

trường hợp gấp teo cơ tứ đầu và hạn chế gấp gối 20°, cả 2 trường hợp này đều liên quan tới quá trình tập phục hồi chức năng sau mổ không đạt yêu cầu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 68 trường hợp phẫu thuật nội soi cố định điểm bám dây chằng chéo trước cho thấy kết quả khả quan về phục hồi chức năng vận động cũng như sớm đưa bệnh nhân trở lại cuộc sống thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Binnet, M. S., Gürkan, I., Yilmaz, C., Karakas, A. & Çetin, C. Arthroscopic fixation of intercondylar eminence fractures using a 4-portal technique. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 17, 450–460 (2001).
2. Nguyễn Thành Tâm. Nghiên cứu điều trị gãy bong điểm bám chày của dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật khâu chỉ PDS neo ép qua nội soi. Luận văn chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. (2013)
3. Dung, T. T. et al. Arthroscopic fixation of ACL

- avulsion fracture in the Saint Paul hospital: A review of treatment outcomes: Cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* 48, 91–94 (2019).
4. Ngọc Sinh, N. , Vũ Hoàng, N. , Văn Dung, H. , Mạnh Cường, V. , & Thế Anh, N. Kết quả nội soi khớp gối cố định bong điểm bám dây chằng chéo trước. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 508(2) (2022). <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1643>
5. Kuang, S. et al. "Figure-of-Eight" Suture-Button Technique for Fixation of Displaced Anterior Cruciate Ligament Avulsion Fracture. *Orthopaedic Surgery* 12, 802–808 (2020).
6. Anh Tuấn, Đoàn., & Trung Hậu, L. Kết quả phẫu thuật điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối cố định bằng chỉ siêu bền dưới nội soi. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 516(1) (2022). <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2931>
7. Huang, T.-W. et al. Arthroscopic Suture Fixation of Tibial Eminence Avulsion Fractures. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 24, 1232–1238 (2008).
8. Vega, J. R. et al. Arthroscopic Fixation of Displaced Tibial Eminence Fractures: A New Growth Plate-Sparing Method. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 24, 1239–1243 (2008).

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN DI CĂN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Vũ Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến di căn não có đột biến EGFR tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 66 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến di căn não có đột biến EGFR (del exon 19 hoặc L858R exon 21) được điều trị bằng TKIs thế hệ 1 tại bệnh viện K từ tháng 10/2015 đến tháng 1/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55 ± 10,6 tuổi, hút thuốc lá/không hút = 1/2, nam/nữ = 1/1. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt PS 0-1 = 89%. Các triệu chứng cơ năng thường gặp là ho kéo dài (45,5%), đau ngực (42,4%), khó thở (19,7%) và đau đầu (18,2%). Các triệu chứng/hội chứng thần kinh thường gặp là hội chứng tăng áp lực nội sọ (31,8%), liệt vận động (6,1%), liệt thần kinh sọ (1,5%) và co giật (4,5%). Đặc điểm khối u nguyên phát đa phần có kích thước từ 3-7cm. Đặc điểm tổn thương di căn não: đa số di căn 2-3 ổ và kích thước từ

1,1-2cm. Đặc điểm di căn ngoài não: 74,2% bệnh nhân có di căn ngoài não. Các vị trí di căn ngoài não thường gặp nhất là xương và màng phổi. **Kết luận:** Tuổi trung bình là 55 tuổi, phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt, ho kéo dài là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Hội chứng tăng áp lực nội sọ là dấu hiệu thần kinh thường gặp nhất. Đa số bệnh nhân có di căn cả tại não và ngoài não. **Từ khóa:** Ung thư phổi di căn não, EGFR, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS ADENOCARCINOMA OF LUNG HAVE BRAIN METASTASIS WITH EGFR MUTATION AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Description of some clinical and subclinical features of patients adenocarcinoma of lung have brain metastasis with EGFR mutation at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 66 patients adenocarcinoma of lung have brain metastasis with EGFR mutations (exon 19 deletion and L858R point mutation exon 21) were treated with first-generation TKIs at Vietnam National Cancer Hospital from October 2015 to January 2021. **Results:** The average age is 55 ± 10,6 years old, smoker/non smoker = 1/2,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

