

(44.1%), chủ yếu thiếu máu đẳng sắc (39.2%), nồng độ huyết sắc tố trung bình là 121.64 ± 19.735 g/l. Nồng độ CRP hs trung bình là 6.352 ± 7.723 mg/dl và nồng độ Ferritin trung bình là 1401 ± 1588 (ng/ml) đều cao hơn giá trị bình thường.

- Áp lực động mạch phổi có giá trị trung bình 40.32 ± 17.358 mmHg cao hơn so với bình thường (<25 mmHg), chủ yếu tăng ALDMP nhẹ (61.2%).

- Giá trị trung bình %FVC so với trị số lý thuyết là 60.71 ± 15.437 giảm so với bình thường ($\geq 80\%$), chủ yếu là rối loạn thông khí hạn chế (80%). Trong đó, rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình chiếm 51.9%, mức độ nhẹ chiếm 30.8%.

- Tổn thương trên HRCT cơ bản thường gặp nhất là kính mờ (69.6%) và giãn phế quản co kéo (52.9%). Hình thái tổn thương thường gặp nhất là OP (21.6%) và NSIP (19.6%), chúng xuất hiện với tỉ lệ khá đồng đều với đặc điểm phân bố đều 2 bên, ưu thế ngoại vi, thùy dưới của phổi.

- Bệnh lý mô liên kết hay gặp nhất là Viêm đa cơ/viêm da cơ (39.3%), tiếp đến là Xơ cứng bì (20.6%), hội chứng chông lấp và mô liên kết hỗn hợp (20.6%), chiếm tỉ lệ thấp hơn là Lupus ban đỏ hệ thống và Viêm khớp dạng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karakatsani A, Papakosta D, Rapti A, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in

- Greece. *Respir Med.* 2009;103(8):1122-1129. doi:10.1016/j.rmed.2009.03.001
2. Alhamad EH. Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study. *Ann Thorac Med.* 2013;8(1):33-37. doi:10.4103/1817-1737.105717
3. Dhooria S, Agarwal R, Sehgal IS, et al. Spectrum of interstitial lung diseases at a tertiary center in a developing country: A study of 803 subjects. *PLoS ONE.* 2018;13(2):e0191938. doi:10.1371/journal.pone.0191938
4. Gono T, Kawaguchi Y, Hara M, et al. Increased ferritin predicts development and severity of acute interstitial lung disease as a complication of dermatomyositis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2010;49(7):1354-1360. doi:10.1093/rheumatology/keq073
5. Outcomes of Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension in Patients with Intersitial Lung Disease | C42. SEARCHIN' FOR A CURE: NEW ILD TREATMENTS. Am Thorac Soc Int Conf Meet Abstr Am Thorac Soc Int Conf Meet Abstr. Accessed October 25, 2022. https://www.atsjournals.org/doi/epdf/10.1164/ajrccm-conference.2015.191.1_MeetingAbstracts.A4404
6. Martinez-Pitre PJ, Sabbula BR, Cascella M. Restrictive Lung Disease. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed October 25, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560880/>
7. Shao T, Shi X, Yang S, et al. Interstitial Lung Disease in Connective Tissue Disease: A Common Lesion With Heterogeneous Mechanisms and Treatment Considerations. *Front Immunol.* 2021;12:684699. doi:10.3389/fimmu.2021.684699
8. Li H, Xiong Z, Liu J, Li Y, Zhou B. [Manifestations of the connective tissue associated interstitial lung disease under high resolution computed tomography]. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2017;42(8):934-939. doi:10.11817/j.issn.1672-7347.2017.08.010

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN EGFR-T790M GÂY KHÁNG EGFR-TKIS THỂ HỆ THỨ NHẤT Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BẰNG KỸ THUẬT SINH THIẾT LỎNG

Hà Hữu Hoàng Khải^{1,2}, Lê Hoàn^{1,2},
Trần Khánh Chi^{1,2}, Nguyễn Thị Như Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng định tình trạng đột biến EGFR-T790M gây kháng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Hoàng Khải

