

Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 47,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kamran Aghayev Filis Andreas K, Frank D Vrionis**, Cerebrospinal fluid and hydrocephalus: physiology, diagnosis, and treatment. *Cancer Control*, 2017. Jan: p. 6+.
2. **R. O. Carare, C. A. Hawkes, and R. O. Weller**, Afferent and efferent immunological pathways of the brain. *Anatomy, function and failure. Brain. Behav Immun*, 2014. 36.
3. **Đình Văn Thắng**. Nghiên cứu đặc điểm lâm

sàng, hình ảnh học của chảy máu não tràn máu não thất tại Bệnh Viện Thanh Nhân. *Y học Việt Nam*, 2016. 67(7). p 57-62.

4. **Giray S, Sen O, Sarica FB, et al.** Spontaneous primary intraventricular hemorrhage in adults: clinical data, etiology and outcome. *Turk Neurosurg*. 2009. 19(4):338-44.
5. **J. D. Hughes, R. Puffer, and A. A. Rabinstein**, Risk factors for hydrocephalus requiring external ventricular drainage in patients with intraventricular hemorrhage. *J Neurosurg*, 2015. 123(6): p. 1439-46.
6. **Dringer MN, Edwards DF, Zazulia AR.** Hydrocephalus: a previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1998 Jul; 29(7):1352-7.

KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP KETAMIN VÀ BENZODIAZEPIN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI RƯỢU NẶNG

Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Dương Vương Trung⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị hội chứng cai rượu nặng bằng phác đồ phối hợp ketamin và diazepam tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu 25 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cai rượu nặng tại Trung tâm Chống độc từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Phác đồ thành công kiểm soát hội chứng cai ở 92% số bệnh nhân, 8% thất bại, không có bệnh nhân tử vong. Điểm CIWA-Ar cao nhất vào ngày đầu tiên và giảm dần vào các ngày sau đó khi thực hiện phác đồ. Liều ketamin ở 2 nhóm cắt cơn thất bại lớn hơn so với nhóm cắt cơn thành công, chủ yếu được sử dụng trong ngày đầu tiên nhập viện. Liều diazepam cao nhất trong ngày đầu và giảm dần trong các ngày sau đó khi phối hợp với ketamin. **Kết luận:** Phác đồ phối hợp ketamin và diazepam có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân có hội chứng cai rượu nặng.

Từ khóa: hội chứng cai rượu, ketamin, diazepam

SUMMARY

THE RESULT OF USE KETAMINE AND BENZODIAZEPINE IN TREATING FOR SEVERE ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME

Objective: Describe the results of treatment for

severe alcohol withdrawal syndrome with a combination of ketamine and diazepam at the Poison Control Center - Bach mai Hospital. **Subjects and methods:** Prospectively describe 25 patients diagnosed with severe alcohol withdrawal syndrome at the Poison Control Center from August 2021 to August 2022. **Results:** The regimen successfully controlled withdrawal syndrome in 92% of patients, 8% failed, no patient died. The CIWA-Ar score was highest on the first day and gradually decreased on the following days when implementing the regimen. The dose of ketamine of failed controlling on withdrawal syndrome group was larger than that of successful group, mainly used on the first day of hospitalization. The highest dose of diazepam in the first day and gradually decreased in the following days. **Conclusion:** The combination regimen of ketamine and diazepam is effective in the treatment of patients with severe alcohol withdrawal syndrome.

Keywords: severe alcohol withdrawal syndrome, ketamine, diazepam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cai rượu là dạng bệnh lý xuất hiện trên nền một người nghiện rượu đột ngột bỏ rượu. Cơ chế gây ra tình trạng này liên quan đến sự mất cân bằng giữa hai hệ thống receptor GABA (Gamma Aminobutyric Acid) và NMDA (N-Methyl-D-Aspartat), nghiêng về hệ NMDA có tác dụng kích thích thần kinh trung ương¹. Có đến 25% bệnh nhân nhập viện có lạm dụng rượu bị hội chứng cai rượu cấp, trong đó có khoảng 16-31% bệnh nhân có tình trạng nặng cần phải điều trị tại đơn vị chăm sóc tích cực (ICU), tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có hội chứng cai rượu không được điều trị là 15% còn bệnh nhân được

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia

⁴Bệnh viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Lương Quốc Chính

Email: luongquocchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

điều trị là 2%¹.

