

steroid lặp đi lặp lại tại phòng khám ngoại trú đã mang lại kết quả tốt hơn so với nội soi ống tuyến đơn độc trong điều trị viêm tuyến nước bọt không rõ nguyên nhân tái phát [7]. Cùng một loại kết quả sơ bộ đã được tìm thấy trong một nghiên cứu trên 22 bệnh nhân mắc hội chứng Sjögren và sưng các tuyến nước bọt chính [5]. Sử dụng Steroid trong ống tuyến cũng được đánh giá và nhận thấy có hiệu quả ở những bệnh nhân bị viêm tuyến mang tai tái phát ở tuổi vị thành niên được điều trị bằng truyền dịch hydrocortisone qua ống thông được đặt trong ống tuyến mang tai [3], và trong một nghiên cứu về tuyến nước bọt bị ảnh hưởng bởi bệnh tự miễn được điều trị bằng nội soi ống tuyến và tiêm hydrocortisone trong ống tuyến [2]. Delagnes và cộng sự (2016) quan sát thấy rằng việc sử dụng triamcinolone bơm rửa đồng thời với nội soi ống tuyến có liên quan đến việc giải quyết triệu chứng tốt hơn ở những bệnh nhân bị viêm tuyến nước bọt mà không có sỏi nước bọt [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính bằng bơm rửa hệ thống ống tuyến, có kết hợp với các chất chống viêm, kháng khuẩn có hiệu quả cao, với kết quả cải thiện chỉ số VAS rõ rệt so với trước điều trị và tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antoniades D, Harrison JD, Papanayotou P, et al.** Treatment of chronic sialadenitis by intraductal

- penicillin or saline. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(4):431-4. doi: 10.1016/j.joms.2003.07.007
2. **Shacham R, Puterman MB, Ohana N, et al.** Endoscopic treatment of salivary glands affected by autoimmune diseases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(2):476-481. doi: 10.1016/j.joms.2010.10.002
3. **Roby BB, Mattingly J, Jensen EL, et al.** Treatment of juvenile recurrent parotitis of childhood: an analysis of effectiveness. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141(2):126-9. doi: 10.1001/jamaoto.2014.3036
4. **Johanna Jokela, Aaro Haapaniemi, Antti Mäkitie, Riitta Saarinen.** Sialendoscopy in treatment of adult chronic recurrent parotitis without sialolithiasis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2018; 275 (3):775-781. doi: 10.1007/s00405-017-4854-7
5. **Capaccio P, Canzi P, Torretta S, et al.** Combined interventional sialendoscopy and intraductal steroid therapy for recurrent sialadenitis in Sjogren's syndrome: results of a pilot monocentric trial. *Clin Otolaryngol.* 2018;43(1):96-102. doi: 10.1111/coa.12911
6. **Baurmash HD.** Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62(8):1010-1018. doi: 10.1016/j.joms.2003.08.041
7. **Capaccio P, Torretta S, Di Pasquale D, Rossi V, Pignataro L.** The role of interventional sialendoscopy and intraductal steroid therapy in patients with recurrent sine causa sialadenitis: a prospective cross-sectional study. *Clin Otolaryngol.* 2017;42(1):148-155. doi: 10.1111/coa.12681
8. **Delagnes EA, Aubin-Pouliot A, Zheng M, et al.** Sialadenitis without sialolithiasis: prospective outcomes after sialendoscopy-assisted salivary duct surgery. *Laryngoscope.* 2017;127(5):1073-1079. doi: 10.1002/lary.26308

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC SARCOM XƯƠNG NGUYÊN PHÁT THEO PHÂN LOẠI CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI (WHO) NĂM 2013 VÀ TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN VỚI TIÊN LƯỢNG BỆNH

Phạm Thị Hân¹, Tạ Văn Tò^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại mô bệnh học sarcom xương nguyên phát và tìm hiểu mối liên quan với tiên lượng bệnh trên các bệnh nhân sarcom xương tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán sarcom xương và điều trị tại bệnh viện K.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hân

Email: phamthihan.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021

Kết quả: Trong 123 trường hợp, các tít mô bệnh học độ cao chiếm chủ yếu với 98,37% số ca. Trong số đó, dưới tít nguyên bào xương chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,47%. Tiếp đến là tít nguyên bào xơ, nguyên bào sụn và các tít mô học độ cao khác. Các tít mô học độ thấp chỉ chiếm 1,63%. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xác suất sống sót chung sau 5 năm là 41,7% (95%CI = 0,33 - 0,54). Phân tít mô bệnh học không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với xác suất sống sót ($p > 0,05$).

