

12h sau mổ và $3,63 \pm 0,60$ tại thời điểm 18h sau mổ). Tương tự, tác giả Imbelloni cho thấy nhóm gây tê thần kinh thẹn sau mổ 6 giờ và 12 giờ có tới 88% bệnh nhân có điểm VAS bằng 0 và có 12% bệnh nhân đau rất ít. Kết quả các nghiên cứu này cho thấy phong bế thần kinh thẹn có hiệu quả giảm đau sau mổ cho bệnh nhân phẫu thuật cắt trĩ.

2.3. Các tác dụng không mong muốn: Kết quả của chúng tôi cho thấy ngoài 2 tác dụng không mong muốn là buồn nôn, nôn sau mổ và bí tiểu là những tác dụng không mong muốn thường gặp sau gây tê tuỷ sống thì còn gặp 1 bệnh nhân than phiền là thấy tê bì vùng sinh dục. Cảm giác tê bì sinh dục kéo dài đến khi hết tác dụng của thuốc tê và không làm ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ngoài ra trong khi làm thủ thuật gây tê chúng tôi có gặp 1 bệnh nhân chọc vào mạch máu và phải tiến hành đi kim lại. Điều này cũng có thể xảy ra khi gây tê thần kinh dưới hướng dẫn của siêu âm. Còn theo tác giả Imbelloni cho thấy gặp 6 bệnh nhân nam có cảm giác tê bì dương vật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phong bế thần kinh thẹn tiêm một lần dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp giảm đau sau mổ hiệu quả sau phẫu thuật trĩ hậu môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tepetes K, Symeonidis D, Christodoulidis G, Spyridakis M,** Hatzitheofilou K. Pudendal nerve block versus local anesthesia for harmonic scalpel hemorrhoidectomy: a prospective randomized study. *Tech Coloproctol.* 2010;14 Suppl 1:S1-S3.
2. **Cohen MJ, Schecter WP.** Perioperative pain control: a strategy for management. *Surg Clin North Am.* 2005;85(6):1243-xi.
3. **Di Giuseppe M, Saporito A, La Regina D, et al.** Ultrasound-guided pudendal nerve block in patients undergoing open hemorrhoidectomy: a double-blind randomized controlled trial. *International Journal of Colorectal Disease.* 2020 Sep;35(9):1741-1747.
4. **Rouholamin S, Jabalameli M, Mostafa A.** The effect of preemptive pudendal nerve block on pain after anterior and posterior vaginal repair. *Adv Biomed Res.* 2015;4:153. Published 2015 Jul 27.
5. **Kovacs P, Gruber H, Piegger J, Bodner G. New, simple,** ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: ultrasonographic technique. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(9):1381-1385.
6. **Mongelli F, Treglia G, La Regina D, et al.** Pudendal Nerve Block in Hemorrhoid Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2021;64(5):617-631.
7. **Marco Venturi, MD, Paolo Boccasanta, MD, Bruno Lombardi, MD,** Max Brambilla, MD, Ettore Contessini Avesani, Prof, Contardo Vergani, MD, Pudendal Neuralgia: A New Option for Treatment? Preliminary Results on Feasibility and Efficacy, *Pain Medicine*, Volume 16, Issue 8, August 2015, Pages 1475–1481.
8. **He J, Zhang L, Li DL, et al.** Ultrasound-Guided Pudendal Nerve Block Combined with Propofol Deep Sedation versus Spinal Anesthesia for Hemorrhoidectomy: A Prospective Randomized Study. *Pain Res Manag.* 2021;2021:6644262. Published 2021 Feb 26.

KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA HOÁ CHẤT TOPOTECAN TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC HAI UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Thị Như Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của Topotecan đơn trị trong điều trị bước 2 ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn sau khi tiến triển với phác đồ bộ đôi platinum - Etoposide tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 42 ung thư phổi không tế bào nhỏ (SCLC) tiến triển tái phát sau điều

trị bước một với phác đồ bộ đôi platinum – Etoposide trong vòng dưới 6 tháng, được điều trị bằng Topotecan tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 4/2022. **Kết quả:** Tuổi mắc trung bình là 58,5; nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ = 2,4/1. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau ngực (73,8%), ho (64,3%), khó thở (47,6%) với cơ quan di căn thường gặp là não (30,9%), gan (26,2%). Về đáp ứng điều trị, có 9 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn và một phần (ORR) chiếm 21,4%; 7 bệnh nhân bệnh giữ ổn định chiếm tỉ lệ 16,7%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 38,1%. Về đáp ứng cơ năng, đa phần bệnh nhân có cải thiện triệu chứng. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung bình là 16,0 tuần. Các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là trên hệ tạo huyết, đặc biệt là trên dòng bạch cầu hạt: tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3,

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

độ 4 chiếm tương ứng là 19,0% và 47,6%, tiêu chảy và buồn nôn ít gặp với độc tính độ 3, 4 (dưới 5%).
Kết luận: Ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn tái phát di căn thường gặp nam giới, lớn tuổi với triệu chứng đau ngực và khó thở chiếm đa số. Điều trị phác đồ Topotecan bước 2 giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng và tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 38,1% với độc tính hay gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính.

Từ khoá: ung thư phổi tế bào nhỏ tái phát di căn, Topotecan bước 2

SUMMARY

SURVIVAL RESULT AND ADVERSE EVENTS OF SECOND LINE OF TOPOTECAN IN RECURRENT/METASTATIC SMALL-CELL LUNG CANCER

Objective: Assessing treatment results and adverse events of second line Topotecan in patients with recurrent/metastatic small-cell lung cancer who had failed to doublet chemotherapy platinum – Etoposide at National Cancer Hospital. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 42 recurrent/metastatic small-cell lung cancer patients who had failed less than 6 months to doublet chemotherapy platinum – Etoposide, then treated with Topotecan at National Cancer Hospital from 01/2017 to 4/2022. **Results:** Mean age at diagnosis was 58.5 with male/female ratio: 2.4/1. The common symptoms were chest pain (73.8%), cough (64.3%) and dyspnea (47.6%) with brain and liver metastasis, accounted for 30.9% and 26.2%, respectively. Overall response rate (complete and partial response) was seen in 9 patients (21.4%) and 7 patients of stable disease (16.7%). Disease control rate was 38.1%. Symptoms relief was reported in the majority of patient with chemotherapy. Mean progression free survival (PFS) was 16.0 weeks. The most common adverse events (AEs) were hematologic AEs with neutropenia grade 3 (19.0%) and grade 4 (47.6%). Diarrhea and nausea grade 3-4 was reported in minor patients (less than 5%). **Conclusion:** Small-cell lung cancer is more prevalent in the old men with clinical presentation of chest pain and dyspnea. Second line of Topotecan had improved the clinical symptoms with disease response rate 38.1% and the most common adverse events (AEs) was neutropenia.

Keywords: Recurrent/metastatic small-cell lung cancer, second line of Topotecan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi tế bào nhỏ (small cell lung cancer - SCLC) chiếm 15% trong tổng số bệnh ung thư phổi và xảy ra chủ yếu ở những bệnh nhân hút thuốc. Bệnh tiên lượng xấu do thời gian nhân đôi nhanh chóng, tỷ lệ tăng trưởng cao và sự phát triển sớm của di căn.

Với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn được điều trị, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) chỉ 5,5 tháng và sống thêm trung bình chỉ dưới 10 tháng [1]. Trong điều trị SCLC giai đoạn lan tràn phác

đồ dựa trên platinum (cisplatin hoặc carboplatin) với etoposide, có hoặc không kết hợp với Atezolizumab là lựa chọn đầu tay [2-3].

