

thường chỉ định cho những bệnh nhân có tổn thương nhỏ, triệu chứng ít rầm rộ, đã được trích rạch hoặc can thiệp vào vết thương từ trước. Kết quả này có thể lý giải do ghép da ngay trong thì đầu, cùng thì với phẫu thuật cắt lọc không đảm bảo nền tổn khuyết sạch vi khuẩn, đồng thời tổn thương tại chỗ do răn độc cắn thường gây tắc những mạch nhỏ xung quang tổn thương. Do vậy, việc tạo hình tổn khuyết ngay cùng 1 thì sau khi cắt lọc có thể cho kết quả kém. Một giả thuyết nữa là nền tổn khuyết cũng bị ảnh hưởng một phần do độc tố dẫn đến tăng tiết dịch và kém nuôi dưỡng mảnh da ghép⁷. Trong nhóm 17 bệnh nhân được ghép da thì hai sau khi đã cắt lọc + đặt VAC 1-2 đợt, có 2 bệnh nhân da ghép bám kém một phần, mép vết mổ chậm liền, cần chăm sóc thêm. Các trường hợp này đều là những bệnh nhân có tổn thương bàn tay rộng phối hợp cả vùng cẳng tay và cánh tay, triệu chứng hoại tử và nhiễm trùng rầm rộ, trước khi ghép da vẫn còn lộ một phần gân duỗi mặc dù đã được chăm sóc và hút VAC 1-2 đợt. Tuy nhiên, tất cả các tổn thương chậm liền vết mổ này đều được chăm sóc tự liền thương, không cần phải phẫu thuật ghép da bổ sung thêm, các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Những tổn khuyết do răn hổ mặng cắn thường phức tạp, luôn có tình trạng nhiễm khuẩn nên việc chăm sóc sau phẫu thuật cắt lọc, đặt hệ thống hút áp lực là điều rất cần thiết. Những tổn thương không ảnh hưởng tới gân, xương khớp, lựa chọn phương pháp ghép da là phương pháp tạo hình đơn giản mà mang lại hiệu quả điều trị che phủ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Quý (2018), Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học của thương tổn tại chỗ và mô mềm do răn hổ mang cắn, Luận văn thạc sỹ HSCC.
2. Bozkurt M., Kulahci Y., Zor F., et al. (2008). The management of pit viper envenomation of the hand. *Hand N Y N*, 3(4), 324-331.
3. Nguyễn Kim Sơn (2000). Răn Hổ Cắn, Cẩm Nang Cấp Cứu. Nhà Xuất Bản Học.
4. Ince B, Gundeslioglu AO. The management of viper bites on the hand. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014;39(6):642-646.
5. Panda SK, Padhi L, Sahoo G. Oral bacterial flora of Indian cobra (Naja Naja) and their antibiotic susceptibilities. *Heliyon*. 2018 Dec 17;4(12): e01008.
6. Rha J.H., Kwon S.M., Oh J.R., et al. (2015). Snakebite in Korea: A Guideline to Primary Surgical Management. *Yonsei Med J*, 56(5), 1443.
7. Grace TG, Omer GE. The management of upper extremity pit viper wounds. *J Hand Surg Am*. 1980; 5(2): 168-177. doi: 10.1016/ s0363-5023(80) 80149-3.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO CÓ GIÃN NÃO THẤT CẤP

Trần Hữu Thông^{1,2}, Phạm Mạnh Cường²,
Nguyễn Tuấn Đạt¹, Lương Quốc Chính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 110 bệnh án của bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp vào khoa Cấp cứu từ tháng 1 năm 2015 đến hết tháng 6 năm 2018. **Kết quả:** tuổi trung bình của người bệnh là 56, nam giới chiếm đa số 66,7%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Điểm Graeb, áp lực trong sọ, điểm hôn mê Glasgow là những yếu tố độc lập với tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy

máu não thất có giãn não thất cấp. Khi áp lực trong sọ tăng mỗi 1mmHg thì nguy cơ tử vong tăng gấp 1,9 lần. Mỗi điểm Graeb tăng thì nguy cơ tử vong tăng 22 lần. Mỗi điểm hôn mê Glasgow giảm thì nguy cơ tử vong tăng gấp 2,5 lần. **Kết luận và khuyến nghị:** Cần phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để định hướng điều trị và xác định tiên lượng tử vong sau chảy máu não thất có giãn não thất cấp. **Từ khóa:** Chảy máu não thất, giãn não thất cấp, điểm Graeb, điểm IVH

