

tại lâu dài trong tiền phòng hỗ trợ màng Descemet tách ra áp lại vào nhu mô.

Kết quả về các biến chứng. Tỷ lệ biến chứng ghi nhận là 5% có nguyên nhân do bóng khí ra sau hậu phòng. Chúng tôi sử dụng ống nước bơm vào tiền phòng với mục đích dùng lực của nước ép nhẹ mỏng mắt xuống, đẩy bóng khí thoát và sau đó, tiến hành C3F8 14% lần hai tái tạo tiền phòng. Không biến chứng do nhiễm trùng.

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, 20 ca sau điều trị ghi nhận 100% cải thiện thị lực có ý nghĩa thống kê. 100% trường hợp hết phù giác mạc $21,7 \pm 6,8$ ngày, không phù tái diễn. 5% biến chứng do nguyên nhân do nhiễm trùng, không biến chứng nhiễm trùng.

Phương pháp khâu một phần chiều dày giác mạc kết hợp bơm C3F8 14% tiền phòng mang lại hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân. Tuy nhiên với nghiên cứu hồi cứu trên cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chưa có nhóm so sánh đối chiếu, chúng tôi chưa thể đánh giá toàn diện phương pháp này. Nghiên cứu này sẽ hỗ trợ các nghiên cứu sau liên quan đến phù giác mạc cấp điều trị tại Bệnh viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gaskin JCF, Patel DV, McGhee CNJ. Acute Corneal Hydrops in Keratoconus— New Perspectives. American Journal of Ophthalmology.

2014; 157(5):921-928.e1. doi:10.1016/j.ajo.2014.01.017

2. Yahia Chérif H, Gueudry J, Afriat M, et al. Efficacy and safety of pre- Descemet's membrane sutures for the management of acute corneal hydrops in keratoconus. Br J Ophthalmol. 2015;99(6): 773-777. doi:10.1136/bjophthalmol-2014-306287
3. Liu X, Li H, Qu S, Yu Q, Lin H, Bi YL. Different compression sutures combined with intracameral air injection for acute corneal hydrops. Int J Ophthalmol. 2022;15(9):1538-1543. doi:10.18240/ijo.2022.09.18
4. Zhao Z, Wu S, Ren W, et al. Compression sutures combined with intracameral air injection versus thermokeratoplasty for acute corneal hydrops: a prospective- randomised trial. Br J Ophthalmol. 2021;105(12): 1645-1650. doi:10.1136/bjophthalmol-2020-316414
5. Sharma N, Mannan R, Jhanji V, et al. Ultrasound biomicroscopy-guided assessment of acute corneal hydrops. Ophthalmology. 2011; 118(11): 2166-2171. doi:10.1016/j.ophtha.2011. 03.040
6. Gupta N, Kalaivani M, Tandon R. Comparison of prognostic value of Roper Hall and Dua classification systems in acute ocular burns. Br J Ophthalmol. 2011;95(2):194-198. doi:10.1136/bjo.2009.173724
7. Garcia de Oteyza G, Bregliano G, Sassot I, Quintana L, Rius C, García-Albisua AM. Primary surgical options for acute corneal hydrops: A review. European Journal of Ophthalmology. 2022;32(2):781-789. doi:10.1177/11206721211103

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP MẮC UNG THƯ TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUY BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023-2024

Lương Thị Thu Hoài¹, Nguyễn Đình Hùng¹, Đào Việt Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị của bệnh nhân nhồi máu não cấp mắc ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân nhồi máu não cấp mắc ung thư tại Trung tâm đột quy, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,9 \pm 11,2$, nhóm tuổi lớn hơn 65 tuổi là phổ biến nhất chiếm 67,3%. Nam giới chiếm tỉ lệ 67,3%, còn lại là nữ giới (32,7%). Khi ra viện, tỉ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là 54,2%. Sau 3 tháng, tỉ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là 43,8%. Những yếu tố có liên

