

Hay gặp polyp nhất ở ĐT sigma (32,2%); trực tràng (30,6%) và ít gặp ở manh tràng (1,7%). Polyp có kích thước từ 10 – 20mm chiếm tỷ lệ cao nhất (68,6%), polyp > 20mm ít hơn (31,4%). Polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất 77,7%. Kết quả hình ảnh mô bệnh học: polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao 95,0%, polyp ung thư trong niêm mạc là 2,5%; polyp ung thư xâm lấn dưới niêm mạc là 2,5% và không ghi nhận polyp không u nào. Trong các polyp u tuyến có 18,3% có loạn sản độ cao.

**Kết quả điều trị polyp.** Trong 121 bệnh nhân được cắt polyp qua nội soi, tỷ lệ thành công là 100% và không có tai biến nặng nề nào xảy ra. Phương pháp được sử dụng chủ yếu là cắt polyp bằng thông lọng điện và kết hợp sử dụng các biện pháp hỗ trợ kẹp clip chân polyp, tiêm phòng chân hay sử dụng endoloop với những polyp kích thước rất lớn. Có 6,6% các trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu, đã được xử trí thành công bằng kẹp clip bổ sung và không trường hợp nào biến chứng thủng đại tràng. Sau cắt polyp 3 tháng 100% diện cắt liền sẹo và không có biểu hiện tái phát. Cắt polyp kích thước >10mm qua nội soi và nội soi theo dõi sau cắt thì hiệu quả và an toàn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Hà và các cộng sự.** (2022), "Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm", Tạp chí Y học Việt Nam. 517(2).
2. **Nguyễn Đức Thông và Phan Trung Nam** (2019), "Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1 cm bằng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện Nguyễn Trãi", Tạp chí Y dược - Trường đại học Y dược Huế. 9.
3. **H. S. Kim and et al** (2018), "Hot snare polypectomy with or without saline solution/epinephrine lift for the complete resection of small colorectal polyps", *Gastrointest Endosc.* 87(6), p. 1539-1547.
4. **J. Patrun and et al** (2018), "Diagnostic Accuracy of NICE Classification System for Optical Recognition of Predictive Morphology of Colorectal Polyps", *Gastroenterol Res Pract.* 2018, p. 7531368.
5. **C. Schramm and et al** (2015), "Patient- and procedure-related factors affecting proximal and distal detection rates for polyps and adenomas: results from 1603 screening colonoscopies", *Int J Colorectal Dis.* 30(12), p. 1715-22.
6. **Dipika Basnet and et al** (2021), *Colorectal Polyps: A Histopathological Study in Tertiary Care Center.*
7. **GLOBOCAN** (2020), "GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *ACS JOURNALS.*
8. **Jin Hwa Park and et al** (2023), "Clinical outcomes of colonoscopic polypectomy with strategic surveillance colonoscopies in patients with 10 or more polyps", *Scientific Reports.* 13(1), p. 2604.

## ĐẶC ĐIỂM SỐC BỌNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Bích Thủy<sup>1</sup>, Phùng Nguyễn Thế Nguyên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm sốc bỏng ở trẻ em bỏng nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu, theo dõi dọc 383 trẻ em bỏng được điều trị tại khoa Bỏng-Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 15/08/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ 2,8% biến chứng sốc bỏng. Trong các bệnh nhi có biến chứng sốc bỏng thì bỏng sâu độ II, III chiếm 81,8%. Trong đó 42,8% bệnh nhi có diện tích bỏng  $\geq 40\%$  TBSA, 50% bệnh nhi có diện tích bỏng trong khoảng 30% TBSA đến < 40% TBSA, 11,8% bệnh nhi có diện tích bỏng trong khoảng 20% TBSA đến < 30% TBSA và 0,3% trẻ có diện tích bỏng < 10% TBSA. Biến chứng sốc bỏng tăng khi diện tích bỏng tăng (OR = 1,12; KTC 95% = 1,07-1,17) và độ sâu bỏng tăng (OR = 2,23; KTC 95% = 1,37-3,64).

