

VI. LỜI CẢM ƠN

Kết quả trình bày trong nghiên cứu này là một phần của Dự án sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị THA, đái tháo đường tại cộng đồng tại tỉnh Lai Châu năm 2021-2022. Dự án này do Quỹ Thiện Tâm, tập đoàn Vingroup hỗ trợ kinh phí. Chúng tôi chân thành cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, các Trung tâm Y tế huyện, thành phố, các TYT xã và người dân tại tỉnh Lai Châu đã tích cực tham gia Dự án sàng lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Noncommunicable diseases: progress monitor 2020 2020:1-224.
2. **Cổng thông tin điện tử Bộ Y Tế.** Thực trạng đáng báo động về bệnh Tăng huyết áp tại Việt Nam. Bộ Y Tế. <https://moh.gov.vn/>
3. **Lemogoum D.** Challenge for hypertension prevention and control worldwide: the time for action. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. Aug 2014;16(8):554-6. doi:10.1111/jch.12373
4. **Chen S, Sudharsanan N, Huang F, Liu Y, Geldsetzer P, Barnighausen T.** Impact of

community based screening for hypertension on blood pressure after two years: regression discontinuity analysis in a national cohort of older adults in China. *BMJ*. Jul 11 2019;366:l4064. doi:10.1136/bmj.l4064

5. **Cục Y tế dự phòng.** Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam năm 2015 - 2016. 2015.
6. **Phùng Đức Nhật, Nguyễn Xuân Thủy, Hoàng Thị Diễm Phương, et al.** Hoạt động sàng lọc, chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế xã phường trên toàn Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 12/22 2021;31(9 Phụ bản):34-47. doi:10.51403/0868-2836/2021/434
7. **Quyết định 2559/QĐ-BYT** ban hành Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018-2020 (2018).
8. **Quyết định số 155/QĐ-TTg** của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022 - 2025 (2022).

MỘT SỐ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Bùi Huy Mạnh¹, Lê Phùng Thành¹,
Đông Văn Sơn¹, Phan Văn Huy²

OUTCOMES OF DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY PROCEDURE FOR SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Study on decompressive craniotomy (DC) for severe traumatic brain injury (TBI) on 68 patients, in one center, 3 months postoperative follow-up. Preoperative results according to Glasgow Coma Score (GCS) 4-5 points: 13.2%, GCS score 6-8 points: 86.8%. Rotterdam score before surgery: Rotterdam 5-6 points: 60,3%, Rotterdam <5 points: 39,7%. Results after surgery according to Glasgow outcome scale (GOS): 1-3 points accounted for 48.53%, good results with GOS 4-5 points accounted for 51.47%. Complications include subdural hygroma: 25%, acute epidural hematoma 8,8%, acute subdural hematoma: 1,4%, hydrocephalus: 5,8%, wound infection: 7,3%.

Keywords: Traumatic brain injury, severe traumatic brain injury, decompressive craniotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não nặng theo thang điểm GCS khi bệnh nhân hôn mê từ 3-8 điểm¹. Những nghiên cứu trong nước như thống kê của Bệnh viện Việt Đức, trong 3 năm (1995 - 1997) tỷ lệ tử vong do CTSN chiếm 93% trong tổng số tử vong do tai nạn và chiếm 3/4 số tử vong của toàn viện, năm 2005 tỷ lệ tử vong do CTSN nặng là

TÓM TẮT

Nghiên cứu phẫu thuật mở sọ giảm áp (MSGA) điều trị chấn thương sọ não (CTSN) nặng trên 68 người bệnh, trên một trung tâm, dõi sau mổ 3 tháng. Kết quả trước mổ theo thang điểm Glasgow Coma Score (GCS) 4-5 điểm: 13.2%, điểm GCS 6 - 8 điểm: 86.8%. Điểm Rotterdam trước mổ: 60,3% là Rotterdam 5-6 điểm, 39,7% Rotterdam <5 điểm. Kết quả theo sau mổ theo thang điểm Glasgow outcome scale (GOS): 1-3 điểm chiếm 48,53%, kết quả tốt với GOS 4-5 điểm chiếm 51.47%. Các biến chứng bao gồm tụ dịch dưới màng cứng chiếm 25%, có 8,8% có biến chứng chảy máu gây máu tụ ngoài màng cứng, 1,4% máu tụ dưới màng cứng, 5,8% giãn não thất, 7,3% nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: Chấn thương sọ não, chấn thương sọ não nặng, mở nắp sọ giảm áp.

