

giới tính nam/nữ: 80/20

- Nguyên nhân chính phải nằm hồi sức thở máy là hô hấp 68%, sau đến nguyên nhân thần kinh 16%.

- Hình ảnh nội soi phế quản: Tổn thương dạng xung huyết nề chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, loét có giả mạc 24%.

- Tính chất dịch tiết: tăng tiết đờm mủ là thường gặp nhất.

5.2. Nhận xét căn nguyên vi sinh vật gây bệnh

- Dịch phế quản nhuộm soi có 70% có bạch cầu từ 2+ đến 4+. Trong đó 8% dịch phế quản soi thấy vi nấm.

- 32% bệnh phẩm soi thấy vi khuẩn gram âm bao gồm cả cầu khuẩn và trực khuẩn, 24% soi thấy vi khuẩn gram dương.

- 46,67% mẫu dịch phế quản nuôi cấy ra *Acinetobacter baumannii*, kháng sinh đồ đa kháng với các kháng sinh phổ rộng, còn 50% trung gian với colistin.

- 33,33% mẫu dịch phế quản nuôi cấy ra *Pseudomonas Aerruginosa* kháng gần như hoàn toàn với các kháng sinh thông thường, chỉ còn nhạy cảm với Ceftazidim/Avibactam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ernst Armin, Herth Felix J. F. Introduction to Bronchoscopy || Bronchoscopy in the Intensive Care Unit. vol 12. 2017.
2. Garner JL, Shah PL, Herth F, Slebos DJ. ERJ Advances: interventional bronchoscopy. Eur Respir J. Jul 2024;64(1):doi:10.1183/13993003. 01946-2023
3. Li S, Wu L, Zhou J, et al. Interventional therapy via flexible bronchoscopy in the management of foreign body-related occlusive endobronchial granulation tissue formation in children. Pediatr

Pulmonol. Jan 2021;56(1):282-290. doi:10.1002/ppul.25134

4. Giang Thục Anh, Vũ Thế Hồng, Vũ Văn Đình. Tìm hiểu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và tỷ lệ kháng kháng sinh tại khoa điều trị tích cực từ 1/2002 – 6/2002. Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch mai. 2002;1:209-218.
5. Chawla R. Epidemiology, etiology, and diagnosis of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in Asian countries. Am J Infect Control. May 2008;36(4 Suppl):S93-100. doi:10.1016/j.ajic.2007.05.011
6. Hussein SA, Gonuguntla HK, Tahura S, et al. Flexible bronchoscopy-assisted removal of aspirated scarf pins from the tracheobronchial tree: the experience of 146 subjects. Monaldi Arch Chest Dis. Oct 25 2024;doi:10.4081/monaldi.2024.3193
7. Uluc K, Akkutuk Ongel E, Koylu Ilkaya N, Devran O, Colakoglu SM, Kutbay Ozcelik H. Analysis of 332 fiberoptic bronchoscopies performed in a respiratory intensive care unit: a retrospective study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. Feb 2024;28(4):1433-1438. doi:10.26355/eurrev_202402_35465
8. Lê Quang Phương, Nguyễn Minh Lực. Đặc điểm hình ảnh nội soi phế quản và nguyên nhân gây viêm phổi bệnh viện của bệnh nhân thở máy điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị. Y Học Việt Nam. 2021;498 (1):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v498i1.124
9. Nguyễn Thị Thủy, Vương Xuân Toàn, Nguyễn Quốc Tuấn. Tình hình nhiễm khuẩn của bệnh nhân mới vào khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai năm 2021- 2022. Y Học Việt Nam. 2022;523(2):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v523i2.4562
10. Đỗ Quốc Phong, Đặng Hải Vân, Vũ Hải Vinh và cộng sự. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện E (01/2023 – 06/2023). Y Học Việt Nam. 2023;544(2):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11850