Với những bệnh nhân tiến triển sau điều trị bước một, tiên lượng rất nghèo nàn, thời gian sống thêm khoảng từ hai đến sáu tháng, tiên lượng bệnh phụ thuộc vào chỉ số toàn trạng, sự lan tràn của bệnh và thời gian bệnh tái phát lại sau điều trị bước một [4]. Với những bệnh nhân không đáp ứng, tiến triển ngay trong quá trình điều trị, tiến triển bệnh sớm dưới 6 tuần, tiên lượng rất xấu, thường được khuyến nghị chăm sóc triệu chứng hoặc cho vào các thử nghiệm lâm sàng. Với những bệnh nhân tái phát bệnh muộn sau 6 tháng (nhóm nhạy cảm với platinum), khuyến nghị sử dụng lại phác đồ kết hợp như bước một [5]. Với bệnh nhân tiến triển bệnh trong vòng 6 tháng, hóa chất đơn trị được khuyến nghị, trong đó Topotecan là tác nhân duy nhất làm tăng tỉ lệ sống thêm so với chỉ chăm sóc hỗ trợ, kiểm soát triệu chứng bệnh tốt hơn so với chế độ đa hóa trị, và cũng là hóa trị duy nhất được FDA phê duyệt cho điều trị bệnh tái phát sau 45 ngày kể từ khi hoàn thành hóa trị [6][7][8]. Tại Việt Nam và Bệnh viện K, điều trị bước 2 ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn có nhiều lựa chọn tùy thuộc vào đặc điểm bệnh nhân, thể trạng và điều kiện kinh tế, trong đó có Topotecan. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả phác đồ Topotecan trên nhóm bệnh nhân này, do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và một số tác dụng không mong muốn của Topotecan đơn trị trong điều trị bước 2 ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn sau khi tiến triển với phác đồ bộ đôi platinum – Etoposide tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ (SCLC) tiến triển tái phát sau điều trị bước một với phác đồ bộ đôi platinum – Etoposide trong vòng dưới 6 tháng, được điều trị bằng Topotecan từ 01/2017 đến 04/2022.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào nhỏ, giai đoạn lan tràn hoặc tái phát
- Tiến triển sau điều trị bước một với phác đồ bộ đôi platinum – Etoposide trong vòng dưới 6 tháng
- Được điều trị bằng phác đồ Topotecan tối thiểu 3 chu kì.

- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG=0 – 1, không kể giới, tuổi >18.

- Có ít nhất 1 tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI,... theo tiêu chí đánh giá đáp ứng khối u RECIST 1.1

- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị: Bạch cầu (BC) ≥ 4 (G/l); tiểu cầu (TC) ≥ 100 (G/l); HST ≥ 100 (g/l); AST, ALT ≤ 2 lần giới hạn bình thường; bilirubin toàn phần ≤ 1,5 lần giới hạn bình thường; creatinin ≤ 1,5 lần giới hạn bình thường

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Mắc bệnh ung thư thứ 2
- Bệnh nhân di căn não có triệu chứng, chưa được kiểm soát triệu chứng
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, lấy mẫu n= 42

2.4. Phác đồ điều trị. Thuốc dùng trong nghiên cứu là Topotecan (biệt dược: Firotext, Hycamtin)

Liều lượng: Topotecan 1,5mg/m²/ngày trong 5 ngày, mỗi 3 tuần, cho đến khi bệnh tiến triển.

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu. Thông tin được thu thập từ hồ sơ qua bệnh án nghiên cứu đã thiết kế. Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng: trước điều trị và vào các thời điểm đánh giá, hoặc bất cứ khi nào nếu có triệu chứng bất thường.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi mắc trung bình là 58,5; tuổi cao nhất là 72 và thấp nhất là 40, độ tuổi trên 60 chiếm chủ yếu là 54,7% (n=23). Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ = 2,4. Tình trạng hút thuốc lá gặp ở 20 trên tổng số 22 bệnh nhân nam chiếm 91,0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

STT	Đặc điểm	n=42	Số BN	%
1	Triệu chứng lâm sàng thường gặp	Đau ngực	31	73,8
		Ho	27	64,3
		Khó thở	20	47,6
		Đau xương	4	9,5
		Sút cân, mệt mỏi	21	50
		Hội chứng cận u	7	16,7
2	Vị trí di căn	Di căn màng phổi	4	9,5
		Phổi đối bên	5	11,9
		Não	13	30,9