SUMMARY

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Huy Mạnh

Email: drmanhvd2014@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023

64,3%². Ở Mỹ, hàng năm có 1,1 triệu bệnh nhân bị CTSN điều trị tại khoa cấp cứu, trong đó có 50 nghìn trường hợp tử vong. Có 43,3% người bệnh sống với di chứng CTSN ở nhóm điều trị trong viện do bệnh này³.

Việc điều trị CTSN nặng còn rất nhiều khó khăn do tình trạng phù não, tăng áp lực nội sọ tiến triển cấp tính trong hộp sọ không có khả năng giãn nở. Điều trị nội khoa, hồi sức được thực hiện ngay từ khi bệnh nhân bị chấn thương nhưng không phải trường hợp nào cũng đưa được áp lực nội sọ về giá trị bình thường. Khi điều trị hồi sức tích cực không thể khống chế được tăng áp lực nội sọ, phẫu thuật MSGA đã được nhiều tác giả thực hiện. Mặc dù còn nhiều tranh luận về chỉ định MSGA cũng như thời điểm mổ nhưng cho đến nay, MSGA là một trong những biện pháp điều trị hiệu quả và góp phần giảm tỷ lệ tử vong của bệnh^{1,4}. Để góp phần vào đánh giá kết quả điều trị CTSN nói chung và CTSN nặng nói riêng, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu kết quả MSGA điều trị chấn thương sọ não nặng với mục đích đánh giá kết quả sớm sau mổ và nhận xét một số biến chứng sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu 68 người bệnh CTSN nặng được phẫu thuật MSGA tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, thời gian: từ 01/2022 đến 10/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán CTSN nặng trước mổ (có điểm 4 ≤ GCS ≤ 8), tuổi từ 16 đến 70.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Có điểm Glasgow trước mổ 3 điểm hoặc bệnh nhân đa chấn thương phối hợp nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: mẫu thuận tiện: 68 người bệnh

- Chỉ tiêu nghiên cứu chính:

+ Đánh giá CTSN nặng: thang điểm Glasgow coma score (GCS)¹.

+ Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đánh giá nguyên nhân, mức độ đè đẩy đường giữa, tính thang điểm Rotterdam⁵.

+ Chỉ định MSGA: Theo hướng dẫn điều trị CTSN nặng của Hội Phẫu thuật Thần kinh Mỹ (2007)¹.

+ Kết quả sau mổ: thang điểm Glasgow outcome score (GOS)¹.

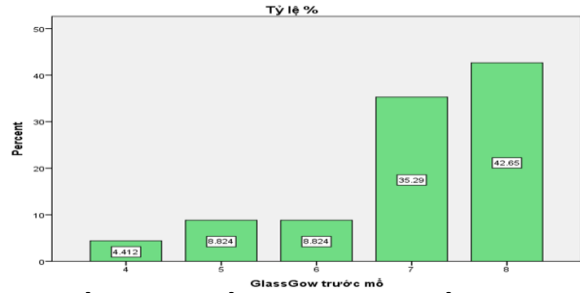
+ Thời điểm đánh giá: trước mổ (GCS), ra viện (GCS), 3 tháng sau mổ.

