

nôn", "đau", "mất ngủ" và " chán ăn" [2]. Như vậy, các triệu chứng này làm giảm CLCS của bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật, góp phần vào giảm "CLCS chung" của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh bao gồm "trào ngược", "lo lắng" và "hạn chế ăn uống". Điều này cũng tương đồng với kết quả của Kong, ghi nhận các triệu chứng nổi bật là "khó nuốt", "trào ngược", "hạn chế ăn uống" và "khô miệng" [7,8].

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày ít nhất 3 năm do ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung tương đối thấp, nhưng chất lượng cuộc sống về các khía cạnh chức năng ở mức tương đối tốt.

Các yếu tố gây giảm chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân bao gồm mệt mỏi, buồn nôn và nôn, đau, khó nuốt, khô miệng, khó thở, mất ngủ, khó khăn về tài chính. Các yếu tố cần được quan tâm để cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư.

VI. CAM ĐOAN

Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật về thông tin của các đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Duy Long.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III.

- L luận án tiến sĩ y học. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh; 2017
2. **Avery K, Hughes R, McNair A, Alderson D, Barham P, Blazeby J.** Healthrelated quality of life and survival in the 2 years after surgery for gastric cancer. *Eur J Surg Oncol.* Feb 2010;36(2): 148-54. doi:10.1016/j.ejso. 2009.09.008
 3. **Kobayashi D, Kodera Y, Fujiwara M, Koike M, Nakayama G, Nakao A.** Assessment of quality of life after gastrectomy using EORTC QLQ-C30 and STO22. *World J Surg.* Feb 2011; 35(2): 357-64. doi: 10.1007/s00268-010-0860-2
 4. **Karanicolas PJ, Graham D, Gönen M, Strong VE, Brennan MF, Coit DG.** Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: a prospective cohort study. *Ann Surg.* Jun 2013;257(6):1039-1046. doi:10.1097/SLA.0b013e31828c4a19
 5. **Brenkman HJF, Tegels JJW, Ruurda JP, et al.** Factors influencing healthrelated quality of life after gastrectomy for cancer. *Gastric Cancer.* May 2018; 21(3): 524-532. doi: 10.1007/s10120-017-0771-0
 6. **Misawa K, Fujiwara M, Ando M, et al.** Long-term quality of life after laparoscopic distal gastrectomy for early gastric cancer: results of a prospective multi-institutional comparative trial. *Gastric Cancer.* Apr 2015;18(2):417-25. doi:10.1007/s10120-014-0374-y
 7. **Kong H, Kwon OK, Yu W.** Changes of quality of life after gastric cancer surgery. *J Gastric Cancer.* Sep 2012;12(3): 194-200. doi: 10.5230/ jgc.2012. 12.3.194
 8. **Kim AR, Cho J, Hsu YJ, et al.** Changes of quality of life in gastric cancer patients after curative resection: a longitudinal cohort study in Korea. *Ann Surg.* Dec 2012;256(6):1008-13. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827661c9

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ CÓ ĐỘT BIẾN GEN EGFR HOẶC ALK DI CĂN NÃO BẰNG XẠ PHẪU GAMMA KNIFE KẾT HỢP TKIS THẾ HỆ 1 TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Hồng Phúc¹, Nguyễn Đức Liên¹,
Phan Thanh Dương¹, Nguyễn Minh Thuận¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi là một trong những bệnh ác tính hay gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới. Trong những bệnh nhân UTP KTBN, bệnh nhân di căn não có tỷ lệ đột biến gen EGFR cao hơn so với bệnh nhân không có di căn não và ngược lại, trong những BN UTP KTBN có đột biến

gen, tỷ lệ di căn não (70%) vượt trội tỷ lệ di căn não trong nhóm không có đột biến gen EGFR. Trước đây, di căn não được biết đến là yếu tố tiên lượng xấu, tuy nhiên với sự tiến bộ của y học, đặc biệt là sự ra đời của thuốc điều trị đích và xạ phẫu đã cải thiện đáng kể kết quả điều trị bao gồm cả sống thêm và kiểm soát triệu chứng. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK di căn não bằng xạ phẫu Gamma Knife kết hợp TKIs thế hệ 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả trên 44 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK di căn não từ tháng 7/2019 đến 6/2023. Bệnh nhân được lựa chọn di căn não từ 1 – 10 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ ≤ 3 cm, chỉ số toàn trạng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Phúc

