

canxi là tê bì tay chân, mặt và thân mình, nặng hơn bệnh nhân có thể có quắp tay chân (dấu hiệu Trosseau hay bàn tay đỡ đờ), cứng khớp hàm hay thậm chí là khó thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ hạ canxi với tỉ lệ gặp tại 3 thời điểm 24 giờ, 72 giờ và 1 tuần sau phẫu thuật lần lượt là 4%; 6,7% và 1,3%. Kết quả này thấp hơn với Lê Văn Long với các tỉ lệ cũng ở 3 thời điểm như trên là 9,54%, 22,72% và 7,27%<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá phát hay mắc ở nữ với khối u cứng chắc, hạn chế di động và ở giai đoạn TIRADS 4. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa an toàn, đem lại kết quả tích cực. Một số biến chứng có thể gặp là khàn tiếng, tê tay chân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng** (2000). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ung thư giáp trạng, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Freddie B, Jacques F, Isabelle S** (2018).

Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: Cancer J Clin, 68, 394-424.

3. **Phạm Xuân Lượng** (2016), Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại trung tâm Ung Bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trương Quang Xuân** (2002), Điều trị ung thư giáp trạng bằng đồng vị phóng xạ I131 tại bệnh viện Chợ Rẫy, Tạp chí y học thực hành, Hội thảo quốc gia chống ung thư, trang 330-334.
5. **Nguyễn Tiên Lăng** (2008), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hoá, Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Xuân Cường** (2024), Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại trung tâm ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Y học Việt Nam tập 536, trang 70- 73.
7. **Trần Văn Thông** (2014), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Văn Long** (2018). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

## HỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ NẶNG – TAVI HAY PHẪU THUẬT

Nguyễn Hoàng Tài My<sup>1</sup>, Lý Ích Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Thượng Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Hẹp van động mạch chủ có tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng cùng với sự lão hóa của dân số. Với chỉ định ngày càng mở rộng từ nhóm bệnh nhân hẹp van động mạch chủ nặng có nguy cơ phẫu thuật cao đến những nhóm bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật trung bình và thấp, thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) ngày nay đã thay thế phẫu thuật về số lượng ở nhiều nước phát triển. Bài viết này sẽ đề cập về ưu điểm, các vấn đề cần cân nhắc thêm ở hiện tại và tương lai của TAVI. **Từ khóa:** cấy van động mạch chủ qua ống thông (transcatheter aortic valve implantation - TAVI) phẫu thuật thay van động mạch chủ (surgical aortic valve replacement- SAVR), hẹp van động mạch chủ, bệnh van tim

### SUMMARY

#### SEVERE AORTIC STENOSIS – TAVI OR SURGERY

Aortic valve stenosis demonstrates a rising prevalence in tandem with the aging demographic. Across numerous studies and progressively

broadening indications from the high-risk patients to the patients with lower risk, transcatheter aortic valve replacement (TAVI) has supplanted surgery in terms of quantity. What are its merits, extant dilemmas, and forthcoming obstacles? **Keywords:** transcatheter aortic valve replacement (TAVI), aortic valve stenosis

### I. DỊCH TỄ

Hẹp động mạch chủ là bệnh van tim phổ biến nhất ở các nước phát triển. Do mối liên hệ chặt chẽ với tuổi tác, sự gia tăng tuổi thọ và sự già đi của dân số dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và do đó, sự gia tăng số lượng bệnh nhân cần được điều trị. Người ta ước tính có 12,4% số người từ 75 tuổi trở lên bị hẹp van động mạch chủ, trong đó có 3,4% được đánh giá là "nặng", tỷ lệ này liên quan theo cấp số nhân với tuổi tác, với 0,2% ở nhóm 50–59 tuổi, 1,3% ở nhóm 60–69 tuổi, 3,9% ở nhóm 70–79 tuổi, và 9,8% ở nhóm 80–89 tuổi. Tần suất mắc mới hẹp van động mạch chủ là 5 trên 1,000 người mỗi năm (1).