male/female = 1/1. Most patients have good physical condition (PS 0-1 = 89%). Most common symptom are prolonged cough (45,5%), chest pain (42,4%), dyspnea (19,7%) and headache (18,2%). The symptom of brain metastasis are intracranial hypertension (31,8%), weakness (6,1%), cranial nerve paralysis (1,5%) and seizures (4,5%). Almost size of primary tumor in range 3-7cm. Characteristics of brain metastatic lesions: most common are 2-3 lesions with lengths 1,1-2cm. The most common sites of extracerebral metastases are bone and pleura. **Conclusion:** The average age of the patients is 55 ± 10,6 years old, most patients are in good health, prolonged- cough is the most common symptom. Increased intracranial pressure is the most common neurological symptom. Most patients have metastases both in the brain and outside the brain. **Keywords:** brain metastases in lung cancer, EGFR mutation, clinical characteristics and subclinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo thống kê của Globocan năm 2020, trên thế giới có khoảng 2,2 triệu ca mới mắc UTP, chiếm 11,4% tổng số ca mới mắc. UTP là loại ung thư gây tử vong hàng đầu ở nam giới, hàng năm có khoảng 1,8 triệu người chết, chiếm tỷ lệ 18% tổng số ca tử vong do ung thư¹. Theo GLOBOCAN Việt Nam 2020, tỷ lệ mắc ung thư phổi hàng năm là 22,8/100000 người và tỷ lệ tử vong là 20,6/100000 người – đứng thứ 2 về cả tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong. Di căn não là vị trí thường gặp thứ 3 sau xương và phổi đối bên ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn với tỷ lệ lên đến 28,4%². Trước đây, di căn não thường được phát hiện khi BN đã có các triệu chứng thần kinh như đau đầu, yếu/liệt, co giật được biết đến là yếu tố tiên lượng xấu, bệnh nhân suy sụp nhanh với các triệu chứng thần kinh và thời gian sống thêm trung bình từ 4 – 6 tuần nếu không điều trị. Hiện nay sàng lọc di căn não bằng chụp MRI sọ não có tiêm thuốc được chỉ định thường quy cho các bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn II – IV ở các bệnh viện chuyên khoa ung bướu giúp chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh, phát hiện di căn não ngay cả khi bệnh nhân chưa có triệu chứng lâm sàng. Điều trị ung thư phổi di căn não còn nhiều khó khăn do phần lớn các thuốc hóa chất không hoặc ít qua được hàng rào máu não. Với các bệnh nhân có đột biến gen EGFR, ALK việc dùng các thuốc đích có khả năng thâm qua hàng rào máu não đem đến tiên lượng tốt hơn so với nhóm không có đột biến. Tại Việt Nam mặc dù đã có các nghiên cứu trên nhóm đối tượng ung thư phổi giai đoạn IV tuy nhiên tại bệnh viện K chưa có nghiên cứu nào mô tả về

các đặc điểm lâm sàng/cận lâm sàng trên nhóm đối tượng ung thư phổi di căn não có đột biến EGFR. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 66 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến di căn não có đột biến EGFR, điều trị bước 1 bằng erlotinib hoặc gefitinib tại bệnh viện K từ tháng 10/2015 đến 1/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến của phổi di căn não, có đột biến EGFR: mất đoạn exon 19 hoặc L858R exon 21.
- Tuổi ≥18, PS 0-2, chức năng gan, thận huyết học cho phép điều trị thuốc TKIs thế hệ 1.
- Điều trị erlotinib 150mg/ngày hoặc gefitinib 250mg/ngày và được điều trị ít nhất 2 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Điều trị tại não: xạ trị có thể trước hoặc cùng lúc với thuốc TKIs.

