

6. Long GB, Xiao CW, Zhao XY, Zhang J, Li X. Effects of hepatic arterial infusion chemotherapy in the treatment of hepatocellular carcinoma. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(26):e20745.
7. Tsai WL, Lai KH, Liang HL, et al. Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy for Patients with Huge Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *PLoS One*. 2014;9(5):e92784.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ TRONG NÃO NGUYÊN PHÁT

Lê Thị Vân<sup>1</sup>, Đỗ Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Sơn Tùng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não và nhận xét kết quả phẫu thuật máu tụ trong não nguyên phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 61 bệnh nhân xuất huyết não được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/8/2019 đến 30/6/2020. Tỷ lệ nam/nữ là 3:1; Đa số các bệnh nhân bị xuất huyết não có độ tuổi trung niên, đặc biệt từ 50 đến 69 tuổi. Số bệnh nhân có khối máu tụ lớn và trung bình chiếm đa số (95.1%), 65% số bệnh nhân có khối máu tụ chủ yếu là ở bán cầu não và não thất. 63,9% số bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp mở sọ lấy máu tụ, 3.3% dẫn lưu não thất đơn thuần và 32,8% bệnh nhân được dẫn lưu não thất kết hợp lấy máu tụ. Đa phần bệnh nhân lấy được gần hết máu tụ (67.2%). Sau phẫu thuật, số bệnh nhân tiến triển tốt và chậm lần lượt là 23% và 77%, không có bệnh nhân tử vong. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật còn nhỏ, cần phải có những nghiên cứu so sánh kết quả điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân (chỉ điều trị nội khoa hay điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa).

**Từ khóa:** xuất huyết não, phẫu thuật, dẫn lưu não thất, lấy máu tụ

### SUMMARY

#### CLINICAL-IMAGING CHARACTERISTICS AND SURGICAL RESULTS FOR PATIENTS WITH PRIMARY CEREBRAL HEMATOMA

**Objectives:** Describe the clinical features and CT images of the brain and comment on the surgical results of primary intracerebral hematoma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** 61 patients with cerebral hemorrhage were surgically treated at Bach Mai hospital from August 1, 2019 to June 30, 2020. The male/female ratio is 3: 1; The majority of patients with intracerebral hemorrhage are middle-aged, especially between 50 and 69 years of age. The majority of patients had large and medium hematomas (95.1%), 65% of patients had hematomas mainly in the cerebral hemispheres and ventricles.

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân

Email: vansusu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

63.9% of patients were operated by craniotomy to collect hematoma, 3.3% had ventricular drainage alone and 32.8% of patients had ventricular drainage combined with hematoma. Most of the patients recovered almost all of the hematoma (67.2%). After surgery, the number of patients with good and slow progress was 23% and 77%, respectively, no patients died. **Conclusion:** The percentage of patients with good results after surgery is still small. There should be studies comparing the treatment results between the two groups of patients (medical treatment alone or medical treatment combined with surgery).

**Keywords:** cerebral hemorrhage, surgery, ventricular drainage, hematoma collection

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) là tình trạng máu thoát vào trong nhu mô não. Đây là một thể lâm sàng nặng của đột quỵ não, có tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, là gánh nặng cho gia đình xã hội. Những tiến bộ trong điều trị nội khoa, chẩn đoán hình ảnh học và can thiệp ngoại khoa trong thời gian gần đây đã làm thay đổi tiên lượng ở những bệnh nhân bị XHN, góp phần cứu sống người bệnh, giảm thiểu tối đa di chứng cho bệnh nhân cũng như gánh nặng cho gia đình và xã hội.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là 61 bệnh nhân được chẩn đoán XHN nguyên phát và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/8/2019 đến 30/6/2020.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Chẩn đoán XHN nguyên phát;

Không phân biệt tuổi giới;

Được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật;

Có đầy đủ xét nghiệm, đủ phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ chẩn đoán XHN nguyên phát.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có rối loạn đông máu;

Chảy máu do các nguyên nhân khác: u não, phình mạch và dị dạng mạch v.v...;