Từ khóa: Sarcom xương nguyên phát, tít mô bệnh học, xác suất sống sót.

SUMMARY

CLASSIFYING PRIMARY OSTEOSARCOMAS ACCORDING TO 2013 WORLD HEALTH

ORGANISATION'S CLASSIFICATION OF TUMOURS OF SOFT TISSUE AND BONE AND EVALUATING RELATIONSHIPS WITH SURVIVAL PROBABILITY

Objectives: Classifying primary osteosarcomas according to the 2013 World Health Organisation classification of tumours of soft tissue and bone and evaluating relationships with survival probability.

Subjects and methods: A retrospective and prospective study was performed in 123 patients with primary osteosarcoma and treated in K hospital.

Results: 123 patients with primary osteosarcomas: high-grade subtypes were prominent with the percentage of 98.37% of all. In this group, osteoblastic osteosarcoma was highest with 54.47%. Following by chondroblastic osteosarcoma, fibroblastic osteosarcoma. Low grade osteosarcoma confined to 1.63% ($p < 0,05$). 5 year survival rate was 41,7% (95%CI = 0,33 – 0,54). The relationship between histologic subtypes and survival rates was not statistical significant ($p > 0,05$).

Keywords: Primary osteosarcoma, histology subtypes, survival rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện đang là một vấn đề thời sự, không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Theo ghi nhận ung thư toàn cầu, số ca ung thư mới mắc hiện đang tăng nhanh ở cả hai giới. Tần suất mới mắc trung bình ở nữ năm 2018 là 182,6/100 000 dân, cao hơn năm 2012 là hơn 35% (so với 134,9/100 000 dân) và cao hơn gần gấp đôi so với số lượng thống kê năm 2000 (101,6/100 000 dân). Ở nam giới, tình trạng bệnh cũng tương tự. Số lượng mới mắc thống kê được năm 2018 là 218.6/100 000 dân so với năm 2012 là 181,3/100 000 và so với 141,6/100 000 trong năm 2000. Trong số này, các sarcom xương không phải là những ung thư hay gặp, chỉ chiếm 0,2% số trường hợp ung thư [1]. Tuy vậy, sarcom xương lại là ung thư phổ biến thứ 3 ở tuổi vị thành niên và chiếm khoảng 56% các u xương [2].

Số lượng bệnh nhân sarcom xương sống sót tăng đáng kể trong vòng 30 năm trở lại đây, phần lớn do những tiến bộ trong hóa trị liệu. Trước kỷ nguyên của liệu pháp hóa trị, 80 - 90% bệnh nhân sarcom xương có di căn và chết do bệnh mặc dù đã phẫu thuật kiểm soát tốt tổn thương tại chỗ. Tuy nhiên, trong liệu pháp điều trị đa mô thức, phẫu thuật vẫn giữ vai trò trung tâm. Các sarcom xương độ thấp như sarcom xương tủy cận vỏ không dùng hóa trị một cách thường quy do u ít có nguy cơ di căn xa. Bằng

liệu pháp điều trị hiện đại ngày nay, khoảng 2/3 bệnh nhân sarcom xương ở chi không di căn tại thời điểm chẩn đoán có thời gian sống thêm dài. Khoảng 50% bệnh nhân có di căn giới hạn ở phổi có thể chữa khỏi bệnh. Thời gian sống thêm không tái phát dài có thể lên đến 25% trên tổng số đối với những bệnh nhân sarcom xương di căn [3].

