

- (Suppl 1):S3-S14. doi:10.1002/2327-6924.12510
3. **Jafar TH, Chaturvedi N, Pappas G.** Prevalence of overweight and obesity and their association with hypertension and diabetes mellitus in an Indo-Asian population. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2006;175(9):1071-1077. doi:10.1503/cmaj.060464
  4. **el-Hazmi MA, Warsy AS.** Prevalence of overweight and obesity in diabetic and non-diabetic Saudis. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 2000;6(2-3):276-282.
  5. **Ha NT, Sinh DT, Ha LTT.** The Association of Family Support and Health Education with the Status of Overweight and Obesity in Patients with Type 2 Diabetes Receiving Outpatient Treatment: Evidence from a Hospital in Vietnam. *Health Serv Insights.* 2021;14:11786329211014792. doi:10.1177/11786329211014793
  6. **Li N, Xang W, Wu S, et al.** Association between the lean nonalcoholic fatty liver disease and risk of incident type 2 diabetes in a healthy population of Northwest China: a retrospective cohort study with a 2-year follow-up period. *Front Endocrinol.* 2023; 14:1173757. doi:10.3389/fendo.2023.1173757
  7. **Tino S, Mayanja BN, Mubiru MC, et al.** Prevalence and factors associated with overweight and obesity among patients with type 2 diabetes mellitus in Uganda—a descriptive retrospective study. *BMJ Open.* 2020;10(11):e039258. doi:10.1136/bmjopen-2020-039258
  8. **Rosenstock JL, Pommier M, Stoffels G, Patel S, Michelis MF.** Prevalence of Proteinuria and Albuminuria in an Obese Population and Associated Risk Factors. *Front Med.* 2018;5:122. doi:10.3389/fmed.2018.00122
  9. **Maric-Bilkan C.** Obesity and diabetic kidney disease. *Med Clin North Am.* 2013;97(1):59-74. doi:10.1016/j.mcna.2012.10.010
  10. **Lee R, Kean WF.** Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammopharmacology.* 2012; 20(2):53-58. doi:10.1007/s10787-011-0118-0

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Ngô Thanh Tùng<sup>2,4</sup>, Lê Chính Đại<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đăng<sup>1,3</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>3</sup>

### TOM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư vòm mũi họng cao tuổi tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng người bệnh cao tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 96 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn I đến IVA từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện K từ năm 2018 đến 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 65,8 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ 3/1. Đa số bệnh nhân đến viện trong vòng 3 tháng khi có triệu chứng với tỉ lệ 53,1% với triệu chứng hay gặp nhất là nổi hạch cổ chiếm 64,6%. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II với tỉ lệ 34,4%. Về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u và hạch tại thời điểm 4 tuần sau khi kết thúc điều trị là 84,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 55,4 ± 2,2 tháng, thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là 50,7 ± 2,6 tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 55,6 ± 2,2 tháng. OS 3 năm, 5 năm đạt 88,9%, 65,5%. PFS 3 năm, 5 năm đạt 88,4% và 69,4%. DFS 3 năm, 5 năm đạt 78,4% và 65,5%. **Kết**

**l luận:** Ung thư vòm người cao tuổi có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tương đồng với dân số chung. Điều trị đạt kết quả tốt tuy nhiên còn thấp hơn so với dân số chung.

**Từ khóa:** người cao tuổi, ung thư vòm mũi họng.

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOME OF ELDERLY NASOPHARYNGEAL CARCINOMA PATIENTS IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Purpose:** To describe some clinical, subclinical characteristics and the treatment outcome of elderly nasopharyngeal carcinoma patients at Viet Nam national cancer hospital. **Methods:** A retrospective study on 96 patients with brain metastatic breast cancer in the National cancer hospital from 2018 to 2022. **Results:** The mean age of the patients was 65.8 years old, more men than women with a ratio of 3/1. Most patients came to the hospital within 3 months of having symptoms with a rate of 53.1% with the most common symptom being cervical lymphadenopathy accounting for 64.6%. Most patients were diagnosed at stage II with a rate of 34.4%. The rate of complete response in tumors and lymph nodes at 4 weeks after the end of treatment was 84.4%. Overall survival was 55.4 ± 2.2 months, disease-free survival was 50.7 ± 2.6 months, and progression-free survival was 55.6 ± 2.2 months. The 3-year, 5-year OS rates are 88.9%, 65.5%. The 3-year, 5-year PFS rates are 88.4%, 69.4%. The 3-year, 5-year DFS rates are 78.4% và 65,5%. **Conclusion:** The elderly's nasopharyngeal cancer has similar clinical and subclinical characteristics to the general population.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược - ĐHQGHN

