số PD của 2 nhóm theo thời gian, cho thấy cả 2 nhóm đều cho kết quả đáng khả quan, tuy nhiên kết quả ở nhóm thực nghiệm tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Đánh giá kết quả điều trị qua sự thay đổi chỉ số CAL theo thời gian (bảng 3) cho thấy rằng, kết quả điều trị sau 1 tháng và 3 tháng có sự khác biệt với p < 0,05. Được sự hỗ trợ của laser Diode, tia laser có tác dụng kích thích sinh học, làm bình thường hóa chức năng tế bào, thúc đẩy quá trình sửa chữa và lành thương.

Ảnh hưởng của ĐTĐ lên mô nha chu là kích thích quá trình đáp ứng viêm ở mô nha chu, làm tăng sản xuất cytokine viêm (TNF-α, IL-1β, IL-6). Chính các cytokine viêm này làm kéo dài quá trình viêm ở mô nha chu. Ngược lại, VNC có thể tác động tiêu cực đến vấn đề kiểm soát đường huyết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chứng minh được laser diode trong nha khoa, khi sử dụng như liệu pháp bổ sung cho phương pháp nạo túi và làm sạch mặt gốc răng trong điều trị viêm nha chu mạn tính, đem lại kết quả cải thiện rõ rệt các chỉ số lâm sàng (PII, GI, PBI, PD, CAL) trên nhóm thực nghiệm so với nhóm chứng. Bệnh đái tháo đường có viêm nha chu thường gặp ở người lớn tuổi, có tình trạng vệ sinh răng miệng kém. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường càng lâu thì tình trạng viêm nha chu càng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thúy Hồng (2012**), Hiệu quả của việc điều trị viêm nha chu đối với kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y dược Tp HCM.
2. **Hoàng Ái Kiên (2014),** Liên quan giữa tình trạng nha chu và bệnh đái tháo đường type 2, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Phạm Thúy Mai (2002),** Nhận xét sự phục hồi bám dính sau nạo túi lợi trong điều trị bệnh viêm quanh răng, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Bích Vân, Huỳnh Anh Lan (2019**), Cập nhật về mối liên quan giữa bệnh nha chu và bệnh toàn thân, Thời sự Y học 9/2019, tr. 7.
5. **American Academy of Periodontology (2015)** American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Condition. Periodontal journal, 86(7) pp. 835-838.
6. **Chandra S, Shashikumar P (2019)** Diode laser-A novel therapeutic approach in the treatment of chronic periodontitis in type 2 diabetes mellitus patients: A prospective randomized controlled clinical trial. J Laser Med Sci, 10(1): 56-63.
7. **Chávarry N, Vettore M, et al (2009),** The Relationship Between Diabetes Mellitus and Destructive Periodontal Disease: A Meta-Analysis. Oral Health Prev Dent, 7 pp. 107-127.
8. **Emrah Kocak, Mehmet Saglam, et al (2016)** Nonsurgical periodontal therapy with/without diode laser modulates metabolic control of type 2 diabetics with periodontitis: randomized clinical trial. Laser Med Sci, 31(2): 343-353.
9. **Kim E.-K., Lee S.G., Choi Y.-H., et al (2013)** Association between diabetes-related factors and clinical periodontal parameters in type-2 diabetes mellitus. BMC Oral Health, 13 (1) pp. 1.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VÀ XẠ TRỊ GIA TỐC U NGUYÊN BÀO TỦY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Phạm Thanh Tuân[1,2], Kiều Đình Hùng[1], Phạm Cẩm Phương[3]

