điều trị BN UTĐTT di căn gan có tỷ lệ đáp ứng cao (72,6%), trung vị thời gian sống thêm không tiến triển đạt 11,4 tháng; khả năng dung nạp với phác đồ tương đối tốt, các độc tính chủ yếu là độ 1-2 và có thể quản lý được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71(3):209-249.
2. **Nguyễn Bá Đức, Bùi Diệu** (2010). Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam năm 2010 qua số liệu của 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008. Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam, 1, 73–80.
3. **Nguyễn Thị Phương Thảo** (2018). Đánh giá kết quả phác đồ Bevacizumab kết hợp XELOX trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường đại học Y Hà Nội. 2018.
4. **Nguyễn Việt Long.** (2018). Nghiên cứu kết quả bước đầu điều trị di căn gan trong ung thư đại trực tràng bằng đốt nhiệt sóng cao tần kết hợp hóa chất toàn thân. Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. **Phạm Thị Quế** (2019). Đánh giá kết quả phác đồ Bevacizumab-xeliri trong điều trị bước 1 ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn. Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Trịnh Nguyễn Hương Giang và cộng sự** (2024). Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV. Tạp Chí Y học Việt Nam, 539(2).
7. **Yuji Takakura et al.** (2020). Pre-versus postoperative CAPOX plus bevacizumab (CAPOX-Bev) for resectable liver metastases from colorectal cancer (CLM): A randomized phase II/III trial (HiSCO-01). JCO 38, 4021-4021(2020).
8. **Đỗ Huyền Nga** (2013). Kết quả hóa trị phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX4 trong ung thư đại trực tràng di căn", Tạp chí Ung thư học, số 4, 318-325.
9. **Wentao Tang, et al.** (2020). Bevacizumab Plus mFOLFOX6 Versus mFOLFOX6 Alone as First-Line Treatment for RAS Mutant Unresectable Colorectal Liver-Limited Metastases: The BECOME Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology. 2020 38:27, 3175-3184.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

Nguyễn Thị Minh Hải[1], Vi Thành Long[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế Tyrosine kinase tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 30 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 với thuốc Tyrosine Kinase theo dõi đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm sau mỗi 3 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau 6 tháng điều trị là 73,3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 86,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm và hết triệu chứng lâm sàng sau điều trị là 76,7. Tác dụng phụ không mong muốn thường gặp là ban da 53,3%. **Kết luận:** Thuốc Tyrosine Kinase đạt hiệu quả điều trị cao trong điều trị bước 1 trên nhóm bệnh nhân UTPKTBN có đột biến EGFR.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, đột biến EGFR, Gefitinib, Erlotinib, Gefitinib, Osimertinib

SUMMARY

THE EFFICACY OF MOLECULAR TARGETED AGENT IN PATIENTS WITH ADVANCED NON SMALL CELL LUNG CANCER AT 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Aims: To evaluate the treatment outcomes in old patient with advanced non-small cell lung cancer treated by the molecular targeted agent. **Patients and method:** The patient diagnosed adenocarcinoma non small cell lung cancer stage IV, EGFR mutations (exon 19 deletion mutation or L858R) at 19-8 Hospital, from January 2022 to November 2024 treat with molecular targeted agent. **Results:** 30 patients with the overall response after 6 months rate were 73,3%, disease control rate were 86,7%. Patient with reduce and run out of symptom were 76,7%. The most side effects were rash 53,3%. **Conclusion:** Tyrosine kinase inhibitor was effective option to treatment first line in old patients with advanced non-small cell lung cancer patients with EGFR mutations positive.

Keywords: non small cell lung cancer, tyrosine kinase inhibitor, Gefitinib, Erlotinib, Afatinib, Osimertinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh ung thư có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, ước tính có khoảng 2,1 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, tại Việt Nam ung thư phổi xếp thứ 2 sau ung thư gan [1] Việc

[1]Bệnh viện 19-8, Bộ Công an
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Hải
Email: drnguyenminhhai28784@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 22.4.2025

điều trị UTPKTBN giai đoạn IIIB, IV trong nhiều năm trước dựa trên nền tảng là hóa trị liệu toàn thân. Tuy nhiên điều trị hóa chất cũng chỉ mang lại tỉ lệ đáp ứng 20 đến 30% với thời gian sống thêm trung bình 7 đến 10 tháng. Nghiên cứu về các đích phân tử mới như EGFR, ALK, ROS1, KRAS, T790, PDL1…đã mở ra nhiều cơ hội điều trị và và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn. Trong đó các tác nhân ức chế Tyrosin kinase tác động lên yếu tố phát triển biểu bì EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) đã làm thay đổi đáng kể tiên lượng và thời gian sống bệnh không tiến triển của những bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn. Erlotinib và Gefitinib là hai trong những thuốc TKIs được chấp thuận trong điều trị bước một UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR [2,3].