Email: bstamly2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

Karnofsky \geq 60, có đột biến EGFR hoặc ALK, điều trị TKIs thế hệ 1 pha đầu. Bệnh nhân được xạ phẫu bằng máy Gamma Knife thế hệ Icon với liều chỉ định 20 – 24 Gy với khối u < 2cm, 18 – 20 Gy với khối u 2 – 3 cm. Bệnh nhân điều trị TKIs thế hệ 1 (erlotinib hoặc gefitinib hoặc crizotinib) 1 viên/ngày. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng triệu chứng lâm sàng và hình ảnh theo tiêu chuẩn RANO mỗi 6 tháng, và kết quả sống thêm. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại não tại 12 tháng là 94,8%, 24 tháng là 51,7%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại 12 tháng là 83,9%, 24 tháng là 58,6%, 3 năm là 39,1%, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 28 tháng \pm 3,3 tháng. **Kết luận:** Xạ phẫu Gamma Knife kết hợp TKIs thế hệ 1 là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với tổn thương di căn não của ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK. **Từ khóa:** xạ phẫu, di căn não, ung thư phổi không tế bào nhỏ, đột biến gen EGFR, ALK, TKIs

SUMMARY

GAMMA KNIFE STEREOTACTIC RADIOSURGERY COMBINED WITH TARGETED THERAPY FOR BRAIN METASTASES IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH EGFR GENE MUTATIONS

Lung cancer is one of the most common malignancies and the leading cause of death from cancer in the world. In patients with NSCLC, patients with brain metastases have a higher rate of EGFR gene mutations than others, and the infrequency of brain metastasis of NSCLC with genetic mutations outperformed the group without mutations. In the past, brain metastasis was known to be a poor prognostic factor, but with the advancement of medicine, especially the introduction of targeted therapy and radiosurgery, outcomes have been significantly improved, including survival and symptom control. Our study aims to evaluate the outcome of Gamma Knife radiosurgery combined first-generation TKIs for brain metastasis of non-small cell lung cancer with EGFR or ALK gene mutations. **Methods:** We analyzed 44 patients with brain metastatic non-small cell lung cancer with EGFR gene mutations from July 2019 to June 2023. Selected patients have brain metastases from 1 to 10 tumors, size \leq 3cm, KPS score \geq 60, EGFR or ALK gene mutation, first-generation TKI treatment. Patients were treated by stereotactic radiosurgery using Leksell Gamma Knife ICON unit (Elekta AB) with dose of 20 – 24, 18 – 20Gy for lesions measuring < 2, 2.1 – 3 cm, respectively. Patients take 1st generation TKIs (erlotinib or gefitinib or crizotinib) 1 tablet per day. Patients were assessed for clinical symptoms and imaging response according to RANO criteria every 6 months and survival outcomes. **Results:** In our study, cerebral progression-free survival rate at 12 months was 94,8%, 24 months was 51,7%. Overall survival rate at 12 months was 83,9%, 24 months was 58,6%, 36months was 39,1%, overall survival time was 28 \pm 3,3 months. **Conclusion:** Combination Gamma Knife radiosurgery with first-generation TKIs is an effective treatment for brain metastasis of non-small cell lung

cancer with EGFR or ALK gene mutations. **Keywords:** radiosurgery, brain metastases, non-small cell lung cancer, EGFR, ALK gene mutations, TKIs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ác tính hay gặp nhất và là nguyên nhân tử vong do ung thư hàng đầu trên thế giới. Theo thống kê của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC), năm 2020, trên thế giới có khoảng 2,2 triệu người mới mắc và 1,79 triệu trường hợp tử vong, và tại Việt Nam, số liệu này tương ứng là 26,26 nghìn người mới mắc và 23,79 nghìn tử vong¹. Đặc điểm của ung thư phổi tiến triển là thường di căn não, trong đó khoảng 10% bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được chẩn đoán giai đoạn tiến triển có di căn não². Trong những bệnh nhân UTP KTBN, bệnh nhân di căn não có tỷ lệ độ biến gen EGFR cao hơn so với bệnh nhân không có di căn não và ngược lại, trong những BN UTP KTBN có đột biến gen, tỷ lệ di căn não (70%) vượt trội tỷ lệ di căn não trong nhóm không có đột biến gen EGFR³. Trước đây, di căn não 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. Tuy nhiên với sự tiến bộ của y học, đặc biệt là sự ra đời của thuốc điều trị đích đối với nhóm bệnh nhân có đột biến gen, cùng với sự phát triển của các liệu pháp điều trị tại chỗ tại vùng, đáng kể là xạ phẫu đã cải thiện đáng kể kết quả điều trị bao gồm cả sống thêm và kiểm soát triệu chứng. Tại bệnh viện K, chiến lược kết hợp giữa xạ phẫu và điều trị đích cũng đang được áp dụng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK di căn não.