<sup>3</sup>Bệnh viện K

<sup>4</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân Anh

Email: vananh97.vp@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Treatment outcome is good, but still lower than the general population's. **Keywords:** elderly patients, nasopharyngeal cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng là bệnh lý ác tính có nguồn gốc từ biểu mô vòm mũi họng và là một trong những ung thư phổ biến nhất vùng đầu cổ. Đây là một bệnh tiến triển thầm lặng khó phát hiện và chẩn đoán ở giai đoạn sớm nên thường bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn. Tuy nhiên tiên lượng chung của ung thư vòm mũi họng đã được cải thiện rõ rệt nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh đặc biệt trong ba thập kỷ trở lại đây. Về điều trị, ung thư vòm mũi họng là một bệnh lý nhạy cảm với hóa chất và xạ trị, trong đó xạ trị là phương pháp điều trị chính. Theo hướng dẫn thực hành điều trị ung thư của Hiệp hội ung thư châu Âu (ESMO), Mạng lưới ung thư quốc gia Mỹ (NCCN), xạ trị đơn thuần cho giai đoạn I và hóa xạ trị đồng thời kết hợp hay không kết hợp với hóa chất Induction được chỉ định như là một phác đồ chuẩn cho giai đoạn II-IVA. Người cao tuổi là người ở giai đoạn già hóa gắn liền với việc suy giảm các chức năng của cơ thể. Tại Việt Nam, theo Luật người cao tuổi Việt Nam năm 2010 quy định: người cao tuổi là tất cả các công dân Việt Nam từ 60 tuổi trở lên. Điều trị ung thư vòm mũi họng ở bệnh nhân cao tuổi đặc biệt khó khăn vì lâm sàng đa dạng, nhiều bệnh lý đi kèm và thường gặp các độc tính liên quan đến điều trị. Hầu hết các bác sĩ lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị kém tích cực hơn ở các bệnh nhân này. Một số nghiên cứu trước đây báo cáo rằng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng người cao tuổi có kết quả điều trị kém hơn so với dân số chung. Ngoài ra hiện nay có ít dữ liệu từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để đưa ra các hướng dẫn và đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh ung thư vòm mũi họng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện K".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi tại thời điểm chẩn đoán  $\geq 60$ ;
- Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô vòm mũi họng tip không biệt hóa.
- Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ tại bệnh viện K;
- Chỉ số toàn trạng 0-2 theo thang điểm ECOG;
- Được xạ trị lần đầu giai đoạn I đến IVA;

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ;
- Có thông tin về tình trạng bệnh sau điều trị qua các lần tái khám.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc bệnh lý cấp tính, tiên lượng tử vong gần;
- Mắc các bệnh lý gây tổn thương da như lupus ban đỏ hệ thống, vảy nến;
- Mắc ung thư thứ 2 tại thời điểm chẩn đoán.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu. chúng tôi đã thu thập được 96 bệnh nhân

### 2.2.3. Phác đồ điều trị:

- Các bệnh nhân giai đoạn I được tia xạ đơn thuần

- Giai đoạn II-IVA hóa xạ trị đồng thời kết hợp hoặc không kết hợp với hóa chất dẫn đầu.

- Kỹ thuật xạ trị: VMAT/IMRT/3D-CRT, liều chỉ định 70Gy trong 33 phân liều, các thể tích xạ trị được tăng liều đồng thời.

### 2.2.4. Các bước tiến hành

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện K từ năm 2018 đến năm 2022

- Khai thác thông tin dựa trên hồ sơ bệnh án và thông tin qua liên hệ với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.

### 2.2.5. Các chỉ số đánh giá

- Đáp ứng điều trị: đánh giá tại thời điểm kết thúc xạ trị 1 tháng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ, sống thêm không tiến triển, sống thêm không bệnh: theo phương pháp Kaplan – Meier.

