và 62,0%. Nhóm u nguyên tủy bào nguy cơ cao OS là 34,3 tháng, nhóm nguy cơ trung bình 64,7 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Nhóm lấy toàn bộ u có OS là 53,9 tháng, nhóm lấy gần toàn bộ (51 tháng) và nhóm lấy một phần u có OS là 16,6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$. Nhóm không di căn tủy sống có OS là 61,3 tháng, nhóm có di căn tủy sống là 19,4 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian

Nguyễn Đức Liên¹, Hoàng Thị Thùy Linh¹

sống thêm theo lứa tuổi và giải phẫu bệnh ($p>0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm điều trị đa mô thức u nguyên tủy bào lần lượt là 54,3% và 62,0%. **Từ khóa:** u nguyên tủy bào, thời gian sống thêm toàn bộ, hóa xạ trị.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL OF CHILDREN WITH MEDULLOBLASTOMA POST SURGERY, ADJUVANT CHEMOTHERAPY AND RADIOTHERAPY

Objective: To evaluate the overall survival and disease-free survival of children with medulloblastoma treated with surgery, adjuvant chemotherapy and radiotherapy at K Hospital. **Methods:** Medulloblastoma patients underwent multimodality treatment at K Hospital from January 2019 to December 2023. A retrospective descriptive study. Patients were re-examined and evaluated the treatment results by clinical examination and MRI scan. **Results:** A total of 45 patients, mean age was 9.09 years. The 5-year overall survival (OS) and disease-free survival (PFS) rates were 54.3% and 62.0%, respectively. The OS of high-risk medulloblastoma group was 34.3 months, the intermediate-risk group was 64.7 months, the difference was statistically significant with $p=0.001$. The overall survival in the total tumor resection group was 53.9 months, the near-total tumor resection group (51 months) and the partial tumor resection

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

group (16.6 months), the difference was statistically significant with $p=0.002$. The OS in the group without spinal cord metastasis was 61.3 months, the group with spinal cord metastasis was 19.4 months, the difference was statistically significant with $p<0.01$. There was no statistically significant difference in survival time according to age and pathology ($p>0.05$). **Conclusion:** The 5-years overall survival of multimodality treatment for medulloblastoma were 54.3% and 62.0%, respectively. **Keywords:** medulloblastoma, overall survival, chemoradiotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên tủy bào (Medulloblastoma) là khối u não ác tính phổ biến nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 15-20% tổng số các khối u nguyên phát của hệ thần kinh trung ương và 30 - 40% các u ở vùng hố sau^{1,2}. Về điều trị, đây là bệnh lý ác tính, điều trị bằng phẫu thuật, sau đó điều trị bổ trợ bằng hóa chất, xạ trị. Việc lựa chọn phác đồ điều trị dựa vào phân tầng nguy cơ, có ba nhóm: nguy cơ chuẩn, nguy cơ cao và trẻ dưới 3 tuổi với các phác đồ điều trị khác nhau. Phân tầng nguy cơ dựa vào: thể giải phẫu bệnh, độ lan rộng của khối u trên phim cộng hưởng từ và tế bào học dịch não tủy (hệ thống phân loại Chang), mức độ cắt bỏ khối u và độ tuổi của bệnh nhân khi chẩn đoán^{2,10}. Việc áp dụng điều trị phối hợp đa mô thức bao gồm: phẫu thuật, xạ trị và hóa trị hiện đã được áp dụng rộng rãi ở Việt Nam. Tuy nhiên, ít có các nghiên cứu về tỷ lệ sống thêm toàn bộ, tỷ lệ sống thêm không bệnh của điều trị đa mô thức bệnh u nguyên tủy bào. Do vậy chúng tôi làm đề tài này nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả điều trị hóa xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật u nguyên tủy bào tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm tất cả các bệnh nhân đã được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh là u nguyên tủy bào. Được điều trị hóa xạ trị bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến 12/2023. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp cộng hưởng từ

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các bệnh nhân không điều trị đủ phác đồ hóa chất hoặc

thời gian chiếu xạ bị ngắt quãng quá 2 tuần. Loại trừ bệnh nhân thiếu phim cộng hưởng từ đánh giá tình trạng di căn tủy sống trước điều trị bổ trợ hóa xạ trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện.

