

- through high standards of oral care: A historical control study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014; 30(2): 61-68. doi:10.1016/j.iccn.2013. 08.005.
4. **Nguyễn Thị En** (2018). Tình trạng chăm sóc hô hấp cho NB thông khí nhân tạo xâm nhập và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Luận văn Thạc sĩ Y học.
 5. **Nguyễn Thị Minh** (2022). Thực trạng tuân thủ quy trình vệ sinh răng miệng và các yếu tố liên quan trên NB thở máy. *Tạp chí Y Dược học*, 43.
 6. **Hoàng Thị Hoa** (2010). Khảo sát thực trạng kiến thức chăm sóc CSRM tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Trung Ương. Báo cáo chuyên đề khoa học 2010.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DI CĂN NÃO ĐƯỢC PHẪU THUẬT

Phạm Văn Thái^{1,3}, Bùi Huy Mạnh², Nguyễn Văn Khoa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư di căn não được phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 81 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư di căn não và điều trị phẫu thuật tại Trung tâm phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2021 đến 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Người bệnh có tiền sử ung thư, chỉ số Karnofsky thấp làm tăng nguy cơ tử vong (HR>1) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05). Ở nhóm bệnh nhân được điều trị phối hợp (hóa chất, xạ trị, điều trị đích) kết hợp với phẫu thuật u di căn não có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn so với nhóm BN phẫu thuật đơn thuần (36,1% so với 82,2%; 17,2 ± 1,4 tháng so với 7,5 ± 1,0 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,00). Ở nhóm BN được kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn so với nhóm BN không được kiểm soát u nguyên phát (44,1% so với 75,5%; 14,8±1,5 tháng so với 9,7±1,3). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,006). **Kết luận:** Chỉ số toàn trạng Karnofsky, tiền sử ung thư, phương pháp điều trị (Phẫu thuật đơn thuần hay phối hợp), tình trạng kiểm soát u nguyên phát là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Bệnh nhân có chỉ số Karnofsky thấp, có tiền sử ung thư làm tăng nguy cơ tử vong. Nhóm bệnh nhân có được phẫu thuật u não di căn não kết hợp với điều trị phối hợp, kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn, thời gian sống thêm dài hơn so với nhóm phẫu thuật đơn thuần, không được kiểm soát u nguyên phát. **Từ khóa:** ung thư di căn não, phẫu thuật, yếu tố liên quan

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO TREATMENT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: thaipv2052000@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

OUTCOMES IN PATIENTS WITH BRAIN METASTASES UNDERGOING SURGERY

Objective: To evaluate some factors related to treatment outcomes in patients with brain metastases undergoing surgery. **Subjects and Methods:** This descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with brain metastases and treated with surgery at the Neurosurgery Center, Viet Duc Hospital, from June 2021 to December 2022. **Results:** Patients with a history of cancer and a low Karnofsky performance status index had a higher risk of mortality (HR > 1), with statistically significant differences (p< 0.05). The group of patients receiving combined treatment (chemotherapy, radiotherapy, or targeted therapy) in conjunction with surgery for brain metastases had a lower mortality rate and a longer mean survival time compared to those undergoing surgery alone (36.1% vs. 82.2%; 17.2 ± 1.4 months vs. 7.5 ± 1.0 months). The differences were statistically significant (p= 0.00). Patients with controlled primary tumors had a lower mortality rate and longer mean survival compared to those with uncontrolled primary tumors (44.1% vs. 75.5%; 14.8 ± 1.5 months vs. 9.7 ± 1.3 months). This difference was statistically significant (P = 0.006). **Conclusion:** Karnofsky performance status, history of cancer, treatment modality (surgery alone or in combination), and primary tumor control were factors significantly associated with treatment outcomes (p< 0.05). Patients with a low Karnofsky index and a history of cancer had an increased risk of mortality. Patients who underwent combined treatment, including surgery for brain metastases and primary tumor control, had lower mortality rates and longer survival times compared to those who had surgery alone or did not achieve primary tumor control. **Keywords:** brain metastases, surgery, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U di căn não (UDCN) (Brain metastases) là tổn thương ác tính di căn từ các cơ quan khác tới não (u não thứ phát). Một số nghiên cứu cho thấy UDCN có thể tới 30- 35% các khối u não và có từ 10% đến 26% người bệnh chết là do u di căn não [1],[2]. Phổi, vú và da (u hắc tố ác tính) là những nguồn u nguyên phát phổ biến nhất của di căn não. Ở khoảng 15% các người bệnh,