Email: hoangkhai.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

EGFR-TKIs thể hệ thứ nhất ở người bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng kỹ thuật sinh thiết lỏng. **Đối tượng:** Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR (+) đã điều trị bước 1 bằng thuốc EGFR- TKIs thể hệ 1, được làm sinh thiết lỏng tìm đột biến gen EGFR-T790M. **Kết quả:** Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trên 60 tuổi (64,5%) trong đó tỉ lệ nam: nữ xấp xỉ bằng nhau, có đến 58,1% số bệnh nhân không hút thuốc lá. Thời gian trung bình xuất hiện kháng TKIs thể hệ 1: $11,9 \pm 3,4$ tháng (dao động từ 7-20 tháng). Mệt mỏi (96,8%) và sụt cân (87,1%) là triệu chứng toàn thân chiếm tỷ

lệ cao nhất. Đau ngực (77,4%) là triệu chứng hô hấp gặp nhiều nhất, ít gặp nhất là ho máu (12,9%). Số lượng bệnh nhân có kích thước u từ 2-3cm là cao nhất, chiếm tỷ lệ 32,3%, có tới 9,7% số bệnh nhân có kích thước u >7cm. Tỷ lệ xuất hiện đột biến EGFR-T790M phát hiện bằng phương pháp sinh thiết lỏng là 35,5%, có tới 64,5% bệnh nhân có bệnh tiến triển nhưng kết quả sinh thiết lỏng không có đột biến gen EGFR-T790M. Trung bình thời gian sống thêm bệnh không tiến triển giữa nhóm có mang đột biến EGFR-T790M (11,82 tháng; 95%CI 9,22-14,42) với nhóm không mang đột biến EGFR-T790M (11,95 tháng; 95%CI 10,44-13,46) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có đột biến EGFR-T790M bằng phương pháp sinh thiết lỏng có phần cao hơn những nghiên cứu khác trên thế giới. Chưa ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện đột biến EGFR-T790M, cũng như chưa ghi nhận ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) của đột biến này.

Từ khóa: EGFR-T790M, ung thư phổi không tế bào nhỏ, EGFR-TKI

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND IDENTIFICATION OF EGFR-T790M MUTATIONS CAUSING FIRST-GENERATION EGFR-TKIS RESISTANCE IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER BY USING LIQUID BIOPSY

Objectives: To investigate clinical and laboratory characteristics to determine the status of EGFR-T790M mutations causing first-generation resistance to EGFR-TKIs in patients with non-small cell lung cancer by liquid biopsy technique. **Subjects:** Including 31 patients diagnosed with EGFR-mutated non-small cell lung cancer (+) who received first-step treatment with first-generation EGFR-TKIs, and had liquid biopsies for EGFR-T790M mutations. **Result:** The study patients were mainly over 60 years old (64.5%) in which the male: female ratio was approximately equal; up to 58.1% of the patients did not smoke. The mean time of emergence of resistance to 1st generation TKIs: 11.9 ± 3.4 months (ranged from 7-20 months). Fatigue (96.8%) and weight loss (87.1%) were systemic symptoms accounting for the highest proportion. Chest pain (77.4%) was the most common respiratory symptom; hemoptysis (12.9%) was the least common. The number of patients with tumor sizes from 2-3cm is the highest, accounting for 32.3%, up to 9.7% of patients with tumor size >7cm. EGFR-T790M mutations detected by liquid biopsy method was 35.5%; up to 64.5% of patients had advanced disease, but liquid biopsy results did not have EGFR-T790M gene mutations. Median progression-free survival between the group carrying the EGFR-T790M mutation (11.82 months; 95% CI 9.22-14.42) and the group not carrying the EGFR-T790M mutation (11.95 months; 95%CI 10.44-13.46) there was no statistically significant difference. **Conclusion:** The rate of patients with EGFR-T790M mutation by liquid biopsy is somewhat higher than in other studies worldwide. No factors affecting the occurrence of

EGFR-T790M mutations have been recorded, nor have they been recorded for this mutation.