+ Các tai biến, biến chứng sau mổ: chảy máu, não úng thủy, nhiễm trùng.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

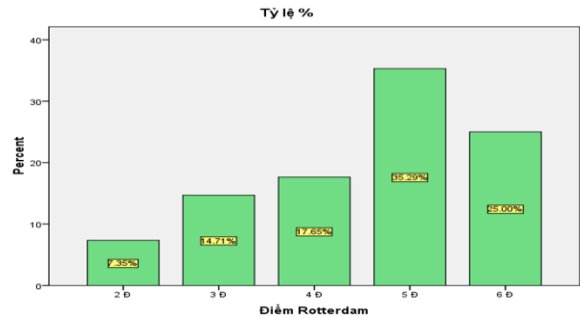
3.1. Điểm GCS trước mổ



Biểu đồ 1. Điểm GCS trước mổ (N=68)

Nhận xét: Theo kết quả biểu đồ 1 ở trên thì có 9 trường hợp (13.2%) có GCS là 4 - 5 điểm, 59 trường hợp có điểm GCS 6 - 8 điểm chiếm 86,8%; có 29 trường hợp có GCS trước mổ là 8 điểm chiếm 42,6%.

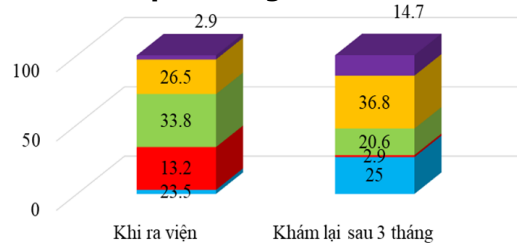
3.2. Điểm Rotterdam trước mổ



Biểu đồ 2: Điểm Rotterdam (N=68)

Nhận xét: Theo biểu đồ 2 trên thì 41 bệnh nhân có điểm Rotterdam là 5 hoặc 6 chiếm 60,3%. Số bệnh nhân có điểm Rotterdam dưới 5 là 27 trường hợp chiếm 39,7%. Điểm Rotterdam trung bình 4,56±0,5.

3.3. Kết quả chung theo điểm GOS



■ Tử vong ■ Sống thực vật ■ Di chứng nặng ■ Di chứng nhẹ ■ Hồi phục tốt

Biểu đồ 3: Kết quả theo theo điểm GOS tại

các thời điểm ra viện và khám lại sau 3 tháng (N=68)

Nhận xét: Tại thời điểm ra viện có 16 bệnh nhân tử vong chiếm 23.5%, 9 bệnh nhân có kết quả xấu chiếm 13.2%, 23 bệnh nhân có kết quả trung bình chiếm 33.8%, 18 bệnh nhân có kết quả khá chiếm 26.5%, 2 bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 2.9%.

Theo dõi sau thời điểm 3 tháng kết quả thu được là: Có 17 BN đã tử vong chiếm 25%, có 2 trường hợp (2.9 %) bệnh nhân vẫn sống thực vật, 14 bệnh nhân có di chứng nặng chiếm 20.6%, 25 bệnh nhân có di chứng nhẹ chiếm 36.8% và 10 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 14.7%.

3.4. Các biến chứng sau mổ MSGA

Bảng 1: Các biến chứng sau mổ (N = 68)

Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Không có		31	45.6	
Có biến chứng	Biến chứng gần	Máu tụ NMC	8	11.8
		Máu tụ DMC	2	2.9
		Máu tụ trong não, giập não tiến triển	6	8.8
		Nhiễm khuẩn	5	7.4
	Biến chứng xa	Giãn não thất	10	14.7
		Tụ dịch DMC	17	25

Nhận xét: số bệnh nhân không có các biến chứng khác nhau sau mổ là 31 trường hợp chiếm 45.6%. Số còn lại bệnh nhân có thể có các biến chứng khác nhau, trong đó gặp nhiều nhất là tụ dịch DMC chiếm 25% tổng số bệnh nhân, các bệnh nhân có tụ dịch DMC ngay dưới vùng khuyết sọ. Có 5/6 bệnh nhân có biến chứng chảy máu gây máu tụ NMC, 1 trường hợp máu tụ DMC. Có 4/10 trường hợp giãn não thất được phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng và 5 trường hợp nhiễm khuẩn nông.