- 2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

#### Bảng 1. Tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Số lượng	Tỷ lệ
60-64	32	12	44	45,8
65-69	27	6	33	34,4
$\geq 70$	13	6	19	19,8
<b>Tổng số</b>	<b>72</b>	<b>24</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $65,8 \pm 5$ , dao động từ 60 đến 81 tuổi. Tỷ lệ nam (72)/nữ (24) = 3/1.

#### Bảng 2: Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian	<3 tháng	$\geq 3-6$ tháng	$\geq 6-12$ tháng	>12 tháng

Số lượng	51	27	13	5
Tỷ lệ	53,1%	28,1%	13,5%	5,2%

**Nhận xét:** Thời gian phát hiện bệnh trước 6 tháng chiếm 81,2%

**Bảng 3: Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Không	3	3,1%
Đau đầu	35	36,5%
Ngạt mũi	21	21,9%
U tai	42	43,8%
Nổi hạch cổ	62	64,6%
Chảy máu mũi	36	37,5%

**Nhận xét:** Hạch cổ là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 64,6% (62/96).

**Bảng 4: Đặc điểm hạch cổ di căn**

Nhóm hạch	Số lượng	Tỷ lệ
Hạch sau hầu	27/69	39,1%
Nhóm I	4/69	5,8%
Nhóm II	58/69	84,1%
Nhóm III	22/69	31,9%
Nhóm IV	5/69	7,2%
Nhóm V	5/69	7,2%

**Nhận xét:** di căn hạch cổ nhóm II nhiều nhất, chiếm 84,1%; nhóm hạch sau hầu đứng thứ 2 với tỷ lệ 39,15% (phát hiện qua CDHA).

**Bảng 5: Giai đoạn bệnh**

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ
I	18	18,8%
II	33	34,3%
III	29	30,2%
IVA	16	16,7%

**Nhận xét:** giai đoạn II, III lần lượt chiếm 34,4% và 30,2%.

**3.2. Kết quả điều trị**

**3.2.1. Hoàn thành liệu trình điều trị**

**Bảng 6. Tỷ lệ hoàn thành liệu trình điều trị**

	Thực hiện	Số lượng	Tỷ lệ
Xạ trị	Đủ liều	95/96	99%
	Chưa đủ liều	1/96	1%
Hóa trị	Tổng liều Cisplatin <200mg/m <sup>2</sup>	7/50	14%
	Tổng liều Cisplatin ≥200mg/m <sup>2</sup>	43/50	86%

**Nhận xét:** 95/96 bệnh nhân xạ trị đủ liều, 43/50 bệnh nhân đạt liều hóa trị tối thiểu (200mg/m<sup>2</sup> Cisplatin).

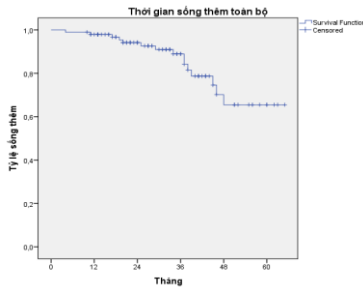
**3.2.2. Kết quả đáp ứng**

**Bảng 7. Kết quả đáp ứng tại u và hạch**

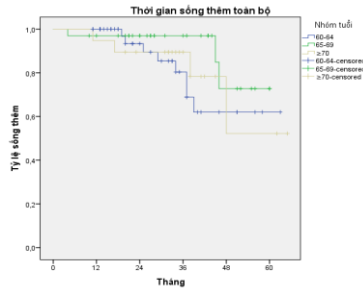
Kết quả đáp ứng tại u	
Hoàn toàn	87/96 (89,6%)
Một phần	9/96 (9,4%)
Kết quả đáp ứng tại hạch	
Hoàn toàn	90/96 (93,8%)
Một phần	6/96 (6,2%)
Kết quả đáp ứng chung	
Hoàn toàn	82/96 (85,4%)
Một phần	14/96 (14,6%)

**Nhận xét:** tất cả bệnh nhân điều trị đều có đáp ứng; đáp ứng hoàn toàn tại u 89,6%, tại hạch 93,8%, đáp ứng hoàn toàn chung 85,4%.