Tiêu chuẩn loại trừ

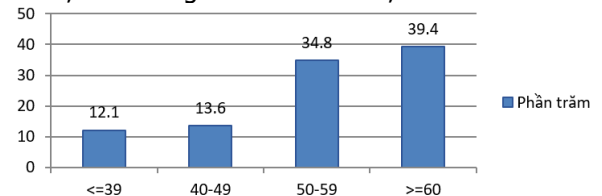
- Bệnh nhân có 2 ung thư trở lên,
- Đã từng hóa, xạ trị tại chỗ tại vùng trong khoảng 12 tháng trước đó, tổn thương di căn não đã được phẫu thuật hoặc đã sử dụng TKIs trước khi di căn não.
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn, không theo dõi được hoặc không được đánh giá đáp ứng đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi: nhóm tuổi chủ yếu là 50-70, chiếm 74%, tuổi trung bình là 55 ± 10,6 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi

- Giới: nam/nữ =1/1
- PS 0-1: 89%, PS 2: 11%
- Tỷ lệ hút thuốc: 33.3%

Bảng 3.1. Lý do vào viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau ngực	28	42,4
Ho kéo dài	30	45,5
Ho ra máu	4	6,1
Khó thở	13	19,7
Đau đầu	12	18,2
Đau xương	9	12,1
Liệt	4	6,1
Co giật	1	1,5
Gãy sút cân	4	6,1
Khác	1	1,5

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân đến viện vì ho kéo dài (45,5%), đau ngực (42,4%) và khó thở (19,7%). Các triệu chứng thần kinh thường gặp khiến bệnh nhân đi khám là đau đầu (18,2%), liệt (6,1%), co giật (1,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng thần kinh khi mới vào viện là 25,8%.

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	n	%
Triệu chứng hô hấp	Ho	34 51,5
	Khó thở	13 19,7
	Ho khạc đờm máu	4 6,1
Triệu chứng do chèn ép và xâm lấn	Đau ngực	28 42,4
	Chèn ép TMC	2 3,1
Triệu chứng, hội chứng thần kinh	Hội chứng tăng áp lực nội sọ	21 31,8
	Liệt vận động	4 6,1
	Liệt thần kinh sọ	1 1,5
	Co giật	3 4,5
Triệu chứng toàn thân	Mệt mỏi, chán ăn	17 25,8
	Gãy sút cân	9 13,6

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (51,5%), đau ngực (42,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng thần kinh chiếm 43,9%, trong đó thường gặp nhất là hội chứng tăng áp lực nội sọ chiếm 31,8%.

Bảng 3.3. Phân bố kích thước u nguyên phát

Kích thước u	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 3cm	15	22,8
3cm < u ≤ 5cm	28	42,4
5cm < u ≤ 7cm	16	24,2
> 7cm	4	6,1
Không xác định u nguyên phát	3	4,5
Tổng	66	100

Nhận xét: Các khối u đa phần có kích thước từ 3 – 7 cm (chiếm tỷ lệ 66,6%). Có 3 trường hợp không đánh giá được khối u nguyên phát (chiếm 4,6 %)

Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh di căn não

Đặc điểm hình ảnh di căn	Số BN	Tỷ lệ
--------------------------	-------	-------

	não	(n)	(%)
Số lượng di căn não	1 ổ	22	33,3
	2-3 ổ	32	48,5
	>3 ổ	12	18,2
	Tổng	66	100
Kích thước di căn não	≤1cm	21	31,8
	1,1-2cm	28	42,4
	2,1 -3cm	11	16,7
	>3cm	5	7,6
	Di căn màng não	1	1,5
	Tổng	66	100

Nhận xét: Đa số các khối di căn não từ 2-3 ổ, chiếm 48,5%. Kích thước tổn thương di căn não thường 1,1 – 2cm. Chỉ có 5 bệnh nhân có tổn thương di căn não >3cm. Có 1 bệnh nhân có di căn màng não.

Bảng 3.5. Đặc điểm di căn ngoài não

Di căn ngoài não	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Có	49	74,2
Không	17	25,8
Vị trí di căn	Số BN (n)	Tần suất (%)
Phổi đối bên	10	15,2
Màng phổi	12	18,2
Xương	34	51,5
Tuyến thượng thận	10	15,2
Gan	5	7,6
Vị trí khác	4	6,1

Nhận xét: Có 74,2% các bệnh nhân có di căn cả tại não và ngoài não. Vị trí di căn ngoài não thường gặp nhất là xương (51,5%) và màng phổi (18,2%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo biểu đồ 3.1, độ tuổi trung bình là 55± 10,6 tuổi. Hầu hết các BN ở lứa tuổi >40, nhóm tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp (12,1%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước. Theo tác giả Lê Thu Hà (2016), tuổi trung bình là 58,8 ± 8,6; có 97,4% BN ở nhóm trên 40 tuổi³.