	Xương	7	16,7
	Gan	11	26,2
	Thượng thận	9	21,4

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng hay gặp nhất là đau ngực chiếm 73,8, tiếp đến là triệu chứng ho (chiếm 64,3%) và khó thở (chiếm 47,6%). Cơ quan di căn thường gặp là não, gan, thượng thận và xương.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 2: Đáp ứng điều trị Topotecan

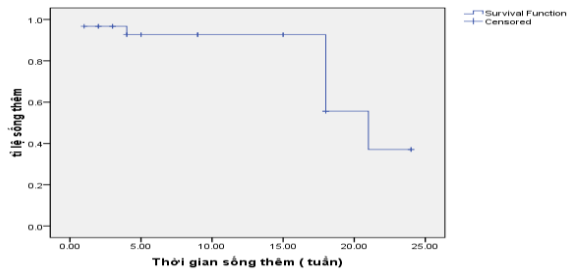
Đáp ứng	Số bệnh nhân (n=42)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,4
Đáp ứng một phần	8	19
Bệnh giữ nguyên	7	16,7
Bệnh tiến triển	26	61,9
Tổng	42	100

Nhận xét: Trên 42 bệnh nhân, có 9 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn và một phần (ORR) chiếm 21,4%, 7 bệnh nhân bệnh giữ ổn định chiếm tỉ lệ 16,7%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 38,1%.

Bảng 3: Cải thiện triệu chứng lâm sàng

Đáp ứng	Số bệnh nhân	N (%)
Khó thở	20	4 (25%)
Ho	27	8 (29,6%)
Đau ngực	31	7 (22,6%)
Mệt mỏi, gầy sút	21	5 (23,8%)
Hội chứng cận u	7	3 (42,9%)

Nhận xét: Điều trị với Topotecan còn giúp cải thiện triệu chứng bệnh như giảm khó thở, ho, đau ngực, mệt mỏi.., giúp làm tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,0 tuần.

3.4. Một số tác dụng không mong muốn

Bảng 4: Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

Độc tính (n=42)	Độ III		Độ IV	
	n	%	N	%
Hạ BCTT	8	19,0	20	47,6

Hạ tiểu cầu	11	26,2	10	23,8
Giảm huyết sắc tố	13	30,9	1	2,4
Tiêu chảy	1	2,4	0	0
Nôn, buồn nôn	2	4,8	0	0
Mệt mỏi	3	7,1	1	2,4

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là trên hệ tạo huyết, đặc biệt là trên dòng bạch cầu hạt: tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 chiếm tương ứng là 19,0% và 47,6%, tiêu chảy và buồn nôn ít gặp với độc tính độ 3, 4 (dưới 5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Tuổi mắc trung bình là 58,5; Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ = 2,4. Đa phần nam giới hút thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đặc điểm của ung thư phổi tế bào nhỏ trên y văn, đó là hay gặp trên bệnh nhân nam lớn tuổi và tiền sử hút thuốc lá nhiều.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau ngực, ho, khó thở, thường liên quan đến khối u giai đoạn tiến triển, phổi hợp với hạch trung thất hoặc tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim. Cơ quan di căn thường gặp là não, gan, thượng thận và xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đặc điểm lâm sàng của ung thư phổi tế bào nhỏ.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Trên 42 bệnh nhân, có 9 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn và một phần (ORR) chiếm 21,4%, 7 bệnh nhân bệnh giữ ổn định chiếm tỉ lệ 16,7%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 38,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của các tác giả: nghiên cứu của Von Pawel J với ORR là 24,3% [8], nghiên cứu của Eckardt JR với ORR là 21,9% [8].

4.4. Thời gian sống thêm không bệnh. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,0 tuần. Kết quả của nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Nghiên cứu của Von Pawel J so sánh hiệu quả điều trị của Topotecan so với phác đồ CAV trong ung thư phổi tế bào nhỏ tái phát, thời gian cho bệnh tiến triển (TTP – time to progression) trung bình trong nhóm điều trị topotecan là 13,3 tuần [7]. TTP trong nghiên cứu của Eckardt JR khi so sánh hiệu quả giữa Topotecan đường truyền và đường uống tương ứng là 14,6 tuần và 11,9 tuần [8]. Nghiên cứu của O'Brien ME đánh giá hiệu quả của Topotecan đường uống là 16,3 tuần [6].