vị trí u nguyên phát vẫn chưa được biết đến².

Để tăng hiệu quả điều trị UDCN, ngoài điều trị tổn thương di căn tại não, cần kết hợp điều trị u nguyên phát và các tổn thương di căn ngoài não nếu có. Khả năng điều trị tối ưu phụ thuộc vào vị trí khối u, kích thước, số lượng khối u và tình trạng người bệnh. Hiện nay không chế UDCN bằng phẫu thuật, xạ trị và xạ phẫu định vị, phối hợp với điều trị hóa chất, điều trị đích, điều trị miễn dịch được biết đến nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm cho những người bệnh [3]. Nhiều phương pháp dựa trên những ứng dụng của các thành tựu kỹ thuật cao vẫn đang được thử nghiệm với mục tiêu kéo dài thời gian sống, bảo tồn chức năng thần kinh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [4].

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật UDCN được tiến hành thường quy từ cách đây nhiều năm. Tuy nhiên, theo thời gian đã có nhiều tiến bộ về kỹ thuật ngoại khoa, cũng như vai trò của các phương pháp điều trị phối hợp. Chính vì vậy để góp phần đánh giá kết quả điều trị UDCN hiện nay, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư di căn não được phẫu thuật" tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh-Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư di căn não được phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 81 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư di căn não và điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2021 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Chẩn đoán trước mổ là UDCN dựa vào lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh (MRI, CLVT).
- Có chỉ định phẫu thuật: lấy u, sinh thiết u.
- Có kết quả bằng chứng mô bệnh học chẩn đoán UDCN.
- Có thời gian theo dõi ≥ 6 tháng. Thời gian kết thúc theo dõi 30/06/2023.
- Có thông tin và hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Người bệnh từ chối điều trị hoặc từ chối nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Thăm khám, hỏi bệnh, ghi nhận

theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

Bước 3: Tiến hành phẫu thuật

Bước 4: Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian sống thêm sau phẫu thuật ở 2 nhóm

- Nhóm phẫu thuật đơn thuần

- Nhóm điều trị phối hợp: Xạ trị toàn não, xạ phẫu định vị, hóa trị, điều trị miễn dịch, điều trị đích

Bước 5: Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố: lâm sàng, cận lâm sàng với thời gian sống thêm

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

- Dùng test χ^2 để kiểm định so sánh tỉ lệ giữa các biến.

- Dùng test T có ghép cặp (pair-t-test) để so sánh các kết quả trước-sau.

- Dùng mô hình hồi quy đa biến Cox (Cox proportional hazards regression) để phân tích mối quan hệ giữa các yếu tố với nguy tử vong dựa vào tỷ số rủi ro HR (Hazard Ratio). So sánh giữa các nhóm bằng Log-rank test.

- Phân tích sống còn bằng đường cong Kaplan-Meier, bảng sống-Life tables

- Giá trị p được sử dụng và khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả thời gian sống thêm

Mốc thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Còn sống	31	38,3
Dưới 1 tháng	5	6,2
Từ 1-3 tháng	8	9,9
Từ 3-6 tháng	21	25,9
Từ 6-9 tháng	11	13,6
Từ 9-12 tháng	2	2,5
>12 tháng	3	3,7