quan tới kết quả điều trị của bệnh nhân sau 3 tháng là phương pháp điều trị sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, can thiệp nội mạch, kháng kết tập tiểu cầu kép và kháng kết tập tiểu cầu đơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân nhồi máu não cấp mắc ung thư đều có kết quả điều trị tốt, có cải thiện sau 3 tháng, các phương pháp điều trị bảo tồn được ưu tiên, tuy nhiên các phương pháp điều trị can thiệp như tiêu sợi huyết hoặc can thiệp nội mạch cũng cho thấy hiệu quả cải thiện điểm MRS sau 3 tháng. **Từ khóa:** Nhồi máu não, đột quy, ung thư, điều trị, thang điểm mRS

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH CANCER AT BACH MAI HOSPITAL STROKE CENTER 2023-2024

Objective: To delineate the treatment outcomes and determinants related with the treatment outcomes of acute ischemic stroke patients with cancer at the Stroke Center, Bach Mai Hospital, during 2023-2024.

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 153 acute ischemic stroke patients with cancer at the Stroke Center, Bach Mai Hospital, from January 2023 to June 2024. **Results:** The average age of the study participants was 68.9 ± 11.2 , with the majority being over 65 years old (67.3%). Males accounted for 67.3%, while females made up 32.7%. Upon discharge, 54.2% of patients had favorable treatment outcomes. After three months, the proportion of patients with favorable outcomes decreased to 43.8%. Factors associated with treatment outcomes after three months included thrombolytic therapy, endovascular intervention, dual antiplatelet therapy, and single antiplatelet therapy ($p < 0.05$). **Conclusion:** Acute ischemic stroke in cancer patients poses significant clinical challenges, necessitating the implementation of evidence-based, individualized treatment strategies to optimize therapeutic outcomes and mitigate adverse prognostic implications. **Keywords:** Acute ischemic stroke, stroke, cancer, treatment, mRS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều năm trở lại đây, mô hình bệnh tật trên thế giới đã có nhiều biến đổi, các bệnh mạn tính không lây có tỷ mắc ngày càng tăng cao, trở thành vấn đề cấp thiết cần giải quyết trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là nhồi máu não và ung thư [1].

Với sự tiến bộ vượt bậc của các phương pháp điều trị, ngày nay các bệnh nhân ung thư đã được kéo dài thời gian sống, tuy nhiên những bệnh nhân này cũng dễ có nguy cơ mắc các bệnh lý khác đặc biệt là nhồi máu não cấp. Nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh bệnh nhân ung thư có nguy cơ cao mắc nhồi máu não hơn người bình thường bởi các cơ chế gây tăng đông do bệnh lý ung thư gây ra [2].

Nhồi máu não cấp và ung thư là những bệnh lý có chung nhiều yếu tố nguy cơ để lại nhiều hậu quả và di chứng nặng nề cho người bệnh. Khi nhồi máu não xuất hiện trên các bệnh nhân ung thư thì gánh nặng bệnh tật để lại cho bệnh nhân, gia đình và xã hội càng nặng nề hơn vì mức độ nguy hiểm của hai bệnh kết hợp lại, tỷ lệ tử vong cao cũng như di chứng tàn tật càng nghiêm trọng hơn so với đột quỵ đơn thuần.

Mặc dù trên thế giới đã có các nghiên cứu về chủ đề này, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này. Tại Trung tâm đột quỵ bệnh viện Bạch Mai số lượng bệnh nhân nhồi máu não cấp mắc kèm theo ung thư ngày càng gia tăng với tỉ lệ tử vong cao. Xuất phát từ thực trạng này, nghiên cứu "*Kết quả quá điều trị của bệnh nhân nhồi máu não cấp mắc ung thư tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai năm 2023-2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- Có triệu chứng khởi phát của nhồi máu não cấp nhập viện điều trị
- Được chẩn đoán nhồi máu não cấp theo tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng theo định nghĩa đột quỵ não của WHO: "Đột quỵ là sự suy yếu thần kinh cục bộ (đôi khi là toàn thể) khởi phát đột ngột, có thời gian kéo dài hoặc dẫn tới tử vong trong vòng 24 giờ. Khi khám cần loại trừ các nguyên nhân chấn thương. Nguyên nhân của đột quỵ được cho là có nguồn gốc từ các mạch máu.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh: Có bằng chứng nhồi máu não trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não hoặc trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não. Kết quả chụp phim sọ não đã được hội chẩn với Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh của Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai xác định là tổn thương nhồi máu não cấp.