Theo GLOBOCAN Việt Nam 2020, tỷ lệ UTP ở nam/nữ= 2,46. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ =1/1, thấp hơn so với tỷ lệ chung, gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hà (2014), Nghiêm Trần Vương (2020)^{4,5}. Tỷ lệ nam/nữ của 2 nghiên cứu này lần lượt là 0,89 và 1,2. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do tỷ lệ đột biến EGFR ở nữ giới cao hơn nam giới, đặc biệt là nhóm đối tượng không hút thuốc. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc là 33,3%. Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu về dịch tễ học lâm sàng trong nước. Theo Bùi Diệu (2010), tỷ lệ này là 80,5%. Tuy nhiên kết quả này khá tương đồng với nghiên

cứu trên nhóm đối tượng có đột biến EGFR của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) với tỷ lệ hút thuốc là 46,8%⁶. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới là nghiên cứu EURTAC là 34%⁷.

Về thể chất trước điều trị: đa phần các bệnh nhân được chọn có chỉ số toàn trạng trước điều trị là PS = 0 hoặc PS = 1 (chiếm tỷ lệ 89%). Số bệnh nhân có PS = 2 chiếm tỷ lệ tương đối thấp là 11%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nghiêm Trần Vương (2020) với tỷ lệ BN có PS=2 chiếm 9,9%⁵.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này là ung thư phổi giai đoạn IV có di căn não nên các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Chúng tôi chia thành 5 nhóm triệu chứng chính: triệu chứng hô hấp, triệu chứng do xâm lấn chèn ép trong lồng ngực, triệu chứng thần kinh, triệu chứng do di căn ngoài não và triệu chứng toàn thân. Trong đó lý do vào viện hay gặp nhất là 3 triệu chứng: ho kéo dài, đau ngực và khó thở.

Về triệu chứng hô hấp, ho khan là triệu chứng phổ biến nhất, gặp ở 45,5% số BN. Khó thở gặp ở 19,7% số bệnh nhân. Ho ra máu chiếm tỷ lệ tương đối thấp (6,1%), chủ yếu ho máu với số lượng ít. Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Nghiêm Trần Vương với ho khan chiếm 55,7% và khó thở chiếm 24,4%⁵.

Về triệu chứng thần kinh, bệnh nhân ung thư phổi di căn não biểu hiện ra ngoài tương tự với một khối choán chỗ nội sọ (khối u, máu tụ,...) như các hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng thần kinh khu trú. Các triệu chứng thường từ từ, tăng dần, trừ một số trường hợp khối u di căn tiến triển nhanh (chảy máu trong u, phù não rộng, bít tắc dẫn lưu dịch não tủy). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 43,9%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) với hội chứng tăng áp lực nội sọ chiếm tới 74,2%. Khác biệt này thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có triệu chứng thần kinh thấp, đặc biệt với việc sử dụng MRI để chẩn đoán di căn não nên phát hiện những trường hợp không có biểu hiện lâm sàng.

Về kích thước u nguyên phát: Các u phần lớn có kích thước trên 3cm, chiếm tỷ lệ 72,7%. Trong đó đa phần u có kích thước từ 3 – 7cm (chiếm tỷ lệ 66,6%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tương tự về UTPKTBN giai đoạn tiến xa.

Tổn thương di căn não được đánh giá bằng MRI có tiêm thuốc và theo dõi đáp ứng sau mỗi

8-12 tuần bằng MRI có tiêm thuốc hoặc CT có tiêm thuốc. Về số lượng ổ di căn não: Chỉ 1 ổ chiếm 33,3%, có 2-3 ổ chiếm 48,5%, trên 3 ổ chiếm 18,2%. Về kích thước u di căn não lớn nhất: Di căn ≤ 1 cm chiếm 31,8%, từ 1,1cm đến 3cm chiếm 42,4%; từ 2,1cm đến 3cm chiếm 16,7% và trên 3cm chiếm 7,6%. Kết quả này của chúng tôi khác so với đặc điểm tổn thương di căn não trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2018) với tỷ lệ di căn não trên 3 ổ chiếm cao nhất là 37,1% và kích thước u não lớn nhất từ 2,1 đến 3cm chiếm đa số là 33,9%. Khác biệt này có thể do chúng tôi sử dụng MRI để đánh giá tổn thương di căn não nên có thể phát hiện được ngay cả những tổn thương < 1 cm, ngay cả khi bệnh nhân không có triệu chứng thần kinh, còn Nguyễn Thị Thanh Huyền dùng CT để đánh giá tổn thương não.