Chảy máu não không có chỉ định mổ;

Các bệnh phối hợp với bệnh nội khoa nặng mạn tính;

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu
- Các bước tiến hành: Các bệnh nhân xuất huyết não được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết (chụp CLVT sọ não), đánh giá tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật

**2.3. Xử lý số liệu:** Theo phương pháp thống kê y học.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự phê duyệt của Hội đồng Khoa học và Đạo đức bệnh viện Bạch Mai thông qua. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được đề xuất sử dụng vào mục đích nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không sử dụng cho mục đích khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ nam/nữ là 46/15 (xấp xỉ 3/1). Đa số các bệnh nhân bị xuất huyết não có độ tuổi trung niên và cao nhất trong độ tuổi từ 50 đến 69 tuổi, đặc biệt từ 50 đến 59 có số lượng bệnh nhân nhiều nhất (40.98%).

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đau đầu	36	59.01
Nôn, buồn nôn	46	75.41
Co giật	1	1.64
Hôn mê	25	40.98
Liệt nửa người	49	80.3
Giãn đồng tử	2	3.3
Liệt VII trung ương	30	49.2
Thất ngôn	13	21.3
Hội chứng tiểu não	5	8.2
Dấu hiệu màng não	5	8.2

**Nhận xét:** Triệu chứng thần kinh thường gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu là đau đầu; nôn, buồn nôn; liệt nửa người và liệt VII trung ương (tương ứng 59;75,41; 80,3 và 49,2%). Giãn đồng tử và co giật gặp ở 3,3% và 1,64% số bệnh nhân

**Bảng 3.2. Đặc điểm huyết áp lúc nhập viện của đối tượng nghiên cứu**

Huyết áp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
THA ĐỘ I	1	1.6
THA ĐỘ II	35	57.4
THA ĐỘ III	25	41
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân đều có tăng

huyết áp lúc nhập viện, trong đó có 1 bệnh nhân THA độ I (1.6%), 35 bệnh nhân THA độ II (57.4%) và 23 bệnh nhân THA độ 3 (41%). Huyết áp trung bình tâm thu khá cao với huyết áp tâm thu trung bình là 162±24.5 mmHg.

**Bảng 3.3. Điểm Glasgow lúc vào viện của đối tượng nghiên cứu**

Điểm Glasgow	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Mức độ nhẹ	4	6.6
Mức độ trung bình	34	55.7
Mức độ nặng	23	37.7
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân có điểm Glasgow ở mức độ trung bình ( 55.7%), chỉ có 4 bệnh nhân có điểm Glasgow ở mức độ nhẹ còn lại là có điểm Glasgow mức độ nặng với 37.7%.

**3.2. Đặc điểm hình ảnh học ở đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.4. Thể tích khối máu tụ**

Thể tích KMT	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khối máu tụ nhỏ	3	4.9%
Khối máu tụ trung bình	20	32.8%
Khối máu tụ lớn	38	62.3%
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Đa số thể tích khối máu tụ lớn (62.3%). Có 20 bệnh nhân (32.8%) có thể tích khối máu tụ trung bình và chỉ có 3 bệnh nhân có thể tích khối máu tụ nhỏ (4.91%).

**Bảng 3.5. Vị trí khối máu tụ**

Vị trí khối máu tụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bán cầu não	9	14.8
Bán cầu não và não thất	41	67.2
Tiểu não	11	18
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Vị trí tụ máu hay gặp nhất là bán cầu đại não và não thất (67.2%). Lượng bệnh nhân có xuất huyết chỉ ở bán cầu não và tiểu não chiếm tỷ lệ nhỏ hơn (tương ứng 14,8 và 18%).