### II. NGUYÊN NHÂN

Thoái hóa van là nguyên nhân chính ở các nước thu nhập cao trái ngược với các nước thu nhập thấp nơi bệnh van tim hậu thấp chiếm ưu thế. Bệnh lý này tiến triển thành 2 giai đoạn rất

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Tài My

Email: marknguyen.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

khác biệt. Giai đoạn không có triệu chứng kéo dài, tiến triển chậm dần dần từ tổn thương xơ cứng đơn giản đến thay đổi huyết động và sau đó làm tắc nghẽn van nặng. Sự xuất hiện của các triệu chứng (khó thở, đau thắt ngực, ngất) đánh dấu sự bước vào giai đoạn mất bù của bệnh đòi hỏi phải thay van với nguy cơ tử vong cao, thời gian sống còn trung bình nếu không được thay van là 23±5 tháng và tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 18±7% (2). Tuy nhiên, tốc độ tiến triển nặng của van khác nhau đáng kể ở mỗi người và không có mối tương quan giữa mức độ nặng và triệu chứng (có thể xảy ra với những trường hợp hẹp không nặng). Do đó, cần phải theo dõi lâm sàng thường xuyên những bệnh nhân này và siêu âm để xác định rõ ràng thời điểm hợp đủ điều kiện để thay van động mạch chủ.

**III. PHẪU THUẬT THAY VAN**

Trước thập niên 2010, phương pháp điều trị chuẩn cho bệnh hẹp van động mạch chủ nặng là phẫu thuật thay van, bằng van cơ học và van sinh học. Việc lựa chọn phương pháp này được thực hiện tùy theo tuổi thọ mong đợi và bệnh lý đi kèm của bệnh nhân.

Phẫu thuật đã được chứng minh về khả năng sống còn tốt hơn so với điều trị nội khoa đơn thuần trong một số nghiên cứu vào những năm 1980 với tỷ lệ sống còn gần 90% sau 5 năm (3). Với sự cải tiến của van nhân tạo và điều trị chu phẫu tốt, tỷ lệ biến chứng và tử vong của phẫu thuật ngày nay thậm chí còn thấp hơn. Tỷ lệ này thường được đánh giá tốt bằng các thang điểm rủi ro phẫu thuật như điểm STS hoặc EuroSCORE. Mặc dù có kết quả xuất sắc, phẫu thuật thay van vẫn là một phẫu thuật lớn đòi hỏi phải cắt xương ức, tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian nằm viện tương đối dài sau đó.

**IV. TAVI**

Vì hẹp van động mạch chủ đặc biệt phổ biến

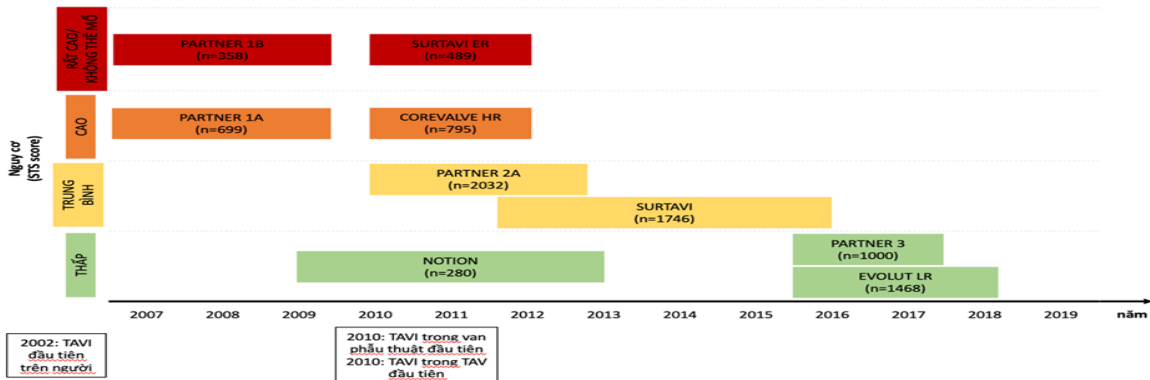
ở người cao tuổi, một số bệnh nhân có thể có nhiều bệnh đi kèm khiến họ có nguy cơ tử vong do phẫu thuật cao và một số người trong số họ sẽ bị từ chối phẫu thuật. Kỹ thuật thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) được phát triển bởi Alain Cribier và ca cấy ghép đầu tiên trên người diễn ra vào năm 2002. Kỹ thuật này nhanh chóng trở nên phổ biến và được áp dụng như một phương pháp điều trị thay thế và hiệu quả.

