

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/25-Ovary-fact-sheet.pdf>
2. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai. Ung thư buồng trứng. Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học. 2010; 189-199.
3. Trần Văn Thuấn, Bùi Diệu, Nguyễn Văn Tuyên. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học. 2007; 339-351
4. Bùi Diệu, Trần Văn Thuấn. Sổ tay điều trị nội khoa ung thư. Nhà xuất bản Y học. 2014; 168-173.
5. Lorusso D1, Di Stefano A, Fanfani F et Scambia G. Role of Gemcitabine in ovarian cancer treatment. Ann Oncol. 2006; 17 Suppl 15:188-194
6. Ozols RF. Gemcitabine and carboplatin in second-line ovarian cancer. Semin Oncol. 2005; 34 Suppl 36: 34-38.
7. Pfisterer J, Plante M, Vergote I, du Bois A et al. Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGOVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG. J Clin Oncol. 2006; 24(29):4699-4707
8. Perren TJ, Swart AM, P sterer J, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, Carey MS, Beale P, Cervantes A, Kurzeder C, du Bois A, Sehouli J, Kimmig R, et al. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. N Engl J Med. 2011; 365: 2484-96. doi:10.1056/NEJMoa1103799.
9. Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, Reuss A, Poveda A, Kristensen G, Sorio R, Vergote I, Witteveen P, Bamias A, Pereira D, Wimberger P, Oaknin A, et al. Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: The AURELIA open-label randomized phase III trial. Journal of Clinical Oncology. 2014; 32: 1302-8. doi: 10.1200/JCO.2013.51.4489.
10. Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, Judson PL, Teneriello MG, Husain A, Sovak MA, Yi J, Nycum LR. OCEANS: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. Journal of clinical oncology. 2012; 30: 2039-45. doi: 10.1200/JCO.2012.42.0505.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỌ

Nguyễn Hạnh Ngân¹, Nguyễn Trọng Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ được khám và điều trị tại trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,2 ± 9,7. Nhóm tuổi chủ yếu là từ 60 – 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 74%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,4/1. Độ tuổi phân bố đều ở 2 giới, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm NIHSS lúc vào viện ở bệnh nhân tăng dần theo mức độ hẹp của động mạch cảnh trong: hẹp nhẹ điểm NIHSS là 7,16 ± 3,06, hẹp vừa và nặng là 9,70 ± 4,65, tắc hoàn toàn là 12,47 ± 4,17. Sự khác biệt này

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trên cùng một bệnh nhân có hai hoặc ba ổ NMN ở các vùng khác nhau. Khu vực nhồi máu não được chi phối bởi động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 77,6%. Ổ nhồi máu trên phim CHT, chủ yếu phần bố ở chất trắng dưới vỏ não (92%), chất trắng cạnh não thất (82%). Vị trí hẹp hay gặp nhất là phình cảnh. Bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ hẹp hệ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên chủ yếu trên 70%. Gần 1/3 số bệnh nhân tắc hoàn toàn động mạch này. **Kết luận:** Tuổi càng cao, mức độ vữa xơ động mạch cảnh càng nhiều tăng nguy cơ nhồi máu não

Từ khóa: Nhồi máu não, vữa xơ mạch, động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL AND SOME RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE WITH STENOSIS OF THE EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY

Objectives: Clinical features, imaging and risk factors in patients with acute ischemic stroke with stenosis of the extracranial internal carotid artery. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study was performed on 100 patients diagnosed with acute cerebral infarction with stenosis of the extracranial internal carotid artery, examined and treated at the Neurology Center - Hospital. Bach Mai

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hạnh Ngân

Email: hanhngan.hmu.neurodr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

from July 2021 to September 2022. **Results:** The mean age in the study was 69.2 ± 9.7. The main age group is from 60 to 79 years old, accounting for 74%. The male/female ratio is 2.4/1. Age is evenly distributed in both sexes, the difference between the two groups is not statistically significant (p < 0.05). The NIHSS score at admission in patients gradually increased according to the degree of stenosis of the internal carotid artery: mild stenosis NIHSS score was 7.16 ± 3.06, moderate and severe stenosis was 9.70 ± 4.65, complete occlusion was 12.47 ± 3.41. This difference is statistically significant with p<0.001. In the same patient, there are two or three foci of NMN in different regions. The area of cerebral infarction is dominated by the middle cerebral artery, accounting for the highest rate of 77.6%. Infarct on MRI, mainly located in subcortical white matter (92%), paraventricular white matter (82%). The most common narrow site is the carotid aneurysm. Patients in the study had a major persistent extracranial carotid artery stenosis of over 70%. Nearly one-third of patients have complete occlusion of this artery. **Conclusion:** The older the age, the more carotid atherosclerosis increases the risk of cerebral infarction