TỶ LỆ THÀNH CÔNG CỦA PHÁC ĐỒ MTX/FATRONG ĐIỀU TRỊ TÂN SINH NGUYÊN BÀO NUÔI CÓ ĐIỂM SỐ NGUY CƠ ≤6 TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Trọng Nhân¹, Trương Quang Hưng¹, Phan Trung Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ điều trị thành công của phác đồ MTX/FA trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng có tổng điểm số nguy cơ ≤ 6 theo phân loại nguy cơ của FIGO và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp nghiên cứu:** Một

nghiên cứu cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 283 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ từ 02/2019 đến 12/2022 đã được phân tích. **Kết quả:** Phác đồ MTX/FA có tỷ lệ thành công trong điều trị TSNBN điểm nguy cơ 0-6 là 72,80%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thành công của phác đồ: những bệnh nhân có nồng độ βhCG ≥10.000 mIU/ml có nguy cơ thất bại với phác đồ MTX/FA gấp 57,51 lần so với bệnh nhân có nồng độ βhCG <1.000 mIU/ml (p < 0,001). Những bệnh nhân có kích thước u lớn nhất ≥3 cm có nguy cơ kháng hóa trị MTX/FA gấp 3,17 lần so với kích thước u <3 cm (p = 0,016). **Kết luận:** phác đồ MTX/FA vẫn là lựa chọn tối ưu trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng với điểm nguy cơ 0-6 theo FIGO. **Từ khóa:** tân sinh nguyên bào nuôi; điểm số nguy cơ; phác đồ MTX/FA.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quang Hưng

Email: leovietmy@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

SUMMARY**THE SUCCESS RATE OF MTX/FA FOR TREATMENT OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA WITH RISK SCORE ≤6 AT TU DU HOSPITAL**

Objective: This study aimed to determine the success rate of the MTX/FA regimen in the treatment of gestational trophoblastic neoplasia with a risk score ≤ 6 and related factors at Tu Du Hospital. **Method:** A retrospective cross-sectional study involving 283 patients treated at Tu Du Hospital from February 2019 to December 2022. **Results:** Results: The MTX/FA regimen has a success rate in the treatment of gestational trophoblastic neoplasia with a risk score of 0-6 of 72.80%. Factors related to the success rate of the regimen: patients with β hCG levels $\geq 10,000$ mIU/ml had a 57.51-fold higher risk of failure with the MTX/FA regimen than patients with β hCG levels $< 1,000$ mIU/ml ($p < 0.001$). Patients with the largest tumor size ≥ 3 cm had a 3.17-fold higher risk of resistance to MTX/FA chemotherapy than those with tumor size < 3 cm ($p = 0.016$). **Conclusion:** the MTX/FA regimen is still the optimal choice in treating gestational trophoblastic neoplasia with a FIGO risk score of 0-6 points. **Keywords:** gestational trophoblastic neoplasia; risk score; MTX/FA regimen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nguyên bào nuôi là bệnh lý có liên quan đến sự phát triển bất thường của các nguyên bào nuôi (trophoblast). Tỷ lệ mắc bệnh của bệnh nguyên bào nuôi ở Châu Âu và Bắc Mỹ vào khoảng 1-2/1.000 thai kỳ. Ở Châu Á có tỷ lệ bệnh nguyên bào nuôi là 1/387 cao hơn các khu vực khác là 1/752 thai sinh sống.¹⁻² Khi bệnh nguyên bào nuôi tồn tại kéo dài sau thai trứng, hầu hết đều có biểu hiện tăng hằng định của beta human chorionic gonadotropin (β hCG), tình trạng này mà chưa có kết quả giải phẫu bệnh được gọi là tân sinh nguyên bào nuôi. Khi có kết quả giải phẫu bệnh thì được gọi tên cụ thể theo phân loại giải phẫu bệnh là thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, u nguyên bào nuôi nội nhau bám, u nguyên bào nuôi dạng biểu mô. Ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều các số liệu báo cáo về tần suất mắc bệnh tân sinh nguyên bào nuôi. Điều trị tân sinh nguyên bào nuôi bao gồm đơn hóa trị hoặc đa hóa trị tùy giai đoạn và nguy cơ kháng thuốc của bệnh. Các yếu tố quan trọng giúp dự đoán khả năng kháng đơn hóa trị bao gồm kích thước, số lượng, vị trí di căn, thời gian từ thai kỳ trước đến khi điều trị, loại thai kỳ trước đó. Tổng số điểm từ 0-6 có ý nghĩa dự đoán nguy cơ thấp kháng đơn hóa trị, khi số điểm từ 7 trở lên là nguy cơ cao kháng đơn hóa trị và cần dùng phác đồ hóa trị phối hợp. Điều trị đơn hóa trị tân sinh nguyên bào nuôi nguy cơ thấp thường bắt đầu với Methotrexate hoặc