4.5. Một số tác dụng không mong muốn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là trên hệ tạo huyết, đặc biệt là trên dòng bạch cầu hạt: tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 chiếm tương ứng là 19,0% và 47,6%, tiêu chảy và buồn nôn ít gặp với độc tính độ 3, 4 (dưới 5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả, tuy nhiên tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 có phần thấp hơn: tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 trong nghiên cứu của Von Pawel J là 18,3% và 70,2% [7]; trong nghiên cứu của Eckardt JR là 23,6% và 64,2% [8]. Bởi lẽ trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân chiếm 16,1% bệnh nhân được tiêm tăng bạch cầu dự phòng nguyên phát ngay từ khi bắt đầu điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ điều trị topotecan, chúng tôi ghi nhận kết luận như sau:

- Tỉ lệ kiểm soát bệnh là 38,1%. Về đáp ứng cơ năng, đa phần bệnh nhân có cải thiện triệu chứng.
- Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) trung bình là 16,0 tuần. Các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là trên hệ tạo huyết, đặc biệt là trên dòng bạch cầu hạt: tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 chiếm tương ứng là 19,0% và 47,6%, tiêu chảy và buồn nôn ít gặp với độc tính độ 3, 4 (dưới 5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Foster N.R, Qi Y, Shi Q, et al. Tumor response and progression-free survival as potential surrogate endpoints for overall survival in extensive stage small-cell lung cancer: findings on the basis of North Central Cancer Treatment Group trials. *Cancer*. 2011; 117: 1262-1271
2. Mascaux, C., Paesmans, M., Berghmans, T. et al. A systematic review of the role of etoposide and cisplatin in the chemotherapy of small cell lung cancer with methodology assessment and meta-analysis. *Lung Cancer*. 2000; 30: 23–26
3. Rossi, A., Di Maio, M., Chiodini, P. et al. Carboplatin- or cisplatin-based chemotherapy in first-line treatment of small-cell lung cancer: the COCIS meta-analysis of individual patient data. *J Clin Oncol*. 2012; 30: 1692–1698
4. Horn L, Mansfield AS, Szczesna A, et al. First-Line Atezolizumab plus Chemotherapy in Extensive-Stage Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2018; 379:2220.
5. Goto K, Ohe Y, Shibata T, et al. Combined chemotherapy with cisplatin, etoposide, and irinotecan versus topotecan alone as second-line treatment for patients with sensitive relapsed small-cell lung cancer (JCOG0605): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2016; 17:1147.
6. O'Brien ME, Ciuleanu TE, Tsekov H, et al.

Phase III trial comparing supportive care alone with supportive care with oral topotecan in patients with relapsed small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24:5441.

7. **Von Pawel J, Schiller JH, Shepherd FA, et al.** Topotecan versus cyclophosphamide, doxorubicin,

and vincristine for the treatment of recurrent small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17:658.

8. **Eckardt JR, von Pawel J, Pujol JL, et al.** Phase III study of oral compared with intravenous topotecan as second-line therapy in small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25:2086.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI CƠ HỌC BẰNG HAI PHƯƠNG PHÁP DÙNG STENTRIEVER VÀ DÙNG ống HÚT HUYẾT KHỐI Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TÍNH