Các cách tiếp cận khác nhau đã được phát triển để thích ứng với mọi giải phẫu mạch máu: động mạch đùi, động mạch cảnh, qua mòm tim, qua tĩnh mạch (caval), động mạch chủ, động mạch dưới đòn. Hiện nay có 2 hệ thống van sinh học nhân tạo cấy qua ống thông: van nở bằng bóng (Balloon expandable - BE) và van tự nở (Self expandable - SE).

Van nở bằng bóng được cấy nhờ một bóng mang van được bơm căng lên để nở ra. Trong quá trình nở van, điều quan trọng là không có chuyển động của tim (nguy cơ đặt sai vị trí hoặc xuyên tắc), đó là lý do tại sao nên cấy van dưới sự kích thích thất nhanh với tốc độ 180 -200 nhịp/phút (qua điện cực ở thất phải hoặc qua dây dẫn trong buồng tim).

Van tự nở có khả năng được thu lại và định vị lại nhưng có khung kim loại lớn đôi khi cản trở việc tiếp cận các động mạch vành sau đó và có nguy cơ phải cấy máy tạo nhịp trong trường hợp rối loạn dẫn truyền trong hoặc sau khi thực hiện thủ thuật. Tùy loại van, van có thể được đặt ở tại vòng van hay trên vòng van (diện tích bề mặt lớn hơn).

Cuối cùng, TAVI hiện nay được khuyến cáo thực hiện tại những trung tâm tim mạch can thiệp có khoa phẫu thuật tim tại chỗ để hỗ trợ trong trường hợp có biến chứng cần thiết phẫu thuật. Nếu có thể, TAVI cũng nên thực hiện tại các phòng mổ lai "hybrid" để dễ dàng chuyển đổi sang phẫu thuật khi cần.



**Hình 1. Các nghiên cứu lâm sàng chính dẫn đến sự mở rộng chỉ định của TAVI**

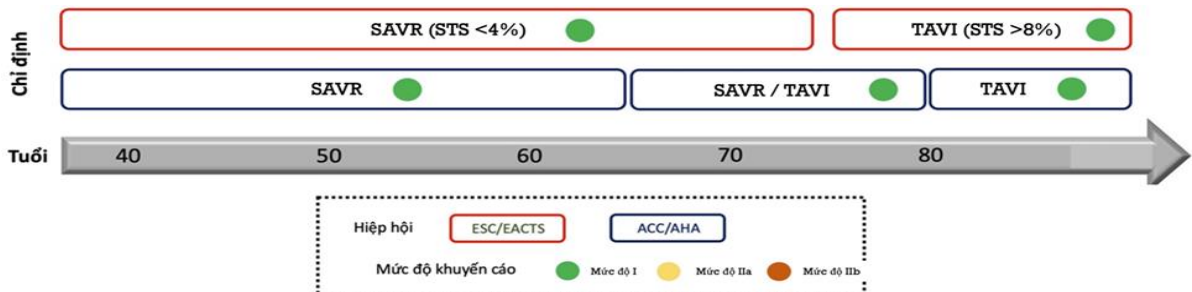
**V. THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG CHÍNH**

Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã được tiến hành để đánh giá lợi ích của TAVI trên các nhóm dân số khác nhau (hình 1). Nghiên cứu tiên phong đầu tiên PARTNER 1B về van BE Sapien (Edwards Lifesciences) cho thấy TAVI giảm tỷ lệ tử vong sau 1 năm ở những bệnh nhân được cho là không thể phẫu thuật so với điều trị nội khoa ( $\pm$  nong van tim) (30,7% so với 49,7%,  $p < 0,001$ ). Tiếp theo, nghiên cứu đã được thực hiện ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao (STS > 8%) với kết quả TAVI có tỷ lệ tử vong sau 1 năm tương đương với phẫu thuật (24,2% so với 26,8%,  $p = 0,44$ ) với kết cục lâm sàng về triệu chứng tương tự, nhiều biến chứng mạch máu hơn nhưng ít biến chứng xuất huyết nặng và rung nhĩ hơn. Quá trình theo dõi 5 năm của 2 nghiên cứu này cho thấy kết quả bền vững mặc dù hở van mức độ trung bình/nặng hơn đối với TAVI. Kết quả tương tự cũng được thấy với SE CoreValve (Medtronic) ở 2 nhóm đối tượng này với sự cải thiện khả năng sống còn sau 1 năm so với điều trị nội khoa ở những bệnh nhân không thể phẫu thuật cũng như ở những bệnh nhân có nguy cơ cao không muốn phẫu thuật (14,2% so với 19,1%,  $p = 0,04$ ) mặc dù có nguy cơ đặt máy tạo nhịp cao hơn. Sự vượt trội này không được tìm thấy ở thời điểm 5 năm với tỷ lệ tử vong tương tự nhưng đặt máy tạo nhịp nhiều hơn.

Trước những kết quả thuận lợi này, các nghiên cứu lâm sàng sau đó tập trung trên bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật trung bình ( $4 < STS \leq 8\%$ ). PARTNER 2 (van BE Sapien XT) nhận thấy tỷ lệ tử vong hoặc đột quỵ gây tàn phế sau 2 năm giảm ở nhóm sử dụng TAVI qua đường đùi so với phẫu thuật (16,3% so với 20%,  $p = 0,04$ ). Nghiên cứu SURTAVI trên van SE CoreValve (Medtronic) ở những bệnh nhân có nguy cơ trung bình cho thấy TAVI không thua kém phẫu thuật, với nguy cơ tử vong hoặc đột

quỵ sau 2 năm không thấp hơn phẫu thuật (12,6% so với 14%) mặc dù có nguy cơ phải đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn cao hơn (25,9% so với 6,6%). Sau 5 năm, các biến cố tim mạch chính đều tương tự nhưng tỷ lệ hở quanh van ở mức độ trung bình/nặng nhiều hơn ở nhóm TAVI (4). Do đó, các van sinh học nhân tạo đã được cải tiến thêm lớp bọc quanh chân van cho phép giảm đáng kể nguy cơ này.

Cuối cùng, các nghiên cứu mới nhất đã tập trung vào những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp (STS  $\leq 4\%$ ). Nghiên cứu PARTNER 3 trên van BE Sapien 3 (Edwards LifeSciences) cho thấy, ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp, nguy cơ tử vong, đột quỵ hoặc tái nhập viện sau 1 năm ở những bệnh nhân được điều trị bằng TAVI giảm so với phẫu thuật (8,5% so với 15,1%,  $p = 0,001$ ). Đột quỵ cũng giảm (0,6% so với 2,4%,  $p = 0,02$ ) và thời gian nằm viện ngắn hơn (3 ngày so với 7 ngày,  $p < 0,001$ ). Kết quả sau 2 năm cho thấy tính ưu việt của TAVI vẫn duy trì ở tiêu chí đầu. Phân tích siêu âm cho thấy chênh áp qua van cao hơn đối với nhóm TAVI (13,65 mmHg so với 11,84 mmHg,  $p = 0,06$ ), diện tích mở van hiệu quả tương tự (1,7 cm<sup>2</sup> so với 1,7 cm<sup>2</sup>,  $p = 0,34$ ) với tỉ lệ hở quanh van mức độ nhẹ nhiều hơn (26% so với 2,3%) nhưng không có sự khác biệt đối với hở trung bình (0,5% so với 0%). Đối với van SE Evolut, cải tiến của van Corevalve (Medtronic), thử nghiệm ở những bệnh nhân nguy cơ thấp không tìm thấy bất kỳ sự khác biệt nào giữa hai nhóm ở thời điểm 3 năm liên quan đến tiêu chí chính tử vong hoặc đột quỵ gây tàn phế mặc dù tỷ lệ đặt máy tạo nhịp nhiều hơn ở nhóm TAVI. Trên siêu âm, nhóm TAVI có chênh áp qua van thấp hơn (9,1 mmHg so với 12,1 mmHg,  $p < 0,001$ ) và diện tích mở van hiệu quả lớn hơn (2,2 cm<sup>2</sup> so với 2,0 cm<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ), không có sự khác biệt về hở van nhiều hơn mức trung bình (0,9% so với 0,2%,  $p = 0,16$ ) (5).