Actinomycin D. Tuy phác đồ đơn hóa trị này đã được áp dụng từ lâu nhưng vẫn chưa khẳng định hiệu quả của Methotrexate hay Actinomycin D cao hơn trong điều trị. Tỷ lệ thành công của phác đồ đơn hóa trị với Methotrexate qua các báo cáo của các trung tâm từ 61,6% đến 66,8%. Nhưng tỷ lệ thất bại của phác đồ này cũng rất cao từ 37,1% đến 81% ở nhóm bệnh nhân có điểm nguy cơ theo FIGO từ 5 đến 6 điểm.² Tại khoa Ung bướu Phụ khoa bệnh viện Từ Dũ, hằng năm tiếp nhận gần 800 đến 1.000 trường hợp bệnh nhân thai trứng từ các tỉnh miền Trung và miền Nam.³ Nghiên cứu nhằm mục tiêu khảo sát tỷ lệ thành công của phác đồ MTX-FA trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi có điểm số nguy cơ ≤ 6 theo FIGO và các yếu liên quan tại bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 283 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ từ 02/2019 đến 12/2022. Hồ sơ được nhận vào nghiên cứu khi thỏa các điều kiện sau: được chẩn đoán tân sinh nguyên bào nuôi: bệnh nhân được chẩn đoán tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng (mã ICD: D39.2) dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán FIGO 2021: (1)4 giá trị β hCG bình nguyên ($\pm 10\%$) trong 3 tuần liên tiếp; (2)Tăng giá trị β hCG hơn 10% trong 3 lần đo trong 2 tuần tiếp; (3)Mô học chẩn đoán tân sinh nguyên bào nuôi; (4)Có bằng chứng di căn (lâm sàng hoặc hình ảnh học). Bệnh nhân được xếp giai đoạn I, II theo bảng phân độ của FIGO 2021, có điểm nguy cơ 0 đến 6 theo bảng điểm tiên lượng tân sinh nguyên bào nuôi của FIGO 2021 và được đơn hóa trị phác đồ MTX/FA đến khi β hCG âm tính hoặc thất bại. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không có đủ thông tin cho bảng thu thập số liệu. Bệnh nhân không tuân thủ đầy đủ liệu trình điều trị, không tái khám đúng hẹn, bỏ trị. Tiền căn mắc bệnh lý tân sinh nguyên bào nuôi được chẩn đoán theo tiêu chuẩn FIGO 2021. Tiền căn hóa trị các bệnh bất kỳ bao gồm cả tân sinh nguyên bào nuôi. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Từ Dũ.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê JASP 0.17.2.1. Để xem xét mức độ liên quan của các yếu tố với tỷ lệ thành công, chúng tôi thực hiện lần lượt hồi qui logistic đơn biến và hồi qui logistic đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu từ 02/2023 đến 10/2023, chúng tôi chọn được 283 hồ sơ thỏa tiêu chuẩn

chọn mẫu và có đầy đủ thông tin nghiên cứu tại khoa Ung bướu phụ khoa của Bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh.

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=283)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
≤20	19	6,70
20-40	183	64,70
≥40	81	28,60
Thời gian tiềm ẩn (tháng)		
<4	266	94,00
≥4	17	6,00
βhCG trước hóa trị		
<1.000	136	48,00
1.000 - <10.000	98	34,60
10.000 - <100.000	49	17,40
>100.000	0	0
Kích thước u lớn nhất		
<3 cm	231	81,60
≥3 cm	52	18,40
Vị trí di căn		
Không	273	96,50
Am đạo	10	3,50
Vị trí ngoài âm đạo	0	0
Điểm nguy cơ		
0	91	32,20
1	93	32,90
2	53	18,70
3	23	8,10