SUMMARY

EVALUATION OF SOME PROGNOSTIC FACTORS OF MORTALITY IN HEMORRHAGE STROKE PATIENTS WITH ACUTE VENTRICULAR DILATATION

Purpose: Identify some factors predicting mortality in intraventricular hemorrhage (IVH) patients with acute ventricular dilatation. **Design:** Retrospective study. **Methods:** Study on 110 medical records of IVH patients with acute ventricular

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

dilatation admitted to the Emergency Department from January 2015 to June 2018. **Main findings:** Of these patients (mean age 66; 66,7% men), previous hypertension was common disease (58.2%). Graeb score, intracranial pressure, and Glasgow coma score are independent factors predicting mortality in patients with intraventricular hemorrhage with acute ventricular dilatation. For every 1mmHg increase in intracranial pressure, the risk of death increases 1.9 times. For each increase in Graeb score, the risk of death increases 22 times. For each decrease in Glasgow coma score, the risk of death increases 2.5 times. **Conclusion and recommendations:** It is important to closely coordinate clinical, paraclinical and imaging diagnostics to provide appropriate treatment and determine the prognosis of mortality following intraventricular hemorrhage with acute ventricular dilation.

Keywords: Intraventricular hemorrhage, acute ventricular dilatation, Graeb score, IVH score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não chiếm từ 10% đến 15% các trường hợp đột quỵ não trong số khoảng hai triệu trường hợp hàng năm trên toàn thế giới [1]. Chảy máu não thất thường là thứ phát sau chảy máu não, xảy ra vào khoảng 40% các trường hợp chảy máu não, góp phần làm tăng mức độ nặng, tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não [2],[3],[4]. Giãn não thất cấp là biến chứng của chảy máu não thất do chảy máu não gây ra và có thể tử vong rất nhanh, thường yêu cầu phải can thiệp cấp cứu. Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện của chảy máu não thất được công bố thay đổi từ 20% đến 50% và tỷ lệ này tăng cao khi có giãn não thất [4].

Ngày nay với sự tiến bộ của y học, nhiều biện pháp can thiệp đã được sử dụng cho bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp như: đặt dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần, tiêu sợi huyết não thất (sử dụng yếu tố hoạt hóa chất dịch mô/ tái tổ hợp) kết hợp với dẫn lưu não thất ra ngoài, nội soi lấy bỏ máu tụ trong não thất, phẫu thuật lấy máu tụ nhu mô, kiểm soát nhiệt độ theo mục tiêu, trong điều trị chảy máu não đã được sử dụng nhưng cho kết quả rất khác nhau ở các nghiên cứu. Trên thực tế, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp vẫn còn khá cao.

Những yếu tố nào đã tác động lên bệnh nhân và gây ra những kết cục xấu cho bệnh nhân như vậy? Những yếu tố ấy có vai trò thế nào khi tác động riêng lẻ và khi tác động phối hợp lên bệnh nhân? Để trả lời những câu hỏi trên, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp" nhằm mục tiêu: *Tìm*

hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu bệnh án của bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp đủ tiêu chuẩn vào khoa Cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2015 đến hết tháng 06 năm 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chảy máu não thất thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau đây sẽ được chọn vào nghiên cứu:

- 1) Bệnh án của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- 2) Chẩn đoán xác định chảy máu não thất có giãn não thất dựa vào bằng chứng trên chẩn đoán hình ảnh CLVT sọ não.
- 3) Bệnh nhân được dẫn lưu não thất ra ngoài.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- 1) Chảy máu não thất sau chấn thương sọ - não.
- 2) Phụ nữ có thai.
- 3) Các trường hợp có bệnh mạn tính giai đoạn cuối phối hợp.
- 4) Bệnh án không đủ số liệu phục vụ cho các mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 110 hồ sơ bệnh án chảy máu não thất có giãn não thất cấp đã được dẫn lưu não thất đủ tiêu chuẩn từ tháng 01 năm 2015 đến hết tháng 06 năm 2018.