IV. BÀN LUẬN

Trước mổ chúng tôi loại trừ những trường hợp quá nặng, GCS 3 điểm, đồng tử giãn do tiên lượng quá xấu. Trường hợp có điểm GCS 6 - 8 điểm chiếm 86.8% trong có 29 trường hợp có GCS trước mổ là 8 điểm chiếm 42.6%. Cũng một nghiên cứu trong nước của Nguyễn Đình Hưng (2018) trên 66 bệnh nhân mổ MSGA có GCS 4-5 điểm là 16,67%⁶, Huang Y. (2013) nghiên cứu 127 người bệnh thì phẫu thuật MSGA tỷ lệ có GCS từ 3 - 5 điểm chiếm 35,1%⁵.

Phẫu thuật MSGA ở CTSN nặng được chấp nhận rộng rãi đưa vào hướng dẫn (guideline) trên thế giới, mặc dù tỷ lệ tử vong đã giảm nhưng vẫn còn ở mức cao¹. Theo dõi sau thời

điểm 3 tháng sau mổ đã có 17 trường hợp tử vong chiếm 25%, có 2 trường hợp (2.9%) bệnh nhân vẫn sống thực vật, 14 bệnh nhân có di chứng nặng chiếm 20.6%, 25 bệnh nhân có di chứng nhẹ chiếm 36.8% và 10 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 14.7%. Nghiên cứu ở bệnh viện Xanh Pôn khi phẫu thuật MSGA 66 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tử vong trong điều trị và sau khi ra viện 3 tháng là 18,2%; sống thực vật và di chứng nặng là 47,0%; bệnh nhân di chứng nhẹ và hồi phục tốt là 34,8%⁶. Eberle B.M. và cs (2010) nghiên cứu 43 trường hợp phẫu thuật MSGA cho kết quả 25,6% (11/43) tử vong, 32,5% sống thực vật hoặc di chứng nặng, 41,9% di chứng vừa và nhẹ⁴. Huang Y nghiên cứu 201 CTNS được phẫu thuật MSGA có tỷ lệ tử vong là 26,4% và 90% tử vong trong vòng 14 ngày đầu sau mổ⁵. Nguyên nhân tử vong theo tác giả chủ yếu là do phù não, chiếm 69,8%^{5,7}.

Thang điểm Rotterdam có giá trị tiên lượng CTSN nói chung và CTSN có phẫu thuật MSGA nói riêng⁵. Maas A.I. (2005) đã xây dựng bảng điểm Rotterdam dựa trên 4 yếu tố, với tổng điểm từ 1 đến 6 điểm⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân điểm Rotterdam là 5 hoặc 6 chiếm 60.3%. Số bệnh nhân có điểm Rotterdam dưới 5 là 27 trường hợp chiếm 39.7%. Điểm Rotterdam trung bình 4.56 ± 0.5 thấp hơn các nghiên cứu khác và liên quan có ý nghĩa thống kê với các tri giác và triệu chứng lâm sàng trước mổ và tiên lượng bệnh nhân sau mổ. Nguyễn Đình Hưng (2018) có 78,78% có điểm Rotterdam từ 5 đến 6 điểm. Huang Y.H. và cs (2012) nghiên cứu 118 trường hợp CTSN nặng, kết quả nghiên cứu cho thấy 85% có điểm Rotterdam là 4, 5, 6 và khi điểm này càng cao, tỷ lệ tử vong và di chứng nặng càng cao. Khi điểm Rotterdam là 6, tỷ lệ tử vong là 66,7% và tỷ lệ kết quả xấu là 91,7%.

Nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi sau thời điểm 3 tháng kết quả thu được theo GOS: có 17 BN đã tử vong chiếm 25%, có 2 trường hợp (2.9%) sống thực vật, di chứng nặng chiếm 20.6%, 25 bệnh nhân có di chứng nhẹ chiếm 36.8% và 10 bệnh nhân hồi phục tốt chiếm 14.7%. Nguyễn Đình Hưng (2018) cho thấy bệnh nhân tỷ lệ tử vong trong quá trình điều trị và sau khi ra viện 3 tháng là 18,2%; sống thực vật và di chứng nặng là 47,0%; bệnh nhân di chứng nhẹ và hồi phục tốt là 34,8%⁶. Eberle B.M. và cs (2010) với 43 trường hợp phẫu thuật MSGA cho kết quả 25,6% (11/43) tử vong, 32,5% sống thực vật hoặc di chứng nặng, 41,9% di chứng vừa và nhẹ⁴. Huang Y. và cs (2013) nghiên cứu 201 phẫu thuật MSGA có tỷ lệ tử vong là 26,4%

và 90% tử vong trong vòng 14 ngày đầu sau mổ⁵.

Biến chứng sau phẫu thuật này gặp khoảng 8 - 62%, tùy các nghiên cứu. Những biến chứng cũng rất đa dạng hay gặp là chảy máu sau mổ, khối choán chỗ bên đối diện tiếp tục to lên, tụ dịch DMC, giãn não thất, nhiễm khuẩn gây viêm màng não, áp xe não, toác vết mổ. Tỷ lệ biến chứng gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân có điểm GCS thấp hay ở những bệnh nhân cao tuổi⁹.

Chảy máu là biến chứng xảy ra rất sớm sau phẫu thuật MSGA, chảy máu có thể ở cùng bên, ngay dưới chỗ mổ hoặc ở bên đối diện. Theo nghiên cứu của Yang X. và cs (2008) biến chứng này gặp khoảng 7% và thường gặp trong 24 giờ đầu và hay gặp hơn ở trường hợp có đường vỡ xương sọ bên đối diện⁹. Khi hình thành khối choán chỗ mới gây tăng ALNS trở lại sau mổ, phải phẫu thuật lấy bỏ khối máu tụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp máu tụ dưới màng cứng, 8 trường hợp máu tụ ngoài màng cứng sau mổ. Trong số các trường hợp có biến chứng chảy máu phải mổ lại có 5 trường hợp máu tụ NMC và 1 trường hợp máu tụ DMC.

Biến chứng máu tụ NMC đối bên sau mổ MSGA ít gặp, hình thành máu tụ có liên quan tới ALNS giảm sau phẫu thuật MSGA⁹. Theo Ban S.P. và cs (2010) máu tụ NMC sau mổ MSGA có thể do ALNS giảm quá nhanh làm tổn thương mạch máu màng cứng bên đối diện hình thành máu tụ⁹. Giảm ALNS và hiện tượng não dịch chuyển về bên mổ MSGA làm cho màng cứng bên đối diện tách khỏi xương sọ cũng góp phần nên hình thành máu tụ NMC. Hơn nữa máu tụ NMC sau mổ thường gặp ở bệnh nhân có vỡ hộp sọ¹⁰.

Tụ dịch DMC trong CTSN kín gặp 7 - 12% và tỷ lệ này tăng cao ở những trường hợp có phẫu thuật MSGA⁹. Dịch DMC này có chứa protein với các mức độ khác nhau, thường không gây ra triệu chứng gì và tự tiêu đi sau điều trị nội khoa, một số rất ít có thể gây hiệu ứng chèn ép não và có biểu hiện lâm sàng. Yếu tố thuận lợi gặp biến chứng này có thể do chảy máu màng não, sự co lại của não do vén não trong mổ và sự đè đẩy tổ chức não trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 17 trường hợp (25%), không có trường hợp nào có biểu hiện tăng ALNS phải phẫu thuật lại. Những trường hợp này giảm dần đi khi điều trị nội khoa và được chọc hút khi phẫu thuật tạo hình hộp sọ.

