

- Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al.** Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* (London, England). 2016;387(10033):2106-16.
7. **Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH.** Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *The New England journal of medicine*. 2007;357(5):462-9.
8. **O'Brien JM, Adair CD, Lewis DF, Hall DR, Defranco EA, Fousey S, et al.** Progesterone vaginal gel for the reduction of recurrent preterm birth: primary results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2007;30(5):687-96.
9. **Rode L, Klein K, Nicolaides KH, Krampl-Bettelheim E, Tabor A.** Prevention of preterm delivery in twin gestations (PREDICT): a multicenter, randomized, placebo-controlled trial on the effect of vaginal micronized progesterone. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2011;38(3):272-80.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Ngô Mạnh Hùng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa tại bệnh viện Việt Đức từ 12.2016 đến 9.2019. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân ( $50,08 \pm 14,58$ ); nữ/nam=1,7; đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (85,71%); 80% số bệnh nhân có GCS  $\geq 13$ ; 71,05% số túi phình đã vỡ; Điều trị phẫu thuật bao gồm kẹp trực tiếp phình mạch; phẫu thuật bắc cầu động mạch trong và ngoài sọ kết hợp với kẹp phình hoặc can thiệp mạch. **Kết luận:** phẫu thuật điều trị phình động mạch não giữa là phương pháp an toàn, có hiệu quả.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MIDDLE CEREBRAL ANEURYSMS AT VIET-DUC HOSPITAL

**Objective:** assessment of the result of surgical treatment of middle cerebral aneurysms. **Patients and methods:** A cross-section, retrospective study with 35 patients diagnosed and surgically treated at Viet-Duc hospital from Dec 2016 to September 2019. **Results:** The patient's mean age was  $50.08 \pm 14.58$ ; female/male ratio was 1.7; headache was the most common symptom. There was eighty percent of patients who had GCS more than 13. Seventy-one point zero-five percent of aneurysms were ruptured. Surgical treatments were direct clip, extracranial-intracranial bypass surgery combined clip, or endovascular therapy. **Conclusion:** Surgery was the usefulness and safety for the middle cerebral aneurysms.

\*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2021

Ngày duyệt bài: 26.3.2021

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là nguyên nhân hàng đầu gây ra chảy máu dưới nhện Phình động mạch não giữa là dạng thường gặp nhất của túi phình động mạch não. Điều trị phình động mạch não bao gồm: điều trị phẫu thuật, điều trị can thiệp mạch và điều trị nội khoa. Mặc dù can thiệp nội mạch ngày càng trở nên phổ biến, song túi phình động mạch não giữa vẫn là một trong các chỉ định của phẫu thuật [1], đặc biệt trong hoàn cảnh Việt nam, khi mà can thiệp nội mạch chưa thể sử dụng cho mọi bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật túi phình động mạch não giữa trong thời gian gần đây.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật phình động mạch não giữa tại bệnh viện Việt Đức từ 12.2016 đến 6.2019.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch não giữa
- Đã được điều trị phẫu thuật xử lý túi phình
- Tham gia theo dõi sau mổ ít nhất là 12 tháng.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có ít nhất một trong các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả, cắt ngang

**Các biến số nghiên cứu:** tuổi, giới, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học của phình động mạch não, phương pháp phẫu thuật, kết quả lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh sau mổ.

Đánh giá lâm sàng trước mổ và sau mổ theo thang điểm Rankin cải tiến (mRS) với 6 mức độ khác nhau [2]

Các số liệu được thu thập, xử lý theo các thuật toán thống kê thông thường, với phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0 ®.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Dịch tễ và nhân chủng học của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Biến số nghiên cứu		Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	Thấp nhất	16	Trung bình: 50,08±14,58
	Cao nhất	79	
Giới	Nam	13	37,14
	Nữ	22	62,86
Bệnh kèm theo	Tiểu đường	4	11,43
	Tăng huyết áp	13	37,14
	Sử dụng thuốc cường giao cảm	2	5,71
	Yếu tố gia đình	2	5,71

**Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi đến bệnh viện (n=35)**

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %	
Đau đầu	30	85,71	
Mất tri giác/co giật	9	25,71	
Buồn nôn, nôn	10	28,57	
Yếu nửa người	7	20	
Sụp mí	1	2,85	
Thất ngôn	1	2,85	
Điểm GCS	13-15	28	80
	9-12	4	11,42
	6-9	3	8,58