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung vị của người bệnh là 28 tuần (7 tháng). Ngắn nhất là 2 tuần và lâu nhất là 96 tuần (24 tháng). Tính đến thời điểm 30/06/2023 có 31/81 (38,3%) trường hợp còn sống. Trong số các BN đã tử vong, có 3,7% BN với thời gian sống > 12 tháng.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi, giới, tiền sử với nguy cơ tử vong

Yếu tố	HR	P
Giới tính	0,54	0,09
Tiền sử ung thư	3,01	0,01
Nhóm tuổi 40-49	0,86	0,85
Tuổi 50-60	1,81	0,34
Tuổi >60	1,13	0,84

Nhận xét: Người bệnh có tiền sử ung thư làm tăng nguy cơ tử vong ($HR > 1$) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa nguồn gốc u nguyên phát và nguy cơ tử vong

Nguồn gốc (n)	Số bệnh nhân	HR	P
Phổi	50	0,54	0,13
Vú	2	0,00	0,97
Tiêu hóa	5	1,49	0,48
Niệu dục	2	0,45	0,46
U hắc tố	3	1,43	0,65
Vòm mũi họng	6	0,52	0,28
Tuyến giáp	2	0,41	0,39

Nhận xét: UDCN nguồn gốc phổi, vú, niệu dục, vòm mũi họng và tuyến giáp không phải yếu tố nguy cơ làm tăng tử vong (HR<1). UDCN nguồn gốc tiêu hóa và u hắc tố làm tăng nguy cơ tử vong (HR>1) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

Bảng 4. Môi liên quan giữa số lượng u di căn, kích thước u và phù não với nguy cơ tử vong

Yếu tố	Phân bố	HR	P
Số lượng u	1	1,00	0,46
	2-3	0,57	0,26
	>3	1,20	0,84
Phù não	Không phù	1,00	0,80
	Độ I	1,50	0,52
	Độ II	1,39	0,34
	Độ III	1,04	0,96
Kích thước u	10-30	1,00	0,42

Bảng 7. Thời gian sống thêm theo phương pháp điều trị

Phương pháp	Tổng số	Tử vong	Còn sống	% tử vong	Thời gian sống thêm (tháng)
Phẫu thuật	45	37	8	82,2	7,5 ± 1,0
PT + Điều trị phối hợp	36	13	23	36,1	17,2 ± 1,4

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân được điều trị phối hợp (hóa chất, xạ trị, điều trị đích) kết hợp với phẫu thuật u di căn não có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn so với nhóm BN phẫu thuật đơn thuần (36,1% so với 82,2%; 17,2 ± 1,4 tháng so với 7,5 ± 1,0 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,00).

Bảng 8. Môi liên quan giữa kiểm soát u nguyên phát với nguy cơ tử vong

Kiểm soát u nguyên phát	Tổng	Tử vong	Sống (%)	tử vong	Thời gian sống thêm (tháng)
Không	47	35	12	75,5	9,7±1,3
Có	34	15	19	44,1	14,8±1,5

Nhận xét: Ở nhóm BN được kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn và thời gian sống thêm trung bình dài hơn hẳn so với nhóm BN không được kiểm soát u nguyên phát (44,1% so với 75,5%; 14,8±1,5 tháng so với 9,7±1,3). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0,006)

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên phân tích hồi quy đa biến với các yếu tố về đặc điểm chung của người bệnh, chúng tôi nhận thấy rằng: tuổi càng cao, nguy cơ tử vong càng lớn (HR>1), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P>0,05). Người bệnh có tiền sử ung thư là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong (HR>1), sự khác biệt này

(mm)	31-50	1,15	0,69
	>50	1,67	0,20

Nhận xét: Số lượng u di căn càng lớn, phù não càng nhiều, kích thước u càng lớn nguy cơ tử vong càng cao (HR>1). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

Bảng 5. Môi liên quan giữa điểm Karnofsky trước mổ và nguy cơ tử vong

Karnofsky	Tử vong	Sống	HR	P
KPS <70	28	12	1,00	0,14
70≤KPS≤80	22	17	0,56	0,05
90≤KPS≤100	0	2	0,00	0,02

Nhận xét: Điểm Karnofsky trước mổ càng cao, nguy cơ tử vong càng thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P≤0,05).