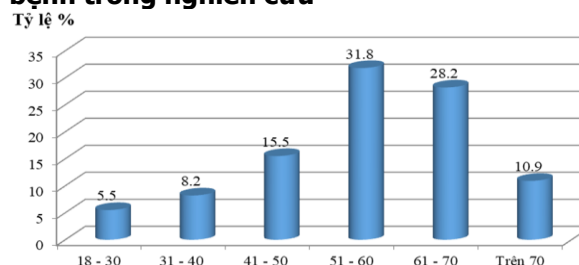
Cách thức tiến hành: thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được khai thác từ sổ theo dõi bệnh nhân cùng toàn bộ hồ sơ bệnh án của các đối tượng nghiên cứu được lưu trữ tại Phòng hồ sơ bệnh án Bệnh viện Bạch Mai.

Thu thập số liệu: khai thác hồ sơ bệnh án để xác định theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

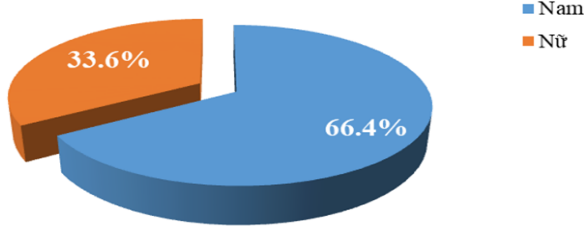
3.1. Các thông tin chung của người bệnh trong nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi

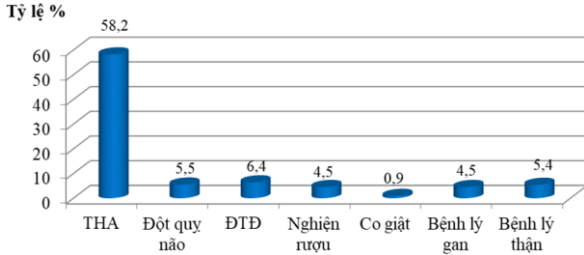
Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 56 (thấp nhất là 19 tuổi và

cao nhất là 87 tuổi), nam giới chiếm đa số 66,7%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%).



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo giới

Nhận xét: Bệnh gặp ở cả hai giới, tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ.



Biểu đồ 3.3: Các yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Có nhiều yếu tố nguy cơ chảy máu não thất, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong chảy máu não thất.

Bảng 1. Các yếu tố đặc điểm chung liên quan tiên lượng tử vong

Đặc điểm	Hệ số B	p	OR	95% CI
Giới	0,190	0,641	1,209	0,545-2,480
Tuổi	-0,017	0,237	0,983	0,955-1,012
Yếu tố nguy cơ				
Đột quy não	0,578	0,515	1,782	0,313-10,157
THA	0,251	0,517	1,286	0,601-2,750
ĐTD	-0,463	0,557	0,629	0,134-2,955
Bệnh lý gan	1,291	0,255	3,636	0,393-33,633
Bệnh lý thận	0,578	0,515	1,782	0,313-10,157
Bệnh khác	-0,541	0,382	0,582	0,173-1,961

Nhận xét: đặc điểm tuổi, giới trong nhóm nghiên cứu không liên quan tới tiên lượng tử vong.

3.2. Đặc điểm lâm sàng thời điểm nhập viện liên quan đến tiên lượng tử vong

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	Hệ số B	p	OR	95% CI
Nhức đầu	-0,086	0,828	0,917	0,421-2,001
Buồn nôn và nôn	0,316	0,428	1,371	0,629-2,992
Liệt nửa người	0,280	0,683	1,232	0,453-3,364
Hôn mê	0,049	0,923	1,050	0,390-2,827
Co giật	-0,463	0,557	0,629	0,134-2,955
Khác	0,249	0,641	1,283	0,450-3,659

Nhận xét: Triệu chứng khởi phát không có liên quan tới tiên lượng tử vong ở nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Các yếu tố chức năng sống, triệu chứng, áp lực trong sọ lúc nhập viện liên quan tới tiên lượng tử vong