- Tiền sử hoặc đang điều trị bệnh ung thư hoặc ung thư mới được chẩn đoán xác định. (Có minh chứng kèm theo là giấy tờ khám chữa bệnh của cơ quan y tế)

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nhồi máu não cấp có bệnh lý ung thư kèm theo nhưng không có đủ dữ liệu, minh chứng bệnh, thông tin trên hồ sơ bệnh án.
- Bệnh nhân mắc nhồi máu não diện rộng có các biến chứng khác của nhồi máu não như xuất huyết chuyển dạng.

- Bệnh nhân hoặc đại diện gia đình bệnh nhân không đồng ý cung cấp thông tin hoặc tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

• Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Bạch Mai.

• Thời gian nghiên cứu: tháng 01/2023 đến tháng 6/2024.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tiến hành hỏi bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân về các thông tin sau đây:

- + Thông tin chung
- + Tiền sử của bệnh nhân chú ý khai thác các yếu tố nguy cơ

- Thăm khám lâm sàng:

- + Khai thác các triệu chứng khởi phát
- + Đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI = cân nặng/(chiều cao)². Rồi phân loại thể lực

theo chỉ số BMI

+ Khai thác các triệu chứng cơ năng của người bệnh

+ Khám các hệ cơ quan: tri giác, thần kinh, hô hấp, tim mạch, tuần hoàn, tiết niệu và các cơ quan khác để phát hiện các bệnh lý kèm theo.

- Chỉ định cận lâm sàng

- Chẩn đoán xác định, thực hiện điều trị cho bệnh nhân theo quy định điều trị nhồi máu não cấp của Bộ Y tế

- Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân khi ra viện theo thang điểm Rankin (mRS) sửa đổi.

- Gọi điện thu thập thông tin đánh giá tình trạng bệnh nhân sau 03 tháng điều trị theo thang điểm Rankin sửa đổi.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 21.

- Các thuật toán: tính tỷ lệ, giá trị trung bình, trung vị, so sánh các tỷ lệ, so sánh các trung bình, sử dụng các kiểm định T-test, Mann-Whitney test, các kết quả kiểm định có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, các yếu tố nguy cơ với khoảng tin cậy 95% CI không chứa giá trị 1.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đề cương Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai.

- Bệnh nhân nghiên cứu và người nhà bệnh nhân được giải thích cặn kẽ trước khi tham gia nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Số liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và thông tin cá nhân được bảo mật hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024, có 153 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi trung bình ($X \pm SD$) (Cao nhất-thấp nhất)		68,9 $\pm$ 11,2 20-91	
Tuổi	≤ 65 tuổi	50	32,7
	> 65 tuổi	103	67,3
Giới	Nam	103	67,3
	Nữ	50	32,7

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của đối tượng với kết quả điều trị sau 3 tháng

Đặc điểm		Kết quả điều trị sau 3 tháng				p
		Xấu (mRS 0-2)		Tốt (mRS 3-6)		
		SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi	24	48,0	26	52,0	0,465
	> 65 tuổi	43	41.7	60	58.3	

N=153

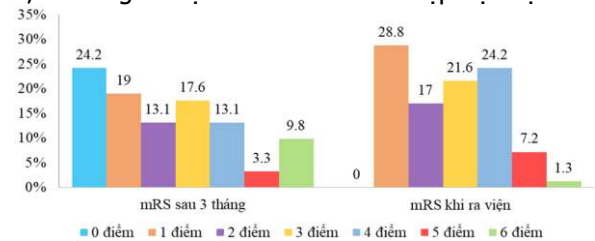
Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,9 $\pm$ 11,2. Nhóm tuổi lớn hơn 65 tuổi phổ biến hơn, chiếm tỉ lệ 67,3%. Nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới lần lượt là 67,3% và 32,7%.