Nguyễn Ngọc Hoà¹, Nguyễn Thanh Long¹

THROMBECTOMY VERSUS STENTRIEVER THROMBECTOMY FOR RECANALIZATION IN ACUTE CEREBRAL INFARCTION

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tái thông mạch máu não là một trong những phương pháp điều trị có tính đột phá trong điều trị nhồi máu não cấp tính. Cùng với sự phát triển của các dụng cụ lấy huyết khối, các phương pháp lấy huyết khối ngày càng có nhiều tiến bộ. Hai phương pháp lấy huyết khối phổ biến hiện nay là dùng stentriever và dùng ống hút. Nghiên cứu nhằm so sánh hiệu quả và tính an toàn của hai phương pháp này trong can thiệp lấy huyết khối cơ học (LHK) ở bệnh nhân nhồi máu não (NMN) cấp tính. **Đối tượng và phương pháp.** 101 bệnh nhân NMN cấp tính do tắc các động mạch (ĐM) lớn thuộc tuần hoàn trước và tuần hoàn sau của não, được chia thành 2 nhóm: nhóm dùng stentriever (n = 68) và nhóm dùng ống hút (n = 33). Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng. **Kết quả.** Thời gian bắt đầu - kết thúc can thiệp ở nhóm dùng ống hút là 71,1 phút, ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với 133,8 phút ở nhóm dùng stentriever. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tái thông tốt sau can thiệp (TICI 2b-3) giữa nhóm dùng stentriever và nhóm dùng ống hút, lần lượt là 77,9% và 78,8%. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt (mRS 0-2) ở ngày 90 không khác biệt giữa hai nhóm stentriever (55,9%) và ống hút (66,7%). Xuất huyết nội sọ (XHNS) xảy ra ở 22/68 (32,4%) bệnh nhân nhóm dùng stentriever, 9/33 (27,3%) bệnh nhân nhóm dùng ống hút. Tỷ lệ tử vong ở ngày 90 của nhóm dùng stentriever và nhóm dùng ống hút lần lượt là 17,6% và 18,2%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận.** Lấy huyết khối cơ học bằng phương pháp dùng ống hút có hiệu quả và tính an toàn tương đương với phương pháp dùng stentriever, nhưng thời gian can thiệp ngắn hơn đáng kể ở nhóm dùng ống hút.

Từ khóa: Lấy huyết khối cơ học, stentriever, ống hút, nhồi máu não cấp tính.

SUMMARY

EFFICACY OF DIRECT ASPIRATION

¹Trung tâm Đột quy, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, tỉnh Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hòa

Email: nguyen.ngochoa.47s@kyoto-u.jp

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Background: This study was designed to compare efficacy and safety of aspiration thrombectomy versus stentriever thrombectomy. **Methods:** 101 acute ischemic stroke patients with both anterior and posterior cerebral circulation large vessel occlusion were assigned to treatment, with 68 receiving stentriever and 33 receiving aspiration. **Results.** There was significant reduction in procedural time within the aspiration group (71,1 minutes), compared to stentriever group (133,8 minutes). There was no statistically significant difference in successful recanalization rate (TICI 2b-3) between the stentriever group (78,8%) and the aspiration group (77,9%). A superior functional outcome, defined as an mRS score of 0-2 at 3 months, was reached by 55,9% of patients in the stentriever group and 66,7% of patients in the aspiration group, though there was no statistical difference between them. Intracranial haemorrhage occurred in 22 (32,4%) of 68 in the stentriever patients and 9 (27,3%) of 33 aspiration patients. At 3 months, all-cause mortality was 17,6% and 18,2% in the stentriever and the aspiration group, respectively. **Conclusions.** Our findings show that aspiration thrombectomy and stentriever thrombectomy are both effective and safe treatment for acute ischemic stroke. Nonetheless, the procedure time in the aspiration group was remarkably lower.

Keywords: aspiration thrombectomy, stentriever thrombectomy, acute ischemic stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phương pháp điều trị lấy huyết khối (LHK) được chấp thuận là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch (ĐM) lớn [1]. Theo khuyến cáo của Hội Đột quy Hoa Kỳ thì dụng cụ LHK dạng stent (stentriever) vẫn là lựa chọn đầu tay được khuyến cáo sử dụng do các kết quả phục hồi chức năng vượt trội, cho dù có một số biến chứng như lóc tách mạch và co thắt mạch [1]. Một phương pháp LHK khác đó là sử dụng hệ thống sử dụng ống thông kích thước lớn nhất có thể đưa tới mạch tắc và hút huyết khối ra ngoài