Keywords: EGFR-T790M, non-small cell lung cancer, EGFR-TKI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư có tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong cao nhất. Theo GLOBOCAN 2020¹, ước tính có khoảng 2,2 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, chiếm 11,4% tổng số các trường hợp mắc ung thư mới. Mặc dù các phương pháp điều trị ngày càng phát triển nhưng tỉ lệ tử vong do ung thư phổi vẫn rất cao, ngay cả ở những nước phát triển.² Cho đến nay, nhiều đột biến gen đã được xác định có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của ung thư phổi, trong đó phổ biến nhất phải kể đến các đột biến của gen EGFR (Epidermal growthfactor receptor). Điều trị đích bằng thuốc ức chế tyrosine kinase (Tyrosine kinase inhibitors - TKIs) của EGFR đã được chứng minh là lựa chọn hiệu quả cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR. Tuy vậy, sau một thời gian điều trị với các thuốc EGFR - TKIs thế hệ thứ nhất (erlotinib, gefitinib), ở hầu hết các bệnh nhân (bệnh nhân) xuất hiện tình trạng không đáp ứng với thuốc đang điều trị, tổn thương ung thư tiến triển trở lại, gây khó khăn trong điều trị.³ Sinh thiết mô là phương pháp chuẩn quy ước để phát hiện đột biến gen kháng thuốc EGFR-TKIs, tuy nhiên việc lấy mẫu mô đủ chất lượng ở bệnh nhân UTPKTBN tiến triển là một kỹ thuật xâm lấn, tổn thương và chi phí, sinh thiết mô sẽ đi kèm với nhiều biến chứng.⁴ Trong trường hợp không thể sinh thiết được, bệnh nhân sẽ mất cơ hội tìm ra đột biến và hưởng lợi từ điều trị thích hợp.⁴ Hiện nay phương pháp sinh thiết lỏng tìm DNA trần của tế bào ung thư trong máu (ctDNA) được ứng dụng nhiều để tìm đột biến EGFR-T790M. Phương pháp này có độ chính xác cao và có nhiều ưu điểm mà sinh thiết mô không thể có được.⁴

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR (+) đã điều trị bước 1 bằng thuốc EGFR- TKIs thế hệ 1, xuất hiện tình trạng kháng thuốc, được làm sinh thiết lỏng tìm đột biến gen EGFR-T790M tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

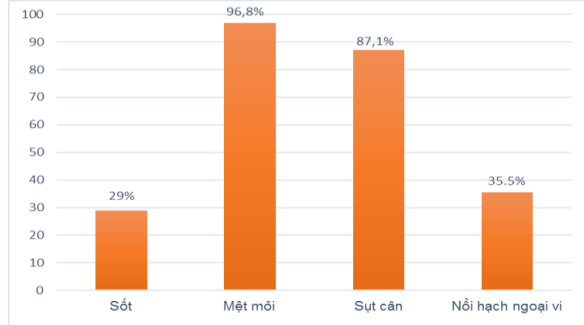
Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	≤60	11	35,5
	>60	20	64,5
Giới	Nữ	16	51,6
	Nam	15	48,4
Hút thuốc lá	Có	13	41,9
	Không	18	58,1
Bệnh đồng mắc	Có	21	67,7
	Không	10	32,3

Thời gian trung bình xuất hiện kháng TKIs thế hệ 1: 11,9 ± 3,4 tháng (dao động từ 7-20 tháng)

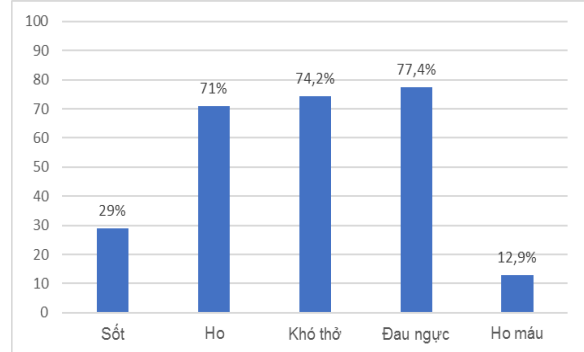
Nhận xét:

- Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trên 60 tuổi (64,5%) trong đó tỉ lệ nam: nữ xấp xỉ bằng nhau
- Có đến 58,1% số bệnh nhân không hút thuốc lá
- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): 11,9 ± 3,4 tháng (dao động từ 7-20 tháng)



Biểu đồ 1. Đặc điểm triệu chứng toàn thân của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Mệt mỏi (96,8%) và sụt cân (87,1%) là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất.