**Bảng 3.6. Viên phù não xung quanh khối máu tụ**

Viên phù não	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phù não độ 1	51	83.61
Phù não độ 2	8	13.11
Phù não độ 3	2	3.28
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân phù não độ 1 với 51/61 (83.61%), phù não độ 2 là 13.11% và còn lại là 2 bệnh nhân phù não nặng độ 3 (3.28%)

**Bảng 3.7. Mức độ dè dặt đường giữa**

Dè dặt đường giữa	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bậc 1	12	24

Bậc 2	20	40
Bậc 3	18	36
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** có 50 bệnh nhân là có máu tụ trên lều. Trong đó, đề dầy đường giữa bậc 1 có 12 bệnh nhân (24%), bậc 2 có 20 bệnh nhân (40%), còn lại là đề dầy đường giữa mạnh bậc 3 với 36% số bệnh nhân. Như vậy lượng bệnh nhân có đề dầy bậc giữa mạnh chiếm tỷ lệ khá lớn.

**Bảng 3.8. Các loại thoát vị não**

Các loại thoát vị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát vị dưới liềm đại não	3	4,9
Thoát vị qua lều	2	3,3
Thoát vị hạnh nhân tiểu não	4	6,6
Không có thoát vị	52	85,2

Trong 61 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân (4.9%) có thoát vị dưới liềm đại não, 2 bệnh nhân (3.3%) có thoát vị qua lều và 4 bệnh nhân (6.6%) có thoát vị hạnh nhân tiểu não.

**Bảng 3.9. Đặc điểm thời gian từ lúc đột quỵ đến lúc phẫu thuật và số ngày nằm viện ở đối tượng nghiên cứu**

Thời gian từ lúc đột quỵ đến lúc phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 24h	37	60,6
24-72h	22	36,1
>72h	2	3,3
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Số ngày nằm viện	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
	22	8	57

**Nhận xét:** Thời gian trung bình bệnh nhân được phẫu thuật là 42 h kể từ khi khởi phát, phần lớn họ được phẫu thuật trong ngày đầu tiên sau khi khởi phát với tỷ lệ 60.6%, trong vòng 24-72 giờ chiếm tỷ lệ thấp hơn với 36.1%, còn lại chỉ có 2 bệnh nhân với tỷ lệ 3.3% được mổ sau 72 giờ. Số ngày nằm viện trung bình của 61 bệnh nhân là 22 ngày; ít nhất là 8 ngày và nhiều nhất là 57 ngày.

**3.3. Kết quả phẫu thuật máu tụ trong não:**

**Bảng 3.10. Các phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho đối tượng nghiên cứu**

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mở sọ lấy máu tụ	39	63.9
Dẫn lưu não thất	2	3.3
Dẫn lưu não thất và lấy máu tụ	20	32.8
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 39 bệnh nhân (63.9%) được điều trị bằng phương pháp mở sọ lấy máu tụ. Đây là

phương pháp phẫu thuật chủ yếu. Có 20 bệnh nhân (32.8%) phẫu thuật dẫn lưu não thất và lấy máu tụ, chỉ có 2 bệnh nhân (3.3%) dẫn lưu não thất.

**Bảng 3.11. Kết quả phẫu thuật máu tụ trong não**

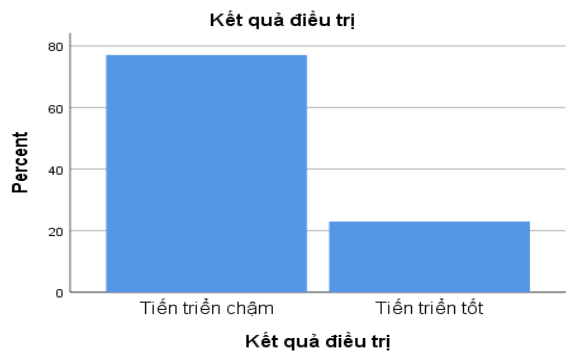
Kết quả phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Lấy hết máu tụ	20	32,78
Lấy gần hết máu tụ	41	67,22
Máu tụ không thay đổi	0	0
Máu tụ nhiều hơn	0	0
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 20 bệnh nhân (32.78%) lấy hết máu tụ và đường giữa trở về bình thường, 41 bệnh nhân (67.22%) lấy gần hết máu tụ, không có bệnh nhân nào máu tụ nhiều hơn và không có bệnh nhân nào máu tụ không thay đổi sau phẫu thuật.