**Đặc điểm hình ảnh học**

**Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học trên phim chụp cắt lớp vi tính (n=35)**

Đặc điểm hình ảnh học	Số lượng	Tỉ lệ %	
Tình trạng phình mạch khi chẩn đoán (n=38)	Chưa vỡ	11	28,95
	Đã vỡ	27	71,05
Dạng phình mạch (n=38) <sup>3</sup>	Hình túi	33	86,84
	Hình thoi	5	13,16
Số lượng phình mạch/bệnh nhân (n=35)	1 phình	32	91,43
	2 phình	3	8,57
Kích thước túi phình (mm)	18,2±5,9	Thay đổi: 3,7-30	
<b>Đặc điểm hình ảnh chảy máu do vỡ phình động mạch não giữa</b>			
Máu tụ trong não	18	51,43	
Chảy máu não thất	3	8,57	
Chảy máu dưới màng nhện	27	77,14	

**Phương pháp phẫu thuật**

**Bảng 4. Các phương pháp phẫu thuật**

**và diễn biến sau mổ**

Biến số nghiên cứu		Số lượng	Tỉ lệ %
Phương pháp xử lý phình mạch (n=38) <sup>3</sup>	Kẹp túi phình đơn thuần	31	81,58
	Nối mạch + kẹp túi phình	5	13,16
	Nối mạch + nút túi phình	2	5,26
<b>Diễn biến sau điều trị (n=35)</b>			
Lâm sàng	Thất ngôn	3	8,57
	Liệt nửa người	7	20
	Co giật	5	14,28
Xét nghiệm	Hạ Natri máu	6	17,14
Chẩn đoán hình ảnh	Không còn túi phình tồn dư	34*	89,47
	Còn tồn dư	4*	10,53
	Co thắt mạch	7	20
	Dẫn não thất	4	11,43

**Kết quả theo dõi.** Với 35 bệnh nhân trong đó có 32 bệnh nhân có 1 túi phình; 3 bệnh nhân có 2 túi phình. Tổng số túi phình là 38 túi phình

**Bảng 5. Kết quả theo dõi sau mổ 12 tháng theo thang điểm mRS**

Điểm mRS	Trước mổ	Sau mổ 12 tháng	P
0	0	12	P=0,001
1	2	7	
2	17	6	
3	13	7	
4	3	1	
5	0	0	
6	0	0	
<b>Tổng số</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 50,08±14,58, thấp hơn so với công bố của Matsukawa và cộng sự (65 tuổi) [3], có thể giải thích được là bởi vì tuổi thọ của người Việt nam thấp hơn so với Nhật bản, hơn nữa số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp và hầu hết các bệnh nhân cao tuổi ở nước ta khi được chẩn đoán phình động mạch não thường có xu hướng điều trị bảo tồn hơn là can thiệp, nhất là những trường hợp chưa vỡ.

Phân bố theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng nữ nhiều hơn nam, tương tự với các tác giả khác [3, 4].

Các bệnh lý kèm theo bao gồm tiểu đường (11,43%); tăng huyết áp (37,14%). Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có 2 bệnh nhân (5,71%) có yếu tố gia đình (bố và anh ruột cũng có chẩn đoán phình động mạch não). Tăng huyết áp, tuổi, giới và yếu tố gia đình là các tác nhân liên quan

đến phình động mạch não nói chung và phình động mạch não giữa nói riêng [5].

Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Hầu hết các tác giả đều mô tả là cơn đau đầu khủng khiếp nhất trong cuộc đời. Các triệu chứng khác bao gồm buồn nôn, nôn (28,57%); co giật (25,71%). Phân bố theo điểm GCS khi vào viện trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là bệnh nhân có điểm GCS tốt ( $\geq 13$ ). Điểm GCS cũng được hầu hết các tác giả kết luận là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập với kết quả điều trị [6]

Phình động mạch não giữa là dạng thường gặp nhất, có nhiều biến đổi giải phẫu nhất trong các túi phình động mạch não ở phần trước của đa giác Willis. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 28,95% số túi phình được chẩn đoán khi chưa vỡ và 71,05% số túi phình được chẩn đoán khi đã vỡ, gây chảy máu dưới màng nhện hay máu tụ trong não hoặc chảy máu não thất (bảng 3).