Thu thập dữ liệu theo mẫu bệnh án thống nhất. Các bệnh nhân được ghi nhận các kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh, các phác đồ điều trị hóa chất, xạ trị dựa vào hồ sơ lưu trữ.

U nguyên tủy bào được phân loại thành 4 nhóm giải phẫu bệnh theo WHO 2021: dạng cổ điển, dạng nốt, dạng nốt lan rộng, tế bào lớn/bất thực sản.

Các bệnh nhân được đánh giá bằng khám lâm sàng và chụp phim cộng hưởng từ kiểm tra, đánh giá tái phát, di căn.

2.3. Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê thường quy, áp dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: Tổng số có 45 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình $9,09 \pm 3,28$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 3-6 tuổi chiếm 14/45 (31,1%), nhóm tuổi 7-15 tuổi (68,9%). Bệnh nhân nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi. Có 25/45 bệnh nhân nam (55,6%), có 20/45 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 44,4%.

Mức độ lấy u: có 22/45 bệnh nhân được phẫu thuật lấy toàn bộ u, chiếm tỉ lệ 48,9%; có 20/45 bệnh nhân được mổ cắt u gần toàn bộ do một phần u dính vào sàn não thất IV chiếm tỉ lệ 44,4%; có 3/45 bệnh nhân được mổ lấy 1 phần u vì bệnh nhân nhỏ tuổi và chảy máu nhiều trong quá trình cắt u, chiếm tỉ lệ 6,7%; không có bệnh nhân nào chỉ mổ sinh thiết u

Kết quả điều trị: Có 14/45 bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi chiếm 31,1%; nguyên nhân do bệnh tiến triển nặng lên chiếm 10/14 (71,4%) các ca bệnh. Thời gian tử vong sớm nhất là sau 2 tháng kể từ lúc kết thúc điều trị hóa xạ trị.

Bảng 1: Kết quả điều trị và số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị

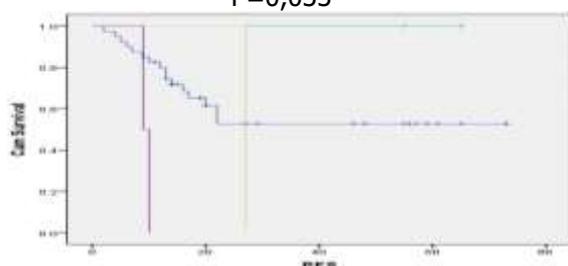
	OS 5 năm (%)	p	PFS 5 năm (%)	p
Nam	54,9±13,7	0,399	46,2 ± 13,3	0,333
Nữ	53,5±17,5		56,7 ± 11,6	
Trẻ 3 - 6 tuổi	60,6±13,8	0,105	22±17,1	0,007
Trẻ từ 7 tuổi trở lên	55,8±13,1		60,5±9,6	
Nhóm nguy cơ trung bình	80,4±10,4	0,001	69,9±10,8	0,003
Nhóm nguy cơ cao	21,7±16,5		27,6±11	
Lấy toàn bộ u	73,2±12,1	0,002	50,8±12,5	0,076
Lấy gần toàn bộ u	49±16,7		60,5±12	

Lấy một phần u	0		0	
Di căn trực não tủy	0	0,0001	11,4±10,5	0,0001
Không di căn trực não tủy	68,2±12,7		64,4±9,5	

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình của nhóm u nguyên tủy bào cổ điển là 53,9 ± 4,7 tháng, 3 nhóm còn lại là 43,7±10,5 tháng