Benzodiazepin (BZD) là thuốc điều trị chính hội chứng cai rượu cấp². Ketamin (KET) là thuốc đối vận thụ thể NMDA nên có thể là thuốc điều trị phối hợp trong hội chứng cai rượu cấp đặc biệt là khi bệnh nhân đã có tình trạng kháng BZD³. Đã có nghiên cứu cho thấy việc phối hợp KET và BZD trong điều trị hội chứng cai rượu cấp có thể làm giảm liều BZD, giảm tỷ lệ bệnh nhân phải đặt ống nội khí quản, giảm thời gian nằm ICU cũng như thời gian nằm viện⁴. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc kết hợp 2 loại thuốc trên trong việc điều trị hội chứng cai rượu nặng chưa được nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả phác đồ phối hợp ketamin và benzodiazepin trong điều trị hội chứng cai rượu nặng*". Nhằm mô tả kết quả điều trị hội chứng cai rượu nặng bằng phác đồ phối hợp ketamin và diazepam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cai rượu nặng được

điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 08/2021 đến tháng 08/2022 theo tiêu chuẩn sau:

- Tiền sử nghiện rượu được chẩn đoán theo ICD 10.
- Chẩn đoán Hội chứng cai rượu: theo DSM – 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V)
- Điểm CIWA-Ar > 20

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hoặc người đại diện từ chối tham gia nghiên cứu.
- Bệnh lý thần kinh trung ương: máu tụ nội sọ, viêm màng não ...
- Có tiền sử bệnh tâm thần hay động kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu được chọn cho nghiên cứu là phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện.

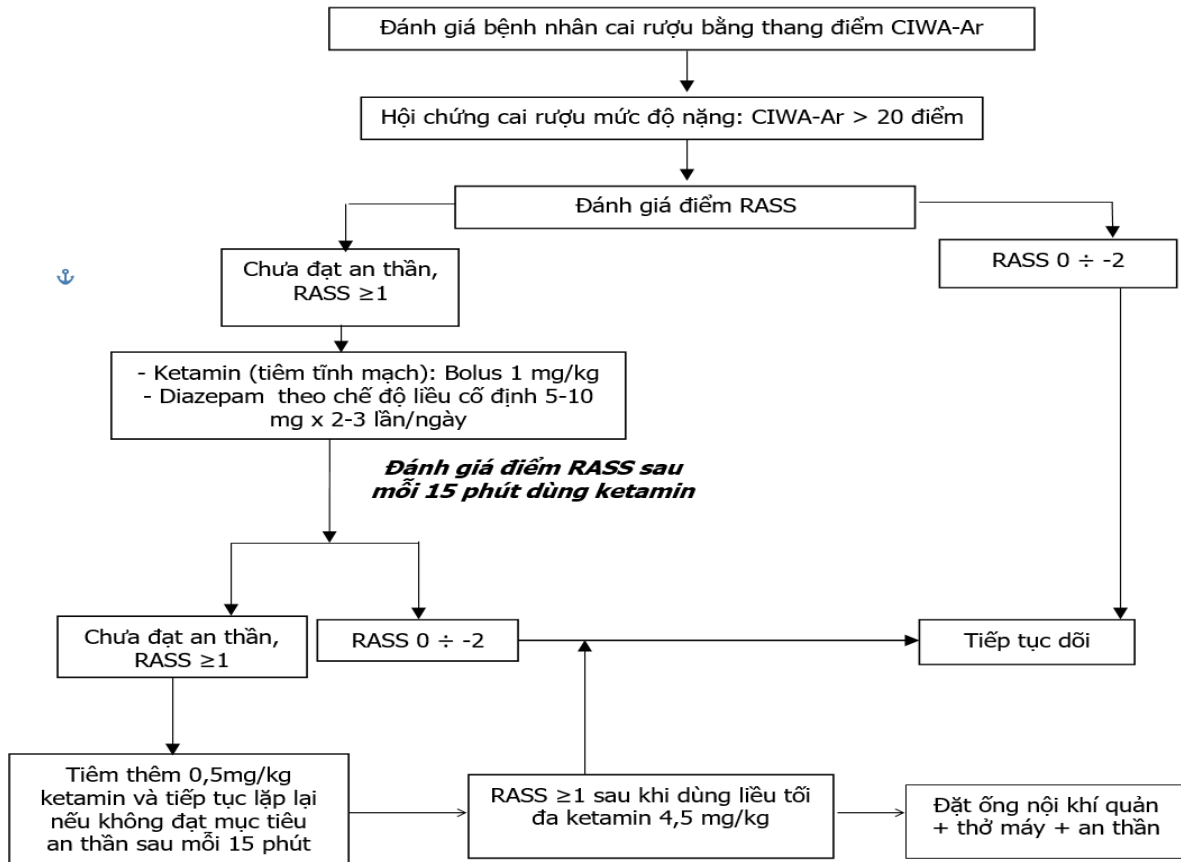
Phương pháp chọn mẫu là lấy mẫu toàn bộ.