Giãn não thất sau mổ gặp 9,3%, là nguyên nhân tình trạng lâm sàng nặng lên, được chẩn đoán xác định bằng chụp CLVT sọ não. Giãn não thất thể thông có thể do mất cân bằng sự dịch chuyển của dịch não tủy. Phẫu thuật đặt van dẫn

lưu não thất ổ bụng đặt ra khi có triệu chứng lâm sàng tăng ALNS⁷. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 10 trường hợp (14.7%) có giãn não thất, sau đó theo dõi thấy 5 trường hợp tiến triển và phải phẫu thuật dẫn lưu não thất ổ bụng sau này.

Nhiễm khuẩn gặp trong khoảng từ 2 - 6% tùy từng nghiên cứu. Nhiễm khuẩn có thể gặp ở nông như nhiễm khuẩn vết mổ, cũng có thể gặp ở sâu như viêm màng não và đặc biệt là áp xe não¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (7.4%) nhiễm khuẩn nông, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu gây viêm màng não hoặc áp xe não. Các trường hợp đều được điều trị nội khoa ổn định.

V. KẾT LUẬN

CTSN nặng là khi lâm sàng người bệnh có thang điểm GCS từ 3-8 điểm. Mở sọ giảm áp điều trị người bệnh CTSN nặng áp dụng khi các phương pháp điều trị nội khoa, hồi sức mà không có tác dụng giảm áp lực nội sọ. Kết quả trên 68 được MSGA cho thấy kết quả theo GOS nhóm tốt chiếm 51,47%. Các biến chứng hay gặp 25% chủ yếu tụ dịch dưới màng cứng ổ mổ và điều trị chọc hút cùng thì với mổ ghép xương sọ, không phải mổ lại. Biến chứng phải mổ lại chủ yếu là ngoài màng cứng (5/8 trường hợp). Tuy kết quả còn hạn chế do tình trạng bệnh nặng trước mổ nhưng kết quả MSGA vẫn là phẫu thuật hiệu quả với bệnh nhân CTSN nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hawryluk GWJ, Rubiano AM, Totten AM, et al.** Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury: 2020 Update of the Decompressive Craniectomy Recommendations. *Neurosurgery*. 2020;87(3):427-434. doi:10.1093/neuros/nyaa278
- Nguyễn Văn H.** Nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng và thái độ điều trị chấn thương sọ não kín do tai nạn giao thông đường bộ tại Bệnh viện Việt Đức năm 2016. Đại học y Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II; 2016.
- Corrigan JD, Selassie AW, Orman JAL.** The epidemiology of traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2010;25(2):72-80. doi:10.1097/HTR.0b013e3181ccc8b4
- Eberle BM, Schnüriger B, Inaba K, Gruen JP, Demetriades D, Belzberg H.** Decompressive craniectomy: surgical control of traumatic intracranial hypertension may improve outcome. *Injury*. 2010;41(9):894-898. doi:10.1016/j.injury.2010.02.023
- Huang YH, Deng YH, Lee TC, Chen WF.** Rotterdam computed tomography score as a prognosticator in head-injured patients undergoing decompressive craniectomy. *Neurosurgery*. 2012;71(1):80-85. doi:10.1227/NEU.0b013e3182517aa1

6. **Nguyễn Đình H.** Luận án Tiến sĩ Y học: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và kết quả phẫu thuật điều trị chấn thương sọ não nặng. Published 2018. Accessed May 10, 2023. <https://123docz.net/document/6475596-luan-an-tien-si-y-hoc-nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-cat-lop-vi-tinh-va-ket-qua-phau-thuat-dieu-tri-chan-thuong-so-nao-nang.htm>
7. **Ban SP, Son YJ, Yang HJ, Chung YS, Lee SH, Han DH.** Analysis of complications following decompressive craniectomy for traumatic brain injury. *J Korean Neurosurg Soc.* 2010;48(3):244-250. doi:10.3340/jkns.2010.48.3.244
8. **Maas AIR, Steyerberg EW, Marmarou A, et al.** IMPACT recommendations for improving the design and analysis of clinical trials in moderate to severe traumatic brain injury. *Neurother J Am Soc Exp Neurother.* 2010;7(1):127-134. doi:10.1016/j.nurt.2009.10.020
9. **Yang XF, Wen L, Shen F, et al.** Surgical complications secondary to decompressive craniectomy in patients with a head injury: a series of 108 consecutive cases. *Acta Neurochir (Wien).* 2008;150(12):1241-1247; discussion 1248. doi:10.1007/s00701-008-0145-9
10. **Rahme R, Weil AG, Sabbagh M, Moudjian R, Bouthillier A, Bojanowski MW.** Decompressive craniectomy is not an independent risk factor for communicating hydrocephalus in patients with increased intracranial pressure. *Neurosurgery.* 2010;67(3):675-678; discussion 678. doi:10.1227/01.NEU.0000383142.10103.0B