Hiện nay tuổi thọ trung bình ngày càng tăng lên ở các nước, số lượng bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán ung thư phổi này càng tăng. Các lựa chọn điều trị ở nhóm bệnh nhân này càng ngày càng cần được quan tâm nghiên cứu [4]. Thuốc ức chế Tyrosine kinase là một trong những lựa chọn tốt cho những bệnh nhân có thể trạng kém, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân cao tuổi bởi hiệu quả, tính tiện lợi trong sử dụng và dung nạp thuốc tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bước 1 và một số tác dụng không mong muốn của thuốc ức chế Tyrosine kinase trên bệnh nhân ung thư biểu mô phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến EGFR được điều trị bước một bằng thuốc ức chế Tyrosine Kinase tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2022 đến tháng 11 năm 2024

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IV(AJCC 2017).
- Có đột biến EGFR tại exon 19 (Del19) hoặc exon 21 (L858R) không có đột biến kép đi kèm.
- Được điều trị bước một bằng thuốc ức chế Tyrosine Kinase thế hệ 1,2,3 trong thời gian ít nhất 02 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Đánh giá chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG): 0, 1, 2, 3.
- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
- Các chỉ số cận lâm sàng đánh giá chức năng tủy xương, gan thận trong giới hạn cho phép (≤28 ngày trước điều trị).

Tiêu chuẩn loại trừ: - Không đáp ứng một trong các tiêu chuẩn lựa chọn.

- Có ung thư khác phối hợp đã được chẩn đoán xác định.
- Bệnh nhân có dị ứng với thuốc TKIs
- Bệnh nhân có suy gan Child 2,3; suy thận.
- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng
- Không có đầy đủ thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2022 - 11/2024.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS, thời gian sống thêm tính toán dựa vào phương pháp Kaplan-Meier. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm	Số lượng (n=97)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	62,2 ±13,3	
≤ 50 Tuổi	6	20
51- 69 Tuổi	13	43.3
Tuổi ≥ 70	11	36.7
Nam	20	66,7
Nữ	10	33.3
Hút thuốc		
Có	15	50
Không	15	50
Tiền sử bệnh lý nội khoa		
Đái tháo đường	2	6.7
Tim mạch	13	43.3
Bệnh phổi	2	6.7
Bệnh khác	7	23.3
Tiền sử bệnh nội khoa		
Có	18	60
Không	12	40
Di căn		
Di căn phổi đối bên	11	36.7
Di căn màng phổi	9	30
Di căn não	4	13.3
Di căn tuyến thượng thận	1	3.3
Di căn gan	1	3.3
Di căn xương	11	36.7
Di căn vị trí khác	6	20
Số lượng cơ quan di căn		
Di căn 1 vị trí /1 cơ quan	14	46.7
Di căn nhiều vị trí/1 cơ quan	9	30
Di căn trên 2 cơ quan	7	23.3

Đột biến EGFR		
Del 19	19	63.3
L858R	11	36.7

Nhận xét: Tuổi trung bình 62.2 ± 13.3 (24 - 81) tuổi, cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi, đa số bệnh nhân 51< tuổi < 69 chiếm 43.3%. Bệnh nhân nam: 66.7% và tỷ lệ hút thuốc lá là: 50%. Trong số 30 bệnh nhân có 19 (63.3%) bệnh nhân có đột biến gen EGFR ở exon 19. Cơ quan di căn nhiều nhất là phổi đối bên và xương (36.7%) di căn não có 4 (13.3%) bệnh nhân. Bệnh nhân có di căn từ 2 vị trí hoặc 2 cơ quan là 53.3%. Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm là 18 (60%).

Bảng 2: Tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng

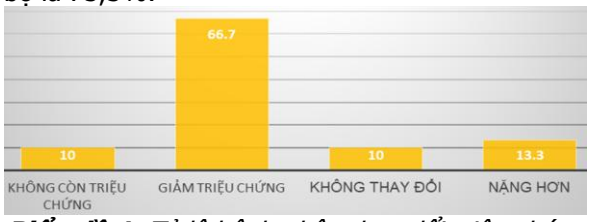
Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân (n=97)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	19	63,3
Bệnh giữ nguyên	10	33,3
Bệnh tiến triển	1	3,3

Nhận xét: Tại thời điểm 3 tháng, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 0%, đáp ứng 1 phần 63,3%, bệnh giữ nguyên 33,3%, bệnh tiến triển 3,3%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 96,6%, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 63,3%.