2.3. Thu thập số liệu và xử lý số liệu.

Công cụ thu thập số liệu: bệnh án nghiên cứu

Xử lý số liệu: Xử trí số liệu bằng phần mềm thống kê y học

Sơ đồ nghiên cứu



2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh án có sẵn nên hoàn toàn không ảnh hưởng đến bệnh nhân. Các số liệu thu thập được giúp cho các nhà lâm sàng tiên lượng bệnh nhân tốt hơn, cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao thành công của can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu 25 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, chúng tôi thu được các kết quả như sau.

3.1. Hiệu quả phác đồ phối hợp ketamin và diazepam

3.1.1. Điểm CIWA-Ar sau mỗi lần tiêm ngắt quãng KET

Bảng 3.1. Diễn biến điểm CIWA-Ar sau mỗi lần tiêm KET

	N	Min	Max	Trung bình	p
Ban đầu	25	20	29	21.8 ± 2,18	
Sau liều bolus	25	14	26	20 ± 2,9	p0-1=0,0001
Sau tiêm lần 2	25	10	24	17.7 ± 4,4	p1-2=0,0001
Sau tiêm lần 3	22	7	24	15.6 ± 4,3	p2-3=0,0001
Sau tiêm lần 4	15	5	22	14.2 ± 5,6	p3-4=0,005
Sau tiêm lần 5	12	5	20	11.7 ± 5,8	p4-5=0,005

Nhận xét: Điểm CIWA-Ar giảm có ý nghĩa thống kê ngay từ sau lần tiêm KET tiêm tĩnh mạch đầu tiên. Đồng thời, đánh giá điểm CIWA-Ar sau các lần tiêm tiếp theo so với lần ngay trước đó đều giảm có ý nghĩa thống kê theo kiểm định Mann-Whitney U, với p < 0,05.

3.1.2. Diễn biến CIWA-Ar qua các ngày điều trị

Bảng 3.2. Diễn biến điểm CIWA-Ar qua các ngày điều trị

Điểm CIWA-Ar	n	min	max	Trung bình	p
Ngày 1	25	10	26	20,3±3,72	
Ngày 2	25	5	20	12,8±3,83	p1-2=0,0001
Ngày 3	25	3	18	9,4±3,68	p2-3=0,0001
Ngày 4	25	2	18	7,8±4,5	p3-4=0,001
Ngày 5	21	2	15	6,9±3,6	p4-5=0,001

Ngày 6	16	1	11	5,9±3,02	p5-6=0,01
Ngày 7	16	1	8	4,6±2,52	p6-7=0,07
Ngày 8	11	0	8	3,1±2,67	p7-8=0,01

Nhận xét: Điểm CIWA-Ar cao nhất vào ngày đầu tiên và giảm dần qua các ngày điều trị. Kiểm định Kruskal-wallis cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.1.3. Liều thuốc KET

Bảng 3.3. Liều thuốc KET

	Thành công (n=23)	Thất bại (n=2)	Chung (n=25)	p (thành công-thất bại)
Liều Ketamin (mg/kg)	2,34 ± 0,71	4,5	2,52 ± 0,9	0,019
Liều Ketamin (số lần tiêm ngắt quãng)	3,6 ± 1,27	8	3,92 ± 1,73	0,018

Nhận xét: - Liều KET trung bình được sử dụng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,34 ± 0,71mg/kg, tương ứng với số lần tiêm ngắt quãng KET trung bình là 3,6 ± 1,27 lần.