Bảng 2. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỷ lệ
Thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch	23	15,0
Can thiệp nội mạch	12	7,8
Kháng kết tập tiểu cầu kép	49	32,0
Kháng kết tập tiểu cầu đơn	67	43,8

N=153

Nhận xét: Phương pháp điều trị phổ biến nhất là kháng kết tập tiểu cầu đơn (43,8%). Chỉ có 7,8% tổng số bệnh nhân cần can thiệp nội mạch.



Biểu đồ 1: Điểm mRS khi ra viện và sau 3 tháng theo thang Rankin có sửa đổi (N=153)

Nhận xét: Khi ra viện, bệnh nhân có điểm mRS ở mức 1, 3, 4 là chủ yếu, chiếm tỉ lệ lần lượt là 28,8%, 21,6% và 24,2%. Bệnh nhân có điểm mRS bằng 6 chỉ chiếm 1,3%. Không có bệnh nhân nào có điểm mRS bằng 0. Sau 3 tháng, những bệnh nhân có điểm mRS ở mức 0, 1, 3 chiếm tỉ lệ lần lượt là 24,2%, 19,0% và 17,6%. Trong khi đó tỉ lệ những bệnh nhân có điểm mRS bằng 5 hoặc 6 là ít nhất chiếm 3,3% và 9,8%.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị khi ra viện và sau 3 tháng (n=153)

Nhận xét: Khi ra viện, có 54,2% tổng số bệnh nhân có kết quả điều trị xấu, còn lại là tốt. Sau 3 tháng, 43,8% bệnh nhân có kết quả điều trị xấu. Bệnh nhân có kết quả điều trị tốt là 56,2%.

Giới	Nam	50	48,5	53	51,5	0,089
	Nữ	17	34,0	33	66,0	
Thuốc tiêu sợi huyết	Có	17	73,9	6	26,1	0,002
	Không	50	38,5	80	61,5	
Can thiệp nội mạch	Có	9	75,0	3	25,0	0,023
	Không	58	41,1	83	58,9	
Kháng kết tập tiểu cầu kép	Có	2	4,3	45	95,7	< 0,001
	Không	65	63,1	41	38,7	
Kháng kết tập tiểu cầu đơn	Có	38	56,7	29	43,3	0,004
	Không	29	33,7	57	66,3	

N = 153

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê các phương pháp điều trị sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, can thiệp nội mạch, kháng kết tập tiểu cầu kép, kháng kết tập tiểu cầu đơn với kết quả điều trị sau 3 tháng của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa yếu tố tuổi, giới với kết quả điều trị sau 3 tháng của đối tượng ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 153 bệnh nhân cho thấy độ tuổi trung bình là $68,9 \pm 11,2$. Nhóm tuổi lớn hơn 65 tuổi phổ biến hơn, chiếm tỉ lệ 67,3%. Nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới lần lượt là 67,3% và 32,7%.

Bệnh nhân điều trị khi ra viện có điểm mRS trung bình là $2,68 \pm 1,37$. Điểm mRS ở mức 1, 3, 4 chiếm tỉ lệ lần lượt là 28,8%, 21,6% và 24,2%. Bệnh nhân có điểm mRS bằng 6 chỉ chiếm 1,3%. Không có bệnh nhân nào có điểm mRS bằng 0. Tác giả Anca đã báo cáo kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với điểm mRS khi ra viện trung bình là $2,66 \pm 1,49$ [6].