Triệu chứng	Hệ số B	p	OR	95% CI
Điểm hôn mê Glasgow	-1,658	<0,001	0,190	0,106-0,343
Mạch	0,038	0,002	1,039	1,014-1,065
Huyết áp tâm thu	0,006	0,305	1,006	0,994-1,018
Huyết áp tâm trương	0,01	0,383	1,010	0,988-1,032
Nhiệt độ	0,053	0,841	1,054	0,629-1,768
SpO ₂	0,028	0,296	1,029	0,975-1,085
Kích thước đồng tử	0,820	<0,001	2,270	1,467-3,512
Áp lực trong sọ	0,835	<0,001	2,304	1,553-3,418
Liệt nửa người	-0,949	0,019	0,387	0,175-0,856

Nhận xét: Điểm hôn mê Glasgow, mạch, kích thước đồng tử, liệt nửa người, áp lực trong sọ lúc vào viện có liên quan tới tiên lượng tử vong.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng thời điểm nhập viện liên quan đến tiên lượng tử vong

Bảng 4. Các xét nghiệm máu liên quan đến tiên lượng tử vong

Chỉ số	Hệ số B	p	OR	95% CI
Hồng cầu	0,044	0,882	1,045	0,586 - 1,863
Bạch cầu	0,105	0,007	1,111	1,029 - 1,200
Tiểu cầu	-0,001	0,636	0,999	0,994 - 1,004
PT	0,001	0,916	1,001	0,980 - 1,022
APTT	0,019	0,531	1,019	0,960 - 1,082
Glu	1,15	0,045	1,010	0,520 - 0,980
Cre	0,004	0,403	1,004	0,995 - 1,013
GPT	0,028	0,029	1,028	1,003 - 1,054
Na ⁺	0,014	0,737	1,014	0,934 - 1,101
K ⁺	- 0,017	0,963	0,983	0,488 - 1,982
CRP	0,108	0,019	1,114	1,018 - 1,220

Nhận xét: Giá trị bạch cầu, GPT, đường máu, protein phản ứng C lúc vào viện có liên quan tới tiên lượng tử vong.

Bảng 5. Đặc điểm CLVT sọ não lúc nhập viện liên quan tới tiên lượng tử vong

Đặc điểm	Hệ số B	p	OR	95% CI
Mức độ lệch đường giữa (mm)				
0 - 5	-0,401	0,388	0,670	0,270-1,662
Trên 5 - 10	0,062	0,898	1,064	0,411-2,759
>10	21,409	0,999	1,986	-
Kích thước khối máu tụ nhu mô (cm)				
< 3	-0,131	0,733	0,878	0,414-1,859
3 - 5	-0,100	0,804	0,905	0,411-1,992
>5	0,497	0,390	1,643	0,530-5,099
Điểm Graeb	2,493	<0,001	12,102	4,139-35,382
Phù não	- 1,110	0,033	0,329	0,119-0,915

Nhận xét: Điểm hôn mê Glasgow, mức độ phù não có liên quan tới tiên lượng tử vong.

3.4. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan tử vong

Bảng 6. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố lâm sàng liên quan tới tiên lượng tử vong

Đặc điểm	Hệ số B	p	OR	95% CI
Điểm hôn mê Glasgow	-0,907	0,05	0,404	0,163-0,999
Mạch	0,043	0,182	1,044	0,980-1,113
Kích thước đồng tử	-0,037	0,960	0,964	0,230-4,035
Áp lực trong sọ	0,628	0,004	1,874	1,224-2,869
Liệt nửa người	-1,286	0,232	0,276	0,022-3,547

Nhận xét: Áp lực trong sọ và điểm hôn mê Glasgow là yếu tố lâm sàng độc lập với tiên lượng tử vong của bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp.

Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố cận lâm sàng liên quan tới tử vong

Chỉ số	Hệ số B	p	OR	95% CI
Điểm Graeb	3,121	0,013	22,659	1,950-263,235
Phù não	-3,389	0,144	0,034	0,001-3,199
Đường máu	0,044	0,613	1,045	0,881-1,240
Bạch cầu	0,34	0,202	1,405	0,833-2,369
GPT	0,220	0,073	1,246	0,979-1,585
CRP	0,017	0,822	1,017	0,876-1,181