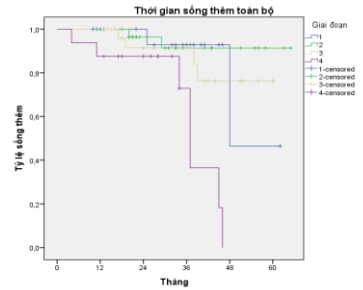
**3.2.3. Kết quả sống thêm**



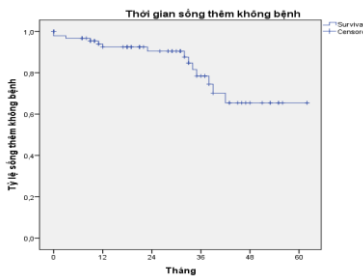
(A)



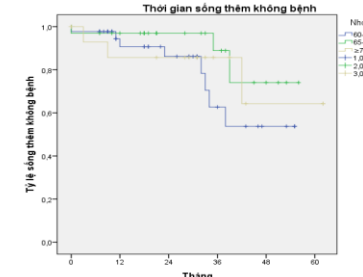
(B)



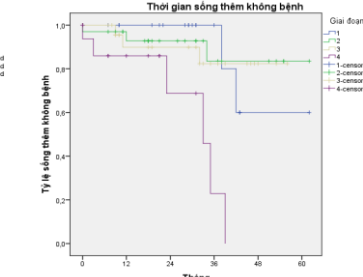
(C)



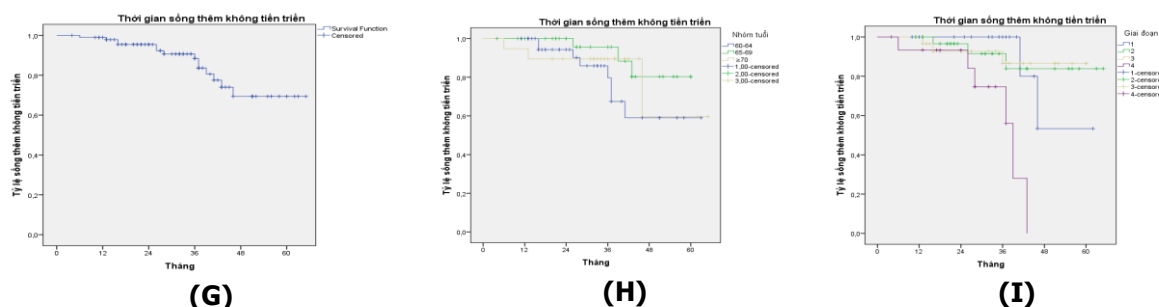
(D)



(E)



(F)



**Biểu đồ 1:** Thời gian sống thêm toàn bộ (A) và liên quan với tuổi (B), liên quan với giai đoạn (C). Thời gian sống thêm không bệnh (D) và liên quan với tuổi (E), liên quan với giai đoạn (F). Thời gian sống thêm không tiến triển (G) và liên quan tới tuổi (H), liên quan với giai đoạn (I)

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là  $55,4 \pm 2,2$  tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 88,9%; 5 năm là 65,5%. Thời gian sống thêm không bệnh trung vị là  $50,7 \pm 2,6$  tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 78,4%; 5 năm là 65,5%. Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là  $55,6 \pm 2,2$  tháng. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại thời điểm 3 năm là 88,4%; 5 năm là 69,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 96 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 65,8 và nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 60-64 tuổi (45,8%). Kết quả này gần tương tự với kết quả của Yu Liang và cộng sự<sup>1</sup> với độ tuổi trung bình là 63,5, 59,3% bệnh nhân trong nhóm 60-64 tuổi. Tỉ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi (3/1) tương đương với nghiên cứu của Yingchen Lyu<sup>2</sup> với nhóm bệnh trên trên 70 tuổi là 3,48/1, cũng như nghiên cứu của Shyh-An Yeh<sup>3</sup> trên nhóm dân số chung. Phần lớn bệnh nhân đến viện trong 6 tháng đầu khởi phát triệu chứng chiếm 81,2% và nổi hạch cổ chiếm đa số (64,6%). Có 58/69 bệnh nhân đi căn hạch cổ nhóm 2 chiếm 84,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Vinh Quang<sup>4</sup> với 83,7% bệnh nhân đi căn hạch nhóm II. Có 7/69 bệnh nhân chỉ có di căn hạch sau hầu được phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II, III chiếm 34,4% và 30,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Shyh-An Yeh và cộng sự<sup>3</sup> với tỷ lệ giai đoạn II và III là 30,4% và 35,6%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chẩn đoán sớm hơn so với nghiên cứu về bệnh nhân cao tuổi của Yu Liang và cộng sự<sup>1</sup> với phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III và IV chiếm 73,4%, nghiên cứu của Ying Huang<sup>5</sup> cho

giai đoạn III, IV là 31,3% và 31,8%.