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bao gồm 52 bệnh nhân u nguyên bào tuỷ tại trung tâm phẫu thuật Thần kinh bệnh viện Việt Đức, giai đoạn 9/2016 đến 9/2019, theo dõi tới 9.2022. **Kết quả:** Tuổi từ 02 - 43, tuổi trung bình 13,19±10,47. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1,6. Đau đầu gặp ở 84,6%. Trên cộng hưởng từ 15,4% nằm ở bán cầu tiểu não, 84,6% nằm ở thuỳ nhộng. Kích thước u trung bình 41,75 ± 7,6 mm. Điểm Karnofsky trước mổ trung bình 69,04 ± 14,59. Mức độ lấy u toàn bộ (GTR) 73,1%, gần toàn bộ (NTR) 25%. Tình trạng ra viện ổn định 92,3%, diễn biến nặng 7,7%. Nhóm chỉ phẫu thuật chiếm 45,8%, điều trị phối hợp 43,8% (hoá trị: 9,5%, xạ trị: 33,3%, hoá – xạ trị: 57,1%). Thời gian sống sau mổ : 10,18±15,68 tháng. Thời gian sống sót trung bình ở nhóm < 18 tuổi :31,08±6,01 tháng, nhóm ≥ 18 tuổi 27,36±9,82 tháng.13 bệnh nhân còn sống khi kết thúc nghiên cứu 58,23±14,61 tháng, bệnh nhân sống dài nhất là 84 tháng. **Kết luận:** U nguyên bào tuỷ là u não ác tính độ 4 theo WHO. U tập trung chủ yếu ở thuỳ nhộng, kích thước khối u lớn. Nhóm điều trị phối hợp chiếm 43,8%. Thời gian sống sau mổ trung bình:

[1]*Trường đại học Y Hà Nội.*
[2]*Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp.*
[3]*Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu, bệnh viện Bạch Mai.*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tuân
Email: drtuanneurovn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2023
Ngày duyệt bài: 20.6.2023

10,18±15,68 tháng, bệnh nhân sống dài nhất: 84 tháng. ***Từ khoá:*** u nguyên bào tuỷ, Karnofsky, GTR, NTR, thời gian sống sau mổ.

SUMMARY

CLINICAL, RESULTS OF ADVANCED SURGERY AND RADIATION TREATMENT IN VIET DUC HOSPITAL

Total 52 patients medulloblastoma surgery in Viet Duc hospital with radiantion treatment, from 9/2016 to 9/2019. **Result**: Age from 02 - 43, mean age 13,19±10,47. Male/Female ratio = 1.6. Headache occurred in 84,6%. MRi, 15,4% in the cerebellar hemisphere, 84,6% in cerebella vermis. Tumor size mean 41,75 ± 7,6mm. The mean preoperative Karnofsky score was 69,04 ± 14,59. Gross Total Rececion (GTR) 73.1%, Near Total Resection (NTR) 25%. Patient were stable in 92.3%, severe was 7.7%. Only surgery: 45.8%, combined: 43.8% (chemotherapy: 9.5%, radiation therapy: 33.3%, chemotherapy - radiotherapy: 57.1%). Survival after surgery: 10.18±15.68 months. The mean survival time in group <18 years old: 31.08± 6.01 months, group > 18 years old 27.36±9.82 months.13 patients were alive at the end of the study (58.23±14, 61 months), the longest patient survival was 84 months. **Conclution:** Medulloblastoma is a grade 4 according to WHO. Tumor almost in vermis, large tumor size. The combination treatment group accounted: 43.8%. Average survival time after surgery: 10.11±5.68 months, longest patient survival: 84 months.

Keywords: Medulloblastoma, Karnofsky, GOS, GTR, NTR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào tủy (Medulloblastoma) là một thuật ngữ chuyên ngành để chỉ các khối u tiên phát ác tính trong tiểu não . U phát triển từ các nguyên bào thần kinh có nguồn gốc từ ống thần kinh trong giai đoạn phôi thai [1].

Theo phân loại của WHO 2007, 2016 thì đây là u ác tính độ IV, thường gặp ở độ tuổi < 16 tuổi với hơn 80% số ca mắc, tuy nhiên các độ tuổi khác cũng có thể gặp với tần suất ít hơn.

U chiếm 4-10% các u não và chiếm 20-25% tổng số u não ở trẻ em. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1.

Tần suất mắc ở khu vực châu Âu và bắc Mỹ là 5 – 7/1 triệu trẻ. Ở Pháp tần suất mắc bệnh là 6,4/1 triệu trẻ /năm. Hàng năm có khoảng 250 – 300 ca bệnh u nguyên bào tủy được phát hiện tại Mỹ [3].

Việc điều trị bệnh ở nước ta hiện nay còn nhiều hạn chế, tỷ lệ sống còn thấp. Để có một cái nhìn toàn diện và nghiêm túc về quá trình điều trị bệnh lý này với mong muốn tăng thêm thời gian và chất lượng sống cho bệnh nhân.

Chúng tôi tiến hành ngiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị phẫu thuật và xạ trị gia tốc u nguyên bào tuỷ tại bệnh viện Việt Đức ". Với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh u nguyên bào tuỷ.

2. Đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào tuỷ tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp cùng chẩn đoán mô bệnh học là u nguyên bào tuỷ trong thời gian từ 09.2016 đến 09.2019, kết thúc theo dõi 9.2022.

Là bệnh lý u não ác tính độ IV, bệnh diễn biến nặng nề, tiên lượng sống sau phẫu thuật ở nước ta còn hạn chế, chưa tiệm cận được với các nước tiên tiến. Vì vậy chúng tôi lấy cỡ mẫu theo phương pháp thuận tiện. Bao gồm các bệnh nhân được phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật Thần Kinh bệnh viện Việt Đức có kết quả là u nguyên bào tuỷ.

Thông số nghiên cứu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu.

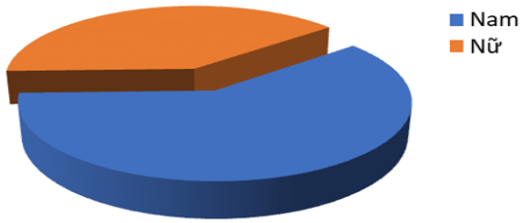
Đặc điểm nghiên cứu: tuổi , giới, hình ảnh cộng hưởng từ, kích thước u, vị trí u, mức độ xâm lấn, điểm Karnofsky trước mổ, tình trạng khi bệnh nhân ra viện, điều trị phối hợp sau phẫu thuật (xạ trị, hoá trị, hoá – xạ trị), thời gian sống sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua tiến hành nghiên cứu 52 bệnh nhân, chúng tôi thu được kết quả sau:

Giới tính. Trong 52 ca bệnh có 32 trường hợp là nam giới, 20 trường hợp là nữ giới.

Tỉ lệ Nam / Nữ ≈ 1,6.



Biểu đồ 3.1: Biểu đồ giới tính

Tuổi mắc bệnh. Độ tuổi trong nghiên cứu này trải dài từ 2 tuổi đến 43 tuổi. Độ tuổi trung bình 13.19 ±10.47.

Bảng 3.1. Phân loại nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 10	24	46,2
10 – 19	16	30,8
20 - 29	5	9,6
≥30	7	13,5

Tổng	52	100%

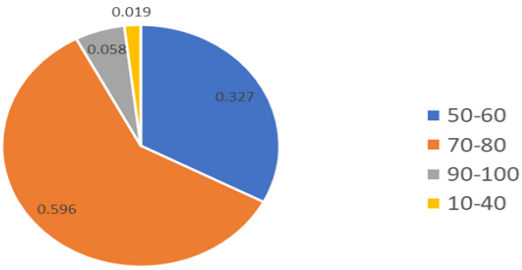
Nhận xét: Nhóm ≤ 19 tuổi chiếm 77,0 %, nhóm ≥30 tuổi, chiếm 13,5 %.

Vị trí u. Hình ảnh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não kết hợp có tiêm thuốc đối quang từ cho thấy khối u thường có kích thước lớn, khối u đa số phát triển từ thuỳ nhộng và xâm lấn sang hai bên bán cầu tiểu não, gây chèn ép mạnh vào não thất bốn gây giãn hệ thống não thất , tăng áp lực nội sọ.

U thường gặp ở thuỳ nhộng với 44 trường hợp chiếm 84,6%. U nằm ở bán cầu tiểu não chiếm 15,4% số trường hợp.

Biểu đồ 3.2: Vị trí khối u

Điểm Karnofsky trước mổ. Điểm Karnofsky trung bình trước mổ là 69,04 ± 14,59.



Biểu đồ 3.3: Điểm Karnofsky trước mổ

Nhận xét: Điểm Karnofsky 70-80 chiếm 59,6%. 1 bệnh nhân vào viện trong tình trạng nguy kịch, phải hồi sức và mổ dẫn lưu não thất cấp cứu.

Mức độ lấy bỏ u. Đánh giá mức độ lấy bỏ u dựa vào cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên trong quá trình mổ và dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ kiểm tra sau mổ (trong vòng 48h sau mổ). Tổng số chụp cộng hưởng từ sau mổ là 22 ca.

Bảng 3.2: Mức độ lấy u

Nhóm	n	%
Lấy toàn bộ u (GTR)	38	73,10
Lấy gần hoàn toàn u (NTR)	13	25,0
Lấy bán phần u (NTR)	1	1,9
Tổng	**52**	**100**

Nhận xét: lấy toàn bộ u chiếm 73,1%, lấy bán phần 1,9%.

Tình trạng khi ra viện. Trong nghiên cứu có 92,3% số bệnh nhân sau mổ ổn định thuộc GOS độ 3, độ 4. 7,7% số bệnh nhân sau mổ diễn biến nặng, đã được hồi sức tích cực nhưng tình trạng không cải thiện, gia đình xin bệnh nhân về.

Trong nhóm GOS độ 3, độ 4 được điều trị tạm ổn định, chuyển về bệnh viện tỉnh điều trị tiếp đều cho kết quả tốt. Vậy chúng tôi xếp nhóm bệnh nhân có GOS độ 1 và GOS độ 2 thành nhóm: sau mổ diễn biến nặng.

Nhóm GOS độ 3, GOS độ 4, GOS độ 5 thành nhóm: sau mổ ổn định.

Bảng 3.3: tình trạng ra viện

Tình trạng khi xuất viện	n	%
Diễn biến nặng	4	7,7
Ổn định	48	92,3
Tổng	**52**	**100**

Nhận xét: bệnh nhân ra viện trong tình trạng ổn định chiếm 92,3%.

Điều trị phối hợp. Khi theo dõi 48 trường hợp có tình trạng ra viện ổn định, có 22 bệnh nhân chỉ phẫu thuật (45,8%), 21 bệnh nhân được điều trị phối hợp sau phẫu thuật (43,8%). Có 5 trường hợp không thu thập được thông tin.

Bảng 3.4: điều trị phối hợp

Điều trị phối hợp	n	%
Hoá trị	2	9,5
Xạ trị	7	**33,3**
Hoá trị + xạ trị	12	**57,1**
Tổng	**21**	**100**

Nhận xét: phần lớn các trường hợp được điều trị xạ trị hoặc phối hợp hoá trị + xạ trị.

Kết quả sống sót. Trong nghiên cứu này thì thời gian sống trung bình sau mổ là 10,18±15,68 tháng, ngắn nhất 2 tuần, dài nhất là 72 tháng (34 bệnh nhân).

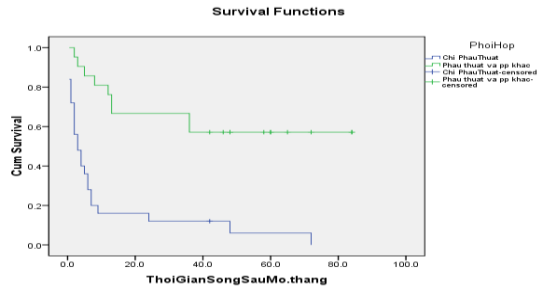
Bảng 3.5: tỷ lệ sống tích luỹ theo thời gian

	Tỷ lệ sống	±SD
6 tháng	0,553	0,073
12 tháng	0,426	0,072
18 tháng	0,383	0,071
24 tháng	0,362	0,070
36 tháng	0,319	0,068
48 tháng	0,293	0,067
60 tháng	0,293	0,067
72 tháng	0,219	0,081

Nhận xét: tỷ lệ sống tích luỹ sau 6 tháng ở nghiên cứu này khá thấp với tỷ lệ 55,3%. Tuy nhiên tỷ lệ sống sau 5 năm (> 60 tháng) đạt tới 29,3%.

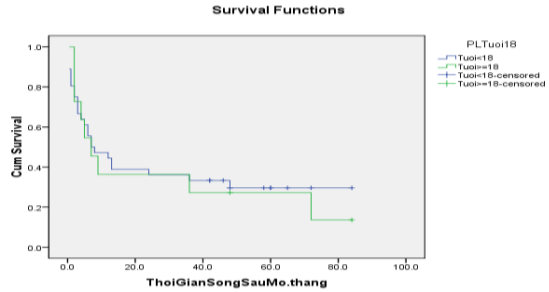
Đường biểu diễn Kaplan-Meier tại biểu đồ 3.3 cho chúng ta thấy thời gian sống sót trung bình ở nhóm bệnh nhân chỉ phẫu thuật là 10,84 ±3,97 tháng, thấp hơn nhiều so với nhóm bệnh

nhân được điều trị phối hợp 54,1±7,74 tháng, (p<0,001).



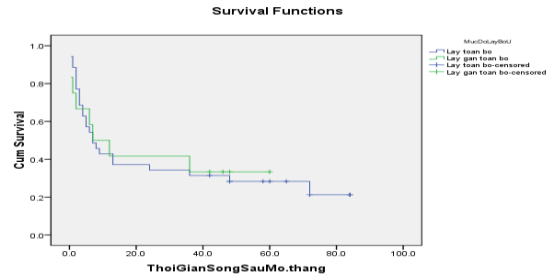
Biểu đồ 3.3: Biểu đồ Kaplan-Meier về điều trị phối hợp

Thời gian sống sót sau phẫu thuật trung bình ở nhóm bệnh nhân < 18 tuổi là 31,08±6,01 tháng; không khác biệt so với nhóm ≥ 18 tuổi (27,36±9,82 tháng) (p=0,782)



Biểu đồ 3.4: Đường biểu diễn Kaplan-Meier về tỷ lệ sống sót theo độ tuổi

Thời gian sống sót trung bình ở nhóm bệnh nhân được lấy toàn bộ u là 29,02±5,81 tháng; không khác biệt so với nhóm lấy gần toàn bộ u (25,42±7,54 tháng) (p=0,903)



Biểu đồ 3.5: Đường biểu diễn Kaplan-Meier về tỷ lệ sống theo mức độ lấy u

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mắc. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 13.19 ±10.47.

Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 2 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 43 tuổi. Nhóm bệnh nhân < 19 tuổi chiếm 77,0%. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 8 trường hợp bệnh nhân > 30 tuổi, chiếm 13,5%. Kết quả nghiên cứu của R.J Packer (2013) với 379 bệnh nhân cho thấy 51% gặp ở nhóm 5-9 tuổi [7], Kumar và cs (2015) qua nghiên cứu 53 ca u nguyên bào tuỷ cho kết quả 58,5% < 14 tuổi, 41,5% > 14 tuổi[8]

Giới mắc. Trong nghiên cứu này tỉ lệ Nam/ Nữ = 1,6. Theo D Jenkin và cs (2000) nghiên cứu trong 10 năm (1.1988 – 12.1997) với 173 trường hợp cho kết quả tỉ lệ Nam / Nữ = 2/1[6]. Còn theo nghiên cứu của Jianzhong Yu (2017) với 40 trường hợp thì tỉ lệ Nam / Nữ = 3 /1[7], KM. Christopherson (2014) nghiên cứu 50 trường hợp trẻ em thì tỉ lệ Nam/Nữ = 2,57, M. Vinchon và cs (2021) phân tích 91 trường hợp cho tỷ lệ Nam / Nữ = 1,84 [9]

Bảng 4.1. tỷ lệ Nam/Nữ ở một số tác giả

Tác giả	Nam/Nữ	n
D Jenkin	2,1	173
Jianzhong Yu	3	40
Christopherson	2,57	50
Chúng tôi	1,6	52

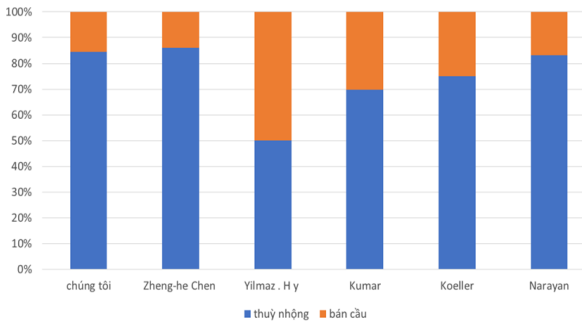
Lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi về các dấu hiệu, triệu chứng của hội chứng tăng áp lực nội sọ và rối loạn chức năng thần kinh tiểu não cho thấy kết quả và nhận xét khá tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước.

Triệu chứng lâm sàng của u nguyên bào tuỷ nổi trội ở hội chứng tăng áp lực nội sọ, trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận được triệu chứng đau đầu chiếm 84,6%. Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Học (2016): 86%, Malheiros, S. M (2002): 93%[10]

Vị trí và kích thước u. Kích thước u ghi nhận được trong nghiên cứu từ 25mm tới 60mm. Kích thước u trung bình trong ngiên cứu này là 41,75 ±7,6mm, ở thuỳ nhộng là 41,05 ±7,5mm, bán cầu là 45,63 ± 7,44 mm.

Theo Zheng-he Chen (2022) nghiên cứu 62 trường hợp cho kết quả có 9,67% u < 30mm, 90,33% u có kích thước > 30mm, Riva. D (2000) có kích thước từ 20-40mm. Kích thước khối u của chúng tôi tương đồng với kết quả của Zheng-he Chen và lớn hơn so với kết quả của Riva. D. Những bệnh nhân có u kích thước lớn là do chúng ta phát hiện ra khi đã muộn, u chèn ép nhu mô não, gây khó khăn và phức tạp cho quá trình phẫu thuật và điều trị hậu phẫu, ảnh hưởng tới kết quả điều trị và tiên lượng sống.

Qua bảng 3.2, chúng tôi ghi nhận 84,8% u nằm tại thuỳ nhộng, 15,2% u nằm tại bán cầu tiểu não.

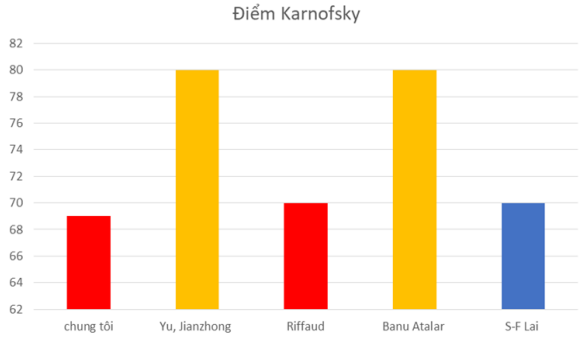


Biểu đồ 4.1: Vị trí u của một số tác giả

Theo Zheng-he Chen (2022) có 54/62 (86%) nằm tại thuỳ nhộng. Yilmaz. H (2021) qua nghiên cứu 16 trường hợp u ở người trưởng thành cho kết quả 50% tại thuỳ nhộng và 50% tại bán cầu. Kumar và cs (2015) qua nghiên cứu 53 trường hợp cho thấy 69,8% khối u nằm ở thuỳ nhộng, 30,2% khối u nằm tại bán cầu tiểu não, Koeller, K. K (2003) cho kết quả > 75% u nằm ở thuỳ nhộng tiểu não, Narayan, V và cs nghiên cứu 118 trường hợp cho kết quả 98/118 khối u ở thuỳ nhộng chiếm 83,1%[5]

Như vậy kết quả của chúng tôi là tương đồng với kết quả của Zheng-he Chen, Koeller.K. K, Narayan. V và khác biệt so với kết quả của Kumar và Yilmaz H.

Karnofsky trước mổ. Qua biểu đồ 3.3 chúng ta thấy điểm Karnofky trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là: 69,04 ±14,59. Có 59,6% ở mức 70-80 điểm, 32,7% số bệnh nhân vào viện ở mức 50-60 điểm, 1 bệnh nhân vào viện trong tình trạng hôn mê, phải hồi sức tích cực và phẫu thuật dẫn lưu não thất cấp cứu.



Biểu đồ 4.2: *Điểm Karnofsky của một số tác giả*

Theo Yu, Jianzhong và cs (2017) nghiên cứu 40 trường hợp có điểm Karnofsky > 80 chiếm trên 80%[10], Riffaud, L.(2009) nghiên cứu 27 trường hợp thì điểm Karrnofsky trước mổ trung bình = 70 (50 – 90). Banu Atalar (2018) nghiên cứu 206 trường hợp cho thấy 53% có điểm Karnofsky > 80. S-F Lai (2012) với kết quả 57% có điểm Karnofsky > 70[7].

