

khác nhau giữa các nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

TCNTQ thường gặp nhất là ho khan, vướng họng và đau ngực, hai triệu chứng khàn giọng và khô khè hiếm gặp hơn. Tỷ lệ vướng họng ở nhóm BTNDD-TQ không có VTQTN cao hơn nhóm VTQTN. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu khác sâu hơn để xác định các triệu chứng này thực sự liên quan đến BTNDD – TQ hay do các tình trạng bệnh lý khác gây ra.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R (2006).** The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *The American journal of gastroenterology*, 101(8):1900-1920.
2. **Durazzo M, Lupi G, Cicerchia F, et al (2020).** Extra-Esophageal Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: 2020 Update. *Journal of clinical medicine*, 9(8):2559.
3. **Hom C, Vaezi MF (2013).** Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. *Drugs*, 73(12):1281-1295.
4. **Sơn TH (2018).** Tần suất và các đặc điểm của triệu chứng ngoài thực quản ở bệnh nhân trào ngược dạ dày - thực quản, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. **Min YW, Lim SW, Lee JH, et al (2014).** Prevalence of Extraesophageal Symptoms in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease: A Multicenter Questionnaire-based Study in Korea. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 20(1):87-93.
6. **Yi CH, Liu TT, Chen CL (2012).** Atypical symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 18(3):278-283.
7. **Jaspersen D, Kulig M, Labenz J, et al (2003).** Prevalence of extra-oesophageal manifestations in gastro-oesophageal reflux disease: an analysis based on the ProGERD Study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 17(12):1515-1520.
8. **Naik RD, Vaezi MF (2015).** Extra-esophageal gastroesophageal reflux disease and asthma: understanding this interplay. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 9(7):969-82.
9. **Selleslagh M, van Oudenhove L, Pauwels A, Tack J, Rommel N (2014).** The complexity of globus: a multidisciplinary perspective. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 11(4):220-33.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO THẦN KINH ĐỆM BẬC CAO TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Trần Anh Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Ba<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Liên<sup>3</sup>, Nguyễn Thành Bắc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu kết quả điều trị u tế bào thần kinh đệm bậc cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 52 bệnh nhân u tế bào thần kinh đệm bậc cao có chỉ định phẫu thuật, hóa xạ trị tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều, từ 1/2019 đến 12/2020. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (61,5%) với độ tuổi trung bình là 45,2 tuổi. Hầu hết các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và gần hết u) chiếm 96,2%. Sau phẫu thuật 6 tháng, triệu chứng lâm sàng được ghi nhận phổ biến là đau đầu (55,8%), yếu liệt nửa người (21,2%), cơn co giật kiểu động kinh (15,4%), buồn nôn và nôn (9,6%); nhìn mờ, giảm thị lực (11,5%), điểm Karnofsky trung bình là 67,7 ± 12,0; đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST, có 51 trong tổng số 52 bệnh nhân đạt tỉ lệ kiểm soát bệnh (98,1%). **Kết luận:** Bệnh nhân u tế bào thần kinh đệm bậc cao

được điều trị phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị đồng thời cho kết quả tương đối tốt sau 1 và 6 tháng sau mổ. Sau mổ 6 tháng, các bệnh nhân có tỉ lệ cao kiểm soát bệnh về đáp ứng khách quan theo RECIST.

**Từ khóa:** U tế bào thần kinh đệm bậc cao, kết quả điều trị sớm.

### SUMMARY

#### INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF HIGH-GRADE GLIOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** To initially evaluate the results of treatment for high-grade glioma. **Subjects and methods:** A descriptive, prospective study on 52 high-grade glioma patients with indications for surgery, chemotherapy and radiotherapy at K Hospital, Tan Trieu campus, from January 1, 2019 to December 12, 2020. **Results:** Patients were predominantly male (61.5%) with a mean age of 45.2 years. Most patients had surgery to remove the maximum possible tumor (remove all and most of the tumor), accounting for 96.2%. Six months after surgery, the most commonly reported clinical symptoms were headache (55.8%), hemiplegia (21.2%), epileptic seizures (15.4%), sadness vomiting and vomiting (9.6%); blurred vision, reduced visual acuity (11.5%), the mean Karnofsky score is 67.7; assessment of objective response according to RECIST, 51 out of 52 patients achieved disease control rate (98.1%). **Conclusion:** Patients

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Trung tâm ung bướu, Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân y

<sup>3</sup>Bệnh viện K – cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Đức

Email: trananhduc9@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 7.10.2022

with high-grade glioma treated with surgery combined with chemotherapy and radiation gave relatively good results. after 1 and 6 months after surgery, patients had a high rate of disease control in terms of objective response according to RECIST.