Để xem xét phân bố các loại sarcom xương cũng như mối liên quan giữa các típ mô bệnh học với khả năng sống còn sau điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: (1) *Phân loại mô bệnh học sarcom xương nguyên phát theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2013*; (2) *Đánh giá mối liên quan giữa mô bệnh học và tiên lượng bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 123 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là sarcom xương nguyên phát tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến 12/2018

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Khai thác hồ sơ, bệnh án; đọc và phân loại các bệnh phẩm theo phân loại về u mô mềm và xương của WHO năm 2013; Phân loại giai đoạn theo Enneking 1983. Tất cả các ca bệnh trong nghiên cứu đều lấy lại phim để đọc. Trước tiên là phim XQ, kết hợp thêm phim CT và MRI. Những ca không tìm thấy phim XQ sẽ dùng hình ảnh của CT và MRI kết hợp. Chúng tôi ghi lại thông tin điều trị của bệnh nhân và tình trạng sống còn tại thời điểm tính đến tháng 12 năm 2020.

Tiếp đến, chúng tôi phân tích tỉ lệ sống còn của bệnh nhân. Phân tích đơn biến và đa biến nhằm tìm mối liên quan giữa xác suất sống sót với các biến số, từ đó làm rõ mối liên quan giữa xác suất sống sót với phân típ mô bệnh học.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng ngôn ngữ thông kê R 4.0.2

- Thống kê tần số, tần suất

- Các phương pháp kiểm định bao gồm: so sánh một hoặc nhiều tỉ lệ, Fisher exact, t-test với mức ý nghĩa thống kê 0,05

- Phân tích tiên lượng sống còn bằng phương pháp Kaplan – Meier

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 123 bệnh nhân trong nghiên cứu có những đặc điểm chung sau

Bảng 3.1 Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

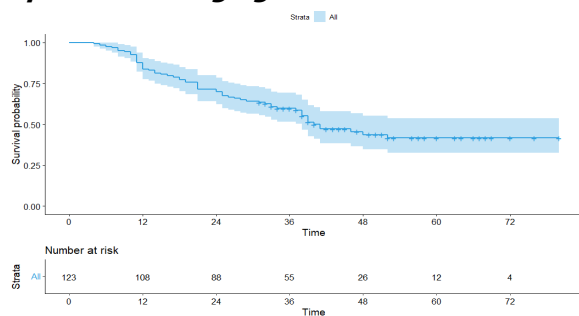
Giá trị	Đặc điểm	Số trường hợp	%	P overall
Tuổi trung bình: 21,4 (12,9) tuổi. Tuổi nhỏ nhất: 6 tuổi; Tuổi lớn nhất: 68 tuổi				

Giới	Nam	69	57,0	0,18
	Nữ	54	43,0	
T/gian biểu hiện t/chứng: 5.9 (22.7) tháng		Min: 1 tháng;	Max: 224 tháng	
Kích thước u	KTTB: 11,8 (6.20) cm	Min: 1,00 cm	Max: 36 cm	3,02036E-07
	≤ 8 cm	38	30,89	
	> 8 cm	95	69,11	
Vị trí u	X. cánh tay	13	10,57	7,08725E-12
	X. đùi	64	52,03	
	X. chày	32	26,02	
	Các xương khác	14	11,38	
Típ mô bệnh học	Nguyên bào xương	67	54,47	9,45834E-21
	Nguyên bào sụn	12	9,76	
	Nguyên bào xơ	19	15,45	
	Các típ mô học độ cao khác	23	18,70	
	Các típ mô học độ thấp	2	1,63	
Giai đoạn Enneking	IA	0	0	< 2.2e-16
	IB	2	1,6	
	IIA	0	0	
	IIB	100	81,3	
	III	21	17,1	

Nhận xét: Theo số liệu tại bảng 3.1 ta thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 21,4 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, tuổi lớn nhất là 68 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,28/1 (p>0,05). Thời gian biểu hiện triệu chứng trung bình là 5,9 tháng. Kích thước u trung bình là 11,8cm. Trong đó kích thước u > 8 cm là 69,11% và nhóm ≤ 8 cm là 30,89% (p<0,05). Xương đùi hay gặp nhất với 52,03% bệnh nhân, tiếp đến là xương chày (26,02%) và xương cánh tay (10,57%). Các típ mô bệnh học độ cao chiếm 98,27% với các típ phổ biến là nguyên bào xương (54,47%), nguyên bào xơ (15,45%) và nguyên bào sụn (9,76%). Các bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn xâm lấn tại chỗ và tiến xa (IB, IIB và III) (100%).