Biểu đồ 2. Đặc điểm triệu chứng hô hấp của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đau ngực (77,4%) là triệu chứng hô hấp gặp nhiều nhất. Triệu chứng ít gặp nhất là ho máu (12,9%)

Bảng 2. Kích thước u (cm) trên CLVT

Kích thước	n	%
<2	5	16,1
2 < u ≤ 3	10	32,3
3 < u ≤ 5	11	35,5
5 < u ≤ 7	2	6,5
>7	3	9,7
Tổng	31	100%

Nhận xét: - Số lượng bệnh nhân có kích thước u từ 2-3cm là cao nhất, chiếm tỷ lệ 32,3%
- Có tới 9,7% số bệnh nhân có kích thước u >7cm

3.2. Kết quả phân tích đột biến gen EGFR- T790M bằng phương pháp sinh thiết lỏng

Bảng 3. Kết quả phân tích đột biến gen EGFR- T790M bằng phương pháp sinh thiết lỏng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Có đột biến gen EGFR- T790M	11	35,5%
Không có đột biến gen EGFR- T790M	20	64,5%

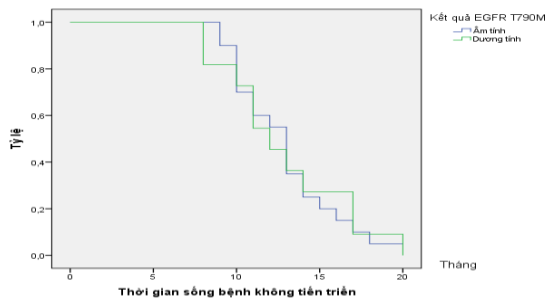
Nhận xét: Có tới 20 bệnh nhân (chiếm 64,5%) có bệnh tiến triển nhưng kết quả sinh thiết lỏng không có đột biến gen EGFR- T790M

3.3. Phân tích mối liên quan giữa đột biến gen EGFR- T790M với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 4. Đột biến gen EGFR- T790M và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Có đột biến EGFR- T790M		Không có đột biến EGFR- T790M		p	
	n	%	n	%		
Giới tính	Nam	7	22,6	8	25,8	0,208
	Nữ	4	12,9	12	38,7	
Tuổi	≤ 60	4	12,9	7	22,6	0,619
	> 60	7	22,6	13	41,9	
Thuốc lá	Có	6	19,4	7	22,6	0,449
	Không	5	16,1	13	41,9	
Bệnh đồng mắc	Có	6	19,4	15	48,4	0,423
	Không	5	16,1	5	16,1	
Kích thước khối u	>5 cm	1	3,2	4	12,9	0,631
	≤ 5cm	10	32,3	16	51,6	

Nhận xét: Nghiên cứu chưa ghi nhận có sự liên quan giữa một số yếu tố như tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc, bệnh đồng mắc và mô bệnh học với sự xuất hiện đột biến EGFR-T790M gây kháng thuốc EGFR-TKIs với p > 0,05.



Biểu đồ 3. Liên quan giữa đột biến EGFR-T790M với PFS

So sánh trung bình thời gian sống thêm bệnh không tiến triển giữa nhóm có mang đột biến EGFR-T790M (11,82 tháng; 95%CI 9,22-14,42 tháng) với nhóm không mang đột biến EGFR-T790M (11,95 tháng; 95%CI 10,44-13,46 tháng), chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,920$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân ung thư phổi có đột biến EGFR chúng tôi nhận thấy, tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu $63 \pm 1,42$ tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 38 tuổi, lớn tuổi nhất là 86 tuổi. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu gần đây trên thế giới. Về đặc điểm giới tính của nhóm nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 15 bệnh nhân nam và 16 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ bằng nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới với cỡ mẫu lớn hơn lại ghi nhận nữ giới phổ biến hơn ở nhóm ung thư phổi có đột biến EGFR. Wang JF và cộng sự tiến hành một phân tích cộng gộp với 478 bệnh nhân ung thư phổi có đột biến gen EGFR từ 10 nghiên cứu trước đó, kết quả cũng cho thấy có đến 310 bệnh nhân nữ giới, chiếm 64,9%.⁵