**Keywords:** High-grade glioma, early treatment results.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào thần kinh đệm là một loại u não nguyên phát của hệ thần kinh trung ương. Trong đó, u nguyên bào thần kinh đệm chiếm khoảng 12-15% các u nội sọ và 60-75% các loại u sao bào [1]. U tế bào thần kinh đệm là những u không đồng nhất xuất phát từ tế bào thần kinh đệm, phát triển chủ yếu từ dòng sao bào đệm (Astrocytoma), tế bào thần kinh đệm ít nhánh (Oligodendroglioma) và tế bào ống nội tủy (Ependynoma).

Việc điều trị bệnh là sự phối hợp nhiều phương pháp (đa mô thức) gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, miễn dịch. Hiện nay phẫu thuật, xạ trị và hóa trị vẫn là những phương pháp cơ bản. Trong đó phẫu thuật lấy u là phương pháp quan trọng nhất, với mục đích giải phóng chèn ép, loại bỏ tối đa khối u, khẳng định chẩn đoán giải phẫu bệnh, làm hóa mô miễn dịch, sinh học phân tử giải trình tự gen xác định các dấu ấn sinh học [2]. Xạ trị và hóa trị là hai phương pháp điều trị phối hợp, nhằm tiêu diệt những tế bào u còn lại và hạn chế sự tái phát của u. Để làm cơ sở cho các nghiên cứu sâu hơn về đánh giá kết quả của các biện pháp điều trị ở bệnh nhân chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá bước đầu kết quả điều trị u tế bào thần kinh đệm bậc cao".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 52 bệnh nhân U tế bào thần kinh đệm bậc cao được phẫu thuật, chẩn đoán mô bệnh học, làm hóa mô miễn dịch, xét nghiệm sinh học phân tử giải trình tự gen để xác định đột biến (IDH, p53, MGMT) và điều trị hóa xạ trị phối hợp tại bệnh viện K – cơ sở Tân Triều.

### \*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán là u tế bào thần kinh đệm bậc cao dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim cộng hưởng mô bệnh học.
- Được vi phẫu thuật lấy u và điều trị hóa xạ trị kết hợp
- Không mắc các bệnh lý cấp tính, mạn tính đe dọa tính mạng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có u não nhưng không có chỉ

định mổ hoặc không đồng ý mổ, bệnh nhân không điều trị hóa xạ trị theo phác đồ; bệnh nhân có tình trạng nặng, không đánh giá được các triệu chứng lâm sàng hay có các bệnh kết hợp nặng kèm theo.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện K trung ương (cơ sở Tân Triều) trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020.

### 3. Phương pháp nghiên cứu

#### \*Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu không đối chứng.

**\*Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 52 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

#### \*Các biến số nghiên cứu và các tiêu chí đánh giá

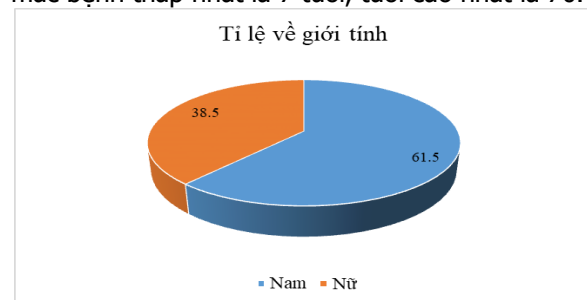
- Đặc điểm về tuổi và giới của bệnh nhân nghiên cứu.
- Kết quả lấy u sau phẫu thuật
- Thang điểm Karnofsky sau mổ
- Đáp ứng khách quan theo phân loại RECIST [3] sau điều trị.