Kết quả của chúng tôi tương đồng với Riffaud. L và thấp hơn kết quả của Yu, Jianzhong. Lý giải cho nguyên nhân điểm Karnofsky của Yu, Jianzhong cao hơn của chúng tôi là vì ngiên cứu của họ tất cả các bệnh nhân là 40 trẻ em, còn của chúng tôi độ tuổi trải rộng từ 2 – 43 tuổi, nghiên cứu của Narayan với 118 ca bệnh thì có 97 trường hợp là trẻ nhỏ và chỉ có 21 trường hợp là người trưởng thành.

Mức độ lấy u. Bảng 3.2 cho thấy 38 trường hợp lấy bỏ toàn bộ khối u (Gross Total Resection - GTR): 73,1%, gần toàn bộ (Near Total Resection - NTR): 25,0% và lấy bán phần u (Sub Total Resection - STR): 1,9%.

Theo Haque, W và cs (2020) thì qua nghiên cứu 613 trường hợp u nguyên bào tuỷ được phẫu thuật thì tỉ lệ lấy bỏ hoàn toàn u chỉ chiếm 15% và 45% là lấy gần hoàn toàn u. Còn theo nghiên cứu của Qian Li và cs (2018) qua nghiên cứu 616 trường hợp cho kết quả: lấy hoàn toàn u chiếm 59%, lấy gần hoàn toàn u chiếm 38%. Baliga và cs (2022) qua nghiên cứu 178 trường hợp đã cho kết quả lấy hoàn toàn u là 159 trường hợp (89,3%), gần hoàn toàn là 18 trường hợp (10,1%)

Điều trị phối hợp sau mổ. Qua bảng 3.3 ta thấy có 57,1% được phối hợp hoá – xạ trị, 33% được xạ trị phối hợp. Tuy vậy số bệnh nhân không điều trị phối hợp còn chiếm tỷ lệ khá cao : 45,8%. Điều này thật đáng tiếc cho số bệnh nhân ra viện sau phẫu thuật ổn định – nhưng không được điều trị phối hợp. Nếu tất cả những bệnh nhân này được điều trị phối hợp sau phẫu thuật thì tỷ lệ sống tích luỹ sẽ cải thiện đáng kể.

Kết quả sống sót. Trong ngiên cứu này chúng tôi thu được kết quả tỷ lệ sống tích luỹ theo thời gian tại thời điểm 6 tháng là 55,3%, 12 tháng là 42,6%, 36 tháng là 31,9%, 60 tháng (5 năm) là 29,3%. Thời gian sống trung bình ở nhóm chỉ phẫu thuật là 10,84 ±3,97 tháng, ở nhóm có điều trị phối hợp là 54,1±7,74 tháng. Sự khác biệt rõ rệt ở hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Theo Johnston, D.L và cs (2018) tiến hành nghiên cứu 550 trường hợp ở người < 18 tuổi từ năm 1990 tới 2009 tại Canada cho biết tỷ lệ sống tích luỹ qua 1, 3, 5 năm tương ứng 83,6%, 77,2%, 72,5%. A Modha và cs (2000) nghiên cứu 36 trường hợp ở trẻ em từ năm 1974 tới 1997 tại vùng Ottawa cho kết quả sống sau 1, 5 năm là 92% và 54%.

Như vậy chúng ta thấy rằng tỷ lệ sống sau 1, 5 năm ở nghiên cứu này còn thấp (42,6%, 29,3%) so với các tác giả khác ở nước ngoài, khi mà tỷ lệ sống sau 5 năm trung bình từ 70-80%.

Lý giải cho kết quả sống tích luỹ sau 5 năm trong nghiên cứu này thấp là do nguyên nhân có tới 26/43 (55,3%) bệnh nhân không điều trị gì sau phẫu thuật. Mặt khác số bệnh nhân được phẫu thuật vào cuối năm 2019 – khi đại dịch Covid hoành hành, gây cản trở và khó khăn cho việc di chuyển, tái khám cũng như điều trị bệnh tại tuyến trung ương.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm u nguyên bào tuỷ

Tuổi mắc bệnh trung bình: 13.19 ±10.47.

Tỉ lệ Nam / Nữ = 1,6.

Karnofsky trước mổ: 69,04±14,59.

Vị trí u trên cộng hưởng từ: thuỳ nhộng 84,6%, 15,4% ở bán cầu.

Kích thước u trên cộng hưởng từ: 41,75 ± 7,6mm, nhỏ nhất 25mm, lớn nhất 60mm.