2. Đánh giá kết quả điều trị di căn não của ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK bằng xạ phẫu Gamma Knife kết hợp TKIs thế hệ 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não
- Số ổ di căn não 1 – 10 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ \leq 3cm.
- Có đột biến gen EGFR hoặc ALK
- Chỉ số toàn trạng Karnofsky \geq 60
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được xạ toàn não trước đó.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy khối u não di căn.
- Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm theo hoặc bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 06 năm 2023
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả

2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu. chúng tôi đã thu thập được 44 bệnh nhân.

2.2.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.
- Bệnh nhân được điều trị xạ phẫu bằng hệ thống máy xạ phẫu Leksell Gamma Knife ICON (Elekta AB, Thụy Điển). Liệu điều trị: dựa theo nghiên cứu RTOG 90-05 tùy theo số lượng, vị trí, kích thước u

- < 2 cm: 20 – 24 Gy
- 2 – 3 cm: 18 – 20 Gy

- Bệnh nhân điều trị thuốc đích
- + Đối với bệnh nhân có đột biến gen EGFR Erlotinib (Tarceva) 150 mg x 01 viên/ngày Hoặc Gefitinib (Bigeninib, Irressa) 250mg x 01 viên/ngày
- + Đối với bệnh nhân có đột biến gen ALK Crizotinib (Crizonix) 250mg x 01 viên/ngày.
- Bệnh nhân được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng.

2.2.4. Các chỉ số đánh giá

- Đáp ứng tại u: dựa theo tiêu chuẩn RANO (Response Assessment in Neuro-Oncology).
- + Đáp ứng hoàn toàn: các tổn thương biến mất, không cần sử dụng corticosteroid, tổn thương không phải đích biến mất + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện.
- + Đáp ứng một phần: giảm \geq 30% tổng kích thước của các tổn thương đích + các tổn thương không phải đích không tiến triển + sử dụng corticosteroid giữ nguyên hoặc giảm + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện
- + Bệnh ổn định: tổn thương đích giảm dưới 30% hoặc tăng không quá 20% tổn kích thước + tổn thương không đích không tiến triển + sử dụng corticosteroid giữ nguyên hoặc giảm + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện.
- + Bệnh tiến triển: có một trong các yếu tố sau:

tăng \geq 20% tổng kích thước các tổn thương đích, tổn thương không phải đích tiến triển, xuất hiện tổn thương mới, tình trạng lâm sàng xấu hơn.

- Đánh giá thời gian sống thêm: theo phương pháp Kaplan – Meier bao gồm: sống thêm toàn bộ, sống thêm không tiến triển tại não.

- + Xác định các mốc thời gian
- Ngày bắt đầu xạ phẫu Gamma Knife
- Ngày xuất hiện bệnh tiến triển khi đánh giá đáp ứng khách quan.

- Ngày bệnh nhân tử vong
- Ngày có thông tin cuối cùng
- Ngày kết thúc nghiên cứu
- + Sống thêm toàn bộ: Là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu điều trị đến thời điểm theo dõi có thông tin cuối cùng hoặc bệnh nhân tử vong.

+ Sống thêm không tiến triển tại não: Là khoảng thời gian tính từ khi bắt đầu điều trị đến khi tổn thương di căn não tiến triển (tăng kích thước, xuất hiện tổn thương mới).