**\*Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2020 tại bệnh viện K (cơ sở Tân Triều) chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

**\*Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.** Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $45,2 \pm 14,4$  tuổi. Trong đó, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 49 tuổi chiếm 26,9% và tuổi mắc bệnh thấp nhất là 7 tuổi, tuổi cao nhất là 70.



**Biểu đồ 1. Phân bố giới tính ở bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ tương ứng là 61,5% (32 bệnh nhân) so với 38,5% (20 bệnh nhân) (tỷ lệ 1,6:1,0).

**\*Kết quả lấy u****Bảng 1. Kết quả lấy u sau mổ**

Kết quả lấy u	Số bệnh nhân (n=52)	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy hoàn toàn u	19	36,5
Mổ lấy gần hoàn toàn u	31	59,6
Mổ lấy 1 phần u	2	3,8
Chỉ sinh thiết	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Kết quả lấy u trong quá trình phẫu thuật cho thấy, hầu hết các bệnh nhân được mổ lấy tối đa khối u có thể (lấy toàn bộ và

gần hết u) chiếm 96,2%. Chỉ có 2 bệnh nhân mổ lấy 1 phần khối u (3,8%).

\* Đánh giá chức năng hệ thần kinh trước và sau mổ

Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tháng để đánh giá kết quả gần sau mổ và sau phẫu thuật 6 tháng, đây là thời điểm mà bệnh nhân đã hoàn thành phác đồ điều trị phẫu thuật và hóa xạ trị đồng thời, đang trong quá trình hóa trị bổ trợ và toàn bộ bệnh nhân vẫn còn sống sót sau điều trị, do đó đây là thời điểm thích hợp nhất để đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân. Kết quả thu được như sau:

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật**

Triệu chứng lâm sàng	Sau phẫu thuật 1 tháng		Sau phẫu thuật 6 tháng	
	Số lượng (n=52)	Tỷ lệ %	Số lượng (n=52)	Tỷ lệ %
Đau đầu	22	42,3	29	55,8
Buồn nôn, nôn	5	9,6	5	9,6
Nhìn mờ, giảm thị lực	3	5,8	6	11,5
Rối loạn tâm thần	0	0,0	0	0,0
Run chân tay	3	5,8	4	7,7
Rối loạn trí nhớ	4	7,7	3	5,8
Liệt nửa người	11	21,2	11	21,2
Động kinh	1	1,9	8	15,4
Rối loạn thăng bằng	3	5,8	3	5,8
Hôn mê, rối loạn tri giác	0	0,0	0	0,0
Rối loạn ngôn ngữ	2	3,8	3	5,8

**Nhận xét:** Sau điều trị phẫu thuật 1 tháng, triệu chứng lâm sàng còn lại được ghi nhận phổ biến ở bệnh nhân là đau đầu (42,3), yếu liệt nửa người (21,2%), buồn nôn và nôn (9,6%); nhìn mờ, giảm thị lực (5,8%). Ngoài ra một số triệu chứng lâm sàng khác gặp với tỷ lệ ít hơn, không có bệnh nhân nào rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần sau điều trị. Nhìn chung kết quả sau mổ 1 tháng các triệu chứng lâm sàng đã được cải thiện. Tại thời điểm sau điều trị phẫu thuật 6 tháng triệu chứng lâm sàng còn lại được ghi nhận phổ biến ở bệnh nhân là đau đầu (55,8%), yếu liệt nửa người (21,2%), cơn co giật kiểu động kinh (15,4%), buồn nôn và nôn (9,6%); nhìn mờ, giảm thị lực (11,5%). Ngoài ra một số triệu chứng lâm sàng khác gặp với tỷ lệ ít hơn như rối loạn trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn thăng bằng, run chân tay. Không có bệnh nhân nào rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần sau điều trị.