Keywords: Cerebral infarction, atherosclerosis, extracranial internal carotid artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một vấn đề thời sự của y học trên thế giới và Việt Nam gây tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư, để lại di chứng nặng nề, gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong đột quy não, NMN chiếm hơn 80%. Khoảng 20% đột quy là do hẹp động mạch cảnh ngoài sọ. Tuy nhiên số liệu này có chút khác biệt giữa các vùng miền cũng như các quốc gia.

Những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, chụp MSCT hay siêu âm Doppler mạch là một phương pháp chẩn đoán hiện đại ít xâm lấn, ít tai biến, có độ tin cậy cao chỉ sau DSA, đã dần thay thế DSA trong việc chẩn đoán lâm sàng. Chính vì đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là nhồi máu não cấp (đến viện trong vòng 72h từ khi khởi phát) có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên, điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 09/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Lâm sàng: Định nghĩa nhồi máu não (WHO-2010): Đột quy não là "sự phát triển nhanh chóng các dấu hiệu rối loạn chức năng thần kinh

của não (khu trú hoặc toàn thể), kéo dài trên 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong, không xác định nguyên nhân nào khác ngoài căn nguyên mạch máu".

Cận lâm sàng: Cộng hưởng từ nhồi máu não kích thước ≥ 1,5 cm thuộc khu vực cấp máu của động mạch cảnh trong bị hẹp đoạn ngoài sọ (được chứng minh trên siêu âm Doppler và/hoặc trên phim MSCT).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và/ hoặc có bệnh tim gây huyết khối xác định trên lâm sàng, điện tim, siêu âm tim hoặc nguyên nhân khác gây nhồi máu não

- Bệnh nhân có kèm chảy máu trong não hoặc chảy máu khoang dưới nhện hoặc dị dạng mạch máu.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu:

❖ **Lâm sàng:**

- Đánh giá tri giác dựa trên thang điểm Glasgow. Mức độ liệt đánh giá theo thang điểm Henry

- Dấu hiệu thần kinh khu trú khác: Rối loạn cảm giác, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn vận âm, liệt VII trung ương, rối loạn thị giác, rối loạn cơ tròn, tiếng thổi động mạch cảnh, đau đầu, co giật,

- Các yếu tố nguy cơ

❖ **Hình ảnh học:** Nhồi máu não cấp được khẳng định trên CHT não

- Phân tích đặc điểm tổn thương trên CHT não

- Xác định mức độ hẹp động mạch cảnh theo ECST trên siêu âm Doppler và MSCT mạch não

- Đánh giá mức độ hẹp theo phân độ hẹp của Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference: Không hẹp hoặc hẹp nhẹ (<50%), hẹp vừa (50%-69%), hẹp nặng (70%-99%) và tắc hoàn toàn (100%)

2.2.4. Phương pháp thống kê và xử lý

số liệu: nhập số liệu bằng phần mềm Epidata, xử lí số liệu bằng phần mềm Stata

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng	p
< 60 tuổi	8 (11,3)	4 (13,8)	12 (12,0)	0,36

60-79 tuổi	55 (77,4)	19 (65,5)	74 (74,0)
≥ 80 tuổi	8 (11,3)	6 (20,7)	14 (14,0)
Tổng	71 (100)	29 (100)	100 (100)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,2 ± 9,7. Nhóm tuổi chủ yếu là từ 60 – 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 74%. Giới tính nam chiếm đa số với 71 bệnh nhân (71%), tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Độ tuổi phân bố đều ở 2 giới, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Hình ảnh nhồi máu não trên phim chụp cộng hưởng từ

Bảng 3.2. Phân bố ổ nhồi máu não trên phim chụp CHT sọ não

	Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
	Vùng đỉnh	65	41,7
	Vùng thái dương	56	35,9
	Tổng	156	100
Vị trí tổn thương	Vỏ não trán, thái dương, đỉnh	78	78,0
	Nhân xám trung ương	70	70,0
	Bao trong	66	66,0
	Bao ngoài	44	44,0
	Chất trắng dưới vỏ	92	92,0
	Chất trắng cạnh não thất	82	82,0
	Giáp gianh	62	62,00
	Diện rộng	34	34,00