2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Mô tả: Trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.
- So sánh các tỷ lệ: Sử dụng test χ^2 .
- Các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Biến số	Kết quả
Tổng số bệnh nhân	44
Tuổi	
Trung bình	55,3 ± 11,2
Dao động	25 – 71
Giới	
Nam	21 (47,7 %)
Nữ	23 (52,3 %)
Triệu chứng thần kinh	
Có	35 (79,5 %)
Không	9 (20,5 %)
Chỉ số Karnofsky	
\geq 90	29 (65,9%)
\leq 80	15 (34,1%)
Tình trạng đột biến gen	
EGFR (+)	35 (79,5%)
ALK (+)	9 (20,5%)
Số ổ di căn não	
1 ổ	13 (29,5 %)
2 – 5 ổ	23 (52,3%)
6 – 10 ổ	8 (18,2 %)

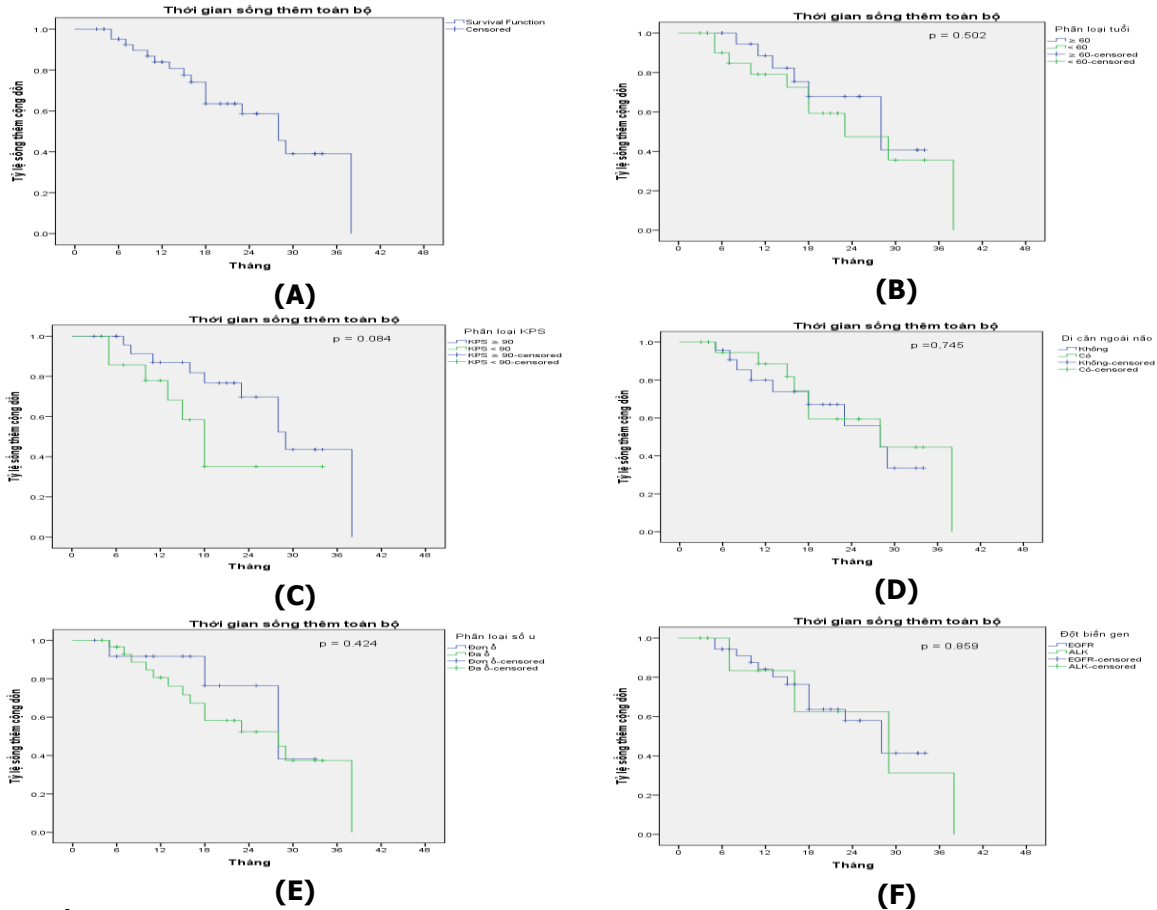
Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 55,3 ± 11,2. Tỷ lệ nam / nữ là 0,913. 35