**Bảng 3.12. Biến chứng sau mổ ở đối tượng nghiên cứu**

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Máu tụ ngoài màng cứng	0	0
Máu tụ dưới màng cứng	0	0
Dò dịch não tủy	0	0
Viêm màng não	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	1.6
Nhiễm trùng hô hấp	20	32.8
Nhiễm trùng tiết niệu	15	24.6
Loét chèn ép	21	34.4
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Biến chứng thường gặp nhất sau mổ lần lượt là bị loét do tỳ đè (34.4%), nhiễm trùng hô hấp (32.8%), nhiễm trùng tiết niệu (24.6%), nhiễm trùng vết mổ (1.6%), không có bệnh nhân nào sau phẫu thuật bị biến chứng máu tụ ngoài màng cứng và dưới màng cứng, viêm màng não, dò dịch não tủy, tử vong.



**Biểu đồ 3.1. Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong tổng số 61 bệnh nhân được phẫu thuật có 47 bệnh nhân tiến triển xấu (77%), tiến triển tốt có 14 bệnh nhân (23%). Đặc biệt không có bệnh nhân nào tử vong lúc ra viện.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/1. Bệnh nhân của chúng tôi bao gồm các lứa tuổi từ 30 đến hơn 80 tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 50-59 tuổi chiếm 40.98% số bệnh nhân, có 47/61(77.05%) bệnh nhân trên 50 tuổi.

Về tình trạng huyết áp khi nhập viện của 61 bệnh nhân, huyết áp tâm thu trung bình là 162 mmHg, thấp nhất là 105 và cao nhất là 220. Một con số khác cần bàn luận là tỷ lệ THA khi nhập viện trong nghiên cứu này là 100%, trong khi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử THA chỉ xấp xỉ 85.24%. Sự chênh lệch lớn này cho thấy việc phát hiện và điều trị sớm THA ở cộng đồng còn chưa tốt.

Đa số bệnh nhân của chúng tôi có thể tích khối máu tụ lớn (62.3%). Có 20 bệnh nhân (32.8%) có thể tích khối máu tụ trung bình và chỉ có 3 bệnh nhân có thể tích khối máu tụ nhỏ (4.91%). Vị trí tụ máu hay gặp nhất là bán cầu đại não và não thất (67.2%). Đa số bệnh nhân phù não độ 1 với 51/61 (83.61%), phù não độ 2 là 13.11% và còn lại là 2 bệnh nhân phù não nặng độ 3 (3.28%). Có 50 bệnh nhân là có máu tụ trên lều. Trong đó, đè đẩy đường giữa bậc 1 có 12 bệnh nhân (24%), bậc 2 có 20 bệnh nhân (40%), còn lại là đè đẩy đường giữa mạnh bậc 3 với 36% số bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật sau XHN chủ yếu là trong ngày đầu 39/61 bệnh nhân (63.9%) đều là mổ cấp cứu, trong vòng 24-72 giờ có 20/61 bệnh nhân (32.8%), và chỉ có 2 bệnh nhân (3.3%) được mổ sau 72 giờ, thời gian trung bình từ lúc khởi phát bệnh đến lúc phẫu thuật là 42h, bệnh nhân mổ sớm nhất là 5 giờ, bệnh nhân mổ muộn nhất là 110 giờ. Một nghiên cứu quy mô lớn, đa quốc gia về máu tụ trong não được triển khai từ năm 1998 nhằm so sánh kết quả mổ trong 24 giờ đầu lấy máu tụ so với điều trị nội khoa tối ưu (nghiên cứu STICH I)<sup>2</sup>. Nghiên cứu này kết luận chưa thấy lợi ích từ việc phẫu thuật sớm trong vòng 24 giờ so với điều trị nội khoa tích cực ở bệnh nhân XHN tự phát trên lều<sup>2</sup>. Vì ban đầu lựa chọn bệnh nhân chưa hợp lý, đã có những trường hợp máu tụ trong não thất mê sâu và kèm chảy máu màng nhện cũng được mổ, trong khi thiết kế nghiên cứu chỉ dự tính mổ những trường hợp máu tụ ở thùy não; nên nghiên cứu STICH II được khởi động. Với thiết kế chặt chẽ hơn<sup>5</sup>, nghiên cứu đã tuyển chọn được 601 bệnh nhân, và kết quả nghiên cứu này đã xác nhận rằng phẫu thuật sớm không làm tăng tỷ lệ tử vong hoặc tàn tật sau 6 tháng phẫu thuật<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu MISTIE II<sup>7</sup> cho thấy có