Bảng 3: Tỉ lệ đáp ứng sau 6 tháng

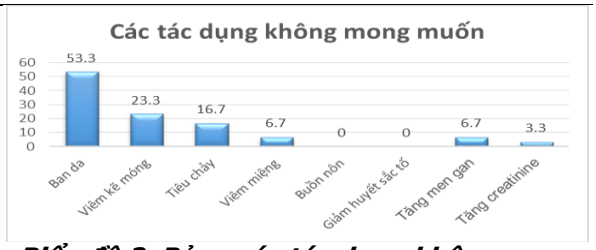
Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân (n=97)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	3,3
Đáp ứng một phần	21	70
Bệnh giữ nguyên	4	13,3
Bệnh tiến triển	4	13,3

Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 3,3%, đáp ứng 1 phần 70%, bệnh giữ nguyên 13,3%, bệnh tiến triển 13,3%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 86,7%, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 73,3%.



Biểu đồ 1. *Tỷ lệ bệnh nhân thay đổi triệu chứng lâm sàng theo mức độ đáp ứng chủ quan*

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có giảm và hết triệu chứng lâm sàng sau điều trị là 76,7%



Biểu đồ 2. Bảng các tác dụng không mong muốn hay gặp

Nhận xét: Tỷ lệ nổi ban da, chiếm tỷ lệ 53,3%. Tăng men gan, viêm móng, tiêu chảy ít 6,7%, 23,3% và 16,7%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ mắc ung thư phổi, tuổi càng cao, nguy cơ này càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,2 ± 13,3 tuổi, cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 24 tuổi, đa số bệnh nhân 50 < tuổi < 70 chiếm 43,3%. Theo thống kê, có đến 85 – 90% bệnh nhân mắc ung thư phổi có liên quan đến tiền sử hút thuốc. Hút thuốc là yếu tố nguy cơ chính phát triển ung thư phổi, ước tính khoảng 90% số trường hợp ung thư phổi liên quan đến hút thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc là 50%, tỷ lệ không hút thuốc là 50%. Bệnh nhân nam trong nghiên cứu này chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới với 66,7%. Các nghiên cứu về ung thư phổi nhìn chung đều cho thấy nam giới và người hút thuốc lá hay mắc ung thư phổi hơn nữ giới và bệnh nhân không hút thuốc lá. Nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa có đột biến gen EGFR dương tính bằng thuốc điều trị đích. Do đó, kết quả của chúng tôi là phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới khi đột biến gen EGFR thường gặp hơn ở bệnh nhân nữ giới và không hút thuốc.

Chúng tôi đánh giá về vị trí đột biến gen EGFR ở 30 bệnh nhân được điều trị đích thì thấy 19 bệnh nhân có đột biến gen EGFR ở exon 19 (del 19), còn đột biến gen ở exon 21 (L858R) có 11 bệnh nhân. Các bệnh lý nội khoa phối hợp liên quan đến việc dung nạp với các độc tính của thuốc liên quan đến quá trình điều trị (ví dụ như độc tính lên tim mạch, lên chức năng gan, thận). Ở nghiên cứu của chúng tôi, có 60 % số BN có tiền sử mắc các bệnh lý nội khoa, trong đó hàng đầu là bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn nhịp, chiếm tỷ lệ 43,3%. Sau đó là bệnh lý như đái tháo đường (6,7%). Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác trong nước. Theo Phạm Văn Phát tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo là 61,67%, số BN có bệnh lý tim mạch là 28.3% [5]. Di căn não là một vị trí di

căn thường gặp, nguy hiểm có ảnh hưởng rất lớn đến thời gian sống thêm của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 13,3% BN có di căn não.