(79,5%) bệnh nhân có triệu chứng thần kinh. 29 (65,9%) bệnh nhân có chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 90 ; 35 (79,5%) có đột biến gen EGFR và 9 (20,5%) có đột biến gen ALK; 29,5%

di căn não 1 ổ.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Sống thêm toàn bộ

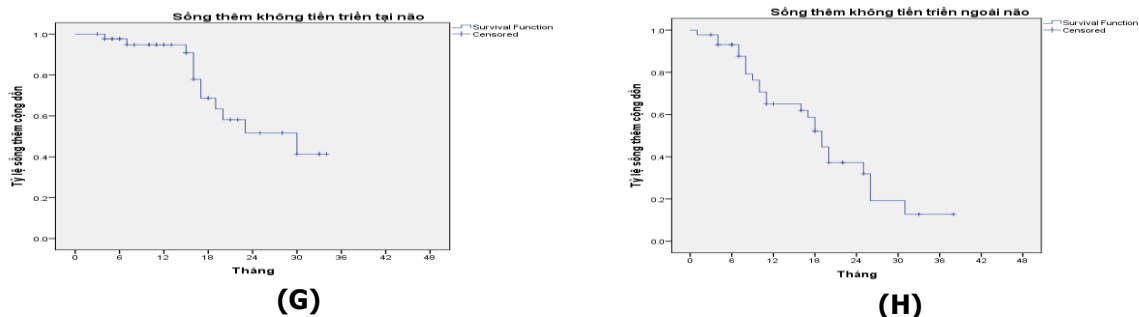


Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (A) và một số yếu tố liên quan: (B). Liên quan theo tuổi. (C). Liên quan theo KPS. (D). Liên quan theo tình trạng di căn ngoài não. (E). Liên quan theo số ổ di căn não. (F). Liên quan theo tình trạng đột biến gen

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là $28 \pm 3,3$ tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng là 83,9%; 24 tháng là 58,6%; 36 tháng là 39,1%. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời

gian sống thêm toàn bộ với các yếu tố: tuổi, tình trạng KPS, tình trạng di căn ngoài não, số ổ di căn não và tình trạng đột biến gen.

3.2.2. Sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 2. Sống thêm không tiến triển: (G) Tại não. (H). Ngoài não.

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển tại não trung vị là $25,2 \pm 1,8$ tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm không tiến triển tại não tại thời điểm 12 tháng là 94,8%; 24 tháng là 51,7%. Thời gian sống thêm không tiến triển ngoài não trung vị là $19 \pm 1,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm không tiến triển ngoài não tại thời điểm 12 tháng là 65%; 24 tháng là 37,2%.

IV. BÀN LUẬN

Các chiến lược chính điều trị di căn não bao gồm phẫu thuật, xạ toàn não và xạ phẫu, đơn thuần hoặc kết hợp. Cho đến nay, chiến lược điều trị nào là tối ưu còn nhiều tranh cãi. Kể từ khi TKIs thế hệ đầu tiên ra đời, di căn não của ung thư phổi đã trở thành trọng tâm của các nghiên cứu về chiến lược điều trị. Không thể phủ nhận rằng, TKIs có những ưu điểm về trọng lượng phân tử thấp, tỷ lệ lipid/nước và độ thẩm thấu tốt, đã đạt được các kết quả đáng kể trong điều trị di căn não khi so sánh với các phương pháp điều trị truyền thống. Một số tác giả đề xuất rằng TKIs có thể được sử dụng như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn đối với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR di căn não không có triệu chứng, sau đó xạ trị khi có triệu chứng hoặc khi bệnh tiến triển. Trái ngược lại, một số tác giả ủng hộ rằng sự kết hợp sớm của các liệu pháp điều trị tại chỗ bao gồm xạ trị giúp làm tăng khả năng kiểm soát tại chỗ, giảm các triệu chứng tại chỗ và tăng chiều sâu của điều trị toàn thân, do đó kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân⁴. Một trong những vấn đề lo ngại trong các nghiên cứu của các tác giả đó chính là tác dụng không mong muốn của xạ trị làm tăng đáng kể nguy cơ suy giảm nhận thức của bệnh nhân, tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu trước đây bệnh nhân được tia xạ toàn não. Xạ phẫu kết hợp với TKIs đang mang lại một chiến lược điều trị đầy triển vọng, vừa giúp tăng khả năng kiểm soát tại chỗ, vừa cải thiện thời gian sống thêm và giảm thiểu tác dụng không mong muốn. Nghiên cứu hồi cứu của Yomo và cộng sự năm 2018 trên 133 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến có đột biến EGFR di căn não điều trị xạ phẫu Gamma Knife theo sau bởi TKIs. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại 1 năm và 2 năm là 74 và 52%, thời gian sống thêm trung vị là 24,8 tháng. Kết quả này tốt hơn đáng kể các nghiên cứu trước đây và cho thấy thời gian sống thêm của bệnh nhân di căn não tăng từ 7 tháng ở giai đoạn năm 1985 đến 2005 lên 12 tháng trong giai đoạn 2006 và 2014⁵. Nghiên cứu của Oda cho thấy tỷ lệ tái phát di