**4.2. Kết quả điều trị.** Trong nghiên cứu này, 95/96 bệnh nhân hoàn thành đủ liều xạ trị chiếm 99%, 86% bệnh nhân hóa trị đạt tối thiểu 200mg/m<sup>2</sup> liều Cispatin. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Kiattissa Sommat<sup>6</sup> với 97,3% bệnh nhân hoàn thành đủ liều xạ trị. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi từ 4 đến 65 tháng, trung bình là 32,3 tháng, kết quả thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là  $55,4 \pm 2,2$  tháng. Tỷ lệ OS 3 năm là 88,9%; 5 năm là 65,5%. Thời gian sống thêm không bệnh trung vị là  $50,7 \pm 2,6$  tháng. Tỷ lệ DFS 3 năm là 78,4%; 5 năm là 65,5%. Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là  $55,6 \pm 2,2$  tháng. Tỷ lệ PFS 3 năm là 88,4%; 5 năm là 69,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt nhiều so với kết quả của các tác giả nước ngoài. Nghiên cứu của Yu Liang và cộng sự<sup>1</sup>, OS 3 năm và 5 năm lần lượt là 83,3% và 74,3%; PFS 3 năm và 5 năm lần lượt là 77,9% và 66,3%. Nghiên cứu của Kiattissa và cộng sự<sup>6</sup>, Yingchen Lyu<sup>2</sup> OS 5 năm lần lượt là 64,5%, 61,8%. Kết quả OS 5 năm trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Ying Huang<sup>5</sup>, Tianzhu Lu<sup>7</sup> là 50,4%, 59,6%. Kết quả này có thể là do chúng tôi chọn đối tượng từ 60 tuổi trở lên và 100% bệnh nhân có mô bệnh học ung thư biểu mô không biệt hóa có đáp ứng tốt với hóa trị, xạ trị. Tuy nhiên kết quả còn thấp hơn dân số chung với OS 5 năm đạt 77,9% trong nghiên cứu của Shyh-An Yeh và cộng sự<sup>3</sup>, 78,2% trong nghiên cứu của K.H. Au<sup>8</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

Ung thư vòm mũi họng ở bệnh nhân cao tuổi có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đồng với dân số chung. Điều trị đạt tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tại u đạt 89,6%, tại hạch đạt 93,8% và tỷ lệ đáp ứng chung đạt 85,4%, kết quả về thời gian sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh và sống thêm bệnh không tiến triển

tương đối tốt, tuy nhiên còn thấp hơn so với dân số chung.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang Y, Chen K hua, Yang J, et al.** Acute Toxicities and Prognosis of Elderly Patients with Nasopharyngeal Carcinoma After Intensity-Modulated Radiotherapy: Prediction with Nomogram. *CMAR*. 2020;Volume 12:8821-8832. doi:10.2147/CMAR.S261717
2. **Lyu Y, Ni M, Zhai R, et al.** Clinical characteristics and prognosis of elderly nasopharyngeal carcinoma patients receiving intensity-modulated radiotherapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021;278(7):2549-2557. doi:10.1007/s00405-020-06399-5
3. **Yeh SA, Hwang TZ, Wang CC, et al.** Outcomes of patients with nasopharyngeal carcinoma treated with intensity-modulated radiotherapy. *Journal of Radiation Research*. 2021;62(3):438-447. doi:10.1093/jrr/rrab008
4. **Bùi Vinh Q.** Nghiên cứu điều trị ung thư vòm họng giai đoạn III, IV(MO) bằng phối hợp hoá - xạ trị gia tốc 3 chiều theo hình dạng khối u. Luận án tiến sĩ y học-Ung thư học. Trường đại học Y Hà Nội
5. **Huang Y, Chen W, Haque W, et al.** The impact of comorbidity on overall survival in elderly nasopharyngeal carcinoma patients: a National Cancer Data Base analysis. *Cancer Med*. 2018;7(4):1093-1101. doi:10.1002/cam4.1377
6. **Sommat K, Yit NLF, Wang F, Lim JHC.** Impact of comorbidity on tolerability and survival following curative intent intensity modulated radiotherapy in older patients with nasopharyngeal cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2018;9(4):352-358. doi:10.1016/j.jgo.2018.01.006
7. **Lu T, Xiong X, Zhong F, Gong X, Li J.** Intensity modulated radiation therapy in elderly patients with nasopharyngeal carcinoma. *Holist Integ Oncol*. 2023;2(1):20. doi:10.1007/s44178-023-00047-8
8. **Au KH, Ngan RKC, Ng AWY, et al.** Treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma in modern era after intensity modulated radiotherapy (IMRT) in Hong Kong: A report of 3328 patients (HKNPCSG 1301 study). *Oral Oncology*. 2018;77:16-21. doi:10.1016/j.oraloncology.2017.12.004