Bảng 6. Môi liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với nguy cơ tử vong

Phương pháp phẫu thuật	Số BN	HR	P
Sinh thiết	1	1,00	0,99
Lấy 1 phần	26	4980,00	0,92
Lấy toàn bộ	54	5001,00	0,92

Nhận xét: Phẫu thuật lấy 1 phần, lấy toàn bộ u làm tăng nguy cơ tử vong so với sinh thiết u. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

có ý nghĩa thống kê (P<0,05). Giới tính không phải là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có lẽ mối liên quan này cần xét thêm yếu tố nguồn gốc u nguyên phát cụ thể.

Theo phân tích của chúng tôi, u di căn não nguồn gốc tiêu hóa và u hắc tố là yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong, u nguồn gốc phổi, vú, niệu dục, vòm mũi họng và tuyến giáp không làm tăng nguy cơ tử vong. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian sống thêm trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi đối với ung thư nguồn gốc phổi là 9,5 tháng, đối với nguồn gốc vú và vòm mũi họng là 16 tháng, u hắc tố là 3,5 tháng, tiêu hóa là 5,5 tháng. Theo Vogelbaum MA và cộng sự (2022) tỷ

lệ này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của họ trên 7000 người bệnh (2006-2017), với thời gian sống thêm trung bình của ung thư biểu mô tuyến phổi là 15 tháng, ung thư biểu mô tế bào phổi là 9 tháng, ung thư vú là 16 tháng, ung thư đường tiêu hóa là 8 tháng [5]. Thời gian sống của người bệnh ung thư phổi tế bào nhỏ không được điều trị thường là <3 tháng với xạ trị toàn bộ não được sử dụng như phương pháp điều trị đầu tay ở hầu hết người bệnh ung thư phổi tế bào nhỏ. Để ngăn ngừa sự di căn hệ thần kinh trung ương, chiếu xạ toàn bộ não dự phòng được khuyến cáo ở giai đoạn giới hạn và có thể được xem xét ở giai đoạn lan rộng. Tuy nhiên, độc tính thần kinh gây tổn thương tiềm tàng cho hồi hải mã vẫn là mối lo ngại và khó dự đoán. Điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ di căn não ngày càng tập trung vào việc sử dụng xạ phẫu định vị [6].

Theo Zheng X và cộng sự (2023) thời gian sống sót trung bình của người bệnh mắc ung thư biểu mô tế bào lớn của phổi di căn não là 4 tháng. Tuổi, giai đoạn T, di căn xương và điều trị hóa trị liệu là những yếu tố tiên lượng đối với kết cục của người bệnh ung thư phổi di căn não. Những người bệnh có các yếu tố tiên lượng tốt có thể kéo dài thời gian sống sót cao nhất từ phẫu thuật kết hợp với hóa và xạ trị [7].

Khi phân tích mối tương quan riêng rẽ của thang điểm Karnofsky trước mổ với tử vong sau mổ chúng tôi thấy rằng: Điểm Karnofsky trước mổ càng cao, thời gian sống thêm càng dài và tỷ lệ tử vong càng thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tuy nhiên theo nghiên cứu của Jose MR và cộng sự (2018) khi phân tích khả năng sống sót của người bệnh u di căn não bằng đường cong Kaplan-Meier thấy rằng tuổi, loại mô học, vị trí, Karnofsky, hóa xạ trị không làm thay đổi tỷ lệ sống, ngoại trừ giới tính. Thực tế này có lẽ có thể được giải thích do đặc trưng mang tính hệ thống và lan tỏa của bệnh ung thư [8].