P=0,033



P=0,036

Biểu đồ 1: So sánh OS, PFS theo phân nhóm giải phẫu bệnh cổ điển và 3 nhóm giải phẫu bệnh khác

Thời gian sống thêm theo di căn trực não tủy: có 13/45 bệnh nhân (28,9%) có di căn rơi trực não tủy tại thời điểm chẩn đoán. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm không di căn tủy sống là 61,3 tháng, nhóm có di căn tủy sống là 19,4 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: tổng cộng có 45 bệnh nhân được phân tích trong nghiên cứu này. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 9,09 tuổi, trong đó chiếm chủ yếu là nhóm trẻ từ 7 – 15 tuổi (68,9%). Bệnh nhân nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi; có 25/45 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 55,6%, có 20/45 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 44,4%, tỉ lệ nam/nữ là 1,25/1. Nghiên cứu của Kumar⁶ (2015): tuổi trung bình 5 tuổi. Sự khác biệt là do nhóm nghiên cứu chọn những bệnh nhân được điều trị bổ trợ hoá chất và tia xạ nên những bệnh nhân dưới 3 tuổi đã loại ra khỏi nhóm do không tia xạ.

Trong nghiên cứu này có 14/45 bệnh nhân đã tử vong chiếm tỷ lệ 31,1%, tất cả các bệnh nhân này có u tiến triển hoặc tái phát sau điều trị. Có 22/45 bệnh nhân chiếm 48,9% có kết quả

điều trị tốt, bệnh nhân có thể sinh hoạt và học tập như bình thường, và khối u ổn định trên phim cộng hưởng từ. Năm 2018, Trần Văn Học¹⁰ trong nghiên cứu 124 trường hợp u tiểu não đã theo dõi 61 trường hợp u nguyên tủy bào chiếm 49,2%, tỷ lệ sống sau 5 năm là 69,9%, nhận thấy nhóm 0-4 tuổi tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân u nguyên tủy bào. David (1997), Dhall (2009), Price (2023) đều nhận định: điều trị tia xạ sau phẫu thuật giúp tăng khả năng sống trên 1 năm của bệnh nhân^{8,5,2}. Theo Jenny Adamski (2014)¹⁰ điều trị tia xạ và hóa chất sau phẫu thuật giúp tăng tỉ lệ sống sau 5 năm lên từ 40% đến 82%. Tuy nhiên, đi kèm với điều đó là chi phí điều trị đáng kể, những người sống sót có suy giảm về chức năng nhận thức, suy giảm trí tuệ và tăng khả năng mắc các bệnh lý ác tính thứ phát.

Thời gian sống thêm theo nhóm tuổi: nhóm tuổi 3-6 tuổi có thời gian sống thêm trung bình là 39,9±7,3 tháng, thấp hơn so với nhóm từ 7-15 tuổi là 55,6±4,6 tháng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,105, điều này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Học, Adamski^{7,10}. Đây là nhóm tuổi nhỏ, thể trạng yếu, điều trị phẫu thuật khó khăn, dễ xảy ra biến chứng, hạn chế trong khả năng điều trị hoá chất và xạ trị.

Thời gian sống thêm theo phân nhóm nguy cơ: nhóm nguy cơ cao có thời gian sống thêm trung bình là 34,3 tháng, thấp hơn so với nhóm nguy cơ trung bình 64,7 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Hiện nay, phân tầng nguy cơ u nguyên tủy bào dựa trên thể giải phẫu bệnh, độ lan rộng của khối u trên phim cộng hưởng từ và tế bào học dịch não tủy (hệ thống phân loại Chang), mức độ cắt bỏ khối u và độ tuổi của bệnh nhân khi chẩn đoán^{1,2}. Theo đó, trẻ em mắc Medulloblastoma được phân loại thành ba nhóm: nguy cơ chuẩn, nguy cơ cao và trẻ dưới 3 tuổi với các phác đồ điều trị khác nhau.