- Kiểm định T-test cho thấy, liều KET và số lần tiêm ngắt quãng KET được sử dụng cho bệnh nhân ở 2 nhóm cắt cơn thành công và thất bại khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.1.3. Liều thuốc Diazepam qua các ngày điều trị

Bảng 3.4. Diễn biến liều thuốc Diazepam

Liều Diazepam (mg/ngày)	n	Min	Max	Trung bình	p
Ngày 1	25	20	40	26±6,5	
Ngày 2	25	10	30	21,6±7,5	P1-2=0,01
Ngày 3	24	5	30	19±8,6	P2-3=0,007
Ngày 4	20	5	30	15,3±7,2	P3-4=0,001
Ngày 5	18	5	30	13,3±7,28	P4-5=0,238
Ngày 6	17	0	30	10,9±7,5	P5-6=0,016
Ngày 7	13	0	20	8,8±6,18	P6-7=0,124

Nhận xét: - Liều DIA được sử dụng cao nhất vào ngày đầu tiên điều trị với giá trị trung bình là 26 ± 6,5 mg/ngày.

- Trong 4 ngày điều trị đầu tiên, liều DIA giảm dần sau các ngày điều trị. Kiểm định Wilcoxon cho thấy sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.2. Kết quả điều trị chung

Bảng 3.5. Kết quả điều trị chung

Thông số đánh giá	Giá trị
Tỷ lệ cắt cơn thành công (%)	92
Thời gian cắt cơn sáng (giờ)	4 (3-6)
Thời gian tồn tại hội chứng cai (ngày)	3,1±1,81
Số bệnh nhân nằm ICU (bệnh nhân)	10
Thời gian nằm ICU trung bình (ngày)	4 (2-7)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả phác đồ phối hợp ketamin và diazepam. Theo nghiên cứu của chúng tôi, điểm CIWA-Ar của bệnh nhân cao nhất khi nhập viện với giá trị trung bình là $21,8 \pm 2,18$, bệnh nhân có điểm cao nhất trong nghiên cứu là 29, còn lại các bệnh nhân khác đều có điểm CIWA-Ar > 20. Sau đó, chúng tôi áp dụng phác đồ tiêm KET tĩnh mạch ngắt quãng ban đầu tiêm 1 mg/kg sau đó lặp lại sau mỗi 15 phút nếu điểm RASS > 0 với liều 0,5 mg/kg. Có thể thấy rằng, sau mỗi lần tiêm KET điểm CIWA-Ar của bệnh nhân đều giảm có ý nghĩa thống kê khi thực hiện so sánh chéo cặp điểm CIWA-Ar qua các thời điểm sau bolus lần 1-2, 2-3, 3-4, 4-5. Đồng thời khi khảo sát về điểm RASS tại 2 thời điểm vào viện cho giá trị trung bình là $1,84 \pm 0,9$ và thời điểm sau tiêm KET liều đầu cho giá trị trung bình là $1,16 \pm 0,08$. Có thể thấy 2 giá trị này khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này đã thể hiện vai trò kiểm soát cơn sáng của KET có ý nghĩa trên lâm sàng.

Khi sử dụng KET theo phác đồ nghiên cứu, liều KET trung bình được sử dụng là $2,52 \pm 0,9$ mg/kg, tương ứng với $3,92 \pm 1,73$ lần tiêm tĩnh mạch ngắt quãng. Kết quả này chênh lệch nhiều so với kết quả của Shah (2018)³ khi sử dụng phác đồ truyền liên tục KET (điều chỉnh theo triệu chứng bệnh nhân) đồng thời sử dụng lorazepam truyền liên tục. Theo Shah, liều KET trung bình được dùng cho bệnh nhân có trung vị là 0,75 mg/kg/h với khoảng tứ phân vị là 0,5-1 trong thời gian trung bình là $53,7 \pm 39,4$ giờ. Điều này có thể lý giải do các sử dụng BZD nên cho bệnh nhân khi dùng KET, sự khác nhau do thời gian tác dụng của diazepam dài hơn so với lorazepam vậy nên liều KET trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết sử dụng trong ngày đầu nhập viện và với liều thấp hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều KET và số lần sử dụng KET ở 2 nhóm cắt cơn sáng thành công và thất bại khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Liều DIA trung bình sử dụng cho bệnh nhân cao nhất vào ngày thứ nhất điều trị $26 \pm 6,5$ mg/ngày. Giá trị này giảm dần theo từng ngày điều trị khi so sánh từng cặp ngày 1-2, 2-3, 3-4,