Theo phân tích trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng ổ di căn càng nhiều, đa ổ, kích thước khối u càng lớn nguy cơ tử vong càng cao. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Có thể do số mẫu chưa đủ lớn. Theo nghiên cứu của Jun Shao và cộng sự (2021), số lượng u di căn não là yếu tố tiên lượng cho di căn não, ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sống sót trong quá trình tiến triển của bệnh. Những người bệnh với số lượng di căn não lớn hơn có kết quả lâm sàng bất lợi và thời gian sống thêm hạn chế hơn [9].

Theo phân tích của chúng tôi, lấy một phần

tổn thương, lấy toàn bộ tổn thương đều là yếu tố tăng nguy cơ tử vong nhiều hơn so với sinh thiết chẩn đoán xác định. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trên thế giới, có nhiều ý kiến khác nhau về vai trò của phẫu thuật trong điều trị u di căn não. Trong đó có một số nghiên cứu cho rằng phẫu thuật cắt bỏ có thể không cải thiện được khả năng sống sót trong một số trường hợp [10].

Theo thống kê của chúng tôi, trong 47 người bệnh không được điều trị u nguyên phát, tỷ lệ còn sống chỉ là 12%, Thời gian sống thêm trung bình là $9,7 \pm 1,3$ tháng. Trong khi đó ở nhóm 34 người bệnh được điều trị u nguyên phát, tỷ lệ còn sống là 55,9%, thời gian sống thêm trung bình ở nhóm này là $14,8 \pm 1,5$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P = 0,006$). Hầu hết các tác giả trên thế giới đều nhận định rằng: Kiểm soát u nguyên phát dù trước khi phát hiện UDCN hay sau khi đã phát hiện UDCN đều có ý nghĩa trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống và thời gian sống thêm. Kiểm soát ung thư nguyên phát bằng hóa xạ trị, phẫu thuật, điều trị đích hay điều trị miễn dịch có thể làm giảm nguy cơ di căn não cũng như di căn hệ thống, hơn nữa, việc điều trị ung thư nguyên phát cũng làm giảm các triệu chứng toàn thân gây trở ngại thậm chí nguy hiểm cho người bệnh. Mặt khác, người bệnh UDCN có thời gian sống thêm càng lâu, cơ hội để được điều trị ung thư nguyên phát càng cao với điều kiện về tình trạng toàn thân cho phép và bản chất ung thư nguyên phát phù hợp.

Sự khác biệt này thể hiện rõ ràng trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong 81 người bệnh có 45 người bệnh phẫu thuật đơn thuần và 36 người bệnh được điều trị kết hợp. Thời gian sống thêm trung bình ở nhóm điều trị phẫu thuật đơn thuần là $7,5 \pm 1,0$ tháng, trong khi đó, thời gian sống thêm trung bình của nhóm có điều trị phối hợp sau phẫu thuật là $17,2 \pm 1,4$ tháng. Sự khác biệt này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê. Sự chênh lệch rõ ràng này cho thấy vai trò ngày càng to lớn của các phác đồ điều trị đa mô thức trên người bệnh ung thư có di căn não. Điều trị phối hợp làm tăng khả năng sống sót của người bệnh u di căn não và ngược lại người bệnh có thời gian sống sót càng dài thì cơ hội được điều trị phối hợp lại càng cao.