Chỉ định xạ trị không áp dụng cho trẻ dưới 3 tuổi, nhằm giảm nguy cơ muộn với thần kinh như giảm nhận thức, rối loạn nội tiết, rối loạn hành vi cảm xúc, bệnh ung thư thứ hai. Xạ trị tiến hành sau mổ từ 4-7 tuần. Với trẻ trên 3 tuổi, xạ trị sọ não - trực tủy sống với liều xạ chia theo nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao. U nguyên tủy bào nguy cơ trung bình: liều xạ toàn trực não tủy 23,4Gy, sau đó boost thêm vào khối u nguyên phát tại não 54Gy. U nguyên tủy bào nguy cơ

cao: liều xạ toàn trực não tủy 36Gy, sau đó boost thêm vào khối u nguyên phát tại não 54Gy.

Điều trị hoá chất hỗ trợ cũng chia thành 2 nhóm: U nguyên tủy bào nguy cơ trung bình: Sau tia xạ 4 – 6 tuần, điều trị hóa chất theo phác đồ: Vincristine 1,5mg/ m²/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm các ngày 1,8,15; Cisplatin 75mg/m²/ngày, truyền tĩnh mạch ngày 1; Cyclophosphamide 1000mg/m²/ngày, truyền tĩnh mạch ngày 21, 22; chu kỳ 42 ngày x 08 chu kỳ. U nguyên tủy bào nguy cơ cao: điều trị 4 chu kỳ hoá chất luân phiên nhau mỗi 21 ngày.

Thời gian sống thêm theo mức độ lấy u: Thời gian sống thêm của nhóm lấy toàn bộ u là 53,9 tháng, nhiều hơn so với nhóm lấy gần toàn bộ (51 tháng) và nhóm lấy một phần u (16,6 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002. Kết quả này phù hợp với các kết quả của Mark G. Benza⁹, David⁸. Theo Jenny Adamski (2014)¹⁰ phẫu thuật lấy u tối đa rất quan trọng, kích thước u sau khi phẫu thuật dưới 1,5cm là một yếu tố tiên lượng của bệnh. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng bệnh nhân có thể phẫu thuật lấy toàn bộ u có tiên lượng tốt hơn. Đây là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với u nguyên tủy bào.

Thời gian sống thêm và thời gian sống thêm không tiến triển theo phân nhóm giải phẫu bệnh: Thời gian sống thêm trung bình của nhóm u nguyên tủy bào cổ điển là 53,9 ± 4,7 tháng, 3 nhóm còn lại là 43,7±10,5 tháng. Trong nghiên cứu này, u nguyên tủy bào cổ điển chiếm đa số (88,9%), u dạng nốt (4,4%), u dạng nốt lan rộng (2,2%), u dạng bất thực sản (4,4%). Trên thực tế, sự hiểu biết tốt hơn về các sự kiện di truyền làm cơ sở cho bệnh lý của các khối u này có thể góp phần phát triển các chiến lược điều trị mới hiệu quả hơn và ít gây hại hơn. Một số tác giả cho rằng: việc đáp ứng với điều trị không được xác định một cách tinh cở mà là do đặc điểm sinh học của khối u. Hơn nữa, các loại thuốc nhắm vào các con đường truyền tín hiệu tế bào có liên quan đến sự hình thành u nguyên bào tủy bào có thể cung cấp một giải pháp thay thế cho các phương pháp gây độc tế bào thông thường trong điều trị ung thư, làm giảm độc tính liên quan đến điều trị^{1,3,7}.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (PFS) sau 5 năm lần lượt là 54,3% và 62,0%. Tỷ lệ này tương đồng với báo cáo của Dhall⁵ (2009): tỉ lệ sống chung toàn bộ 5 năm chung là 40-80%, trên 3 tuổi sống 60%; dưới 3 tuổi tử vong 100% trong vòng 2-3 năm. Tác giả Patterson và Farr là những người đầu tiên đề nghị xạ trị kết hợp ở vùng hố sau và trực não tủy vào năm 1953. Từ

đó, nhiều tác giả trên thế giới và trong nước đều thống nhất rằng nếu chỉ phẫu thuật cắt u thì chưa đủ, sau phẫu thuật nếu không điều trị gì tỉ lệ tử vong có thể lên tới 100% trong năm đầu tiên^{1,2,4,10}. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh của nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu khác trên thế giới do nhóm bệnh nhân cắt bỏ được toàn bộ khối u của nghiên cứu này là 48,9% điều này ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị. Nghiên cứu này có nhược điểm: cỡ mẫu của nghiên cứu này còn nhỏ, nghiên cứu này mới chỉ đánh giá kết quả sống thêm chung, chưa phân tích dưới nhóm bệnh học phân tử của u nguyên tủy bào, cũng như đánh giá tác dụng phụ của hóa xạ trị, cũng như ảnh hưởng của liều chiếu xạ đối với từng nhóm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không bệnh (PFS) sau 5 năm lần lượt là 54,3% và 62,0%. Nhóm u nguyên tủy bào nguy cơ cao OS là 34,3 tháng, nhóm nguy cơ trung bình 64,7 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Nhóm lấy toàn bộ u có OS là 53,9 tháng, nhóm lấy gần toàn bộ (51 tháng) và nhóm lấy một phần u có OS là 16,6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002. Nhóm không di căn tủy sống có OS là 61,3 tháng, nhóm có di căn tủy sống là 19,4 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm theo lứa tuổi và giải phẫu bệnh (p>0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smoll NR, Drummond KJ** (2012). The incidence of medulloblastomas and primitive neuroectodermal tumours in adults and children. *J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas*, 19(11):1541-1544.
2. **Price M, Neff C, Nagarajan N, et al** (2024). CBTRUS Statistical Report: American Brain Tumor Association & NCI Neuro-Oncology Branch Adolescent and Young Adult Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016–2020. *Neuro-Oncol*, 26(Supplement_3):iii1-iii53.
3. **Louis DN, Perry A, Wesseling P, et al** (2021). The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Neuro-Oncol*, 23(8):1231-1251.
4. **Taylor MD, Northcott PA, Korshunov A, et al** (2012). Molecular subgroups of medulloblastoma: the current consensus. *Acta Neuropathol (Berl)*, 123(4):465-472.
5. **Dhall G** (2009). Medulloblastoma. *J Child Neurol*, 24(11):1418-1430.
6. **Kumar R, Achari G, Banerjee D, Chhabra D** (2001). Uncommon presentation of medulloblastoma. *Child's Nerv Syst*, 17(9):538-542.

7. **Trần Văn Học, Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Thanh Liêm** (2012). Kết quả điều trị u nguyên tủy bào ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương. Tạp chí nghiên cứu Y học, 80(3):53-57.
8. **David KM, Casey AT, Hayward RD, Harkness WF, Phipps K, Wade AM** (1997). Medulloblastoma: is the 5-year survival rate improving? A review of 80 cases from a single institution. J Neurosurg, 86(1):13-21.
9. **M G Belza** (1991). Medulloblastoma: freedom from relapse longer than 8 years - a therapeutic cure. J Neurosurg, 75(4):575-82.
10. **Adamski J, Ramaswamy V, Huang A, Bouffet E** (2014). Advances in managing medulloblastoma and intracranial primitive neuro-ectodermal tumors. F1000Prime Rep. 2014;6:56.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ CỦA BEVACIZUMAB TIÊM NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TĂNG SINH

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Ngọc Huyền Vy²
(BVMĐTĐ), đái tháo đường (ĐTĐ).