3.2 Mỗi liên quan giữa phân loại mô bệnh học với xác suất sống sót

3.3.1 Xác suất sống sót chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu

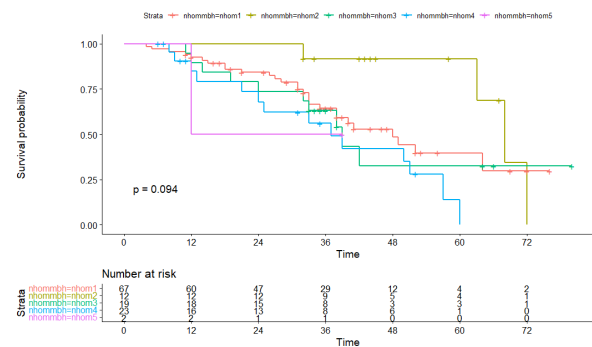


Biểu đồ 3.1: Xác suất sống sót chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho chúng ta thấy bệnh nhân sống sót chung sau 5 năm là 41,7%.

Theo biểu đồ 3.3, khoảng thời gian tỷ lệ sống sót giảm mạnh nhất vào khoảng năm thứ 2 (từ 12 đến 24 tháng), trong đó thời gian tỷ lệ sống sót giảm 1/2 ở khoảng 24 tháng. Từ năm thứ 4 trở đi, số bệnh nhân tử vong chậm lại và khả năng sống sót của bệnh nhân duy trì ổn định ở mức khoảng 40%.

3.3.2 Mỗi liên quan phân loại típ mô bệnh học với xác suất sống sót

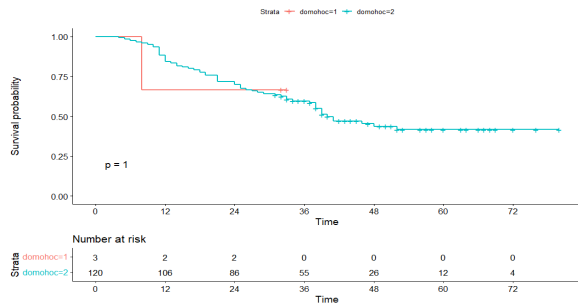


Biểu đồ 3.2. Mỗi liên quan giữa xác suất sống sót với phân típ mô bệnh học

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 so sánh xác suất sống sót còn giữa các nhóm mô bệnh học theo thời gian. Theo đó, xác suất sống sót của sarcom nguyên bào sụn cao hơn so với nhóm còn lại và sarcom xương nguyên bào xơ có xác suất sống sót còn về lâu dài thấp hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Theo biến đổi của thời gian, xác suất sống sót của các nhóm mô bệnh học giảm mạnh nhất vào khoảng từ 1 đến 4 năm. Thời điểm xác suất sống sót còn 50% ở các nhóm nguyên bào xương, nguyên

bào xơ, các tít độ cao khác ở khoảng thời gian 3,5 năm. Tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của tít nguyên bào sụn là 62%, tít nguyên bào xương là 45%, tít nguyên bào xơ là 35%, các tít độ cao khác là 40%, với sarcom xương độ thấp là 50%.

3.3 Môi liên quan giữa độ mô học với xác suất sống sót



Biểu đồ 3.3: Môi liên quan giữa xác suất sống sót với độ mô học

Nhận xét: Mặc dù các dưới tít mô bệnh học đã ngầm phân độ mô học nhưng chúng tôi muốn làm rõ hơn mối liên quan giữa độ mô học và xác suất sống sót. Biểu đồ 3.3 so sánh xác suất sống sót còn giữa hai nhóm có độ mô học thấp và cao. Nhìn chung, nhóm có độ mô học thấp có xác suất sống sót còn cao hơn so với nhóm có độ mô học cao. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thêm vào đó, số lượng bệnh nhân sarcom xương độ thấp ít (2 bệnh nhân) và cỡ mẫu ít (123 bệnh nhân) nên biểu đồ so sánh này có thể không đại diện. Dù vậy, theo biểu đồ dự đoán thì xác suất sống sót của cả hai nhóm giảm mạnh từ sau năm thứ nhất đến năm thứ 3. Thời điểm xác suất sống sót của nhóm độ mô học cao còn lại 50% vào khoảng 3,5 năm. Tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của nhóm độ mô học cao vào khoảng 40%.