Bảng 3.2. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Đặc điểm	Thành công (n=206) (%)	Thất bại (n=77) (%)	OR	KTC 95%	P (**)
βhCG trước hóa trị					
<1.000	121 (88,32)	16 (11,68)	1		
1.000 - <10.000	68 (69,39)	30 (30,61)	2,27	1,10 – 4,70	0,026
10.000 - <100.000	17 (35,42)	31 (64,58)	7,15	2,98 – 17,16	<0,001
Kích thước u lớn nhất					
<3 cm	184 (79,65)	47 (20,35)	1		
≥3 cm	22 (42,30)	30 (57,70)	2,64	1,22 – 5,75	0,014

Nhận xét: Sau khi đưa vào phân tích đa biến, ta thu được mô hình gồm các yếu tố gần với thực tế hơn. Nguy cơ điều trị thất bại với phác đồ MTX/FA ở những bệnh nhân tân sinh nguyên bào nuôi liên quan chỉ số βhCG trước hóa trị và kích thước khối u lớn nhất.

IV. BÀN LUẬN

Tân sinh nguyên bào nuôi là một bệnh lý hiếm gặp, nên hầu hết các nghiên cứu đều có thiết kế hồi cứu với thời gian lấy mẫu rất dài trung bình từ 8 đến 20 năm. Tiêu chuẩn thành công trong nghiên cứu của chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Goldstein và Berkowitz⁴ cũng giống như tiêu chuẩn của các trung tâm TSNBN trên thế giới. Mặc dù TSNBN là bệnh lý ác tính, tuy nhiên lại rất nhạy với hóa trị nên khả năng

4	20	7,10
5	2	0,70
6	1	0,30

Nhận xét: Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi 20-40. Hầu hết là điểm số nguy cơ từ 0-1 điểm, trong đó tỷ lệ cao nhất là không có di căn khi được chẩn đoán bệnh, thời gian tiềm ẩn dưới 4 tháng chiếm đa số cùng với mức βhCG trước hóa trị chiếm ưu thế ở nhóm từ 10.000 đến dưới 100.000.

Bảng 3.2. Các đặc điểm kết quả điều trị tân sinh nguyên bào nuôi

Đặc điểm	Tần số (n=283)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị		
Thành công	206	72,80
Thất bại	77	27,20
Số chu kỳ hóa trị		
1	1	0,40
2	6	2,10
3	47	16,60
4	90	31,80
>5	139	49,10

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của phác đồ MTX/FA trên bệnh nhân tân sinh nguyên bào nuôi là 72,8%. Số chu kỳ hóa trị trung bình là $4,62 \pm 1,33$, đa số bệnh nhân được hóa trị ≥5 chu kỳ chiếm tỷ lệ 49,1%

3.2. Các yếu tố liên quan

khỏi bệnh cũng rất cao. Khó khăn trong việc điều trị nằm ở thời gian nằm viện dài, mất nhiều chi phí và thời gian của bệnh nhân. Việc này có thể dẫn đến khả năng tuân thủ điều trị kém, bỏ trị làm tăng nguy cơ kháng thuốc về sau. Tỷ lệ thành công của Mangili⁵ 74,4% cao hơn chúng tôi, do sự khác biệt về cỡ mẫu và cách chọn lựa điều trị chia làm 2 nhóm với 2 liều thuốc hóa trị khác nhau. Lê Sỹ Phương⁶ thực hiện tại bệnh viện Trung Ương Huế từ 2007 đến 2008 tỷ lệ thành công là 78% cao hơn do sự khác biệt mẫu (41 bệnh nhân), liều lượng MTX/FA và tiêu chuẩn đánh giá thành công. Đa số các trung tâm trên thế giới về TSNBN đều hóa trị phác đồ MTX/FA đến khi βhCG âm tính và tiếp tục hóa trị cùng cố 2 đến 3 chu kỳ để tránh tái phát. Tác giả Lybol C⁷ cho rằng bệnh nhân có 2 chu kỳ hóa