**Bảng 3. Thay đổi chỉ số Karnofsky sau điều trị**

Thang điểm Karnofsky	Sau phẫu thuật 1 tháng		Sau phẫu thuật 6 tháng	
	Số lượng (n=52)	Tỷ lệ %	Số lượng (n=52)	Tỷ lệ %
100	11	21,2	18	34,6
90	41	78,8	22	42,3
80	0	0,0	12	23,1
70	0	0,0	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
$\bar{x} \pm SD$	69,4 $\pm$ 7,5		67,7 $\pm$ 12,0	
p	0,129			

Nhóm I (80-100)	11	21,2	18	34,6
Nhóm II (60-70)	41	78,8	22	42,3
Nhóm III (40-50)	0	0,0	12	23,1
Nhóm IV (0-30)	0	0,0	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>
$\bar{x} \pm SD$	69,4 $\pm$ 7,5		67,7 $\pm$ 12,0	
p	0,129			

**Nhận xét:** Kết quả nghiên cứu về nhóm điểm Karnofsky sau mổ 1 và 6 tháng cho thấy, nhóm II chiếm tỷ lệ chủ yếu ở cả hai thời điểm đánh giá với tỷ lệ lần lượt là 78,8% và 42,3%; không có bệnh nhân nào thuộc nhóm IV. Có sự khác biệt ở thời điểm 1 tháng sau mổ so với thời điểm 6 tháng sau mổ, tại thời điểm 1 tháng sau mổ không có bệnh nhân nào thuộc nhóm III trong khi đó sau 6 tháng thì nhóm III chiếm tỷ lệ 23,1%. Sau phẫu thuật 6 tháng điểm Karnofsky trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 67,7  $\pm$  12,0; thấp hơn so với thời điểm 1 tháng sau mổ, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 4. Đáp ứng khách quan sau điều trị theo RECIST sau mổ 6 tháng**

Đáp ứng khách quan sau điều trị	Sau phẫu thuật 6 tháng	
	Số lượng (n=52)	Tỉ lệ %
<b>Kiểm soát bệnh</b>		
Đáp ứng hoàn toàn	2	3,8
Đáp ứng một phần	5	9,6
Bệnh ổn định	44	84,6
<b>Tổng</b>	<b>51</b>	<b>98,1</b>
<b>Không đáp ứng điều trị</b>		
Bệnh tiến triển	1	1,9
<b>Tổng</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Sau phẫu thuật và hóa xạ đồng thời, có 51 trong tổng số 52 bệnh nhân đạt tỉ lệ kiểm soát bệnh (98,1%). Chỉ có 1 bệnh nhân không đáp ứng với điều trị chiếm 1,9%. Trong nhóm đạt mục tiêu kiểm soát bệnh, thì nhóm bệnh diễn biến ổn định chiếm tỉ lệ cao nhất với 44 bệnh nhân chiếm 84,6% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả về độ tuổi mắc bệnh cho thấy tuổi thấp nhất là 7, tuổi mắc bệnh cao nhất là 70, tuổi trung bình mắc bệnh là  $45,2 \pm 14,4$  tuổi. Độ tuổi hay gặp 40 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ 26,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong nước như kết quả nghiên cứu của Trần Kim Tuyến (2022) cho thấy u sao bào độ III ( $42,2 \pm 11,81$ ) và cao nhất là nhóm UNBTKĐ ( $47,66 \pm 12,89$ ) [4]. Độ tuổi trung bình theo nhóm UTBTKĐ lan tỏa độ II, III và UNBTKĐ theo Birthe Krogh Rasmussen (2017) lần lượt là 46, 56 và 64 tuổi [5]. Đồng thời trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ tương ứng là 61,5% (32 bệnh nhân) so với 38,5% (20 bệnh nhân) (tỉ lệ 1,6:1,0). Các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, mặc dù tỉ lệ nam/nữ có khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng các tỉ lệ này đều cho thấy u tế bào thần kinh đệm độ cao thường gặp ở nam nhiều hơn nữ [4], [6].