V. KẾT LUẬN

- Chỉ số toàn trạng Karnofsky, tiền sử ung thư, phương pháp điều trị (Phẫu thuật đơn thuần hay phối hợp), tình trạng kiểm soát u nguyên phát là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Bệnh nhân có chỉ số Karnofsky thấp, có tiền sử ung thư làm tăng nguy cơ tử vong. Nhóm bệnh nhân có được phẫu thuật u não di căn não kết hợp với điều trị phổi hợp, kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn, thời gian sống thêm dài hơn so với nhóm phẫu thuật đơn thuần, không được kiểm soát u nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amsbaugh MJ, Kim CS.** Brain Metastasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed May 17, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470246/>
2. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology** (2024). Central Nervous System Cancers, V3.2024
3. **Nathoo N, Toms SA, Barnett GH, et al** (2004). Metastases to the brain: current management perspectives. *Expert Rev Neurother.* 2004;4(4): 633-640. doi:10.1586/14737175.4.4.633
4. **Eichler AF, Loeffler JS, et al** (2007). Multidisciplinary management of brain metastases. *The Oncologist.* 2007;12(7):884-898. doi:10.1634/theoncologist.12-7-884
5. **Vogelbaum MA, Brown PD, Messersmith H, et al** (2022). Treatment for Brain Metastases: ASCO-SNO-ASTRO Guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2022;40(5):492-516. doi:10.1200/JCO.21.02314
6. **Rittberg R, Banerji S, Kim JO, et al** (2017). Treatment and Prevention of Brain Metastases in Small Cell Lung Cancer. *Am J Clin Oncol.* 2021;44(12): 629-638. doi:10.1097/COC.0000000000000867
7. **Zheng X, Mu S, Wang L, et al** (2023). Factors for incidence risk and prognosis of synchronous brain metastases in pulmonary large cell carcinoma patients: a population-based study. *BMC Pulm Med.* 2023;23(1):12. doi:10.1186/s12890-023-02312-y
8. **Jose MR, Daniella BR, Juliete MD, et al** (2018). Analysis of survival in patients with brain metastases treated surgically: Impact of age, gender, oncologic status, chemotherapy, radiotherapy, number and localization of lesions, and primary cancer site. *Rev Assoc Med Bras.* 2018; 64(8): 717-722. doi:10.1590/1806-9282.64.08.717
9. **Jun S, Jingwei L, Lujia S, Qiuyao H, et al** (2021). The number of brain metastases predicts the survival of non-small cell lung cancer patients with EGFR mutation status. Published online November 12, 2021. doi:10.1002/CNR2.1550
10. **Altat AL, Syed IA, Muhammad SS** (2017). Role of surgery in brain metastases. *J Pak Med Assoc.* 2017; 67(8): 1299-1300.

CĂN NGUYÊN VI SINH GÂY NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THỜI ĐIỂM VÀO TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2023-2024

Nguyễn Văn Linh¹, Đặng Quốc Tuấn¹, Bùi Văn Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh nhân nhập viện do đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) và căn hộ thở máy, tỷ lệ tử vong là 40%.¹ Trong đó 80% số bệnh nhân bị đợt cấp BPTNMT có nguyên nhân từ nhiễm trùng và ít nhất 40-50% là từ nhiễm vi khuẩn. Việc xác định căn nguyên vi sinh giúp lựa chọn kháng sinh ban đầu là rất quan trọng và có ý nghĩa lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định các căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp ở bệnh nhân mắc BPTNMT tại Trung tâm Hồi sức tích cực (HSTC) – Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023-2024. 2. Xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được và kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT có chỉ định sử

dụng kháng sinh tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ 8/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân mắc BPTNMT có chỉ định sử dụng kháng sinh, số bệnh nhân có kết quả cấy dương tính là 60%. Căn nguyên vi khuẩn hay gặp nhất là chủng *A.baumannii* (33,3%) đa kháng và còn nhạy trung gian với Colistin; *K.pneumoniae* (16,7%) còn nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin, Levofloxacin, Fosfomycin và Colistin; *P.aeruginosa* (13,3%) và *E.coli* (10%) còn nhạy với nhiều kháng sinh. Căn nguyên nấm *Aspergillus fumigatus* (20%) nhạy với Voriconazole. **Kết luận:** Căn nguyên vi khuẩn chiếm 48% nguyên nhân đợt cấp BPTNMT tại thời điểm vào trung tâm HSTC, các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn gram âm gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy. Đứng đầu là *A.baumannii* (33,3%), sau đó là *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* và *E.coli*. Đợt cấp BPTNMT có nguy cơ cao nhiễm nấm *Aspergillus*. **Từ khóa:** nhiễm trùng hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hồi sức tích cực.

SUMMARY

BACTERIAL ETIOLOGY OF RESPIRATORY INFECTIONS IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Tuấn

Email: dangquoctuan.hstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024