IV. BÀN LUẬN

Sarcom xương là u ác tính nguyên phát hay gặp nhất của xương. U đặc trưng bởi mô dạng xương (xương chưa trưởng thành) tạo thành từ các tế bào ác tính [2]. Sarcom xương hiếm gặp hơn so với ung thư biểu mô, với khoảng 900 ca mỗi năm tại Mỹ [4]. Phần lớn những bệnh nhân này là trẻ nhỏ và vị thành niên. Trong lứa tuổi từ 15 - 29 tuổi. U xương chiếm khoảng 3% tất cả các loại u và sarcom xương chiếm 1/2 trong số đó.

Hầu hết sarcom xương có độ ác tính cao và thường gặp ở các chi dài. Những vị trí hay gặp nhất là xương đùi với 52,03% số ca, xương chày 26,02% ca và xương cánh tay 10,57% ca ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cũng thống nhất ở thứ

tự thường gặp của sarcom (theo thứ tự giảm dần) là xương đùi, xương chày, xương cánh tay. Như vậy u thường xuất hiện ở những xương tăng trưởng mạnh về chiều dài. Do sarcom xuất hiện nhiều nhất ở lứa tuổi vị thành niên, khi đĩa phát triển tăng trưởng mạnh do đó những xương dài dễ gặp sarcom hơn những vị trí khác.

Số liệu bảng 3.1 cho thấy 98,37% bệnh nhân là sarcom xương độ cao. Trong số sarcom độ cao, các tít phổ biến nhất là nguyên bào xương với 54,47% số ca. Tít nguyên bào xơ chiếm 15,45% và nguyên bào sụn với 9,76% bệnh nhân. Những tít sarcom xương độ cao khác cũng gặp trong nghiên cứu gồm sarcom xương tế bào nhỏ, tít dẫn mạch, giống nguyên bào xơ, giàu tế bào khổng lồ hủy cốt bào, sarcom thông thường độ cao không xếp loại. 2/123 ca là sarcom xương trung tâm độ thấp, chiếm 1,63%.

Tổng hợp mô hình sarcom xương trong 30 năm, Mirabello [5] cũng thấy mô hình phân bố tương tự. Tuy nhiên, trong nhiều phiếu kết quả hiện nay, các bác sĩ giải phẫu bệnh chỉ đề kết quả là "sarcom xương", điều này chưa phản ánh được bản chất của u, mức độ nghiêm trọng, tiên lượng và chưa thể hiện được sự cập nhật trong phân loại chẩn đoán u.

Tính kết quả sống thêm bằng phương pháp ước lượng sống thêm theo Kaplan-Meier. Thời gian sống thêm tính từ thời điểm bắt đầu can thiệp điều trị đến khi bệnh nhân tử vong hoặc có thông tin cuối cùng. Do đây là nghiên cứu về giải phẫu bệnh nên chúng tôi chỉ đánh giá xác suất sống sót chung, không đánh giá sống thêm không bệnh hay sống thêm không biến cố.

Xác suất sống thêm sau 5 năm của nghiên cứu là 41,7%. So với kết quả của Võ Tiến Minh [6] nghiên cứu trên những bệnh nhân chỉ phẫu thuật đơn thuần có xác suất là 34,3%. Tác giả Trần Văn Công [7] nghiên cứu về hóa trị bổ trợ nên xác suất sống sót cao với 62,6%, tương đương với các nghiên cứu về hóa trị của các tác giả nước ngoài như Bielack [8] và Bacci [3].

Nhìn lại nghiên cứu này, do chúng tôi thống kê tất cả các nhóm bệnh nhân (nhiều giai đoạn bệnh, điều trị hoặc không, nhiều phương pháp điều trị khác nhau) nên tỷ lệ sống sót sau 5 năm của các bệnh nhân trong nghiên cứu có thấp hơn so với những nghiên cứu trên các bệnh nhân có hóa trị [3, 7, 8] nhưng cao hơn so với nghiên cứu chỉ có phẫu thuật đơn thuần [6].