**Hình 2. Chỉ định thay van động mạch chủ qua ống thông theo ESC/EACTS và ACC/AHA**  
 (ESC: Hội Tim mạch Châu Âu/ Hội phẫu Tim mạch Hoa Kỳ/Trường môn Tim mạch học phẫu thuật tim và lồng ngực Châu Âu, ACC/AHA: Hội Tim mạch Hoa Kỳ).

Liên quan đến độ bền của van, dữ liệu mới nhất từ nghiên cứu sổ bộ UK TAVI với thời gian theo dõi siêu âm trung bình là 8 năm cho thấy tỷ lệ thoái hóa van nặng rất thấp 5,9%, chủ yếu là do chênh áp qua van gia tăng và chỉ có 2,3% cần tái can thiệp. Lưu ý rằng các van tim trong nghiên cứu này là thế hệ van đầu tiên (CoreValve, Sapien, Sapien XT) (6). Việc ước tính là khó khăn do định nghĩa thoái hóa thường chỉ dựa trên khái niệm tái can thiệp. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên NOTION (phẫu thuật so với TAVI) cho thấy tỷ lệ thoái hóa van nặng sau 10 năm thấp hơn ở những bệnh nhân được điều trị bằng TAVI (1,5% so với 10%,  $p=0,004$ ), tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ tái can thiệp hoặc tử vong giữa hai kỹ thuật (7).

## VI. KHUYẾN CÁO HIỆN TẠI

Các khuyến cáo mới nhất của các hiệp hội tim mạch đã mở rộng các chỉ định cho TAVI đến các nhóm dân số có nguy cơ phẫu thuật thấp hơn (hình 2) (5).

Khuyến cáo của Châu Âu năm 2021 về quản lý bệnh van tim đề nghị bệnh nhân bị hẹp động mạch chủ nặng có triệu chứng được thực hiện TAVI khi họ đủ độ tuổi 75 hoặc không thể phẫu thuật/có nguy cơ phẫu thuật cao (STS PROM hoặc EuroSCORE II > 8%) và có thể tiếp cận được bằng đường động mạch đùi. Họ khuyến cáo phẫu thuật thay van cho bệnh nhân < 75 tuổi và có nguy cơ phẫu thuật thấp (STS PROM hoặc EuroSCORE II < 4%) hoặc không thể tiếp cận được đường động mạch đùi đối với TAVI và có thể phẫu thuật được. Những bệnh nhân còn lại có thể lựa chọn giữa hai dạng thay van. Điều quan trọng cần lưu ý là mỗi quyết định đều được Nhóm tim mạch thảo luận đưa ra tùy từng trường hợp cụ thể đồng thời cũng tính đến mong muốn của bệnh nhân.

Khuyến cáo của Hoa Kỳ năm 2021 hướng dẫn bệnh nhân 80 tuổi hoặc không thể phẫu thuật/có nguy cơ phẫu thuật cao có tuổi thọ > 1 năm được thực hiện TAVI với chỉ định I và phẫu thuật thay van với chỉ định IIa. Đối với những bệnh nhân từ 65 đến 80 tuổi có nguy cơ phẫu thuật trung bình/thấp, có thể lựa chọn TAVI và phẫu thuật thay van với cùng chỉ định mức độ I, với sự lựa chọn dựa trên giải phẫu của van và tổn thương tim hoặc ngoài tim. Bệnh nhân < 65 tuổi sẽ được thảo luận phẫu thuật thay van đầu tiên nếu được.

## VII. HƯỚNG PHÁT TRIỂN TRONG TƯƠNG LAI

Sự cải tiến liên tục của hệ thống van nhân tạo sinh học và kỹ thuật cấy ghép giúp giải quyết

các vấn đề còn tồn tại. Hở cạnh van, một tình trạng có liên quan đến tiên lượng xấu về lâu dài, đã được giảm thiểu đáng kể nhờ sử dụng một lớp bọc ngoài ở chân van cho phép bịt kín tốt hơn. Các rối loạn dẫn truyền cần đặt máy tạo nhịp cũng được giảm bớt với kỹ thuật đặt van cao hơn, được canh chính xác ở hướng hai lá van chồng nhau "cusp-overlap". Tái tiếp cận mạch vành vẫn là một vấn đề quan tâm thực sự sau đặt van. Sự khó đảm bảo chắc chắn vị trí các lá van so với lỗ vành đang được giải quyết nhờ sự phát triển của thế hệ van tiếp theo trong tương lai nhờ các dấu hiệu "marker" được thiết kế trên van. Cuối cùng, việc mở rộng chỉ định TAVI cho nhóm dân số trẻ phải kèm theo dự đoán sự thoái hóa của van sinh học dẫn đến thủ thuật TAVI trong van, cho dù ban đầu là phẫu thuật hay bằng TAVI. Điều này phải được dự đoán trước từ lần thay van đầu tiên. Việc lựa chọn hình thức thay van, loại van, kích thước van và chiều cao cấy ghép của van đầu tiên phải được thực hiện để có thể đặt van thứ hai sau này.

Ưu điểm chính của TAVI so với phẫu thuật là thủ thuật ít rườm rà và ít xâm lấn hơn. Việc chọc mạch dưới hướng dẫn siêu âm, áp dụng không gây mê toàn thân mà chỉ sử dụng gây mê thức tỉnh, đường tiếp cận thứ hai qua động mạch quay và tạo nhịp qua dây dẫn trong trường hợp không có yếu tố nguy cơ rối loạn dẫn truyền đã dẫn đến việc đơn giản hóa và giảm bớt quy trình giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Một số trung tâm thậm chí còn đề xuất các quy trình cho phép xuất viện vào ngày đầu tiên ở những bệnh nhân được chọn kĩ càng (8).

## VIII. KẾT LUẬN

Sự phát triển của thay van động mạch chủ qua ống thông trong những năm gần đây đã cho thấy rằng đây là một giải pháp thay thế hợp lý cho việc phẫu thuật thay van động mạch chủ ngay cả ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp. Quyết định được cân nhắc dựa trên đa yếu tố, tùy thuộc vào giải phẫu động mạch chủ, tính khả thi và bệnh đi kèm của bệnh nhân mặc dù các hiệp hội tim mạch hiện nay khuyến cáo đây là lựa chọn đầu tiên ở những bệnh nhân lớn tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Osnabrugge RL, Mvlotte D, Head SJ, et al.** Aortic stenosis in the elderly: disease prevalence and number of candidates for transcatheter aortic valve replacement: a meta-analysis and modeling study. *J Am Coll Cardiol.* 2013 Sep 10;62(11):1002-12. doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.015. Epub 2013 May 30. PMID: 23727214.