Sự phức tạp của phình động mạch não giữa còn bởi xung quanh động mạch não giữa, có rất nhiều nhánh xiên đi đến các cấu trúc quan trọng, và không ít các trường hợp túi phình chứa cả các nhánh xiên này. Trong nghiên cứu trước của chúng tôi, chúng tôi đã đề cập đến chiến lược xử lý dạng phình này [7]. Điều trị phình mạch dạng túi và dạng hình thoi về cơ bản là không có sự khác biệt, tuy nhiên điều trị phẫu thuật được ưu tiên hơn cho các phình động mạch dạng túi, trong khi đó phình dạng hình thoi được chỉ định can thiệp mạch máu nhiều hơn.

Số lượng túi phình cũng là một trong những đặc điểm ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Số lượng bệnh nhân đa túi phình động mạch chiếm khoảng 20% tổng số bệnh nhân phình mạch [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân mang 2 túi phình động mạch não (động mạch não giữa và động mạch cảnh trong cùng bên), và do đặc thù này tất cả các túi phình đều được xử lý trong một lần can thiệp.

Các phương pháp điều trị phình động mạch não trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm kẹp cổ túi phình trực tiếp; tạo cầu nối động mạch trong và ngoài sọ kết hợp với kẹp túi phình hoặc nút mạch. Hầu hết các trường hợp túi phình nhỏ, có thể kẹp được trực tiếp, trong khi đó các túi phình kích thước lớn, có các nhánh xiên đi ra từ túi phình cần có các phương pháp điều trị chuyên biệt hơn. Chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật nối mạch máu não trong và ngoài sọ cho các trường hợp này [7].

Diễn biến sau mổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp (17,14%) có tình

trạng hạ Natri máu, gây suy giảm tri giác. Sau khi chụp phim loại trừ các nguyên nhân ngoại khoa, chúng tôi tiến hành điều trị nội khoa và cho kết quả tốt.

Trong số 38 phình động mạch não giữa đã được điều trị, tỉ lệ không còn phình động mạch tồn dư trên phim chụp kiểm tra là 89,47%, trong khi đó có 10,53% số phình động mạch còn tồn dư. Các nguyên nhân của tồn dư là phình động mạch phức tạp, kích thước lớn, phình động mạch có màng xơ vữa... Tổng kết y văn của Zijlstra và cộng sự cũng thông báo tỉ lệ tồn dư là 10,7% [1], ở cả phương pháp can thiệp nội mạch hay phẫu thuật.

Co thắt mạch não cũng là một trong những biến chứng thường gặp sau can thiệp phình động mạch não, đặc biệt là phình động mạch não giữa [6]. Tỉ lệ biến chứng này trong nghiên cứu của chúng tôi là 20%, tương đương với công bố của Matsukawa (18,9%) [3], trong đó tác giả này phân tích sâu hơn về nhóm chảy máu và không chảy máu.

Dẫn não thất là một trong những biến chứng muộn, mạn tính của tình trạng chảy máu dưới màng nhện hay chảy máu não thất do vỡ phình động mạch não [9]. Tỉ lệ gặp biến chứng này ở phình động mạch não vỡ nói chung là 20-30%, mặc dù có thể dao động từ 3-67% [9]. Tỉ lệ biến chứng này trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,43%, không có sự khác biệt so với các công bố của các tác giả khác.

Đánh giá kết quả ở 12 tháng sau điều trị, theo thang điểm mRS, cho kết quả có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê trên lâm sàng. Điều này có thể lý giải bởi một số lý do sau: (1) hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm GCS tốt khi được chẩn đoán; (2) hầu hết các bệnh nhân chỉ có 1 phình động mạch não giữa, tỉ lệ đa túi phình thấp; và (3) tỉ lệ chảy máu não thất trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, điều này có nghĩa rằng vị trí phình mạch và hướng chảy máu khi vỡ ra phía ngoài nhiều hơn là vào trong, điều này đặc biệt có ý nghĩa khi phình mạch nằm ở động mạch não giữa, nơi có nhiều mạch xiên đi vào các nhân xám trung ương, có thể gây các biến chứng lâu dài.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 trường hợp phình động mạch não giữa trong thời gian từ 12.2016 đến 6.2019 chúng tôi rút ra kết luận sau: tuổi thường gặp (50 tuổi); đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất; tỉ lệ đa túi phình là 8,57%. Điều trị phình mạch bằng phẫu thuật (kẹp trực tiếp; nối