Có nhiều phương pháp điều trị u tế bào thần kinh đệm, tùy theo tính chất mô bệnh học của từng loại u nhưng phẫu thuật vẫn là lựa chọn hàng đầu được các phẫu thuật viên thần kinh và ung thư chấp nhận. Chỉ có phẫu thuật mới có thể lấy được những khối u có kích thước lớn, giải quyết hội chứng tăng áp lực nội sọ. Các phương pháp khác (tia xạ, xạ phẫu, hóa chất, quang động học,...) chỉ có tác dụng hỗ trợ nhằm ngăn

ngừa hoặc kéo dài thời gian u tái phát hoặc chỉ định khi phẫu thuật không lấy được triệt để khối u. Phẫu thuật (kể cả không lấy hết u) cũng làm tăng hiệu quả các phương pháp điều trị hỗ trợ như xạ trị, hóa trị, quang động học sau mổ. Kết quả mổ lấy u cho thấy đa số mổ lấy toàn bộ u thực hiện được cho 30 bệnh nhân (58,8%), mổ lấy gần hết u ở 18 bệnh nhân (35,3%), và lấy một phần u ở 03 bệnh nhân (5,9%), không bệnh nhân nào không lấy được u. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Stupp, tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật viên ghi nhận lấy một phần u (lấy <50% thể tích u) là 61%, lấy phần lớn u (lấy >50% thể tích u) là 39% [6], nghiên cứu của Senft thì tỉ lệ bệnh nhân được lấy phần lớn u là 68% [7].

Tại thời điểm sau điều trị phẫu thuật 6 tháng triệu chứng lâm sàng còn lại được ghi nhận phổ biến ở bệnh nhân là đau đầu (55,8%), yếu liệt nửa người (21,2%), cơn co giật kiểu động kinh (15,4%), buồn nôn và nôn (9,6%); nhìn mờ, giảm thị lực (11,5%). Ngoài ra một số triệu chứng lâm sàng khác gặp với tỉ lệ ít hơn như rối loạn trí nhớ, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn thăng bằng, run chân tay. Không có bệnh nhân nào rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần sau điều trị.

Đánh giá điểm Karnofsky sau phẫu thuật 1 và 6 tháng cho thấy, nhóm II chiếm tỉ lệ chủ yếu ở cả hai thời điểm đánh giá với tỉ lệ lần lượt là 78,8% và 42,3%; không có bệnh nhân nào thuộc nhóm IV. Có sự khác biệt ở thời điểm 1 tháng sau mổ so với thời điểm 6 tháng sau mổ, tại thời điểm 1 tháng sau mổ không có bệnh nhân nào thuộc nhóm III trong khi đó sau 6 tháng thì nhóm III chiếm tỉ lệ 23,1%. Sau phẫu thuật 6 tháng điểm Karnofsky trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $67,7 \pm 12,0$ ; thấp hơn so với thời điểm 1 tháng sau mổ, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Các loại u trong nghiên cứu có đặc điểm là có độ ác tính cao, khả năng tái phát nhanh, phần lớn là các u não thể Glioblastoma có 34 bệnh nhân chiếm 65,4%. Đây cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ. Sau khi điều trị đa mô thức, những bệnh nhân sẽ tiếp tục được dùng hóa chất Temozolomide để điều trị bổ trợ thêm 6 chu kỳ tiếp theo đây là việc giúp tăng hiệu quả của điều trị kết hợp sau mổ, tăng thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, sau 6 tháng điều trị, đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST chúng tôi ghi nhận thấy tỉ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn+ một phần+ ổn