Nhận xét: Điểm Graeb là yếu tố độc lập với tiên lượng tử vong của nhóm nghiên cứu. Mỗi điểm Graeb tăng thì nguy cơ tử vong tăng 22 lần.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân trong nghiên cứu gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng đa phần gặp ở người trung niên, tuổi trung bình là 56, cao nhất là 87 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, nam giới chiếm đa số 66,7%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Khi phân tích đơn biến, chúng tôi tìm được các yếu tố lâm sàng có liên quan tới tiên lượng tử vong của bệnh nhân bao gồm điểm hôn mê Glasgow, mạch, kích thước đồng tử, áp lực trong sọ lúc vào viện, liệt nửa người (đa phần các giá trị $p < 0,01$). Các yếu tố cận lâm sàng liên quan tới tử vong bao gồm số lượng bạch cầu, giá trị GPT, đường máu, giá trị CRP, điểm Graeb, phù não. Đào Thị Hồng Hải [5] nghiên cứu các yếu tố tiên lượng chảy máu não thất thứ phát trên 142 bệnh nhân chảy máu não thất trên 50 tuổi tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai cho thấy mạch, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp trung bình lúc vào viện liên quan tới tiên lượng tử vong ở bệnh nhân. Theo Khúc

Thị Nhen [6], cho rằng mức độ di lệch đường giữa trên 10mm là yếu tố dự báo tiên lượng nặng. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ, các triệu chứng và thời gian khởi phát với tiên lượng tử vong của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Khi phân tích đa biến các yếu tố lâm sàng, chúng tôi nhận thấy điểm Glasgow, áp lực trong sọ là những yếu tố lâm sàng độc lập với tiên lượng tử vong của bệnh nhân. Khi Glasgow giảm 1 điểm thì nguy cơ tử vong tăng gấp 2,5 lần và áp lực trong sọ tăng 1mmHg thì nguy cơ tử vong tăng gấp 1,9 lần. Đối với các yếu tố cận lâm sàng, chúng tôi nhận thấy điểm Graeb là yếu tố độc lập với tiên lượng tử vong của bệnh nhân. Mỗi điểm Graeb tăng thì nguy cơ tử vong tăng 22 lần. Theo Khúc Thị Nhen [6] khi nghiên cứu các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân chảy máu não thất nhận thấy rằng tuổi cao, điểm hôn mê Glasgow là những yếu tố có liên quan tới tiên lượng của bệnh nhân. Điểm hôn mê Glasgow cứ tăng lên 1 điểm thì tiên lượng tốt tăng lên trung bình 55%, cứ tăng thêm một tuổi tiên lượng tốt giảm đi trung bình 4%. Theo Đào Thị Hồng Hải [57] thì điểm Graeb và điểm hôn mê Glasgow là hai biến duy nhất có giá trị để tiên lượng tình trạng bệnh của bệnh nhân chảy máu não thất. Khi điểm hôn mê Glasgow giảm 1 điểm thì nguy cơ bệnh tiến triển xấu tăng gấp 7 lần, còn khi điểm Graeb tăng 1 điểm nguy cơ bệnh diễn biến xấu tăng 1,3 lần.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh là 56, nam giới chiếm đa số 66,7%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Các yếu tố như điểm hôn mê Glasgow, kích thước đồng tử lúc vào viện, áp lực nội sọ, số lượng bạch cầu, đường máu, giá trị GPT, protein phản ứng lúc vào viện tăng, điểm Graeb, mức độ phù não là những yếu tố có liên quan tới tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp.

Điểm Graeb, áp lực trong sọ, điểm hôn mê Glasgow là những yếu tố độc lập với tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não thất có giãn não thất cấp. Khi áp lực trong sọ tăng mỗi 1mmHg thì nguy cơ tử vong tăng gấp 1,9 lần. Mỗi điểm Graeb tăng thì nguy cơ tử vong tăng 22 lần. Mỗi điểm hôn mê Glasgow giảm thì nguy cơ tử vong tăng gấp 2,5 lần.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để định hướng