mạch kết hợp với kẹp trực tiếp hoặc nút mạch) cho kết quả tốt ở thời điểm 12 tháng sau điều trị.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zijlstra, I.A., et al., Coiling and clipping of middle cerebral artery aneurysms: a systematic review on clinical and imaging outcome. J Neurointerv Surg, 2016. **8**(1): p. 24-9.
2. Bonita, R. and R. Beaglehole, Recovery of motor function after stroke. (0039-2499 (Print)).
3. Matsukawa, H., et al., Surgical Treatment of Middle Cerebral Artery Aneurysms: Aneurysm Location and Size Ratio as Risk Factors for Neurologic Worsening and Ischemic Complications. World Neurosurg, 2018. **117**: p. e563-e570.
4. Elsharkawy, A., et al., A new, more accurate classification of middle cerebral artery aneurysms: computed tomography angiographic study of 1,009 consecutive cases with 1,309 middle cerebral artery aneurysms. Neurosurgery, 2013. **73**(1): p. 94-102; discussion 102.
5. Connolly, E.S., Jr., et al., Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2012. **43**(6): p. 1711-37.
6. Dashti, R., et al., Microneurosurgical management of middle cerebral artery bifurcation aneurysms. Surg Neurol, 2007. **67**(5): p. 441-56.
7. Jean, W.C., D.R. Felbaum, and H.M. Ngo, How I do it: superficial temporal artery to middle cerebral artery bypass for treatment of giant middle cerebral artery aneurysm. Acta Neurochir (Wien), 2020. **162**(3): p. 593-596.
8. Brown, R.D., Jr. and J.P. Broderick, Unruptured intracranial aneurysms: epidemiology, natural history, management options, and familial screening. Lancet Neurol, 2014. **13**(4): p. 393-404.
9. Chen, S., et al., Hydrocephalus after Subarachnoid Hemorrhage: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Biomed Res Int, 2017. **2017**: p. 8584753.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB-IV BẰNG PHÁC ĐỒ PEMETREXED – CISPLATIN

Nguyễn Việt Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Tuyết Mai<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và độc tính của phác đồ Pemetrexed và Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIB và IV. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 56 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB và IV. **Kết quả:** Sau 06 chu kỳ đáp ứng một phần 22/56 (39,3 %), bệnh ổn định 26/56 (46,4 %), lợi ích lâm sàng 85,7%. Có 06 bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3,4 chiếm 10,7%. Thời gian sống thêm không bệnh là 6,1 ± 3,3 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ là 10,7 ± 4,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm là 42,4% và 17,5%. **Kết luận:** Phác đồ Pemetrexed – Cisplatin có hiệu quả và dung nạp tốt trên các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn di căn xa.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, đáp ứng một phần, thời gian sống thêm.

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF STAGE IIIB- IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH PEMETREXED - CISPLATIN REGIMEN

**Objects:** Evaluating the initial treatment results and toxicity of regimen Pemetrexed and Cisplatin in lung cancer patients at stage IIIB and IV. **Subjects**

**and Methods:** Uncontrolled clinical intervention on 56 lung cancer patients non-small cell at stage IIIB and IV. **Results:** After 6 cycles: partial response 22/56 (39,3%), stable disease 26/56 (46,4%), clinical benefits 85,7%. 06 patients drop leukocyte at level 3 and 4, accounted for 10.7% . Progressive Free Survival 6,1 ± 3,3month, Overall Survival 10,7 ± 4,1 month. Survival rates after 1 and 2 year were 42,4% and 17,5%. **Conclusion:** Regimen Pemetrexed – Cisplatin was well outcome and tolerated in non-small cell lung cancer patients at distant metastasis stage.

**Keywords:** Non small cell lung cancer, Partial Response, Survival

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh ác tính của phế quản và phổi, là một trong những loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN năm 2012 trên toàn cầu có khoảng 1,6 triệu người mắc và 1,378 triệu người tử vong do UTP, tương ứng với 13% tổng số trường hợp mắc và 19,4% tổng số trường hợp tử vong do tất cả các loại ung thư [1]. Ở Việt Nam theo các số liệu thống kê ghi nhận ung thư giai đoạn 2000 – 2010, UTP đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ 35,1/ 100.000 dân và đứng thứ 3 trong các ung thư ở nữ giới với tỷ lệ 13,9/ 100.000 dân [2].

UTP được phân thành hai nhóm chính là UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và UTP tế bào nhỏ

<sup>1</sup>Bệnh viện 74 TW

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hà

Email: vietha74@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021

Ngày duyệt bài: 30.3.2021