Về tình trạng hút thuốc ở những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR, chúng tôi ghi nhận có đến 58,1% số bệnh nhân không hút thuốc lá. Các nghiên cứu về ung thư phổi có đột biến EGFR đều ghi nhận bệnh phổ biến hơn ở nhóm không hút thuốc. Nghiên cứu Kim HR và cộng sự trên 417 bệnh nhân ung thư phổi có đột biến EGFR tại Hàn Quốc ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân không hút thuốc lên đến 67,5% bệnh nhân.⁶

Đánh giá về thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS), chúng tôi ghi nhận thời gian trung bình từ thời điểm bắt đầu điều trị EGFR – TKIs thế hệ thứ nhất đến khi bệnh tiến triển là $11,9 \pm 3,4$ tháng; thời gian xuất hiện bệnh tiến triển sớm nhất là 7 tháng, muộn nhất là 20 tháng. Kết quả này cũng tương tự ghi nhận của một số

tác giả trên thế giới. Oxnard GR và cộng sự nghiên cứu trên 93 bệnh nhân ung thư phổi mang đột biến EGFR tại Mỹ được điều trị với EGFR – TKIs ghi nhận trung vị PFS là 13 tháng.⁷

Chúng tôi tiến hành phân tích để xác định các yếu tố như giới tính, tuổi, tình trạng hút thuốc, bệnh đồng mắc, có liên quan gì đến khả năng xuất hiện đột biến EGFR – T790M thứ phát gây đề kháng EGFR – TKIs hay không, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào được ghi nhận. Trên các y văn thế giới hiện nay, chúng tôi cũng chưa thấy có sự khác biệt giữa nhóm có đột biến EGFR-T790M và nhóm không có đột biến này về các yếu tố như độ tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc, bệnh đồng mắc

Mặt khác, chúng tôi cũng phân tích xem liệu sự xuất hiện đột biến EGFR-T790M có ảnh hưởng gì đến PFS của bệnh nhân hay không. Kết quả cho thấy, trung bình PFS không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có đột biến EGFR-T790M (11,82 tháng; 95%CI 9,22-14,42 tháng) với nhóm không mang đột biến EGFR-T790M (11,95 tháng; 95%CI 10,44-13,46 tháng) ($p=0,920$). Trong khi đó, nghiên cứu Oya Y và cộng sự tại Nhật Bản trên 181 bệnh nhân ung thư phổi có đột biến EGFR được điều trị với các EGFR – TKIs ghi nhận có sự khác biệt về trung bình PFS giữa 2 nhóm có đột biến EGFR – T790M và không có đột biến EGFR – T790M ($p = 0,0041$).⁸

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 31 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR nhạy cảm TKIs, sau một thời gian điều trị thuốc EGFR – TKIs thế hệ thứ nhất xuất hiện tình trạng kháng thuốc, được tiến hành sinh thiết lỏng để tìm đột biến EGFR-T790M chúng tôi có một số kết luận sau:

- Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Mệt mỏi (96,8%) là triệu chứng toàn thân thường gặp nhất, đau ngực (77,4%) là triệu chứng hô hấp phổ biến nhất. Bệnh khá phổ biến ở nữ (51,6%); thường không hút thuốc (58,1%); Thời gian trung bình xuất hiện kháng TKIs thế hệ thứ nhất là $11,9 \pm 3,4$ tháng (dao động từ 7-20 tháng)

- Tỷ lệ bệnh nhân có đột biến EGFR-T790M bằng phương pháp sinh thiết lỏng là 35,5%, có phần cao hơn những nghiên cứu khác trên thế giới.