điều trị và xác định tiên lượng tử vong sau chảy máu não thất có giãn não thất cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sterne J.A, Egger M, Smith G.D, et al** (2001). Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta - analysis. *BMJ*, 323(7304), 1001- 105.
2. **Sterne J.A, Egger M** (2001). Funnel plots for detecting bias in meta-analysis: Guidelines on choice of axis. *J Clin Epidemiol*, 54(10), 1046-1055.
3. **Egger M, Davey Smith G, Schneider M, et al** (1997). Bias in meta - analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*, 315(7109), 629 – 634.
4. **Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đạt Anh** (2010). Nghiên cứu kết quả theo dõi áp lực nội sọ ở các bệnh nhân đã được dẫn lưu não thất ra ngoài tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 373(1), 19- 23.
5. **Đào Thị Hồng Hải** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính não và một số yếu tố tiên lượng chảy máu não thất thứ phát ở bệnh nhân trên 50 Tuổi, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Khúc Thị Nhện** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học thần kinh và một số yếu tố tiên lượng của chảy máu não thất, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT BỔ TRỢ TRƯỚC PHÁC ĐỒ 4AC – 4TH BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Ngô Minh Phúc¹, Nguyễn Thị Thu Hương², Vũ Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú (UTV) giai đoạn III được điều trị hóa chất bổ trợ trước bằng phác đồ 4AC – 4 TH; đánh giá đáp ứng tác dụng không mong muốn của phác đồ trên nhóm bệnh nhân (BN) nghiên cứu trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 51 BN UTV giai đoạn III được điều trị hóa chất bổ trợ trước bằng phác đồ 4AC – 4 TH tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình BN: 51,7 tuổi. Giai đoạn IIIA, IIIB, IIIC chiếm tỉ lệ 39,2%, 35,3% và 25,5% tổng số bệnh nhân. 92,2% bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô thể ống xâm nhập, đa số bệnh nhân có độ mô học II (70,6%). **Đáp ứng:** Sau điều trị hóa chất, tỉ lệ người bệnh đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) trên lâm sàng sau 8 chu kỳ hóa trị là 15,7%. Tất cả 51 BN đều được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi sau hóa trị. ĐUHT trên mô bệnh học đạt 43,1%. Độc tính: BN trong nghiên cứu dung nạp khá tốt với phác đồ hóa chất. Thường gặp hạ huyết sắc tố, hạ bạch cầu và hạ bạch cầu đa nhân trung tính chủ yếu độ 1-2. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3,4 trên tổng số chu kỳ hóa chất là 4,9% và 0,2%. Nôn, chán ăn, viêm niêm mạc miệng và rụng tóc là các tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết thường gặp, tuy nhiên chỉ ở mức độ nhẹ 1-2. **Kết luận:** Phác đồ 4AC- 4TH cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học cao, đồng thời độc tính ở mức độ chấp nhận được, do vậy có thể áp dụng được ở nước ta trong

điều trị bổ trợ trước ung thư vú có Her-2 dương tính, đặc biệt trong giai đoạn không thể phẫu thuật được tại thời điểm chẩn đoán. **Từ khóa:** Ung thư vú, bổ trợ trước, phác đồ 4AC- 4TH.

SUMMARY

EFICACY OF NEOADJUVANT 4AC- 4TH REGIMEN IN STAGE III BREAST CANCER PATIENTS AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: Our study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics of stage III breast cancer patients and evaluate the treatment outcomes and toxicity of neoadjuvant 4AC- 4TH regimen in this group. **Patients and Methods:** Retrospective, descriptive study on 51 patients with stage III breast cancer, were treated with neoadjuvant 4AC – 4TH regimen at Ha Noi Oncology Hospital. **Results:** The mean age was 51,7. The proportion of stage IIIA, IIIB, IIIC is 39,2%, 35,3% and 25,5%, respectively. 92,2% patients histology was invasive carcinoma of no special type (NST) and 70,6% was in grade II. After treatment, the complete clinical response was 15,7% after 8 cycles of 4AC- 4TH. All of our patients was moved to modified radical mastectomy after neoadjuvant chemotherapy. The pathological complete response (pCR) was 43,1%. Most adverse events were manageable and tolerable. The most common toxicity was amenia, leukopenia, neutropenia, mainly at grade 1-2. The proportion of neutropenia at levels 3 and 4 over the total number of chemical cycles is 4.9% and 0.2%, respectively. Non hematological toxicities such as vomiting, fatigue, stomatitis and alopecia were also common and all of them were mild and moderate. **Conclusion:** 4AC- 4TH regimen in neoadjuvant setting gives a high pCR rate with tolerable toxicity, therefore this regimen can be widely used as neoadjuvant chemotherapy prior to surgery with Her-2 positive breast cancer in our country, specially with inoperable stage at initial

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Phúc

Email: ngophuc.hmu18@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024