Tìm hiểu sâu hơn về mối liên quan giữa xác suất sống sót và tít mô bệnh học, chúng tôi thấy rằng tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của tít nguyên bào sụn là 62%, tít nguyên bào

xương là 45%, tít nguyên bào xơ là 35%, các tít độ cao khác là 40%, với sarcom xương độ thấp là 50% ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này tương tự nhận xét của Hauben [9] khi nghiên cứu trên 570 bệnh nhân sarcom xương trong một thử nghiệm lâm sàng lớn ở Châu Âu.

Số bệnh nhân sarcom xương độ thấp của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân nên không đủ số lượng để có thể đưa ra nhận xét. Nhưng tham chiếu với y văn thì có thể nhận thấy rằng các sarcom xương độ thấp có tỷ lệ sống sót cao hơn so với các sarcom xương độ cao.

V. KẾT LUẬN

Với 123 bệnh nhân trong nghiên cứu, các tít mô học độ cao chiếm tỉ lệ 98,37%. Thứ tự các tít mô bệnh học phổ biến nhất, theo chiều giảm dần, là tít nguyên bào xương (54,47%), nguyên bào xơ (15,45%) và nguyên bào sụn (9,76%) ($p < 0,05$). Các tít mô học có mối liên quan đến xác suất sống còn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin D, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*. 2019;144(8):1941-53.
2. Bridge J, Hogendoorn P, DM C, Bridge JA, CW P, Fletcher CD. WHO classification of tumours of soft tissue and bone: International Agency for Research on Cancer; 2013.

3. Bacci G, Longhi A, Versari M, Mercuri M, Briccoli A, Picci P. Prognostic factors for osteosarcoma of the extremity treated with neoadjuvant chemotherapy: 15-year experience in 789 patients treated at a single institution. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2006;106(5):1154-61.
4. Ries L. *SEER cancer statistics review, 1975-2002*. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2002/. 2002.
5. Mirabello L, Troisi RJ, Savage SA. Osteosarcoma incidence and survival rates from 1973 to 2004: data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2009;115(7):1531-43.
6. Minh VT. Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, X quang, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư xương nguyên phát tại bệnh viện K. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2000.
7. Công TV. Nghiên cứu điều trị sarcom tạo xương giai đoạn II bằng phẫu thuật và hóa chất phác đồ doxorubicin, cisplatin tại Bệnh viện K. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2009.
8. Bielack SS, Kempf-Bielack B, Delling Gn, Exner GU, Flege S, Helmke K, et al. Prognostic factors in high-grade osteosarcoma of the extremities or trunk: an analysis of 1,702 patients treated on neoadjuvant cooperative osteosarcoma study group protocols. *Journal of clinical oncology*. 2002;20(3):776-90.
9. Hauben E, Weeden S, Pringle J, Van Marck E, Hogendoorn P. Does the histological subtype of high-grade central osteosarcoma influence the response to treatment with chemotherapy and does it affect overall survival? A study on 570 patients of two consecutive trials of the European Osteosarcoma Intergroup. *European Journal of Cancer*. 2002;38(9):1218-25.

ĐẶC ĐIỂM SANG CHẤN TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Đoàn Thị Huệ¹, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sang chấn tâm lý ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích đặc điểm sang chấn tâm lý bằng phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: 57 bệnh nhân có sang chấn tâm lý trong số 81 bệnh nhân rối loạn loạn

thần cấp và nhất thời chiếm tỷ lệ 70,4%. Phân tích 57 bệnh nhân có sang chấn tâm lý chúng tôi thấy: khó khăn về kinh tế là sang chấn tâm lý gặp nhiều nhất, chiếm 29,6%, không có bệnh nhân nào mà nghỉ hưu là sang chấn tâm lý. Chủ yếu sang chấn tâm lý xảy ra trước khi bị bệnh trên 2 tuần, chiếm 54,3%. Phần lớn sang chấn tâm lý có cường độ và ý nghĩa ở mức độ vừa (50,6% và 58,0%). **Kết luận:** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có tỷ lệ cao các sang chấn tâm lý, phần lớn là các sang chấn về vấn đề kinh tế khó khăn, cường độ và ý nghĩa sang chấn chủ yếu ở mức độ vừa phải.

Từ khóa: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, sang chấn tâm lý

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN PATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOSIS

¹Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ

Email: doanthihue@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021