Vấn đề hiệu quả của các thuốc điều trị ức chế Tyrosine Kinase đã được khẳng định bởi các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên thế giới và được đưa vào các Hướng dẫn thực hành điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ [2,3,6,7]. Tại Việt Nam, các thuốc điều trị đích bao gồm cả thế hệ 1, 2 và 3 đã được áp dụng điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị bước 1 của Tyrosine Kinase cả 3 thế hệ ở 30 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa và có đột biến EGFR, kết quả tỉ lệ đáp ứng ở thời điểm 3 tháng là: đáp ứng hoàn toàn 0% (0 bệnh nhân), đáp ứng 1 phần 63,3%, bệnh ổn định 33,3%, bệnh tiến triển 3,3%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 96,7%, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 63,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm và hết triệu chứng sau điều trị là 76,7%. Theo nghiên cứu của YL Wu (2018) tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 1.8%, đáp ứng một phần là 70.9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 92.7% [8]. Theo nghiên cứu của Yusuke Inoue (2015) tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 56.3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90.6% [9]. Trong nước khi so sánh với nghiên cứu của Phương Ngọc Anh (2024) tỷ lệ đáp ứng ở bệnh nhân điều trị bước một với Osimertinib là 70.9%, tỷ lệ đáp ứng một phần 61.3% [10]. Nhìn chung, trong các nghiên cứu về điều trị Tyrosine Kinase bước một trong UTPKTBN giai đoạn IV đều thu được tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao.

Một vấn đề đáng quan tâm khác khi điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn đó là tác dụng không mong muốn liên quan đến điều trị đặc biệt nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là các bệnh nhân cao tuổi, đa số có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp. Các tác dụng không mong muốn hay gặp ở bệnh nhân UTPKTBN được điều trị bằng các thuốc TKIs là nổi ban và mụn, viêm kẽ móng, chán ăn, tăng men gan, tiêu chảy, viêm phổi kẽ do thuốc, giảm bạch cầu…tùy thế hệ các TKIs khác nhau mà các nghiên cứu đã đưa ra tỉ lệ của mỗi loại tác dụng không mong muốn khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là nổi ban chiếm 53,3%, chủ yếu là độ 1 và độ 2. Tiếp theo là viêm kẽ móng 23,3% và tăng men gan 6,7 %. Không có bệnh nhân tăng men gan độ 3, phải dừng điều trị bằng. Tất cả các trường hợp đều là độ 1 và độ 2, các trường hợp này đều tự hết hoặc sau điều trị nội khoa. Không gặp trường hợp nào có giảm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu. Kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên Thế giới về tỉ lệ tác dụng không mong muốn và mức độ của chúng khi điều trị đích bằng thuốc kháng Tyrosine Kinase [4,5,8-12]

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 85,6%, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 66%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,6 tháng, thêm toàn bộ là 25,7 tháng. Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ đạt 80,4%, tại thời điểm 2 năm là 35,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn ở nhóm bệnh nhân không di căn não. Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ giữa đột biến exon 19 và exon 21, hút thuốc và không hút thuốc. Tác dụng không mong muốn hay gặp mức độ nhẹ là độ 1 và độ 2. Thuốc ức chế Tyrosine Kinase thế hệ 1 là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trên cả nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn cao tuổi bởi hiệu quả điều trị cao và tính an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN.** International agency for research on cancer. 2018.
2. **Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al.** Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. Mar 2012. 13(3):239-246.
3. **Gao G, Ren S, Li A, et al.** Epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase inhibitor therapy is effective as first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer with mutated EGFR: A meta-analysis from six phase III randomized controlled trials. Int J Cancer. Sep 1 2012. 131(5):E822-829..
4. **Owonikoko TK, Ragin CC, Belani CP, et al.** Lung Cancer in Elderly Patients: An Analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. J Clin Oncol 25:5570-5577
5. **Phạm Văn Phát** (2020). Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III trên người cao tuổi tại Bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Cao, Nguyễn Thị Thái Hòa.** Đánh giá kết quả điều trị Gefitinib bước 1 ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR tại Bệnh viện K. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2019; 5: 224 – 229.
7. **Maemondo M, Inoue A, Kobayashi K, et al.** Gefitinib or chemotherapy for non-small-cell lung cancer with mutated EGF, N Engl J Med. 2010;362: 2380 -2388.
8. **YL Wu, LV Sequist, et al.** Afatinib as First-line Treatment of Older Patients With EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer: Subgroup Analyses of the LUX-Lung 3, LUX-Lung 6, and

LUX-Lung 7 Trials. Clinical Lung Cancer.Volume 19, Issue 4, July 2018, Pages e465-e479

9. **Y Inoue, N Inui, K Asada, M Karayama, et al** (2015). Phase II study of erlotinib in elderly patients with non- small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations. Cancer Chemotherapy and Pharmacology volume 76, pages155–161