thể có lợi từ việc trì hoãn phẫu thuật đến > 36 giờ kể từ khi phẫu thuật. Mặc dù thời điểm phẫu thuật lấy máu tụ được khuyến cáo khác nhau, nhưng có thể thấy các nghiên cứu đều chỉ ra không nên phẫu thuật sớm trong vòng 6 đến 12 giờ đầu, vì không ghi nhận được kết quả tốt hơn so với điều trị nội khoa tích cực.

Kết quả chụp CLVT trong vòng 3 ngày sau điều trị cho thấy có 20 bệnh nhân (32.8%) lấy hết máu tụ và đường giữa trở về bình thường, 41 bệnh nhân (67.2%) lấy được một phần máu tụ, không có bệnh nhân nào máu tụ nhiều hơn và không có bệnh nhân nào máu tụ không thay đổi sau phẫu thuật. Nhiều tác giả cho rằng nên lấy nhiều máu tụ trong não để có thể làm giảm hoặc làm hết sự tăng áp lực nội sọ. Tuy vậy, không nhất thiết phải lấy hết máu tụ trong khi mổ, mà nên để lại phần ngoại vi của khối máu tụ để giảm bớt nguy cơ chảy máu lại<sup>6</sup>.

Trong tổng số 61 bệnh nhân được phẫu thuật có 47 bệnh nhân tiến triển xấu (77%), tiến triển tốt có 14 bệnh nhân (23%). Đặc biệt không có bệnh nhân nào tử vong. Khi so sánh với các nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới chúng tôi thấy tỷ lệ tử vong của chúng tôi nhỏ hơn so với các nghiên cứu trước, cụ thể nghiên cứu của Võ Văn Nho với 23 trường hợp tụ máu bao trong trong 6 tháng đầu năm 2004, khi ghi nhận tỷ lệ tử vong là 8,7%<sup>1</sup>; Còn so với các nghiên cứu khác, tỷ lệ tử vong mà chúng tôi ghi nhận được đều thấp hơn: như nghiên cứu của Vũ Hùng Liên và cộng sự đã phẫu thuật cho 64 trường hợp máu tụ trong não với tỷ lệ tử vong lên đến 37,5%<sup>3</sup>; Điều này có thể do sự tiến bộ của các kỹ thuật mổ và hồi sức cấp cứu và lượng bệnh nhân chúng tôi mới chỉ đánh giá kết quả lúc ra viện nên chưa đánh giá được hết.

#### V. KẾT LUẬN

Cần phải có những nghiên cứu về điều trị nội khoa, ngoại khoa cho XHN nói chung và XHN nguyên phát nói riêng, đặc biệt là những nghiên cứu lớn so sánh kết quả điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân (chỉ điều trị nội khoa hay điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Nho và Trương Đà** (2004). Vai Trò Của Ngoại Khoa Trong Điều Trị Đột Quỵ ở Người Lớn Tuổi. Hội Thào Khoa Học Xử Trí Tại Biển Mách Máu Não Lần Nhất, Bệnh Viện Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh 12/10/2004.
2. **A. D. Mendelow, G. M. Teasdale, D. Barer và Cs** (2003). Outcome Assignment in the International Surgical Trial of Intracerebral