2. **Horstkotte D, Loogen F.** The natural history of aortic valve stenosis. *Eur Heart J.* 2018;39(suppl E):57-64.
3. **Schwarz F, Baumann P, Manthey J, Hoffmann M, Schuler G, Mehmel HC, et al.** The effect of aortic valve replacement on survival. *Circulation.* nov 1982;66(5):1105-10.
4. **Desai PV, Goel SS, Kleiman NS, Reardon MJ.** Transcatheter Aortic Valve Implantation: Long-Term Outcomes and Durability. *Methodist DeBakey Cardiovasc J.* 2023;19(3):15-25. doi: 10.14797/mdcvi.1201
5. **Windecker S, Okuno T, Unbehaun A, Mack M, Kapadia S, Falk V.** Which patients with aortic stenosis should be referred to surgery rather than transcatheter aortic valve implantation? *Eur Heart J.* 2022 Aug 1;43(29):2729-2750. doi: 10.1093/eurheartj/ehac105. PMID: 35466382.
6. **Ali N, Hildick-Smith D, Parker J, et al.** Long-term durability of self-expanding and balloon-expandable transcatheter aortic valve prostheses: UK TAVI registry. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2023; 101: 932-942. doi:10.1002/ccd.30627
7. **Hans Gustav Hørsted Thyregod, Troels Høisgaard Jørgensen, Nikolai Ihlemann, et al.,** Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. *European Heart Journal,* 2024; ehae043. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae043>
8. **Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al.** 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2021 Feb 2;143(5):e35-e71. doi: 10.1161/CIR.0000000000000932. Epub 2020 Dec 17. Erratum in: *Circulation.* 2021 Feb 2;143(5):e228. Erratum in: *Circulation.* 2021 Mar 9;143(10):e784. PMID: 33332149.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thanh Hà<sup>1</sup>, Hoàng Kim Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2018 - 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu trên 37 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ điều trị tại Trung tâm Ung bướu từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. Ghi nhận các thông tin về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ độc tính của hoá trị. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp nhất: 60 - 69 chiếm 43,2%. Lý do vào viện phổ biến là đau tức ngực (37,8%), ho kéo dài (27%). Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS 0 - 1 là chủ yếu (86,5%), PS = 2: 13,5%. Bệnh nhân giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, bệnh nhân giai đoạn khu trú là 13,5%. Số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ Etoposide - Cisplatin là nhiều nhất chiếm 48,6% và phác đồ Etoposide - Carboplatin 24,3%. Tỷ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%. Độc tính trên hệ tạo huyết: giảm bạch cầu hạt là 59,5% trong đó giảm độ 3 chiếm 13,5%. Độc tính nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1, 2 chiếm 56,7%, độ 3 chiếm 10,8%. Độc tính tiêu chảy chủ yếu độ 1, 2 chiếm 43,2%. Độc tính trên thần kinh ngoại vi chiếm 24,3%.

**Từ khoá:** Ung thư phổi tế bào nhỏ, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ độc tính của hoá trị.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Thanh Hà

Email: nongthanha.bsnt.k15@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

### SUMMARY

#### RESULTS OF SMALL CELL LUNG CANCER TREATMENT AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate treatment results in small cell lung cancer patients at the Oncology Center - Thai Nguyen Central Hospital in the period of 2018 - 2022. **Methods:** Retrospective study of 37 small cell lung cancer patients treated at the Oncology Center from January 2018 to December 2022. Record information about some clinical and paraclinical characteristics, stages, response rates, and toxicity rates of chemotherapy. **Results:** Most common age: 60 - 69, accounting for 43.2%. Common reasons for hospitalization are chest pain (37.8%), and persistent cough (27%). The general condition index of patients is PS 0 - 1 mainly (86.5%), PS = 2: 13.5%. Patients with extensive stage account for 86.5%, patients with limited stage take up 13.5%. The largest number of patients treated with the Etoposide - Cisplatin regimen is 48.6% and the Etoposide - Carboplatin regimen is 24.3%. The response rate of treatment after 6 cycles reached 16.2%, of which partial response accounted for 13.5% and complete response accounted for 2.7%. Toxicity on the hematopoietic system: neutropenia was 59.5%, of which level 3 was 13.5%. Nausea and vomiting are mainly level 1, 2, accounting for 56.7%, and level 3 accounting for 10.8%. Diarrhea is mainly grade 1, 2 which accounts for 43.2%. Peripheral nerve toxicity accounts for 24.3%.

**Keywords:** small cell lung cancer, response rate, toxicity rate of chemotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính và là