Nhận xét: Trên cùng một bệnh nhân có hai hoặc ba ổ NMN ở các vùng khác nhau. Tổng số ổ NMN là 156. Vùng đỉnh gặp tỷ lệ cao nhất là 41,7%, vùng trán gặp tỷ lệ thấp nhất là 22,4%. Ổ nhồi máu trên phim CHT, chủ yếu phân bố ở chất trắng dưới vỏ não (92%), chất trắng cạnh não thất (82%).

3.2.2. Độ hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên với nhồi máu não cấp đánh giá trên siêu âm Doppler

Bảng 3.3. Tỷ lệ vị trí vữa xơ hẹp hệ động mạch cảnh cùng bên nhồi máu não

Vị trí hẹp	Số lượng
Động mạch cảnh chung	16 (8,9%)
Động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ (đoạn sau phình cảnh)	79 (43,8%)
Phình cảnh	87 (48,3%)
Tổng	182 (100,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ vị trí hẹp tại phình cảnh cao nhất 48,3%

Bảng 3.4. Mức độ hẹp lòng mạch của hệ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên

với bên nhồi máu não

Mức độ hẹp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 50%	25	25,0
50-69%	10	10,0
≥ 70 %	33	33,0
Tắc hoàn toàn	32	32,0
Tổng	100	100,0

Nhận xét: Mức độ hẹp hệ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên chủ yếu trên 70%. Gần 1/3 số bệnh nhân tắc hoàn toàn động mạch này.

3.3. Mối liên quan giữa hình ảnh học và triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa lâm sàng, kích thước ổ nhồi máu với mức độ hẹp hệ động mạch cảnh trong

Lâm sàng	Mức độ hẹp hệ động mạch cảnh trong			p
	<50% (n=25)	50-99% (n=43)	Tắc (n=32)	
NIHSS lúc vào viện				
Mean ± SD	7,16 (3,06)	9,70 (4,65)	12,47 (4,17)	<0,001
NIHSS 0-4 điểm	6 (24,0%)	4 (9,3%)	0 (0,0%)	0,001
NIHSS 5-14 điểm	18 (72,0%)	32 (74,4%)	19 (59,4%)	
NIHSS ≥15 điểm	1 (4,0%)	7 (16,3%)	13 (40,6%)	
Glassgow				
≤ 8điểm	0 (0,0%)	2 (4,7%)	3 (9,4%)	0,202
9-12 điểm	4 (16,0%)	13 (30,2%)	11 (34,4%)	
≥ 13 điểm	21 (84,0%)	28 (65,1%)	18 (56,2%)	
Độ liệt chi				
Độ 0-1	5 (20,0%)	13 (30,2%)	18 (56,2%)	0,021
Độ 2-3	7 (28,0%)	16 (37,2%)	10 (31,2%)	
Độ 4	13 (52,0%)	13 (30,2%)	4 (12,5%)	
Độ 5	0 (0,0%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kích thước ổ nhồi máu, độ liệt chi và điểm NIHSS đối với mức độ hẹp hệ động mạch cảnh trên siêu âm. Kích thước ổ nhồi máu càng tăng thì tỷ lệ bệnh nhân tắc trên 50% và tắc hoàn toàn càng cao. Tương tự với điểm NIHSS và mức độ hẹp. Sự khác biệt giữa 3 nhóm trên có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.4. Các yếu tố nguy cơ của nhóm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.6. Các yếu tố nguy cơ thường gặp

Yếu tố nguy cơ		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	< 60	12	12
	≥ 60	88	88
THA		68	68
ĐTĐ		22	22
Rối loạn lipid máu		50	50
Tăng Cholesterol		44	44
Tăng Triglycerid		18	18
Tăng LDL-C		40	40
Giảm HDL-C		15	15
Hút thuốc lá		57	57
Nghiện rượu		47	47
Béo phì		3	3
Tiền sử đột quy não		33	33
Cơ thiếu máu não thoáng qua		0	0