định) khá cao, tỉ lệ này chiếm 98,1%. Trong khi đó, tỉ lệ bệnh tiến triển sau điều trị hóa xạ trị đồng thời sau mổ với Temozolomide thấp, tỉ lệ này chỉ có 1,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Antonio về hiệu quả hóa xạ trị đồng thời sau mổ u tế bào hình sao độ cao, kết quả nghiên cứu này cho thấy, tỉ lệ kiểm soát bệnh sau hóa xạ trị khá cao chiếm 93%, trong khi đó tỉ lệ bệnh tiến triển sau điều trị thấp, chỉ chiếm 7% [8].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 52 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45 tuổi, nhóm tuổi chủ yếu là từ 40-50 tuổi, nam giới chiếm đa số bệnh nhân. Kết quả điều trị phẫu thuật cho thấy trên 90% số bệnh nhân được lấy toàn bộ và lấy phần lớn u, triệu chứng lâm sàng sau mổ 6 tháng phổ biến ở bệnh nhân là đau đầu, yếu liệt nửa người, cơ co giật kiểu động kinh, nhìn mờ, giảm thị lực. Điểm Karnofsky sau mổ 6 tháng là 67 điểm. Tỉ lệ kiểm soát bệnh về đáp ứng khách quan theo RECIST là khá cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang C, Jun S, Xiuzhi J, et al.** (2014). Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. *OncoTargets and Therapy*, 7: 235-244.
2. **Pang BC, Wan WH, Lee CK, et al.** (2007). The role of surgery in high-grade glioma—is surgical resection justified? A review of the current knowledge. *Ann Acad Med Singap*, 36(5): 358-63.
3. **A. R. Padhani, L. Ollivier** (2001). The RECIST criteria: implications for diagnostic radiologists. *The British journal of radiology*, 74(887): 983-986.
4. **Trần Kim Tuyên** (2022), Nghiên cứu đột biến gen IDH1/2 của u tế bào thần kinh đệm lan tỏa ở người trưởng thành, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. **B. K. Rasmussen, S. Hansen, R. J. Laursen, et al.** (2017). Epidemiology of glioma: Clinical characteristics, symptoms, and predictors of glioma patients grade I-IV in the the Danish Neuro-Oncology Registry. *Journal of Neuro-oncology*, 135(3): 571-579.
6. **Stupp R, Mason WP, van den Bent MJ, et al** (2005). Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *N Engl J Med*, 352, 987-996.
7. **Senft C, Bink A, Franz K, et al** (2011). Intraoperative MRI guidance and extent of resection in glioma surgery: a randomised, controlled trial. *Lancet Oncol*, 12 (11), 997-1003.
8. **Antonio O, Kathryn B, Philip G, et al (2014)**. Phase II Study of Bevacizumab, Temozolomide and Hypofractionated Stereotactic Radiotherapy for Newly Diagnosed Glioblastoma. *Clin Cancer Res*, 20(19), 5023-5031.

## STRESS Ở TRẺ VEỌ CỘT SỐNG VỎ CĂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG ÁO NẸP CHỈNH HÌNH

Hồng Khánh Sơn\*, Trịnh Quang Dũng\*\*, Nguyễn Hoài Nam\*\*\*, Phạm Văn Minh\*\*\*

### TÓM TẮT

Veọ cột sống vỏ căn là loại bệnh phổ biến dẫn đến biến dạng cột sống ở trẻ em trên 10 tuổi. Hiệu quả điều trị veọ cột sống vỏ căn bằng áo nẹp chỉnh đã được chứng minh. Tuy nhiên, việc mặc áo nẹp trong thời gian dài làm bệnh nhân mặc cảm về ngoại hình góp phần dẫn đến stress ở trẻ. Mục tiêu: Đánh giá mức độ stress ở trẻ bị veọ cột sống vỏ căn được điều trị bằng áo nẹp chỉnh hình và các yếu tố liên quan. Đối

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 114 trẻ em đang điều trị bằng áo nẹp chỉnh hình tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Bệnh viện Phục hồi chức năng- Điều trị bệnh nghề nghiệp. Tiêu chí chọn vào bao gồm trẻ gái từ 10-17 tuổi, bé trai từ 10-18 tuổi veọ cột sống vỏ căn có góc Cobb từ 20 – 40° và thời gian điều trị bằng áo nẹp từ 3 đến 24 tháng, thời gian mặc áo nẹp trên 12 giờ/ngày. Thang đo BSSQ-Brace và BSSQ-Deformity được sử dụng nhằm đánh giá những stress tâm lý mà bệnh nhân veọ cột sống gặp phải. Kết quả: Tỷ lệ stress mức độ nhiều ở thang điểm BSSQ Brace và Deformity lần lượt là 83,3% và 71,1%. Học thêm là một yếu tố liên quan đến stress phân theo BSSQ-Deformity (p=0,022). Kết luận: Trẻ em veọ cột sống vỏ căn có tỉ lệ stress mức độ nhiều cao. Cần có những biện pháp giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tâm lý và xã hội nhằm giảm nhẹ những tác động do stress gây ra trong quá trình điều trị bằng áo nẹp chỉnh hình.

**Từ khóa:** Stress, điều trị áo nẹp, veọ cột sống vỏ căn, bảng hỏi BSSQ

\*Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

\*\*Bệnh viện Nhi Trung Ương

\*\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022