căn xạ tại não tại thời điểm 1 năm và 2 năm là 34% và 53%, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại 1 năm và 2 năm là 97% và 95%⁵. Magnuson và cộng sự phân tích nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên 351 bệnh nhân UTP KTBN đột biến EGFR di căn não điều trị xạ phẫu theo sau bởi TKIs, xạ toàn não theo sau bởi TKIs, hoặc TKIs theo sau bởi xạ phẫu hoặc xạ toàn não tại thời điểm tiến triển. Kết quả cho thấy rằng thời gian sống thêm toàn bộ tốt nhất ở nhóm điều trị xạ phẫu theo sau bởi TKIs so với các nhóm còn lại. Xạ phẫu theo sau bởi TKIs có thời gian sống thêm dài nhất với trung vị 44 tháng, trong khi tránh được ảnh hưởng giảm nhận thức liên quan với xạ toàn não⁶. Một nghiên cứu khác của Dohm trên 174 bệnh nhân UTP KTBN di căn não điều trị xạ phẫu trong vòng 3 tháng của liệu pháp toàn thân nhận thấy rằng kiểm soát tại chỗ cải thiện đáng kể với nhóm điều trị TKIs so với hóa chất thường quy (HR = 0,4; 95% CI: 0,25 – 0,76; p = 0,04) và với nhóm nhận xạ phẫu trước liệu pháp toàn thân (HR = 0,6; 95% CI: 0,3 – 0,9, p = 0,03). Kiểm soát tại chỗ cải thiện đáng kể khi bệnh nhân điều trị xạ phẫu trước (HR = 0,4; 95% CI: 0,2 – 0,9, p = 0,03) hoặc đồng thời (HR = 0,3; 95% CI: 0,1 – 0,6; p = 0,003) với liệu pháp toàn thân⁷. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo khác về kiểm soát di căn xạ tại não được cải thiện khi điều trị xạ phẫu trong hoặc trước liệu pháp đích. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại não tại thời điểm 12 tháng là 94,8%, 24 tháng là 51,7%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm là 83,9%, 2 năm là 58,6%, 3 năm là 39,1%, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 28 tháng.

V. KẾT LUẬN

Xạ phẫu Gamma Knife kết hợp TKIs là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR hoặc ALK di căn não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GOLOBOCAN** (2020). Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site.
2. **Barnholtz-Sloan JS, Sloan AE, Davis FG, Vignea FD, Lai P, Sawaya RE.** Incidence proportions of brain metastases in patients diagnosed (1973 to 2001) in the Metropolitan Detroit Cancer Surveillance System. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Jul 15 2004;22(14): 2865-72. doi:10.1200/JCO.2004.12.149
3. **Ge M, Zhuang Y, Zhou X, Huang R, Liang X, Zhan Q.** High probability and frequency of EGFR mutations in non-small cell lung cancer with brain metastases. *Journal of neuro-oncology*. Nov 2017;