Nhận xét: Đối tượng bệnh nhân thường gặp trên 60 tuổi. Trong đó căn yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là THA, rối loạn lipid máu, hút thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69.20 ± 9.68 , thường gặp nhất từ 60-79 (chiếm 74%). Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, tuổi mắc bệnh nhiều nhất trên 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu cũng tương đương với một số tác giả khác như Phùng Đức Lâm (2017), tuổi trung bình của nhóm có vữa xơ hệ mạch cảnh tuổi trung bình $69,4 \pm 9,9$, nhóm tuổi hay gặp nhất cũng từ 60-79 tuổi (chiếm 67%)¹. Savic Z.N (2010) tuổi trung bình 64.7 ± 11.5 ². Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2.45/1. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác đều như các tác giả Phùng Đức Lâm (2017) tỷ lệ nhóm NMN có vữa xơ hệ mạch cảnh tỷ lệ nam/nữ 2,65/1¹. Rabas P. K. và cs tỷ lệ nam/nữ ở nhóm NMN do vữa xơ là 2,57/1³.

Khu vực NMN của động mạch não giữa (vùng thùy thái dương và vùng đỉnh) chiếm tỷ lệ cao nhất (77.6%), vùng trán chiếm 22.4% là vùng cấp máu của động mạch não trước. Nghiên cứu cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả Mai Hữu Phước động mạch não giữa 87,76%, động mạch não trước 10,20%⁴. Hoàng Khánh động mạch não giữa 82,78%, động mạch não trước 15,23%⁵. Phùng Đức Lâm, động mạch não giữa 90.7%, động mạch não trước 9.3%¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí hẹp hay gặp nhất là phình cảnh chiếm 48.3%, sau đó là động mạch cảnh trong 43.8%, thấp nhất là động mạch cảnh chung 8,9%. Kết quả này cũng tương

đồng với nghiên cứu, Nguyễn Công Hoan (2014), hẹp phình động mạch cảnh chiếm 43.08%, động mạch cảnh trong 36.92%, động mạch cảnh chung 20%⁶. Tác giả Nguyễn Hoàng Ngọc (2002), hẹp do vữa xơ nhiều nhất ở phình cảnh chiếm 48.26%, động mạch cảnh trong 32,86%, cuối cùng là động mạch cảnh chung 13.29%⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Mức độ rối loạn ý thức nặng (Glasgow dưới 8 điểm) và vừa (Glasgow từ 9 đến 12 điểm) chiếm 5%, trong khi rối loạn ý thức Glasgow > 12 chiếm 95%. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoan, Nhóm có rối loạn ý thức Glasgow >12 có tỷ lệ 96%. Nhóm có rối loạn ý thức nặng (Glasgow < 8) chỉ gặp 2/50 bệnh nhân (4%)⁶. NIHSS mức độ trung bình tỷ lệ cao nhất 69.0%, điểm NIHSS ≥15 (mức độ nặng và rất nặng) chiếm tỷ lệ 21.0%, điểm NIHSS mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất 10%. Nghiên cứu cũng phù hợp với tác giả Adams, NMN nhóm vữa xơ động mạch lớn NIHSS từ 0-6 điểm là 33,%; NIHSS từ 7-15 điểm là 46,5%; NIHSS 16-42 điểm là 20,4%. NMN nhóm tắc mạch nhỏ NIHSS từ 0-6 điểm là 67,0%; NIHSS từ 7-15 điểm là 32,4%; NIHSS từ 16-42 điểm là 0,7%⁸. Nghiên cứu của Phùng Đức Lâm cho thấy ở nhóm NMN có vữa xơ động mạch cảnh, NIHSS 0-4 điểm là 12.3 %; NIHSS 5-14 điểm là 48.1%; NIHSS 15 - 25 điểm là 19.8%¹.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân nhồi máu não cấp có hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ tại Trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $69,2 \pm 9,7$. Nhóm tuổi chủ yếu là từ 60 – 79 tuổi, chiếm tỷ lệ 74%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,4/1. Độ tuổi phân bố đều ở 2 giới, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm NIHSS lúc vào viện ở bệnh nhân tăng dần theo mức độ hẹp của động mạch cảnh trong: hẹp nhẹ điểm NIHSS là $7,16 \pm 3,06$, hẹp vừa và nặng là $9,70 \pm 4,65$, tắc hoàn toàn là $12,47 \pm 4,17$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Trên cùng một bệnh nhân có hai hoặc ba ổ NMN ở các vùng khác nhau. Khu vực nhồi máu não được chi phối bởi động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 77,6%. Ổ nhồi máu trên phim CHT, chủ yếu phân bố ở chất trắng dưới vỏ não (92%), chất trắng cạnh não thất (82%). Vị trí hẹp hay gặp nhất là phình cảnh. Bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ hẹp hệ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên chủ yếu trên 70%. Gần 1/3 số bệnh nhân tắc hoàn toàn động mạch này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phùng Đức Lâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học tổn thương hệ động mạch cảnh trong ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não. Luận văn tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội. 2017.
2. **Savic ZN, Davidovic LB, Sagic DZ, Brajovic MD, Popovic SS.** Correlation of color Doppler with multidetector CT angiography findings in carotid artery stenosis. ScientificWorldJournal. 2010;10:1818-1825. doi:10.1100/tsw.2010.170
3. **Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundoerfer B, Heuschmann PU.** Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study. Stroke. 2001;32(12):2735-2740. doi:10.1161/hs1201.100209
4. **Mai Hữu Phước** (2012), "Nghiên cứu tương quan đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não thuộc hệ cảnh giai đoạn cấp. Tạp chí Y học Thực hành. 2012; 811: 142-147.
5. **Hoàng Khánh.** Giá trị tiên lượng của hiện tượng quay mắt đầu liên quan thể tích ổ tổn thương não ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp. Tạp chí Y dược Lâm sàng 108. 2010; 110-114.
6. **Nguyễn Công Hoan.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhồi máu não do xơ vữa hệ động mạch cảnh. Tạp chí Thần kinh học Việt Nam. 2014; 8: 17-22.
7. **Nguyễn Hoàng Ngọc.** Nghiên cứu tình trạng hẹp động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não và hẹp động mạch cảnh không triệu chứng bằng siêu âm Doppler. Luận văn tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2002.
8. **Adams HP, Davis PH, Leira EC, et al.** Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology. 1999;53(1):126-131. doi:10.1212/wnl.53.1.126