5-6, khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có thể thấy rằng, tuy trong nghiên cứu này chúng tôi dùng chế độ cố định - benzodiazepin được dùng cho bệnh nhân vào các mốc thời gian cố định trong ngày dù bệnh nhân có triệu chứng hay không thì nhu cầu dùng DIA của bệnh nhân vẫn giảm dần theo từng ngày điều trị. Điều này có thể lý giải do tác dụng của KET được sử dụng để cắt cơn sáng ngay khi bệnh nhân điều trị đã làm cho liều DIA mỗi ngày của các bệnh nhân giảm đi một cách đáng kể. Ngô Chí Hiếu (2002)⁵ liều sử dụng diazepam cao nhất vào ngày thứ 2 với liều là $37,3 \pm 38,3$ mg, Phan Văn Tiếng (2011)⁶ ngày sử dụng diazepam cao nhất là 30 mg/ngày; Nông Thế Đoàn (2018)⁷ liều diazepam cao nhất vào ngày đầu tiên là $58,7 \pm 49,44$ mg, và giá trị này giảm có ý nghĩa thống kê vào các ngày sau đó. So với các nghiên cứu trong nước trước đó, liều diazepam cao nhất của chúng tôi thấp hơn đáng kể, điều này có thể lý giải do các tác giả trước đây dùng chế độ liều theo triệu chứng của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng với kết quả của Shah (2018), Pizon (2018), khi sử dụng cùng với KET, liều thuốc benzodiazepin và thời gian sử dụng benzodiazepin giảm đáng kể so với trước khi dùng KET. Điều này lại khẳng định rõ hơn vai trò của KET trong việc giảm nhu cầu sử dụng benzodiazepin cũng như trong cắt cơn sáng.

4.2. Kết quả điều trị chung

Về thời gian tồn tại hội chứng cai.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian tồn tại hội chứng cai trung bình ở nhóm bệnh nhân này là $3,1 \pm 1,81$ ngày. Kết quả này tương đồng với Nông Thế Đoàn (2018) thời gian tồn tại hội chứng cai rượu là $3,8 \pm 2,24$ ngày và Duby (2014) là $3,5 \pm 3,5$ ngày nhưng lại thấp hơn so với Ngô Chí Hiếu (2002) là $4,63 \pm 3,15$ ngày

Về thời gian nằm viện.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện có giá trị trung vị là 8 và khoảng tứ phân vị là 7-11 ngày. Kết quả này lớn hơn so với Nông Thế Đoàn (2018) ngày nằm viện trung bình là $6,2 \pm 4,26$ trung vị là 5 ngày, số ngày nằm điều trị tại Trung tâm Chống độc là $6,0 \pm 4,28$ ngày, trung vị là 4 ngày và Duby (2014) $5,2 \pm 6,4$ ngày⁸. Tuy nhiên lại tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả Ngô Chí Hiếu (2002) là $8,9 \pm 7,49$ ngày, của Vũ Minh Hạnh (2013) là $14,4 \pm 1,9$ ngày.

Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu ngày, chúng tôi gặp 10 trường hợp hội chứng cai nặng cần nằm ICU. Các nguyên nhân cho tình trạng nặng của bệnh nhân là kích thích không đáp ứng phác đồ, toan chuyển hóa, suy thận, ứ trệ hô hấp do

tác dụng phụ của thuốc. Giá trị trung vị thời gian nằm ICU của nhóm bệnh nhân này là 4 ngày với khoảng tứ phân vị là 2-7 ngày. Kết quả này thấp hơn so với Shah (2018) $8,2 \pm 2,4$ ngày. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn nằm ICU của từng đơn vị y tế khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Kết quả chung: áp dụng phác đồ thành công kiểm soát hội chứng cai ở 92% số bệnh nhân, 8% thất bại, không có bệnh nhân tử vong.