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả của Bevacizumab tiêm nội nhãn điều trị phù hoàng điểm trên bệnh nhân bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu, tiến hành trên 48 mắt của 32 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh tại bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 12/2023 đến tháng 08/2024. Phác đồ tiêm nội nhãn 3 mũi Bevacizumab 1,25 mg/ 0,05 ml liên tục mỗi 4 tuần. Theo dõi và đánh giá kết quả trong 3 tháng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 59,69 ± 10,61 năm. Thời gian phát hiện đái tháo đường trung bình là 7,15 ± 4,84 năm. HbA1C trung bình là 7,55 ± 1,72 %. Thị lực logMAR có sự cải thiện với thị lực trung bình trước điều trị là 0,74 ± 0,68 và sau 3 tháng là 0,54 ± 0,59. Tỷ lệ bệnh nhân có sự cải thiện thị lực sau 3 tháng điều trị là 52,1%. Độ dày võng mạc hoàng điểm giảm trung bình 84,86 µm. Thể tích hoàng điểm giảm trung bình 1,6 mm³. Diện tích vùng vô mạch giảm trung bình 0,098 mm². Mật độ mạch máu hoàng điểm ở lớp nông tăng ở tất cả các phân vùng. Vùng trung tâm hoàng điểm có sự cải thiện mật độ mạch máu sớm nhất và nhiều hơn các vùng còn lại. Có mối tương quan giữa thị lực logMAR sau 3 tháng với thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường, độ dày võng mạc hoàng điểm và diện tích vùng vô mạch. Không có mối tương quan giữa thị lực logMAR sau 3 tháng với mật độ mạch máu ở lớp nông. Không thấy xuất hiện các biến chứng trầm trọng tại mắt và toàn thân ở các thời điểm ngay sau tiêm, sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng tiêm nội nhãn Bevacizumab. **Kết luận:** Bevacizumab 1,25 mg/ 0,05 ml tiêm nội nhãn điều trị phù hoàng điểm trên bệnh nhân bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh cải thiện thị lực và cấu trúc võng mạc sau 3 tháng điều trị. **Từ khóa:** Bevacizumab nội nhãn, bệnh võng mạc đái tháo đường.

Viết tắt: Bệnh võng mạc đái tháo đường

SUMMARY

AN EVALUATION OF INTRAVITREAL BEVACIZUMAB FOR MACULAR EDEMA WITH PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY

Objectives: To evaluate the effectiveness of intravitreal Bevacizumab injection on macular edema with proliferative diabetic retinopathy (PDR). **Methods:** Prospective descriptive study on 48 eyes of 32 patients with proliferative diabetic retinopathy treated with three consecutive monthly 1,25 mg/ 0,05 ml intravitreal Bevacizumab injections at Le Van Thinh Hospital from 12/2023 to 08/2024. Followed up 3 months. **Results:** The mean age is 59,69 ± 10,61 years. The mean diabetic duration is 7,15 ± 4,84 years. mean HbA1C 7,55 ± 1,72 %. LogMAR visual acuity (VA) improved after treatment, with mean VA before treatment being 0,74 ± 0,68 and after 3 months being 0,54 ± 0,59. The percentage of patients with improved vision is 52,1%. Central macular thickness (CMT) decreased by a mean of 84,86 µm. Macular volume (MV) decreased by a mean of 1,6 mm³. The foveal avascular zone (FAZ) size decreased by a mean of 0,098 mm². Vascular density (VD) in the superficial capillary perfusion (SCP) increased in all regions. The fovea area has the earliest and greatest improvement in vascular density. A significant correlation exists between logMAR VA after 3 months with diabetic durations, CMT, and FAZ size. There was no correlation between logMAR VA after 3 months with VD SCP. No serious ocular or systemic complications were observed immediately after injection, after 1 week, 1 month, and 3 months of intravitreal injection of Bevacizumab. **Conclusions:** Intravitreal 1,25 mg/0,05 ml Bevacizumab therapy in the treatment of macular edema with proliferative diabetic retinopathy improve significantly retinal function and structure after 3 months. **Keywords:** Intravitreal Bevacizumab, proliferative diabetic retinopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường ước tính ảnh hưởng đến 537 triệu người trên toàn thế giới vào năm 2021 và

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Huyền Vy

Email: nguyenngochuyenvy96@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025