Sau 3 tháng, bệnh nhân có điểm mRS trung bình là $2,25 \pm 1,91$. Điểm mRS ở mức 0, 1, 3 chiếm tỉ lệ lần lượt là 24,2%, 19,0% và 17,6%. Trong khi đó tỉ lệ những bệnh nhân có điểm mRS bằng 5 hoặc 6 là ít nhất chiếm 3,3% và 9,8%. Tác giả Gianluca và cộng sự nhận thấy sau 3 tháng có khoảng 43% tổng số bệnh nhân có điểm mRS ≤ 2 khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [2]. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy kết quả điều trị rất xấu ở bệnh nhân đột quỵ mắc ung thư với điểm mRS trung bình sau 3 tháng cao hơn so với kết quả nghiên cứu này. Nghiên cứu của Mohamed có tỉ lệ tử vong do đột quỵ ở bệnh nhân ung thư là 17,9% và điểm trung bình mRS sau 3 tháng là $3,84 \pm 1,68$ [3]. Nghiên cứu của Eung-Joon Lee và cộng sự chỉ có 32,4% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (mRS < 3) sau 3 tháng [2].

Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các kết quả nghiên cứu khác có thể do sự khác biệt về giai đoạn ung thư của đối

tượng nghiên cứu. Ở những nghiên cứu khác đa số bệnh nhân ung thư giai đoạn III, IV tiên lượng kết quả điều trị thường rất xấu do ảnh hưởng nặng nề của cả hai mặt bệnh đột quỵ và ung thư. Trong khi ở nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có giai đoạn ung thư ở mức độ I, II chiếm tỉ lệ khá cao, bên cạnh đó hầu hết bệnh nhân đã được điều trị ung thư bằng các phương pháp phẫu trị, xạ trị... hiện có sức khỏe ổn định.

Trong số 153 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, phương pháp điều trị bằng kháng kết tập tiểu cầu đơn và kháng kết tập tiểu cầu kép chiếm tỉ lệ nhiều nhất tương ứng lần lượt là 43,8% và 32,0%. Trong khi đó chỉ có 23 bệnh nhân tương ứng 15,0% được tiêu sợi huyết tĩnh mạch và có 7,8% được can thiệp nội mạch. Theo nghiên cứu của tác giả Santosh B. Murthy và cộng sự thực hiện trên 1.135.574 bệnh nhân nhồi máu não cấp thì có 50.437 người bệnh ung thư có nhồi máu não cấp được tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng biện pháp can thiệp nội mạch của chúng tôi cũng cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân được áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch trong nghiên cứu của tác giả Merelijn A Verschoof [4]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu. Nghiên cứu của tác giả Santosh và Merelijn có tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân là toàn bộ những người mắc nhồi máu não, khác so với chúng tôi chỉ chọn đối tượng nhồi máu não nhưng phải có bệnh lý ung thư đi kèm. Cỡ mẫu nghiên cứu của hai tác giả cũng lớn hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa các phương pháp điều trị tiêu sợi huyết, can thiệp nội mạch, kháng kết tập tiểu cầu đơn và kép với kết quả điều trị sau 3 tháng của bệnh nhân nhồi máu não mắc kèm ung thư. Một số nghiên cứu quan sát về chủ đề này đã được thực hiện và đưa ra những kết quả trái ngược nhau [1]. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối

chứng ngẫu nhiên nào về hiệu quả và tính an toàn về các phương pháp này ở bệnh nhân nhồi máu não mắc kèm ung thư. Mặc dù hướng dẫn mới nhất của AHA/ASA đã đưa ra hướng dẫn về vấn đề này tuy nhiên những hướng dẫn này chỉ dựa trên ý kiến của các chuyên gia là một bằng chứng ở mức độ thấp [3].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa thể chỉ ra chính xác được nguyên nhân, cơ chế gây ra đột quỵ ở bệnh nhân có kèm theo bệnh ung thư do hạn chế về kĩ thuật cũng như trang thiết bị, cơ sở vật chất. Nhóm nghiên cứu chưa đủ điều kiện thực hiện tầm soát đầy đủ căn nguyên tim ở những bệnh nhân nguy cơ thấp vì dụ như đeo holter điện tim, do đó có thể bỏ sót một số trường hợp rung nhĩ cơn. Nghiên cứu chỉ lựa chọn những bệnh nhân nhồi máu não mắc ung thư mà không có nhóm đối chứng, do đó không thể so sánh được với nhồi máu não hoặc ung thư đơn thuần. Bên cạnh đó chúng tôi chưa quan tâm tới các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân ung thư vào để mô tả, đánh giá - điều mà một số nghiên cứu khác đã làm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể là tiền đề cho những nghiên cứu sau trong tương lai với mức độ phức tạp hơn (thay đổi phương pháp nghiên cứu, tăng cỡ mẫu, tăng số lượng cơ sở lâm sàng thu thập đối tượng nghiên cứu...) và khắc phục được những nhược điểm trên.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân nhồi máu não mắc ung