trị củng cố có tỷ lệ tái phát TSNBN là 8,3% trong khi chỉ có 4% tái phát khi số chu kỳ hóa trị củng cố là 3. Mangili⁵ cho rằng số chu kỳ hóa trị trung bình để β hCG âm tính là $5,7 \pm 2,6$ chu kỳ và cao hơn chúng tôi, sự chênh lệch này do trong mẫu bệnh nhân có nồng độ β hCG trước hóa trị > 100.000 mIU/ml chiếm 6,8%. Việc theo dõi đáp ứng hóa trị dựa vào nồng độ β hCG, nên khi nồng độ β hCG càng cao thì số chu kỳ hóa trị để β hCG âm tính cũng càng cao. Ngoài ra, tỷ lệ giảm của nồng độ β hCG giữa các chu kỳ hóa trị ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Võ Thành Nhân³ cho thấy tỷ lệ giảm nồng độ β hCG ở các bệnh nhân TSNBN đáp ứng với MTX/FA cao hơn với các bệnh nhân TSNBN kháng MTX/FA sau 1 chu kỳ điều trị bất kỳ cụ thể là $87,2 \pm 18,49\%$ và $44,16 \pm 46,64\%$. Điều này giải thích cho kết quả chúng tôi, ở các bệnh nhân kháng MTX/FA, khi bắt đầu hóa trị nồng độ β hCG cao nên khi hóa trị các chu kỳ đầu đã thất bại. Ngược lại, bệnh nhân hóa trị qua nhiều chu kỳ, cụ thể > 5 chu kỳ đã bao gồm 3 chu kỳ hóa trị củng cố, các bệnh nhân sẽ có khả năng thành công với phác đồ MTX/FA cao hơn. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi tương đồng Lê Sỹ Phương⁶ $33,8 \pm 9,1$ tuổi và Mamour Gueye 31 tuổi, cao hơn tác giả Nguyễn Thái Giang⁹ 26 tuổi., đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Thái Giang là bệnh nhân TSNBN có bảo tồn tử cung nên độ tuổi thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Võ Thành Nhân³ cho thấy nhóm có nồng độ β hCG 10.000 có nguy cơ kháng hóa trị cao gấp 4,28 lần so với nhóm β hCG < 1.000 . Biểu đồ đường cong ROC cho thấy với điểm cắt nồng độ β hCG là 34.689 mIU/ml thì có thể tiên đoán được chính xác 87,18% trường hợp kháng hóa trị. Lê Sỹ Phương⁶ cũng cho kết quả tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ β hCG trước hóa trị và nguy cơ kháng thuốc. Với điểm cắt β hCG = 17.609 mIU/ml thì có có nguy cơ kháng thuốc tăng gấp 10 lần. Taylor cho thấy tỷ lệ thất bại với phác đồ MTX/FA ở nhóm bệnh nhân có mức β hCG > 100.000 mIU/ml là 84% so với nhóm bệnh nhân có mức β hCG < 100.000 mIU/ml với chỉ 34%. Tác giả còn cho rằng với mức β hCG > 400.000 mIU/ml thì tỷ lệ thất bại lên đến 83,33%, từ đó tác giả khuyến cáo có thể dùng phác đồ đa hóa trị cho những bệnh nhân này. Nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có thời gian tiềm ẩn ≥ 4 tháng có nguy cơ thất bại điều trị phác đồ MTX/FA thấp hơn 1,2 lần nhóm có thời gian tiềm ẩn < 4 tháng. Tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê tương đồng Đoàn Anh Đức³ và Lê Sỹ Phương⁶ lại cho thấy bệnh nhân có thời gian tiềm ẩn ≥ 4 tháng có