Điểm CIWA-Ar cao nhất vào ngày đầu tiên và giảm dần vào các ngày sau đó khi thực hiện phác đồ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Liều KET ở 2 nhóm cắt cơn thất bại lớn hơn so với nhóm cắt cơn thành công, chủ yếu được sử dụng trong ngày đầu tiên nhập viện.

Liều DIA cao nhất trong ngày đầu và giảm dần trong các ngày sau đó khi phối hợp với KET.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tilman Wetterling, Bernhard Weber, Markus Depfenhart et al.** Development of a rating scale to predict the severity of alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism*. 2006; 41(6):611-615.
2. **Tilman Wetterling, Bernhard Weber, Markus Depfenhart et al.** Development of a rating scale to predict the severity of alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism*. 2006; 41(6):611-615.
3. **Shah P, McDowell M, Ebisu R, Hanif T, Toerne T.** Adjunctive Use of Ketamine for Benzodiazepine-Resistant Severe Alcohol Withdrawal: a Retrospective Evaluation. *J Med Toxicol*. 2018;14(3):229-236. doi:10.1007/s13181-018-0662-8
4. **Pizon AF, Lynch MJ, Benedict NJ, et al.** Adjunct Ketamine Use in the Management of Severe Ethanol Withdrawal. *Crit Care Med*. 2018;46(8):e768-e771. doi:10.1097/CCM.0000000000003204
5. **Ngô Chí Hiếu, Nguyễn Thị Dụ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hồi sức bệnh nhân có hội chứng cai rượu. 2003.
6. **Phan Văn Tiếng, Phạm Công Hòa, Nguyễn Văn Bày.** Nhận xét kết quả điều trị sáng rượu bằng diazepam tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2. 2011.
7. **Nông Thế Đoàn.** Đánh giá hiệu quả lâm sàng phác đồ phối hợp diazepam và phenobarbital trong điều trị hội chứng cai rượu. 2018.
8. **Jeremiah J. DUBY, Andrew J. Berry, Paricheh Ghayem.** Alcohol Withdrawal Syndrome in Critically Ill Patients: Protocolized vs Non-Protocolized Management. *The journal of trauma and acute care surgery*,. 77(6):938-943.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN GEN EGFR, KRAS Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}, Nguyễn Hữu Huy¹, Mai Thị Bích Chi¹, Lưu Nguyễn Trung Thông¹, Lê Minh Khôi^{1,2}, Nguyễn Thị Băng Sương^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là loại bệnh ung thư có tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng cao tại Việt Nam. Các xét nghiệm phân tử của EGFR, KRAS được sử dụng rộng rãi để định hướng điều trị cá thể hóa ở bệnh nhân UTPKTBN. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm cận lâm sàng và tỷ lệ đột biến gen EGFR, KRAS ở bệnh nhân UTPKTBN tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** DNA được tách chiết từ 111 mẫu mô FFPE thu thập từ các bệnh nhân UTPKTBN. Thư viện DNA được giải trình tự trên thiết bị NextSeq (Illumina). **Kết quả:** Theo kết quả NGS, các đột biến được phát hiện ở gen EGFR

(52/111, 46,8% bệnh nhân), KRAS (16/111, 14,4%). Đối với đột biến EGFR có xu hướng phổ biến ở nữ giới, lứa tuổi <60 và chủ yếu ở nhóm Carcinôm tế bào tuyến. Trong khi đó đột biến KRAS có xu hướng phổ biến ở nam giới, lứa tuổi ≥60 và nhóm Carcinôm tế bào tuyến. **Kết luận:** NGS cho phép xác định cụ thể và chính xác các đột biến gen ở bệnh nhân UTPKTBN.

Từ khóa: UTPKTBN, giải trình tự thế hệ mới

SUMMARY

SURVEY OF SUBCLINICAL FEATURES AND FREQUENCY OF EGFR, KRAS MUTATIONS IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Introduction: Non-small cell lung cancer (NSCLC) is a cancer with increasing morbidity and mortality in Vietnam. Molecular assays of EGFR, KRAS are widely used to guide individualized treatment in NSCLC patients. **Objective:** To investigate subclinical features and frequency of EGFR, KRAS mutations in patients with non-small cell lung cancer in University medical center HCMC. **Materials and Methods:** DNA was isolated from 111 FFPE samples collected from

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Băng Sương

Email: suong.ntb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023