2. Kết quả điều trị

Mức độ lấy u: lấy toàn bộ u: 73,1%, lấy gần hoàn toàn: 25,0%.

45,8% số bệnh nhân chỉ phẫu thuật.

Thời gian sống sót ở nhóm chỉ phẫu thuật: 10,84 ±3,97 tháng, ở nhóm được điều trị phối hợp: 54,1±7,74 tháng.

Tỷ lệ sống sau 1 năm: 42,6%, sau 5 năm 29,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B Q Tuyển.** Bệnh học thần kinh, sau đại học. Bệnh học thần kinh, sau đại học Nhà xuất bản quân đội nhân dân. 2003:207-224.
2. **System TWHOCoTotCN.** World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System. Acta Neuropathologyca. Acta Neuropathologyca. 2016;Volume 131(Issue 6):803–820.
3. **Bavle A, Parsons DW. From One to Many:** Further Refinement of Medulloblastoma Subtypes Offers Promise for Personalized Therapy. Cancer Cell. Jun 12 2017;31(6):727-729.
4. **Packer RJ, Zhou T, Holmes E, Vezina G, Gajjar A.** Survival and secondary tumors in children with medulloblastoma receiving radiotherapy and adjuvant chemotherapy: results of Children's Oncology Group trial A9961. Neuro Oncol. Jan 2013;15(1):97-103. doi: 10.1093/neuonc/nos267
5. **Kumar LP, Deepa SF, Moinca I, Suresh P, Naidu KV.** Medulloblastoma: A common pediatric tumor: Prognostic factors and predictors of outcome. Asian J Neurosurg. Jan-Mar 2015; 10(1):50. doi:10.4103/1793-5482.151516
6. **Jenkin D, Shabanah MA, Shail EA, et al.** Prognostic factors for medulloblastoma. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics. 2000;47(3):573-584. doi:10.1016/s0360-3016(00)00431-4
7. **Yu J, Zhao R, Shi W, Li H.** Risk factors for the prognosis of pediatric medulloblastoma: a retrospective analysis of 40 cases. Clinics. 2017; 72(5):294-304. doi:10.6061/clinics/2017(05)07
8. **Christopherson KM, Bradley JA, Rotondo RL, et al.** Local control in non-metastatic medulloblastoma. Acta Oncol. Sep 2014; 53(9): 1151-7. doi:10.3109/0284186x.2014.932434
9. **Vinchon M, Leblond P**. Medulloblastoma: Clinical presentation. Neurochirurgie. Feb 2021; 67(1):23-27. doi:10.1016/j.neuchi.2019.04.006
10. **T V Học**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị u tiểu não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2016;

THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ, BỆNH TẬT Ở NGƯỜI LAO ĐỘNG MỎ THAN NA DƯƠNG, LẠNG SƠN

Lê Thị Thanh Hoa[1], Dương Thị Hậu[1], Trương Thị Thùy Dương[1], Nguyễn Việt Quang[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sức khoẻ, bệnh tật ở người lao động mỏ than Na Dương, Lạng Sơn năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 408 người. Số liệu được thu thập thông qua khám sức khoẻ. Kết quả cho thấy sức khoẻ loại II chiếm tỉ lệ cao nhất (59,8%), tỉ lệ người lao động mắc 1 loại bệnh/chứng bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất 36,5%, không mắc loại bệnh/chứng bệnh nào chiếm 7,1%. Bệnh/chứng bệnh răng hàm mặt chiếm 50,7%, sau đó đến tai mũi họng (33,8%), tiêu hoá (32,8%)... hô hấp (4,7%), da liễu (1,7%), bệnh nghề nghiệp (4,2%). Như vậy sức khỏe, bệnh tật của người lao động mỏ than Na Dương chưa tốt, còn xuất hiện các trường hợp sức khỏe loại IV và tỉ lệ mắc bệnh răng hàm mặt, tai mũi họng và tiêu hóa còn tương đối cao. Cần phải có kế hoạch tổ chức lao động hợp lý và điều trị bệnh kịp thời cho người lao động.

Từ khóa: sức khoẻ; bệnh tật; người lao động; mỏ than; Lạng Sơn.

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Hoa

Email: linhtrang249@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023