## DẪN LƯU THẬN LẠC CHỖ VÀO TĨNH MẠCH CHỦ - MỘT BIẾN CHỨNG NẶNG VÀ HIẾM GẶP SAU TÁN SỎI THẬN QUA DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trần Quốc Hòa<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đình Bắc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ dưới là một biến chứng nặng và rất hiếm gặp sau tán sỏi thận qua da (TSQD) vì vậy có rất ít tài liệu trong nước và trên thế giới về biến chứng này, với biến chứng này nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời thì sẽ để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng thậm chí dẫn đến tử vong. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh đặt dẫn lưu bể thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ dưới kèm theo các ổ giả phình và thông động tĩnh mạch ở nhu mô thận sau TSQD ở một bệnh viện khác và được chuyển đến bệnh viện Đại học y Hà Nội trong tình trạng chảy máu, sau khi vào viện bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định với các tổn thương như trên và xử trí cấp cứu can thiệp mạch dưới DSA để nút các ổ giả phình và thông động tĩnh mạch bằng coil và keo sinh học, sau khi ổn định bệnh nhân được chụp tĩnh mạch thận, tĩnh mạch chủ dưới, rút dẫn lưu thận và nút tổn thương bằng surgical. Không có biến chứng nghiêm trọng nào sau các can thiệp trên, tuy nhiên có một ít huyết khối bám vào thành tĩnh mạch chủ nhưng với lượng ít nên không cần dùng thuốc chống đông. Trong quá trình

rút dẫn lưu có sự tham gia của bác sỹ phẫu thuật tiết niệu, phẫu thuật tim mạch, gây mê, hồi sức và can thiệp chẩn đoán hình ảnh để chủ động can thiệp khi có các sự cố. Trước và sau can thiệp bệnh nhân được theo dõi liên tục tại khoa Cấp Cứu – Hồi sức tích cực. Rút dẫn lưu bể thận lạc chỗ vào tĩnh mạch có thể thực hiện nhờ mổ mở hoặc rút đơn thuần dưới sự giảm sát của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong đó các báo cáo cho thấy rút dẫn lưu đơn thuần dưới các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đảm bảo được tính an toàn và nhẹ nhàng hơn so với mổ mở để rút dẫn lưu. **Từ khóa:** Dẫn lưu thận lạc chỗ, tán sỏi thận qua da, rút dẫn lưu thận, dẫn lưu bể thận qua da

### SUMMARY

#### INTRAVENOUS MISPLACEMENT OF THE NEPHROSTOMY CATHETER – A RARE AND SEVERE COMPLICATION FOLLOWING PERCUTANEOUS NEPHROSTOLITHOTOMY: A CASE REPORT

Intravenous misplacement of the nephrostomy catheter following percutaneous nephrostolithotomy (PCNL) is severe and extremely rare, and little information is available about this complication. Because the patient's prognosis may be poor, sufficient attention should be paid to early identification and treatment of this complication. We report a case with intravenous nephrostomy catheter misplacement and active bleeding focus after PCNL in another hospital and was transferred to our hospital. The patient underwent vascular intervention to plug

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biên khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023