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2023

Ngày duyệt bài: 24.10.2023

Trong vòng 48 giờ sau bỏng Hct cao nhất là 57%, albumin máu thấp nhất là 1 g/dL, 57,1% albumin máu giảm khi diện tích bỏng  $\geq 40\%$  TBSA. Có tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ giữa diện tích bỏng và albumin máu ( $R = -0,72$ ,  $p = 0,003$ ) với phương trình hồi quy tuyến tính là Albumin máu =  $-0,029 \times$  diện tích bỏng + 3,416. **Kết luận:** Sốc bỏng là biến chứng xảy ra có thể gây tử vong. Sốc bỏng tăng khi diện tích bỏng tăng và độ sâu bỏng tăng. Có tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ giữa diện tích bỏng và albumin máu. **Từ khóa:** bỏng trẻ em, biến chứng sốc bỏng trẻ em.

### SUMMARY

#### BURN SHOCK OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

**Objectives:** Describe the characteristics of burn shock in children at Children's Hospital 1. **Materials and methods:** 383 burned children were treated at the Burns-Plastic Surgery Department of Children's Hospital 1 from February 1, 2021 to August 15, 2022. Research method is descriptive prospective, longitudinal follow-up. **Results:** During the study period from February 1, 2021 to August 15, 2022, there were 383 admissions to Children's Hospital 1

with a complication rate of 2,8% burn shock. Among pediatric patients with complications of burn shock, deep burns of II-III accounted for 81,1%. In pediatric patients with complications of burn shock, the rate of burn area > 40% TBSA was 42,8%; burn area within 30% TBSA ≤ burn area < 40% TBSA is 50%; burn area within 20% TBSA ≤ burn area < 30% TBSA is 11,8% and burn area < 10% TBSA is 0,3%. Complications of burn shock increase as the burn area increases (OR = 1,12; KTC 95% = 1,07-1,17) and the depth of the burn increases (OR = 2,23; KTC 95% = 1,37-3,64). Within 48 hours after burn, the highest Hct is 57%, the lowest blood albumin is 1 g/dL, 57,1% blood albumin decreases with burn area ≥ 40% TBSA. There is a very close negative linear correlation between burn area and blood albumin (R = -0,72, p = 0,003) with the linear regression equation of blood albumin = -0,029 x TBSA + 3,416. **Conclusions:** Burn shock is a potentially fatal complication. Burn shock increases as the burn area increases and the burn depth increases. There is a very close negative linear correlation between burn area and blood albumin.

**Keywords:** burned children, burn shock in children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tổn thương lớp da bề mặt cơ thể nông hay sâu, gây hư hại hay biến đổi cấu trúc da hoặc các mô dưới da. Tổn thương của bỏng không chỉ khu trú tại chỗ mà còn có thể gây ra rối loạn toàn thân. Bỏng xảy ra khi da hoặc mô khác bị phá hủy bởi nhiệt, điện, ma sát, hóa chất hoặc bức xạ<sup>1,2</sup>. Bỏng là vết thương cấp tính do tiếp xúc trực tiếp, không tái phát và điều trị tối ưu là phục hồi lại da mô đã tổn thương, hạn chế biến chứng và di chứng<sup>3</sup>. Biến chứng sốc bỏng xảy ra ở bỏng giai đoạn 1. Tình trạng sốc bỏng có thể trở nên trầm trọng hơn do cung lượng tim thấp, tăng độ nhớt máu và suy giảm sức co bóp của tim<sup>3</sup>. Sự suy giảm cung lượng tim và cô đặc máu kèm với sự thoái biến myoglobin (bỏng sâu độ III, IV) có thể gây nên tình trạng suy thận cấp trước thận và tai thận. Rối loạn huyết động cũng làm giảm tưới máu não, biểu hiện bởi rối loạn tri giác, ban đầu là kích thích vật vã, sau là lơ mơ và hôn mê. Tình trạng sốc nếu không được dự đoán, nhận biết và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến suy đa cơ quan và cuối cùng là tử vong<sup>5</sup>. Hồi sức dịch qua đường tĩnh mạch để ngăn ngừa sốc

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm xét nghiệm huyết học trong 48 giờ sau bỏng**