nguy cơ kháng phác đồ MTX/FA gấp 6,6 lần nhóm < 4 tháng lý giải do cỡ mẫu của nhỏ 41 ca và có cả bệnh nhân TSNBN sau sẩy thai, thai lưu, thai ngoài tử cung, sanh thường. Đây là các trường hợp không theo dõi β hCG sát và thường không tuân thủ tái khám nên thường chậm trễ trong việc chẩn đoán và điều trị. Hơn nữa, TSNBN sau thai thường hoặc sẩy thai nguy cơ ác tính cũng cao hơn so với những trường hợp sau thai trứng. Kết quả tương tự Võ Thành Nhân³ với khả năng kháng phác đồ tăng 3,63 lần ở bệnh nhân có kích thước u ≥ 3 cm so với bệnh nhân có kích thước u < 3 cm và $p = 0,001$; Lê Sỹ Phương⁶ cho thấy nhóm có kích thước u < 3 cm có tỷ lệ thất bại với điều trị là 11,1%, nhóm có kích thước nhân di căn 3-5 cm có tỷ lệ thất bại điều trị chiếm 42,9%. Nhìn chung, tỷ lệ kháng thuốc tăng dần theo kích thước u qua kết quả của các nghiên cứu, điều này hoàn toàn hợp lý vì kích thước u phản ánh gián tiếp số lượng tế bào của u, nếu kích thước càng lớn thì số lượng tế bào càng nhiều dẫn đến khả năng kháng thuốc tăng. Chúng tôi sử dụng bảng điểm phân loại nguy cơ của TSNBN theo FIGO, các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là TSNBN có điểm số nguy cơ từ 0 đến 6 điểm. Võ Thành Nhân³ cũng cho thấy bệnh nhân có điểm nguy cơ ≥ 4 có nguy cơ kháng thuốc gấp 90,62 lần so với nhóm 0 điểm. Sự khác biệt này do mẫu nghiên cứu của tác giả là 13,6%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 8,1%. Lê Sỹ Phương⁶ không có sự khác biệt về tỷ lệ kháng thuốc ở nhóm có điểm nguy cơ 1-4, nhưng ở nhóm có điểm nguy cơ 5-6 thì tỷ lệ kháng thuốc tăng 15 lần. Trên biểu đồ đường cong ROC ghi nhận với điểm cắt điểm nguy cơ > 4 tiên đoán khả năng kháng thuốc với độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 78,8%. Sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân có điểm nguy cơ 3-4 trong nghiên cứu của tác giả là 21 trường hợp và số bệnh nhân điểm nguy cơ 5-6 là 13 trường hợp, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có điểm nguy cơ 3-4 là 43 và có điểm nguy cơ 5-6 là 3. Taylor⁹ có kết luận rằng nhóm bệnh nhân có điểm nguy cơ là 6 có nguy cơ kháng đơn hóa trị cao hơn nhóm bệnh nhân có điểm nguy cơ < 6 . Cụ thể là 81% bệnh nhân có điểm nguy cơ là 6 kháng đơn hóa trị so với 34% bệnh nhân có điểm nguy cơ 0-5, khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,0001$. Vì lý do này tác giả khuyến cáo nên sử dụng phác đồ đa hóa trị ngay từ đầu ở những bệnh nhân có điểm nguy cơ từ 5-6. Tuy nhiên, Uberti⁹ lại cho kết luận khác với tác giả Taylor khi không ủng hộ sử dụng đa hóa trị sau thất bại với phác đồ MTX/FA. Tác giả Uberti cho rằng TSNBN là bệnh lý nhạy

hóa trị ngay cả khi tái phát và kháng đơn hóa trị ban đầu với kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công khi so sánh giữa đơn hóa trị và đa hóa trị ở những trường hợp kháng với phác đồ MTX/FA ban đầu và tỷ lệ thành công khi sử dụng Actinomycin D sau khi kháng MTX/FA là 74%. Tác giả cũng khuyến cáo rằng, chỉ cần nhắc sử dụng phác đồ đa hóa trị ở những bệnh nhân có di căn và ngưỡng β hCG > 300 mIU/ml. Tóm lại, các nghiên cứu đều cho thấy điểm nguy cơ càng cao thì hiệu quả của phác đồ MTX/FA càng thấp. Các bệnh nhân có điểm nguy cơ ≥ 4 có thể đổi sang phác đồ Actinomycin D ngay từ đầu để giảm thời gian điều trị, chi phí và cần hạn chế sử dụng đa hóa trị vì nguy cơ xuất hiện bệnh lý ác tính thứ phát và tác dụng phụ nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, phác đồ MTX/FA vẫn là lựa chọn tối ưu trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng với điểm nguy cơ 0-6 theo FIGO. Bên cạnh đó một số yếu tố liên quan với tỷ lệ thành công của phác đồ MTX/FA bao gồm: nồng độ β hCG trước hóa trị và kích thước khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Management of Gestational Trophoblastic Disease:** Green-top Guideline No. 38 – June 2020. BJOG: Int J Obstet Gy. 2021;128(3). doi:10.1111/1471-0528.16266
2. **McGrath S, Short D, Harvey R, Schmid P, Savage PM, Seckl MJ.** The management and outcome of women with post-hydatidiform mole 'low-risk' gestational trophoblastic neoplasia, but