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN KHÁNG CẮT TINH HOÀN BẰNG ABIRATERONE ACETATE: THỜI GIAN SỐNG CÒN TOÀN BỘ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Đình Lợi²

TÓM TẮT

Tổng quan: Trong thực hành lâm sàng, bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) có đặc điểm đa dạng hơn so với thử nghiệm COU – AA 302. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân mCRPC điều trị bước một bằng abiraterone acetate (AAP) và một số yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống còn toàn bộ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên bệnh nhân mCRPC điều trị bước một bằng AAP tại bệnh viện K từ tháng 1/2014 đến 5/2023. Ước tính thời gian thất bại điều trị và thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kaplan – Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ sử dụng phương pháp hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p = 0,05$). **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân cho thấy, tuổi trung vị là 70 tuổi (khoảng tứ phân vị [IQR]: 64–76). Bệnh nhân có ECOG PS ≥ 2 là 24,6%, triệu chứng đau (BPS - SF > 3) là 36,9% và di căn tạng là 16,9% là những tiêu chí loại trừ trong thử nghiệm COU-AA 302. Tỷ lệ bệnh nhân đạt PSA đáp ứng là 73,8%, PFS sinh hóa trung vị là 10,5 tháng (95% CI: 7,4-13,6), TTF trung vị là 15,0 tháng (95% CI: 11,1-18,9) và OS trung bình là 24,9 tháng (95% CI: 18,9-30,9). Các yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống còn toàn bộ là điểm Gleason (≥ 8), thời gian từ khi bắt đầu ADT đến AAP (< 12 tháng), di căn tạng và không đạt PSA đáp

ứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Abiraterone acetate kết hợp prednisone dung nạp tốt và hiệu quả cao trên bệnh nhân mCRPC.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC), abiraterone acetate, thời gian sống còn toàn bộ.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL OUTCOME AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH CHEMOTHERAPY-NAÏVE METASTATIC CASTRATION – RESISTANT PROSTATE CANCER TREATED WITH ABIRATERONE ACETATE

Background: In real - life, metastatic castration – resistant prostate cancer patients (mCRPC) had more complex clinical presentation than patients in the COU - AA 302 trial. This study primarily aimed to describe overall survival of chemotherapy-naïve mCRPC treated with abiraterone acetate plus prednisone (AAP). Other relevant outcomes, baseline characteristics of these patients were also evaluated. **Methods:** This retrospective, observational study collected data from chemotherapy-naïve mCRPC patients treated with AAP in Vietnam National cancer hospital. Kaplan-Meier curves were used to estimate time to treatment failure (TTF), and overall survival (OS). The impact of baseline characteristics on OS was explored using univariate and multivariate Cox proportional hazard models. **Results:** Data from 65 eligible patients were analyzed. At AAP initiation, the median age of patients was 70 years (interquartile range [IQR]: 64–76). Patients had ECOG PS ≥ 2 was 24,6%, pain symptoms (BPS - SF > 3) was 36,9% and visceral metastases were 16,9%; exclusion criterion in the COU-AA-302 trial. The rate of PSA response was 73,8%, median PSA PFS was 10,5 months (95% CI:

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 13.9.2023