- 135(2): 413-418. doi:10.1007/s11060-017-2590-x
4. **Zhuang H, Shi S, Chang JY.** Treatment modes for EGFR mutations in patients with brain metastases from non-small cell lung cancer: controversy, causes, and solutions. *Translational lung cancer research.* Aug 2019;8(4):524-531. doi:10.21037/tlcr.2019.07.03
 5. **Yomo S, Oda K.** Impacts of EGFR-mutation status and EGFR-TKI on the efficacy of stereotactic radiosurgery for brain metastases from non-small cell lung adenocarcinoma: A retrospective analysis of 133 consecutive patients. *Lung cancer.* May 2018; 119:1 20-126. doi: 10.1016/j.lungcan.2018.03.013
 6. **Magnuson WJ, Lester-Coll NH, Wu AJ, et al.** Management of Brain Metastases in Tyrosine Kinase Inhibitor-Naive Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Multi-Institutional Analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* Apr 1 2017;35(10):1070-1077. doi:10.1200/JCO.2016.69.7144
 7. **AE D, J T, MN M, et al.** Clinical Outcomes of Non-Small Cell Lung Cancer Brain Metastases Treated With Stereotactic Radiosurgery and Immune Checkpoint Inhibitors, EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors, Chemotherapy and Immune Checkpoint Inhibitors, or Chemotherapy Alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2021; 111(3, Supplement): 567.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH HAI BÊN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà^{1,2}, Đậu Xuân Yên¹, Nguyễn Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Bệnh lý thoát vị bẹn thì có các phương pháp phẫu thuật như: mổ mở, mổ nội soi đơn thuần, mổ nội soi kết hợp đặt lưới nhân tạo. Từ khi PTNS ra đời và ứng dụng tấm nhân tạo trong điều trị thoát vị bẹn, đã có những thay đổi trong thập kỷ qua về điều trị thoát vị bẹn. PTNS đặt tấm lưới nhân tạo đường xuyên phúc mạc TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) là một kỹ thuật điều trị hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân trong điều trị TVB và phương pháp này cũng có đường cong huấn luyện ngắn nên được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 35 bệnh nhân TVB hai bên được phẫu thuật TAPP tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2018 đến 10/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 66,5 ± 14,18 tuổi. Nam chiếm 97%. 80% có yếu tố nguy cơ như phẫu thuật vùng bụng, bệnh hô hấp mạn tính và u phì đại tiền liệt tuyến. Thời gian phẫu thuật TB 1 giờ 48 phút ± 31,8 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 2,7 ± 1,8 ngày. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 77,4% trường hợp tốt. Sau 1 tháng 93,1% trường hợp tốt, không có trường hợp nào tái phát. **Kết luận:** TAPP là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** thoát vị bẹn hai bên, TAPP, nội soi, tấm lưới nhân tạo

SUMMARY

OUTCOMES OF TREATMENT OF BINARY INTERIOR HERNIA BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

Inguinal hernia surgery is a common surgery in surgery. Since the advent of laparoscopic surgery and the application of artificial plates in the treatment of inguinal hernia, there have been changes in the past decade in the treatment of inguinal hernia. Laparoscopic surgery to place transperitoneal artificial panels TAPP (Trans-Abdominal Pre-Peritoneal) is an effective and safe treatment technique for patients in treating inguinal hernia and this method also has a training curve. Short training should be chosen by many surgeons. **Materials:** Retrospective, cross-sectional study of 35 patients with bilateral inguinal hernias undergoing TAPP surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to October 2023. **Results:** Mean age 66.5 ± 14.18 years. Men account for 97%. 80% have risk factors such as abdominal surgery, chronic respiratory disease and prostate enlargement. Average surgery time is 1 hour 48 minutes ± 31.8 minutes. The average postoperative hospital stay was 2.7 ± 1.8 days. Evaluation of early results after surgery was good in 77.4% of cases. After 1 month, 93.1% of cases were good, with no recurrence. **Conclusion:** TAPP is a safe and effective surgery that can be widely applied in glands. **Keywords:** Inguinal hernia repair, pre-peritoneal (TAPP), synthetic mesh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các phẫu thuật tái tạo thành bụng để điều trị TVB sử dụng mô tự thân là phương pháp phổ biến rộng rãi đầu tiên. Tuy nhiên, các loại PT sử dụng mô tự thân này có các nhược điểm liên quan đến căng đường khâu đối với khối thoát vị to, bệnh nhân có thành bụng yếu, bệnh nhân bị TVB 2 bên. Vì thế, người ta sử dụng tấm lưới nhân tạo để tăng cường sự vững chắc thành sau ống bẹn vào điều trị TVB¹. Ngày nay, PTNS điều