Xét nghiệm huyết học	Số ca (n)	Trung bình	Thấp nhất - Cao nhất
Hct máu thấp nhất (%)	357	35,4 ± 4,8	11,9 - 49,3
Hct máu cao nhất (%)	357	38 ± 4	25,7 - 57
Bạch cầu máu (x 10 <sup>3</sup> /μL)	357	15,8 ± 6,3	2 - 49,3
Tiểu cầu máu (x 10 <sup>3</sup> /μL)	357	361,6 ± 122,7	43 - 743
PT phần trăm (%)	96	79,4 ± 22,7	5 - 117
Fibrinogen (g/L)	95	5,3 ± 3,6	1,1 - 24,2

bỏng và tử vong. Hồi sức cấp cứu kịp thời là rất quan trọng đối với BN do lượng máu lưu thông nhỏ. Sự chậm trễ trong hồi sức có thể làm tăng biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong. Các nguyên tắc cơ bản của hồi sức là giống nhau ở người lớn và trẻ em, với một số điểm khác biệt chính là da trẻ em mỏng hơn, diện tích vùng đầu mặt lớn hơn, nhịp tim và huyết áp thay đổi theo tháng tuổi nên hồi sức sốc bỏng trẻ em khác với người lớn<sup>4</sup>. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm sốc bỏng ở trẻ em bỏng nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 383 trẻ em bị bỏng điện nhập khoa Bỏng - Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 15/08/2022.

**Phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

Bệnh nhi nhập khoa được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ bỏng của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Các biến số cho nghiên cứu được thu thập theo một phiếu thu thập thống nhất.

### Định nghĩa biến số

**Sốc bỏng** = bệnh nhi bỏng trong 72 giờ đầu tiên + có sốc

**Sốc** = giảm huyết áp theo tuổi + dấu hiệu giảm tưới máu. Huyết áp tâm thu bình thường theo mmHg (bách phân vị thứ 50) ở trẻ từ 1 - 10 tuổi tính theo công thức 90 + 2n (n: tính bằng năm). Giảm huyết áp khi huyết áp tâm thu < bách phân vị thứ 5 (5<sup>th</sup> percentile) theo tuổi. Chưa có công trình nghiên cứu chỉ số huyết áp bình thường cho trẻ em Việt Nam. Ngưỡng giảm huyết áp tâm thu trẻ em theo Hiệp hội Tim Mạch Hoa Kỳ. Dấu hiệu giảm tưới máu bao gồm rối loạn tri giác (nhẹ kích thích, nặng lơ mơ, mê), tay chân lạnh, nổi bông, phục hồi da kéo dài ≥ 3 giây, thở nhanh sâu do toan tăng acid lactic, thể tích nước tiểu giảm < 1 ml/kg/giờ, vô niệu.

**Truyền albumin:** chỉ định truyền albumin trong bỏng trẻ em khi albumin trong máu < 2g/dL.

Các biến định tính được mô tả theo tỷ lệ, các biến định lượng mô tả theo trung bình.

• Sau bỏng, cơ thể phản ứng tăng bạch cầu, cao nhất  $49,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Có 1 bệnh nhi bạch cầu máu  $2 \times 10^3/\mu\text{L}$  là sốc nhiễm trùng, bỏng lửa xăng độ II - III diện tích 46% TBSA.

• Hct máu tăng cao nhất 57%. Tiểu cầu máu cao nhất  $743 \times 10^3/\mu\text{L}$ .

**Bảng 3.2. Đặc điểm albumin máu trong 48 giờ sau bỏng**

Albumin máu	Số ca (n)	Trung bình	Thấp nhất - Cao nhất
Albumin máu thấp nhất (g/dL)	13	$2,1 \pm 0,9$	1 - 4,4
Albumin máu cao nhất (g/dL)	13	$2,8 \pm 0,6$	2,1 - 4,4

• Albumin máu thấp nhất là 1 g/dL và albumin máu cao nhất là 4,4 g/dL.

**Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố albumin máu theo diện tích bỏng**

Albumin máu (g/dL)	Diện tích bỏng (% TBSA)				p*
	10 - < 20	20 - < 30	30 - < 40	$\geq 40$	
<b>Tổng số ca n = 13</b>	2	1	3	7	
Albumin < 2 n theo TBSA (%) n = 5 (%)			1 33,3 20	4 57,1 80	0,003
$2 \leq$ albumin < 2,5 n theo TBSA (%) n = 4 (%)		1 100 25	2 66,7 50	1 14,2 25	0,003
$2,5 \leq$ albumin < 3 n theo TBSA (%) n = 4 (%)	2 100 50			2 28,6 50	0,003

\* Hồi quy tuyến tính albumin máu theo diện tích bỏng.

**Nhận xét:** 57,1% albumin máu giảm khi diện tích bỏng  $\geq 40\%$  TBSA.

- Có tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ giữa diện tích bỏng và albumin máu ( $R = -0,72$ ,  $p = 0,003$ ) với phương trình hồi quy tuyến tính là

$$\text{Albumin máu} = -0,029 \times \text{diện tích bỏng} + 3,416$$

**Bảng 3.4. Đặc điểm sốc bỏng theo diện tích và độ sâu bỏng**

Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)	p**	
			Diện tích bỏng	Độ sâu bỏng
Sốc bỏng	11	2,8	< 0,001	0,002

\*\* Phép kiểm Fisher Exact

• Sự phân bố biến chứng sốc bỏng theo diện tích bỏng và độ sâu bỏng của đối tượng nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.5. Đặc điểm điều trị dịch truyền, máu và chế phẩm máu**

Đặc điểm các phương pháp	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Dịch truyền	107	27,9
Điện giải	99	25,8
Điện giải và gelofunsin	4	1
Điện giải, gelofunsin và albumin	4	1
Máu và chế phẩm máu	35	9,1
Truyền hồng cầu lắng	25	6,5
Truyền huyết tương tươi đông lạnh	8	2,1
Truyền tiểu cầu	2	0,5

• 25,8% đối tượng nghiên cứu hồi sức bỏng bằng dịch truyền điện giải, 1% điện giải

gelofunsin và albumin.

• 6,5% đối tượng nghiên cứu điều trị truyền hồng cầu lắng.

#### IV. BÀN LUẬN

**Bạch cầu máu:** trong nghiên cứu chúng tôi có 93,2% bệnh nhi xét nghiệm công thức máu, ghi nhận bạch cầu máu  $2 - 49,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Trong 48 giờ sau bỏng, cơ thể phản ứng tăng bạch cầu rất cao, có thể gây nhầm lẫn với bệnh lý nhiễm trùng và bệnh lý máu ác tính.

**Albumin máu:** albumin máu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ( $R = -0,72$ ,  $p = 0,003$ ), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu =  $-0,029 \times$  diện tích bỏng + 3,416. Theo phương trình hồi quy tuyến tính dự đoán khi diện tích bỏng khoảng 31% TBSA thì albumin máu khoảng 2,5 g/dL và diện tích bỏng khoảng 49% TBSA thì albumin máu khoảng 2 g/dL.

**Sốc bỏng:** 2,8% đối tượng nghiên cứu biến chứng sốc bỏng, trong đó 81,8% bỏng độ II, III và 54,5% diện tích bỏng  $\geq 40\%$  TBSA. Sự phân bố biến chứng sốc bỏng theo độ sâu bỏng khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001 < 0,05$ . Sự phụ thuộc sốc bỏng vào độ sâu bỏng có ý nghĩa thống kê ( $OR = 2,23$  và khoảng tin cậy 95% là 1,37 - 3,64), khi độ sâu bỏng tăng 1 độ thì nguy cơ sốc bỏng tăng 2,23 lần. Sự phân bố biến chứng sốc bỏng theo diện tích bỏng khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001 < 0,05$ .

Sự phụ thuộc sốc bỏng vào diện tích bỏng có ý nghĩa thống kê (OR = 1,12 và khoảng tin cậy 95% là 1,07 - 1,17), khi diện tích bỏng tăng 10% TBSA thì nguy cơ sốc bỏng tăng 11,2 lần.