10. **Anh, P. N., Việt, Đinh N., Việt, H. T. B., & Hạnh, C. X..** (2024). Đánh giá kết quả điều trị bước 1 bằng Osimertinib trong Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR tại Bệnh viện phổi Trung Ương giai đoạn 2019-2022. Tạp Chí Y học Cộng đồng, 65.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM BỜ MI KẾT GIÁC MẠC

Trần Khánh Sâm[1], Nguyễn Thị Vân Quỳnh[2], Trần Lê Phương Loan[2]

TÓM TẮT

Viêm bờ mi kết giác mạc (VBMKGM) đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính bờ mi kèm theo viêm kết mạc và/hoặc giác mạc. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm bờ mi kết giác mạc trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán viêm bờ mi kết giác mạc tại khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 8/2023. Kết quả: 45 mắt (31 BN) được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ nữ/nam=2/1. Tuổi trung bình 14,0 ± 11,5 tuổi (từ 3-50 tuổi). Sau 3 tháng điều trị các bệnh nhân đều đạt trạng thái lui bệnh, không có hiện tượng tái phát. Kết luận: Viêm bờ mi kết giác mạc là bệnh lí thường gặp ở trẻ em do vậy cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh tổn thương nhãn cầu không hồi phục cũng như góp phần cải thiện thị lực. Liệu pháp điều trị cơ bản gồm chăm sóc mi, kháng sinh và chống viêm steroids.

Từ khóa: viêm bờ mi kết giác mạc, viêm bờ mi do tụ cầu, viêm bờ mi mạn tính

SUMMARY

THERAPEUTIC OUTCOMES OF BLEPHAROKERATOCONJUNCTIVITIS

Blepharokeratoconjunctivitis (BKC) is a chronic inflammatory condition that affects the eyelids (blepharo-), cornea (kerato-), and conjunctiva (conjunctivitis). It is commonly seen in children and is most associated with acne rosacea in adults and can lead to long-term complications if not managed properly. Purpose: To evaluate symptoms, clinical signs and treatment outcomes of BKC. Methods: In a prospective study of all patients with a diagnosis of BKC attending the Cornea department between July 2022 and August 2023 at a tertiary referral centre (Viet Nam Eye Hospital, Viet Nam). We further noted the clinical characteristics, management and treatment outcomes of all patients. Results: A total of 45 eyes from 31 patients were included. There were 21 females and 10 males. The mean age was 14.0 ± 11.5 years (range 3-50 yo). After 3 months follow-up, all patients showed clinical improvement and disease remission with no adverse events reported and no recurrence. Conclusions: With early treatment and proper management, most cases of BKC can be controlled, preventing long-term complications.

Keywords: Blepharokeratoconjunctivitis, BKC, chronic blepharokerato-conjunctivitis, staphylococcal phlyctenular disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bờ mi kết giác mạc (VBMKGM) đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính bờ mi kèm theo viêm kết mạc và/ hoặc giác mạc. Bệnh lí có thể gặp ở nhiều lứa tuổi nhưng hay gặp hơn ở trẻ em và bệnh diễn biến nặng hơn, trường hợp nặng có thể gây nhược thị thậm chí có thể dẫn đến mù lòa. Bệnh được biết đến nhiều hơn ở người lớn có liên quan đến bệnh trứng cá đỏ (acne rosacea). Một vài tên gọi khác của nhóm bệnh lí này được mô tả như viêm giác mạc bờ mi do tụ cầu, viêm giác mạc bọng, trứng cá đỏ ở trẻ em,… Yếu tố nguy cơ làm bệnh trầm trọng gồm có nữ giới, bệnh một mắt, trẻ lớn, có sợ ánh sáng.[1,2] Tại Việt Nam, những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về viêm bờ mi mạn tính, tuy nhiên các nghiên cứu này mới dừng lại trong việc đánh giá tổn thương bờ mi và đưa ra kết quả điều trị theo từng nguyên nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán VBMKGM khám và điều trị tại bệnh viện Mắt Trung ương từ 7/2022 đến 08/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân VBMKGM thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán Farpour và McClellan (2001)[3]:

- Viêm bờ mi trước và/hoặc viêm bờ mi sau: phù nề, sung huyết mi, vảy bờ mi, giãn mạch mi, lông mi mọc bất thường, mụn mủ, viêm tắc tuyến meibomius, chắp/ lẹo, rối loạn chức năng tuyến meibomius
- Viêm kết mạc: cương tụ kết mạc và/ hoặc viêm kết mạc dạng bọng

[1]*Bệnh viện Mắt Trung ương*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Quỳnh
Email: ngvanquynh95@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025