- Chưa ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện đột biến EGFR – T790M, cũng như chưa ghi nhận ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) của đột biến này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kuiper JL, Heideman DA, Thunnissen E, et al. Incidence of T790M mutation in (sequential) rebiopsies in EGFR-mutated NSCLC-patients. Lung Cancer. Jul 2014;85(1):19-24. doi:10.1016/j.lungcan.2014.03.016
2. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. J Thorac Oncol. Sep 2015;10(9):1243-1260. doi:10.1097/JTO.0000000000000630
3. Pallis A, Serfass L, Dziadziuszko R, et al. Targeted therapies in the treatment of advanced/metastatic NSCLC. European journal of cancer. 2009;45(14):2473-2487.
4. Jenkins S, Yang JC, Ramalingam SS, et al. Plasma ctDNA Analysis for Detection of the EGFR T790M Mutation in Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. J Thorac Oncol. Jul 2017;12(7):1061-1070. doi:10.1016/j.jtho.2017.04.003
5. Wang Z-F, Ren S-X, Li W, Gao G-H. Frequency of the acquired resistant mutation T790 M in non-small cell lung cancer patients with active exon 19Del and exon 21 L858R: a systematic review and meta-analysis. BMC cancer. 2018;18(1):1-7.
6. Kim H-R, Lee JC, Kim Y-C, et al. Clinical characteristics of non-small cell lung cancer patients who experienced acquired resistance during gefitinib treatment. Lung Cancer. 2014; 83(2):252-258.
7. Oxnard GR, Arcila ME, Sima CS, et al. Acquired resistance to EGFR tyrosine kinase inhibitors in EGFR-mutant lung cancer: distinct natural history of patients with tumors harboring the T790M mutation. Clinical cancer research. 2011;17(6):1616-1622.
8. Oya Y, Yoshida T, Kuroda H, et al. Association between EGFR T790M status and progression patterns during initial EGFR-TKI treatment in patients harboring EGFR mutation. Clinical lung cancer. 2017;18(6):698-705. e2.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hà Thuận¹, Nguyễn Thị Kim Liên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trượt đốt sống là bệnh lý cơ xương khớp rất thường gặp. Phẫu thuật được đặt ra khi trượt đốt sống mức độ nặng, chèn ép thần kinh dữ dội hoặc điều trị nội khoa thất bại. Để đạt được chức năng tốt nhất sau mổ, bệnh nhân cần được phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật, giúp giảm đau, giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng cuộc sống, sớm trở lại công việc. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phục hồi chức năng sớm đối với bệnh nhân sau phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 64 bệnh nhân trên 18 tuổi phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng lần đầu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, theo dõi tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng, không có đối chứng. **Kết quả:** Tập phục hồi chức năng sớm giúp cải thiện về mặt triệu chứng lâm sàng: điểm đau VAS, yếu cơ, tê bì chân, rối loạn trương lực cơ, rối loạn tiểu tiện sau 1 tháng và 3 tháng sau mổ so với thời điểm trước khi tập, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Cải thiện rõ rệt về mặt chức năng với thang điểm Oswestry thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ so với trước khi tập, $p < 0.05$. **Kết luận:** phục hồi chức năng sớm giúp

cải thiện về mặt lâm sàng, cải thiện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Từ khóa: trượt đốt sống thắt lưng, phục hồi chức năng sớm.

SUMMARY

REHABILITATION IN PATIENTS AFTER SPONDYLOLITHESIS SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Background: Spondylolithesis is a common musculoskeletal disease. Surgery is indicated when severe spondylolithesis, severe nerve compression or medical treatment fail. Patients need to be rehabilitated soon after surgery to achieve the best function, reduce pain, improve quality of life and return to work soon. **Objectives:** This study aims to evaluate the outcome of early rehabilitation in patients after spondylolithesis surgery at Viet Duc hospital. **Subjects and methods:** This is a study of 64 patients aged 18 years or older who were treated with spondylolithesis surgery at Viet Duc hospital in 2021-2022, follow them in 1st month and 3rd month after surgery. **Results:** Early rehabilitation after surgery improve some clinical symptoms after 1 month and 3 months, $p < 0.05$. ODI scores reduced and continue to decrease after 3 months after surgery, $p < 0.05$. **Conclusions:** Early rehabilitation in patients after spondylolithesis surgery help them improve clinical symptoms and ADL.

Keywords: spondylolithesis surgery, early rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thuận

Email: hathuanth17@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022