Với bệnh nhân UTP, não là cơ quan thường xuất hiện di căn sau khi bệnh đã tiến triển ngoài não rầm rộ. Nhóm đối tượng của chúng tôi đa phần là di căn não ngay từ thời điểm chẩn đoán, nên có cả những trường hợp không có di căn ngoài não. Chúng tôi ghi nhận có 74,2% các bệnh nhân có di căn ngoài não, trong đó thường gặp nhất là di căn xương và màng phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,5% và 18,2%. Tỷ lệ di căn ngoài não trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với của tác giả Tao Jiang (2016) tiến hành trên 1076 bệnh nhân UTP di căn não với tỷ lệ bệnh nhân có cả di căn ngoài não là 75,4%⁸. Vị trí di căn ngoài não thường gặp nhất là xương. Kết quả này cũng phù hợp với các thống kê lớn về ung thư phổi giai đoạn IV².

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $55 \pm 10,6$ tuổi. Hầu hết các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt. Ho kéo dài là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Hội chứng tăng áp lực nội sọ là dấu hiệu thần kinh thường gặp nhất. Đa số bệnh nhân có di căn cả tại não và ngoài não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H. et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA. Cancer J. Clin.* 71, 209–249 (2021).
2. **Tamura, T. et al.** Specific organ metastases and survival in metastatic non-small-cell lung cancer. *Mol. Clin. Oncol.* 3, 217–221 (2015).
3. **Lê Thu Hà, Trần Văn Thuân.** Đáp ứng thuốc Erlotinib trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. *Tạp Chí Học Thực Hành* 993, 53–55 (2016).
4. **Nguyễn Minh Hà, Trần Văn Khánh, Tạ Thành Văn và CS.** Erlotinib bước một trên bệnh nhân

ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR. Tạp Chí Nghiên Cứu Học 91-94 (2014).

- Nghiêm Trần Vương.** Đánh giá kết quả Erlotinib bước 1 trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội (2020).
- Nguyễn Thị Thanh Huyền.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não đột biến EGFR bằng Erlotinib có hoặc không kết

hợp với xạ trị tại não (2018).

- Gridelli, C. & Rossi, A.** EURTAC first-line phase III randomized study in advanced non-small cell lung cancer: Erlotinib works also in European population. J. Thorac. Dis. 4, 219-220 (2012).
- Jiang, T. et al.** EGFR TKIs plus WBRT Demonstrated No Survival Benefit Other Than That of TKIs Alone in Patients with NSCLC and EGFR Mutation and Brain Metastases. J. Thorac. Oncol. 11, 1718-1728 (2016).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM TRÙNG NHIỄM ĐỘC, HOẠI TỬ TOÀN BỘ ĐẠI TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG (ISCHEMIC COLITIS)