thư đều có kết quả điều trị tốt, có cải thiện sau 3 tháng, các phương pháp điều trị bảo tồn được ưu tiên, tuy nhiên các phương pháp điều trị can thiệp như tiêu sợi huyết hoặc can thiệp nội mạch cũng cho thấy hiệu quả cải thiện điểm MRS sau 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang, S. và các cộng sự.** (2020), "Efficacy and safety of intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in cancer patients: a systemic review and meta-analysis", *Am J Transl Res.* 12(8), tr. 4795-4806.
2. **Navi, B. B. và Iadecola, C.** (2018), "Ischemic stroke in cancer patients: A review of an underappreciated pathology", *Ann Neurol.* 83(5), tr. 873-883.
3. **Powers, W. J. và các cộng sự.** (2019), "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke.* 50(12), tr. e344-e418.
4. **Verschoof, M. A. và các cộng sự.** (2022), "Clinical Outcome After Endovascular Treatment in Patients With Active Cancer and Ischemic Stroke: A MR CLEAN Registry Substudy", *Neurology.* 98(10), tr. e993-e1001.
5. **Abdelsalam, Mohamed và các cộng sự.** (2020), "Pathophysiology, mechanism, and outcome of ischemic stroke in cancer patients", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 29(11), tr. 105299.
6. **Motataianu, Anca và các cộng sự.** (2021), "Ischemic stroke in patients with cancer: a retrospective cross-sectional study", *The Journal of Critical Care Medicine.* 7(1), tr. 54-61.

ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG NGUỒN GỐC RĂNG HÀM TRÊN

Lê Ngọc Tuyền¹, Phạm Nhật Quang¹,
Lại Bình Nguyên¹, Nguyễn Quang Rực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào sáng nguồn gốc răng của xương hàm là một loại u nguồn gốc răng ác tính hiếm gặp. Sau khi cắt tổn thương rộng rãi sẽ để lại khuyết hổng lớn bao gồm cả xương, răng, và phần mềm lân cận. Để khôi phục được cả chức năng và thẩm mỹ, bệnh nhân cần được lên kế hoạch điều

trị toàn diện, bao gồm tái tạo giải phẫu, che phủ khuyết hổng, và cải thiện chất lượng cuộc sống. Vì vậy, tạo hình bằng vật da cơ xương mác vi phẫu kết hợp với phục hình răng trên implant với sự hỗ trợ của ghép khung da vô bào di loài đã được đề xuất như là một phương án mới và hiệu quả trong điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng và hồi cứu y văn. **Kết quả:** Sau hai lần phẫu thuật và một lần cấy implant nha khoa, bệnh nhân đã được tái tạo tối ưu về cả thẩm mỹ và chức năng. Các hoạt động ăn, nhai, và nói được duy trì tương tự như trước khi phẫu thuật. Sau thời gian theo dõi 18 tháng, chưa phát hiện tổn thương tái phát hay các biến chứng liên quan đến phẫu thuật và vật liệu phục hình. **Kết luận:** Các phương pháp tiên tiến bao gồm vi phẫu thuật và ứng dụng khung da vô bào di loài hứa hẹn sẽ nâng

¹Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025