- Haemorrhage. Acta Neurochir (Wien), 145 (8), 679-681; Discussion 681.
3. **Vũ Hùng Liên** (2004). Can Thiệp Phẫu Thuật Trong Điều Trị Đột Quy. Hội Nghị Khoa Học
  4. **Joseph Broderick, Sander Connolly, Edward Feldmann và Cs** (2007). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults 2007 Update: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association 99. Association Stroke Council, High Blood Pressure Research Council, and the Quality of Care and Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology Affirms the Value of This Guideline as an Educational Tool for Neurologists. Stroke, 38 (6), 2001-2023.
  5. **A. D. Mendelow, B. A. Gregson, p. M. Mitchell và Cs** (2011). Surgical Trial in Lobar Intracerebral Haemorrhage (STICH II) Protocol. Trials, 12, 124.
  6. **A. D. Mendelow, B. A. Gregson, E. N. Rowan và Cs** (2013). Early Surgery versus Initial Conservative Treatment in Patients with Spontaneous Supratentorial Lobar Intracerebral Haematomas (STICH II): A Randomised Trial. Lancet, 382 (9890), 397-408.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ XELIRI SAU THẤT BẠI VỚI HÓA TRỊ BƯỚC 1 UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN IV

Trần Thăng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ XELIRI trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV sau thất bại với hóa trị bước 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, kết hợp theo dõi dọc trên 40 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ XELIRI sau thất bại với hóa trị bước 1 tại Bệnh viện K từ năm 2018 đến 2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đáp ứng là 35%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 85%, thời gian bệnh không tiến triển là 10 tháng, độc tính nặng độ 3, 4 gồm tiêu chảy (10%), hội chứng bàn tay – chân (5%) và tăng men gan (2.5%).

**Từ khóa:** Ung thư đại trực tràng di căn, XELIRI, bước 2.

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULTS OF XELIRI REGIMEN AFTER FAILURE WITH FIRST-LINE CHEMOTHERAPY FOR METASTATIC COLORECTAL CANCER

**Aims:** Assess treatment outcome and some side effects of XELIRI regimen in patients with metastatic colorectal cancer after failure to the first line chemotherapy. **Patients and methods:** 40 patients with metastatic colorectal cancer, after failure to the first line chemotherapy, who was treated with XELIRI regimen, at National Cancer Hospital, from 2018 to 2021. **Results:** The respond rate was 35%, the disease control rate was 85%, time to progression - free survival was 10 months, grade 3,4 toxicities such as diarrhea (10%), hand – foot syndrome (5), high liver enzymes (2.5%).

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thăng

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

**Keywords:** metastatic colorectal cancer, XELIRI, second line.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc và thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư trên toàn thế giới, theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ước tính có khoảng 1931590 trường hợp mắc mới hằng năm, gặp nhiều hơn ở các nước phát triển. Tại Việt Nam, theo thống kê ung thư đại trực tràng đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc và tử vong trong các bệnh ung thư với 26418 ca mắc mới và 25272 ca tử vong [1].

Với UTĐTT giai đoạn IV, khi đã có di căn xa thì điều trị toàn thân đóng vai trò quan trọng, nhằm kéo dài thời gian sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Hiện tại các phác đồ hóa chất có chứa oxaliplatin như FOLFOX4, FOLFOX6, mFOLFOX6, FOLFOX7, được đánh giá có tỷ lệ đáp ứng 20,5%-55%, tuy nhiên khi bệnh tiến triển thì cần chuyển sang phác đồ hóa chất khác [2],[3]. Tại nhiều trung tâm, phác đồ có chứa irinotecan được sử dụng chính sau thất bại với phác đồ chứa oxaliplatin. Phác đồ XELIRI là sự kết hợp giữa capecitabine, một 5-fluorouracil dạng uống và irinotecan, so với phác đồ chuẩn FOLFIRI thì phác đồ XELIRI có những thuận lợi hơn như thời gian nằm viện truyền hóa chất ngắn hơn, không phải đặt buồng tiêm truyền và thời gian đến viện thưa hơn 3 tuần so với 2 tuần. Tuy nhiên, phác đồ XELIRI ít được công nhận và sử dụng rộng rãi, hướng dẫn thực hành của ESMO và NCCN không khuyến cáo sử dụng XELIRI do những lo ngại về độc tính cả phác đồ này, đặc biệt là tiêu chảy.

Tuy nhiên, có sự khác nhau trong chuyển hóa 5-FU và capecitabine ở các chủng tộc khác