## V. KẾT LUẬN

Albumin máu nghiên cứu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ( $R = -0,72$ ,  $p = 0,003$ ), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu =  $-0,029 \times$  diện tích bỏng + 3,416. Sốc bỏng liên quan diện tích bỏng OR = 1,12 và khoảng tin cậy 95% 1,07 - 1,17; độ sâu bỏng OR = 2,23 và khoảng tin cậy 95% 1,37 - 3,64. Sốc bỏng tăng khi diện tích bỏng tăng và sốc bỏng tăng khi độ sâu bỏng tăng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kramer GC, Lund T, Herndon D.** Pathophysiology of burn shock and burn edema. Total Burn Care. Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 96-109. vol. 8.
2. **Jiang S, Ma N, Li H, Zhang X.** Effects of thermal properties and geometrical dimensions on skin burn injuries. Burns. 2002;28(8):pp. 713-717.
3. **Herndon DN.** Epidemiological, Demographic and Outcome Characteristics of Burns. Total burn care. Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 35-50. vol. 3.
4. **Fang H, Xu L, Zhu FZsszzsz.** Advances in the research of persistent inflammation-immunosuppression-catabolism syndrome in severe burn. Chinese journal of burns. 2019; 35(7):pp. 548-551.
5. **Lê Thế Trung.** Đại cương bỏng. Bỏng những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học; 2003:tr. 17-72. vol. 1.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG OSIMERTINIB

Nguyễn Đình Đức<sup>1</sup>, Đỗ Hùng Kiên<sup>1</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR được điều trị bước 1 bằng Osimertinib tại bệnh viện K. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 38 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR điều trị bước 1 bằng Osimertinib tại bệnh viện K từ tháng 4/2019 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** 38 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là  $63,61 \pm 9,30$  tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 2,46. Tỷ lệ đáp ứng chung là 84,2%, trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (PFS), thời gian sống thêm không tiến triển tại não (iPFS) lần lượt là 14,97 tháng và 28,63 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $37,32 \pm 3,37$  tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 30 tháng là 62%. Nhóm có chỉ số toàn trạng PS 0-1, kích thước ổ di căn não lớn nhất < 3cm có trung vị PFS và iPFS cao hơn so với nhóm có PS =2, ổ di căn não > 3cm ( $p < 0,005$ ). Không có mối liên quan giữa PFS, iPFS với số lượng ổ não di căn, tình trạng di căn ngoài não, đột biến EGFR và phương pháp điều trị (Osimertinib đơn thuần, Osimertinib + xạ trị). Tác dụng không mong muốn (TDKMM) hay gặp nhất là ban da (31,5%), tiêu chảy (28,9%) và khô da (21%) có 1 BN phải giảm liều

do tác dụng phụ trên tim mạch của Osimertinib, không gặp các biến cố bất lợi độ 3 hoặc cao hơn. **Kết luận:** Liệu pháp điều trị bước Osimertinib có hiệu quả cao và an toàn trên các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR.

**Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, di căn não, đột biến gen EGFR, điều trị bước một Osimertinib.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF FIRST LINE OSIMERTINIB IN UNTREATED EGFR-MUTANT NON- SMALL CELL LUNG CANCER WITH BRAIN METASTASIS

**Objectives:** Describe some clinical and subclinical characteristics of patients and evaluate the results of first line Osimertinib in untreated EGFR-mutant non-small cell lung cancer patients with brain metastasis in K Hospital from 4/2019 to 7/2023. **Patients and methods:** A retrospective study on 38 untreated EGFR-mutant non small cell lung cancer patients with brain metastasis were treated with Osimertinib as the first line in K Hospital from 4/2019 to 7/2023. **Results:** 38 patients enrolled, the average age was  $63.61 \pm 9.30$  years with the ratio of female/male was 2.46. The rate of systemic ORR was 84.2%; the median PFS and iPFS was 14.97 months and 28.63 months respectively. The average OS was  $37.32 \pm 3.37$  months and 30-month survival rate was 62%. In PS 0-1 subgroup, the size of the largest BMs < 3cm subgroup had a longer median PFS and iPFS compared to PS =2, the size of the largest BMs > 3cm subgroup ( $p < 0.005$ ). No difference in PFS and iPFS was observed among the number of BMs, the extracranial lesions, EGFR mutation type and the type of therapy.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 25.10.2023