- hCG levels in excess of 100 000 IU l-1. Br J Cancer. 2010;102(5):810-814. doi:10.1038/sj.bjc.6605529
3. **Võ Thành N.** Nồng độ β -hCG huyết thanh có liên quan đến kết cục điều trị TSBN nguy cơ thấp hậu thai trứng của phác đồ Methotrexate - Folinic acid (MTX - FA) không? 2020.
 4. **Goldstein DP, Berkowitz RS.** Current Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2012;26(1): 111-131. doi:10.1016/j.hoc.2011.10.007
 5. **Mangili G, Cioffi R, Danese S, et al.** Does methotrexate (MTX) dosing in a 8-day MTX/FA regimen for the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia affect outcomes? The MITO-9 study. Gynecologic Oncology. 2018; 151(3):449-452. doi:10.1016/j.ygyno.2018.09.025
 6. **Lê Sỹ P.** Đánh giá hiệu quả của phác đồ MTX/FA trong điều trị u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp theo FIGO 2000 và các yếu tố tiên lượng kháng thuốc. Tạp san Y học TPHCM. 2021;13(2):53-62
 7. **Lybol C, Sweep FCGJ, Harvey R, et al.** Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic Oncology. 2012;125(3): 576-579. doi:10.1016/j.ygyno.2012.03.003
 8. **Nguyễn Thái G.** Kết quả điều trị bệnh nhân u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2019
 9. **Uberti EMH, Fajardo M do C, Cunha AGV da, Frota SS, Braga A, Ayub ACK.** Treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia comparing biweekly eight-day Methotrexate with folinic acid versus bolus-dose Actinomycin-D, among Brazilian women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(6): 258-265. doi:10.1590/SO100-720320150005366

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XA SAU ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ LỖI BÊN CÓ SỬ DỤNG CẢNH BÁO THẦN KINH

Hoàng Minh Tân^{1,2}, Kiều Đình Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng và mức độ liền xương sau phẫu thuật điều trị hẹp ống sống và trượt đốt sống thắt lưng bằng đường mổ lỗi bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng và trượt đốt sống được phẫu thuật bằng phương pháp XLIF. Kết quả gồm thang điểm VAS lưng và chân, điểm ODI và điểm JOA. XQ

hoặc CT đánh giá kết quả liền xương. **Kết quả:** 37 bệnh nhân với 40 tầng phẫu thuật. Có 16 nam và 21 nữ, độ tuổi trung bình là $58,11 \pm 8,42$. VAS lưng từ $7,19 \pm 1,66$ xuống $3,16 \pm 1,72$ sau mổ, $2,41 \pm 1,71$ sau 1 tháng, $1,13 \pm 1,45$ sau 6 tháng, VAS chân từ $6,84 \pm 2,04$ xuống $1,16 \pm 1,76$ sau mổ, $1,19 \pm 1,87$ sau 1 tháng, $0,44 \pm 0,91$ sau 6 tháng, Điểm ODI từ $26,62 \pm 9,02$ xuống $14,22 \pm 8,8$ sau 1 tháng, $8,75 \pm 9,88$ sau 6 tháng điểm JOA từ $7,32 \pm 2,85$ lên $13,84 \pm 2,07$ sau 1 tháng, $15,47 \pm 1,57$ sau 6 tháng. Sau 6 tháng liền xương mức độ 1 là 50%, liền xương mức độ 2 là 50%. **Kết luận:** XLIF là lựa chọn hiệu quả cho những bệnh nhân bị hẹp ống sống thắt lưng và trượt đốt sống. Hiệu quả liền xương tốt sau 6 tháng đánh giá. **Từ khóa:** lâm sàng, hình ảnh, hẹp ống sống thắt lưng, trượt đốt sống, phẫu thuật lỗi bên

Từ viết tắt: XLIF: eXtreme lateral interbody

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tân

Email: minhthan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 30.3.2025