Thái Nguyên Hưng¹, Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu mô tả ca lâm sàng hiếm gặp với mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ca lâm sàng hoại tử toàn bộ đại tràng. 2. Đánh giá kết quả chẩn đoán, phẫu thuật và điều trị hoại tử toàn bộ đại tràng, sốc nhiễm trùng nhiễm độc (NTND) không do tắc mạch (ischemic colitis). Kết quả NC: BN nam, 60T, có TS đã mổ ung thư trực tràng cao cách 2 năm. Giải phẫu bệnh AC biệt hóa vừa T4N0M0. Lâm sàng: Đau bụng 3 ngày, ỉa máu đỏ đen, Khám: Bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng khắp bụng, sond dạ dày nhiều dịch đỏ sẫm. Thăm trực tràng: Phân đen đỏ. Xét nghiệm: Hồng cầu (HC): 5,4 T/L; Huyết sắc tố (Hb): 10,1 g/L. Hematocrit (He): 33,9 L/L. Bạch cầu (BC) 11,6 G/L. Tiểu cầu (TC) 268 G/L. Ure 9,6 mmol/L. Creatinin 108 Mmol/L, Glucose: 9,1 mmol/L; GOT 43,6 U/L. CLVT bụng: Các quai ruột và quai ĐT giãn, dịch ổ bụng. XQ bụng: mức nước hơi ĐT. Chẩn đoán sau mổ: Sốc NTND, hoại tử toàn bộ đại tràng. Phẫu thuật: Cắt toàn bộ ĐT, đưa hồi tràng ra làm HMNT. Tổn thương trong mổ: Ổ bụng nhiều dịch đục, ĐT giãn to 6 cm, dày, phù nề, thiếu dưỡng, có điểm hoại tử, ĐT trái hoại tử, không thủng, toàn bộ ĐT hoại tử, không thấy dấu hiệu tắc mạch mạc treo tràng trên và ĐM ĐT trái. Sau mổ BN sốc NTND, suy thận, suy gan, điều trị tại khoa hồi sức tích cực (HSTC), dùng vận mạch, lọc máu. Tiến triển: BN lọc máu chu kỳ tại địa phương. **Kết luận:** Viêm đại tràng thiếu máu, hoại tử là bệnh lý chiếm tỷ lệ 50-60% thiếu máu đường tiêu hóa thường gặp ở đại tràng trái > đại tràng phải với 3 dạng tổn thương chủ yếu là hoại tử ĐT, dày thành ĐT và hẹp lòng đại tràng, các triệu chứng chủ yếu là đau bụng không rõ, ỉa máu. Chụp CLVT (CTA) hay chụp mạch (Angiography) cho kết quả không rõ ràng. Bệnh thường kèm các yếu tố nguy cơ như ĐTD, Cao huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh lý

phình ĐMC, các bệnh lý mạch máu ngoại vi, táo bón, dùng các loại thuốc digoxin, aspirin hay thuốc phiện... Nội soi ĐT chỉ định khi không có dấu hiệu hoại tử ruột. Điều trị nội khoa 80,3%. Mổ cắt ĐT cấp cứu có tỷ lệ TV 39,8% được chỉ định khi hoại tử ruột. CĐ mổ tương đối khi có hẹp ĐT với biểu hiện lâm sàng rõ hoặc điều trị nội không cải thiện. Huyết áp thấp trước mổ là yếu tố có tiên lượng nặng với tỷ lệ TV cao. **Từ khóa:** Hoại tử đại tràng, viêm đại tràng thiếu máu.

SUMMARY

THE RESULT OF DIAGNOSIS, SURGICAL AND MEDICAL MANAGEMENT FOR ISCHEMIC COLITIS AND GANGRENE OF LEFT ANH RIGH COLON IN PATIENT WHO UNDERGONE PROCTECTOMY DUE TO RECTAL CANCER

Aim of study: Evaluation the clinical and paraclinical feature of ischemic colitis (IC) patient, diagnosis and its surgical and medical treatment. **Patient and method:** Restrospective study, case report. **Result:** Male, aged of 60 years old, hospitalization in K hospital due to abdominal pain and hemochezia without fever, vomit. Physical examination: tenderness and rebound tenderness. The rectal examination showed bright and marron stool. Nasogastric tube with marron liquid. Abdominal Xray showed air and liquid level of colon with intraabdominal liquid mesuring 41 mm. Abdominal CTscan revealed dilatation of colon and small bowel with intraabdominal liquid. Leukocystosis of 11,6 G/L Uremia 9,6 mmol/L. Creatininemia 108 Mmol/L, Glucose: 9,1 mmol/L; GOT 43,6 U/L. Peroperation lesion: Thickening and gangrene of ascending colon, transvere colon and descending colon. No evidence of superior mesenteric artery thrombosis and left colon artery thrombosis. Surgical procedure: Total colectomy with ileostomy, post operation was in ICU with multiorgandysfunction syndrome and had hemodialysis twice a week. **Conclusion:** Ischemic colitis is about 50-60% total ischemie of gastrointestinal tract and preponderance in left side. There were 3 types of lesion: Gangrene, thickening wall of colon and

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024