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB- IV TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH

Nguyễn Thị Hoa Hồng¹, Trần Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm chung và đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IIIB-IV. **Đối tượng:** 48 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV điều trị bước 1 với phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh. Thời gian từ tháng 1/ 2019 đến tháng 4/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang, có theo dõi dọc. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $62,5 \pm 6,78$. Tỷ lệ nam/ nữ là 5/1. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 89,6%. Bệnh ở giai đoạn IV chiếm 70,8%. Tỷ lệ đáp ứng cơ năng là 81,3%, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 27,1%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 62,5%; Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 5,9 tháng. Trung bình thời gian sống thêm không tiến triển là $7,8 \pm 1,2$ (tháng). **Kết luận:** Hóa trị liệu phác đồ Paclitaxel- Carboplatin trong điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn IIIB- IV giúp cải thiện triệu chứng cơ năng, cho tỷ lệ kiểm soát bệnh cao, kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển, độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV, hóa trị liệu, Paclitaxel, Carboplatin.

¹Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh

²Khoa Nội 4, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa Hồng

Email: nguyenhong28041992@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

SUMMARY

CHEMOTHERAPY RESULTS PACLITAXEL-CARBOPLATIN IN PATIENTS WITH STAGE IIIB-IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe some general characteristics and evaluate the effectiveness of the Paclitaxel-Carboplatin regimen in patients with stage IIIB-IV non-small cell lung cancer. **Subjects:** 48 patients with stage IIIB-IV non-small cell lung cancer receiving first-line treatment with Paclitaxel-Carboplatin regimen at Bac Ninh General Hospital. The period is from January 2019 to April 2022. **Methods:** Retrospective, descriptive, cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up. **Results:** The mean age in the study was 62.5 ± 6.78 . The male/female ratio is 5/1. Adenocarcinoma accounted for 89.6%. Disease in stage IV accounted for 70.8%. The functional response rate was 81.3%, the overall response rate was 27.1%, the disease control rate was 62.5%; Median PFS was 5.9 months, PFS was 7.8 ± 1.2 (months). **Conclusion:** Chemotherapy with Paclitaxel-Carboplatin regimen in the first-line treatment of NSCLC stage IIIB- IV improves functional symptoms, gives high disease control rate, prolongs progression-free survival, toxicity acceptable.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là khối u ác tính xuất phát từ niêm mạc phế quản, phế nang, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu