

với bóng kéo sỏi để lấy sỏi, và không cần dùng đến loại rọ tán sỏi. Đặc biệt có 4 bệnh nhân có kích thước sỏi > 2 cm chúng tôi phải kết hợp đặt stent nhựa sau lấy sỏi một phần.

Về kết quả lấy sỏi: Tỷ lệ lấy hết sỏi sau can thiệp lần 1 là 92,2%. Có 04 trường hợp kích thước sỏi to (chiếm 7,8%), nên chúng tôi chỉ lấy được một phần sỏi và đặt stent nhựa để dẫn lưu mật; trong đó có 01 trường hợp sau 01 tháng chúng tôi tiến hành rút stent và lấy hết sỏi lần 2. Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước như Mai Hồng Bằng [1] là 93- 97% thấy thành công với SOMC đơn thuần là 90%, với các trường hợp VTC do sỏi cho tỉ lệ thành công là 100%, với những bệnh nhân có nguy cơ cao không lấy được sỏi thì đặt stent dẫn lưu.

Tai biến, biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp có biến chứng sau thủ thuật NSMTND, đó là 3 trường hợp viêm tụy cấp, chiếm tỷ lệ 5,8% và 1 trường hợp chảy máu, chiếm 2%. Còn lại các bệnh nhân không có tai biến hay biến chứng khác. Qua đó khẳng định được vai trò của NSMTND, đây là phương pháp điều trị nhẹ nhàng, có hiệu quả và độ an toàn cao để dẫn lưu, giải áp đường mật, đặc biệt khi điều trị nội khoa nhiễm trùng đường mật thất bại.

V. KẾT LUẬN

- Khả năng lấy sỏi gần như triệt để (92,2%).
- Tỷ lệ tai biến thấp (92,2%).
- Chủ yếu là các bệnh nhân nữ (60,8%), có 1 viên sỏi, kích thước >1cm

Khuyến nghị. Đây là thủ thuật khó và phức tạp, có không ít biến chứng, đòi hỏi có sự phối hợp chặt chẽ với các chuyên khoa khác; do đó

các bác sĩ nội soi phải được đào tạo bài bản và chuẩn bị thật kỹ lưỡng trước khi triển khai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Hồng Bằng (2012)**, "Nghiên cứu nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị sỏi, giun ống mật chủ tại Bệnh viện TƯQĐ 108", Tạp chí Y dược học quân sự. 37(4), tr. 65-70.
2. **Nguyễn Trung Cường (2016)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ đơn thuần bằng nội soi can thiệp đường mật ngược dòng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 06/2011 - 06/2016, Luận văn Thạc sỹ y học Đại học Y Hà Nội.
3. **Hồ Thị Kim Chi (2013)**, Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Hồ Đăng Quý Dũng và cs (2012)**, "Đánh giá tình hình nội soi chạp mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011", Tạp chí Y học thực hành. số 832+833, tr. 34-40.
5. **Trần Như Nguyễn Phương (2010)**, "Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi OMC", Luận án chuyên khoa cao cấp II – Trường Đại học Y dược Huế.
6. **Gomi et al.(2017)**, "Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis", Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences. 24(6), tr. p. 310-318.
7. **Kiriyama và et al. (2018)**, "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos).", Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences. 25(1), tr. p. 17-30.
8. **Kiriyama S và et al. (2017)**, "New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines", J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 19(5), tr. p. 548-56.
9. **Yasuda (2010)**, "Management of the bile duct stone: current situation in Japan", Digestive Endoscopy. 22 Suppl 1, tr. S76-78.

CHUYỂN ĐỔI KỸ THUẬT TỪ ADAPT SANG SOLUMBRA TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT

Mở đầu: Các kỹ thuật lấy huyết khối cơ học (LHKCH) chính gồm: lấy huyết khối bằng stent (LHKBS), hút huyết khối bằng ống thông (ADAPT) và kỹ thuật Solumbra (kết hợp hút huyết khối bằng ống

thông và lấy huyết khối bằng stent), có thể chuyển đổi cho nhau. Mục đích của nghiên cứu này là báo cáo hiệu quả tăng thêm của việc chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solumbra ở những bệnh nhân đột quỵ tái thông mạch không thành công. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là một báo cáo loạt ca, hồi cứu, đơn trung tâm, tất cả các bệnh nhân nhập Bệnh viện Chợ Rẫy và được can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật ADAPT và Solumbra trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2021. Ở 103/137 (75,2%) bệnh nhân, ADAPT được sử dụng như kỹ thuật đầu tay. Chuyển đổi kỹ thuật được định nghĩa là sự khác biệt giữa kỹ thuật đầu tiên được áp dụng và kỹ thuật cuối cùng. Sự tái thông mạch được đánh giá bằng thang điểm TIC1 với thành công được

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn

Email: nhattuan_234@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 20.01.2022

Ngày duyệt bài: 15.2.2022

xác định là $TICI \geq 2b$. Thời gian thủ thuật và thời gian tái tưới máu được ghi nhận. **Kết quả:** Đột quy liên quan tuần hoàn trước ở 86/103 (83,5%) bệnh nhân và tuần hoàn sau ở 17/103 (16,5%) bệnh nhân. ADAPT là kỹ thuật đầu tiên, phổ biến nhất so với cả LHKBS và Solumbra (ADAPT là 103/137 (75,2%), so với LHKBS là 15/137 (10,9%), và Solumbra là 19/137 (13,9%)). Ở 21/103 (20,4%) bệnh nhân thực hiện kỹ thuật ADAPT, $TICI \leq 2a$ cần chuyển sang Solumbra. Số lần lấy huyết khối trung bình trước chuyển đổi là $2,0 \pm 1,3$. ADAPT chuyển sang Solumbra giúp cải thiện tái thông mạch thành công 14,6% (71/103 (68,9%) so với 86/103 (83,5%)). Thời gian thủ thuật cao hơn đối với chuyển đổi kỹ thuật so với ADAPT (63,3 phút so với 39,3 phút; mặc dù, thời gian tái tưới máu là tương tự (332,4 phút so với 317,4 phút)). **Kết luận:** Tái thông mạch thành công được cải thiện 14,6% sau khi chuyển đổi từ ADAPT sang Solumbra ($TICI$ sau cùng $\geq 2b$ là 83,5%).

Từ khóa: đột quy thiếu máu não cấp; lấy huyết khối cơ học; ADAPT; Solumbra

SUMMARY

CHANGING FROM ADAPT TO SOLUMBRA TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE: EXPERIENCE AT CHORAY HOSPITAL

Background: Major endovascular techniques of mechanical thrombectomy (MT) are: stent-retriever (SR), aspiration first pass technique (ADAPT) and Solumbra (Aspiration + SR), which are interchangeable (defined as changing technique). The purpose of this study was to report the added value of changing from ADAPT to Solumbra in unsuccessful revascularization stroke patients. **Materials and Methods:** This is a case series report, retrospective, single center, from 01/2019 to 12/2021. In 103/137 (75.2%) patients, ADAPT was used as the first-line strategy. Changing technique was defined as the difference between the first and the final technique. Revascularization was evaluated with Thrombolysis In Cerebral Infarction (TICI) with success defined as $TICI \geq 2b$. Procedural time (PT) and time to reperfusion (TTR) were recorded. **Results:** Stroke involved anterior circulation in 86/103 (83.5%) patients and posterior circulation in 17/103 (16.5%) patients. ADAPT was the most common first-line technique compared with SR and Solumbra (103/137 (75.2%) vs. 15/137 (10.9%) vs. 19/137 (13.9%), respectively). In 21/103 (20.4%) patients using ADAPT, the $TICI \leq 2a$ patients required changing to Solumbra. The mean number of passes before changing was 2.0 ± 1.3 ; ADAPT to Solumbra improved successful revascularization by 14.6% (71/103 (68.9%) vs. 86/103 (83.5%)). PT was superior for changing technique comparing with ADAPT (63.3 min vs. 39.3 min, although, TTP was similar (324.1 min vs. 311.4 min)). **Conclusion:** Successful revascularization was improved by 14.6% after changing from ADAPT to Solumbra (final $TICI \geq 2b$ was 83.5%).

Keywords: acute ischemic stroke; mechanical thrombectomy; ADAPT; Solumbra

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2015 đến năm 2016, sáu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (thử nghiệm MR CLEAN, ESCAPE, EXTEND-IA, SWIFT-PRIME, REVASCAT và THRACE) cho kết quả khả quan ủng hộ phương pháp lấy huyết khối cơ học (LHKCH) để xử trí đột quy cấp tính [1], sau đó được xác nhận bởi phân tích gộp HERMES cho thấy giảm tỉ lệ tàn phế sau 90 ngày [2]. Năm 2019, thử nghiệm COMPASS [3] cho thấy kết cục tương đương giữa kỹ thuật lấy huyết khối bằng stent (LHKBS) và kỹ thuật hút huyết khối bằng ống thông (HHKBOT) [A Direct Aspiration First Pass (ADAPT)] với $mRS = 0-2$ đạt 52% so với 50% ($p = 0,0014$). Với bằng chứng mới này, hướng dẫn cập nhật AHA/ASA 2019 về xử lý đột quy được chỉ định cho ADAPT mức I, B-R [4]. Ngoài ra, Ủy ban Tiêu chuẩn và Hướng dẫn SNIS [5] đã xác nhận các hướng dẫn của LHKCH đối với đột quy tuần hoàn sau.

Năm 2013, Kang và cộng sự [6] hệ thống hóa khái niệm về chuyển đổi kỹ thuật, để tối đa hóa hiệu quả kỹ thuật, được định nghĩa là sự chuyển đổi từ kỹ thuật can thiệp nội mạch (CTNM) này sang kỹ thuật CTNM khác sau khi tái thông mạch thất bại [4,7], mục tiêu kỹ thuật cho LHKCH là thang điểm TICI (Thrombolysis in Cerebral Infarction) mức 2b/3 để tăng khả năng đạt kết cục lâm sàng chức năng tốt [8]. Stapleton và cộng sự [9] đã chứng minh rằng không có sự khác biệt về thời gian giữa ADAPT và ADAPT + LHKBS, mặc dù ADAPT có thời gian thủ thuật nhanh hơn so với LHKBS.

Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hiệu quả của việc chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solumbra trong điều trị đột quy não cấp do tắc động mạch não lớn tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một báo cáo loạt ca, hồi cứu, đơn trung tâm, tất cả các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp do tắc động mạch não lớn được can thiệp nội mạch lấy huyết khối bằng kỹ thuật ADAPT và Solumbra tại bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021. Chuyển đổi kỹ thuật được định nghĩa là sự khác biệt giữa kỹ thuật ban đầu và kỹ thuật cuối cùng [6], quyết định chuyển đổi được quy định sau tối đa 3 lần thất bại với kỹ thuật ban đầu ($TICI \leq 2a$). Việc tái thông mạch được đánh giá theo thang điểm TICI với 2 kết quả: không thành công ($TICI \leq 2a$) và thành công ($TICI \geq 2b$) [4,7]. Ngoài ra, ghi nhận thời gian thủ thuật và thời gian tái tưới máu cho 2 nhóm (ADAPT và

Solumbra). Thủ thuật được thực hiện trong phòng can thiệp mạch DSA (hai bình diện Artis Zee, Siemens, Đức).

Tất cả các thủ thuật được thực hiện bằng cách tiếp cận động mạch với gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân tùy theo tình trạng lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của đột quỵ. Kỹ thuật thực hiện: bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và/ hoặc cộng hưởng từ để đánh giá đặc điểm nhu mô não, vị trí mạch máu tắc và tuần hoàn bàng hệ. Đặt ống thông dẫn đường vào động mạch cảnh trong hoặc động mạch dưới đòn, đốt sống, chụp xác định mạch máu bị tắc. Đưa ống thông hút huyết khối (5MAX ACE68, Penumbra Inc., Alameda, CA, USA) đồng trục đến gần cục huyết khối. Tiếp tục luồn vi ống thông và bung stent lấy huyết khối (Solitaire, Co-vidien, Mansfield, MA, USA) sao cho cục huyết khối ở 1/3 đoạn gần của stent. Giữ khoảng 2-8 phút để stent gắn chặt vào cục huyết khối, kéo vi ống thông chậm để tối đa hóa thể tích bên trong ống thông hút huyết khối. Đưa ống thông hút huyết khối đến đoạn gần cục huyết khối và kết nối với hệ thống hút. Stent được kéo nhẹ, trong đó đầu ống thông hút huyết khối nâng cao để được vị trí thuận lợi. Áp lực âm trong ống hút được duy trì liên tục bởi sử dụng ống hút chân không và máy hút. Stent và ống thông hút huyết khối được kéo ra cùng nhau. Chụp DSA kiểm tra sau can thiệp (như minh họa ở Hình 1)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 103 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp thực hiện kỹ thuật ADAPT, với các đặc điểm như trong Bảng 1 và 2). Về vị trí tắc, tuần hoàn trước chiếm 86/103 (83,5%), trong đó đoạn M1 chiếm 46/103 (44,7%); tuần hoàn sau chiếm 17/103 (16,5%). Trong 103 ca ADAPT thì 21/103 (20,4%) tái thông không thành công (TICI ≤ 2a), và được chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solumbra, với vị trí tắc là 16/21 (76,2%) ở đoạn M1, và 5/21 (23,8%) là tuần hoàn sau.

ADAPT chuyển sang Solumbra giúp cải thiện tỷ lệ TICI ≥ 2b thêm 15/21 ca, giúp tăng thêm 14,6% (từ 71/103 (68,9%) lên đến 86/103 (83,5%)). Cụ thể, điểm TICI cuối cùng là: 0 chiếm 2 (1,9%), 1 chiếm 3/103 (2,9%), 2a chiếm 12/103 (11,7%), 2b chiếm 31/103 (30,1%) và 3 chiếm 55/103 (53,4%).

Số lần thực hiện thủ thuật trung bình là 2,0 cho toàn bộ nhóm nghiên cứu và 3,0 cho phân nhóm chuyển đổi.

Bảng 1: Đặc điểm chung và các cửa sổ thời gian

Đặc điểm	Số bệnh nhân ADAPT (%)
Tuổi (năm)	63,4 ± 11,9
Nam/nữ	1,06/1
NIHSS ban đầu	18,9±5,3
ASPECTS	8,0±1,2
tPA TM trước can thiệp	36/103 (35,0)
Vị trí tắc mạch	
Động mạch não giữa (M1/ M2)	46/103 (44,7)
Động mạch cảnh trong	40/103 (38,8)
Động mạch đốt sống	0/103 (0)
Động mạch nền	17/103 (16,5)
Cửa sổ thời gian (phút)	Trung bình (Tối thiểu-tối đa)
Khởi phát – nhập viện	182,4 (1-325)
Nhập viện – chọc dò động mạch	114,1 (46-345)
Chọc dò động mạch – tái thông	35,9 (4-115)

TM – Tĩnh mạch; NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale; tPA – Tissue plasminogen activator; ASPECTS – Alberta stroke program early CT score; M1/M2 – Đoạn M1/M2 động mạch não giữa.

Bảng 2: Đặc điểm chụp mạch và lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
TICI 2b-3 sau can thiệp	86/103 (83,5)
mRS 0-2 lúc 90 ngày	46/103 (44,7)
NIHSS trước can thiệp	18,9
NIHSS 24 giờ sau can thiệp	8,8
Điểm cải thiện trung bình NIHSS	10,1
Xuất huyết nội sọ	19/103 (18,4)
Tử vong	18/103 (17,5)

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale; TICI – Thrombolysis in cerebral infarction

IV. BÀN LUẬN

Chuyển đổi kỹ thuật lấy huyết khối lần đầu tiên được thực hiện chính thức bởi Kang và cộng sự [6] đối với tuần hoàn trước, giúp kết quả tái thông mạch tăng lên (chỉ ADAPT so với ADAPT chuyển sang LHKBS: 73,8% so với 85,1%; p = 0,10). Chuyển đổi từ ADAPT sang Solumbra cho phép nỗ lực tái thông mạch tiếp theo nhanh hơn [9]. Do “thời gian là não” nên tốc độ là yếu tố cơ bản để tăng cơ hội đạt được kết cục lâm sàng tốt. Khái niệm này được duy trì bởi thời gian tái tưới máu tương tự giữa ADAPT và Solumbra (311,4 phút so với 324,1 phút). Hơn nữa, Stapleton và cộng sự [9] đã chứng minh rằng

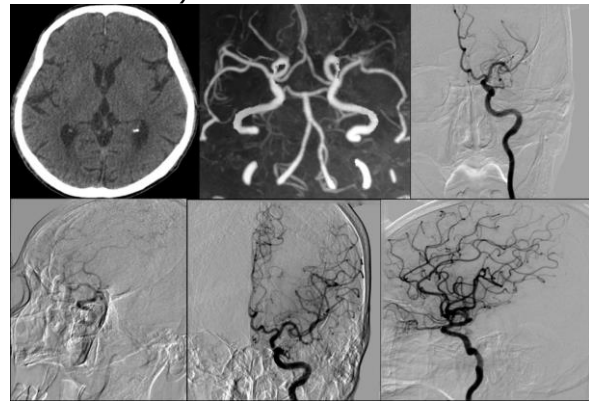
ADAPT nhanh hơn so với lấy huyết khối bằng stent (LHKBS) đơn thuần trong việc đạt được mức độ tái thông tốt. Số lần lấy huyết khối trung bình của nghiên cứu này là $2,0 \pm 1,3$; tuy nhiên, số lần lấy huyết khối trung bình tăng trong phân nhóm chuyển đổi lên $2,9 \pm 1,2$, điều này phù hợp với y văn hiện nay, trong đó số lần lấy huyết khối tối thiểu trước khi chuyển sang kỹ thuật lấy huyết khối khác là 03 lần [10].

Chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solubra, giúp cải thiện tái thông thành công 14,6%, dẫn đến $\text{TICI} \geq 2b$ là 83,5% (86/103) (trước chuyển đổi là 68,9% (71/103)). Dữ liệu này cao hơn so với dữ liệu của phân tích gộp trong nghiên cứu HERMES (71%) (chỉ sử dụng stent lấy huyết khối) [2], và cao hơn một chút so với thử nghiệm COMPASS (81%) [3] và thử nghiệm ASTER (85,4%) [thử nghiệm hút huyết khối] [11]. Mặc dù, bản chất của các nghiên cứu là khác nhau (thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (RCT) so với nghiên cứu quan sát), tỉ lệ tái thông lớn hơn tương đồng của hai thử nghiệm hút huyết khối so với nghiên cứu HERMES, đồng thời phản ánh sự tương đồng với dữ liệu của chúng tôi. Ngoài ra, tỷ lệ $\text{TICI} \geq 2b$ có tương quan thuận với tính độc lập chức năng [12].

Thời gian thủ thuật trung bình của toàn bộ nghiên cứu (dao động từ 21 đến 75,5 phút) và của phân nhóm chuyển đổi (dao động từ 53 đến 68 phút) là tương tự với các nghiên cứu khác được báo cáo trong y văn [9]. Hơn nữa, mặc dù, thời gian thủ thuật trong ADAPT thấp hơn đáng kể so với phân nhóm chuyển đổi (39,3 phút so với 63,3 phút), thời gian tái tưới máu tương tự (317,4 phút so với 332,4 phút) và phù hợp với thử nghiệm MR CLEAN (340 phút) [13]. Bằng chứng này cho thấy thời gian thủ thuật chỉ có tác động hạn chế đến thời gian tái tưới máu (từ lúc khởi phát triệu chứng đến tái tưới máu), là một trong những thông số tiên lượng quan trọng nhất trong điều trị đột quỵ [13]. Vì lý do này, cần phải nỗ lực nhiều hơn nữa để giảm thời gian trước thủ thuật (từ lúc khởi phát triệu chứng đến chọc động mạch). Do đó, trong chiến lược ADAPT đầu tiên, để tăng cơ hội tái thông mạch thành công và giữ thời gian tái tưới máu thấp, cần thiết chuyển sang Solubra sau khi tái thông thất bại ($\text{TICI} \leq 2a$) trong tối đa 03 lần thử lấy huyết khối.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, bản chất của nghiên cứu là một báo cáo loạt ca, đơn trung tâm, không ngẫu nhiên, không đối chứng, hồi cứu. Thứ hai, mẫu nghiên cứu không đồng nhất, đặc biệt là về vị trí tắc mạch máu (ví dụ, tuần hoàn trước so với

tuần hoàn sau).



Hình 1: Bệnh nhân nam, 73 tuổi, nhập viện vì yếu nửa người, liệt mặt bên phải, nói đờ, GCS 13 điểm và NIHSS 15 điểm. Chụp cắt lớp vi tính sọ não không ghi nhận xuất huyết nội sọ, ASPECTS 10 điểm (a – hình trên bên trái). Chụp cắt lớp vi tính mạch máu cho thấy tắc đoạn M1 động mạch não giữa trái (b – hình trên ở giữa). Chụp mạch số hóa xoá nền trước can thiệp xác nhận vị trí tắc, với điểm TICI 0 (c – hình trên bên phải, d – hình dưới bên trái). Sau can thiệp hút huyết khối bằng ống thông tái tưới máu ACE68, hình chụp mạch số hóa xoá nền cho thấy tái thông hoàn toàn động mạch não giữa bên trái với điểm TICI 3 (e – hình dưới ở giữa, f – hình dưới bên phải). Kết cục lâm sàng tốt được ghi nhận khi xuất viện (điểm mRS = 0)

V. KẾT LUẬN

Chuyển đổi kỹ thuật từ ADAPT sang Solubra giúp tăng tỷ lệ tái thông mạch thành công thêm 14,6%, dẫn đến $\text{TICI} \geq 2b$ đạt 83,5% bệnh nhân. Thời gian thủ thuật cao hơn trong phân nhóm chuyển đổi so với nhóm ADAPT, tuy nhiên thời gian tái tưới máu tương tự nhau (ADAPT so với chuyển đổi; 317,4 phút so với 332,4 phút).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boyle, K.; Joundi, R.A.; Aviv, R.I. An historical and contemporary review of endovascular therapy for acute ischemic stroke. *Neurovascular Imaging* 2017, 3, 1.
2. Goyal, M.; Menon, B.K.; van Zwam, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: A meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016, 387, 1723–1731.
3. Turk, A.S., Siddiqui, A.; Fifi, J.T.; et al. Aspiration thrombectomy versus stent retriever thrombectomy as first-line approach for large vessel occlusion (COMPASS): A multicentre, randomised, open label, blinded outcome, non-inferiority trial. *Lancet* 2019, 393, 998–1008.
4. Powers, W.J.; Rabinstein, A.A.; Ackerson, T.; et al. Guidelines for the Early Management of

- Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019, 50, e344–e418.
5. **Kayan, Y.; Meyers, P.M.; Prestigiacomo, C.J.; et al.** Current endovascular strategies for posterior circulation large vessel occlusion stroke: Report of the Society of NeuroInterventional Surgery Standards and Guidelines Committee. *J. Neurointerventional Surg.* 2019, 11, 1055.
 6. **Kang, D.H.; Kim, Y.W.; Hwang, Y.H.; et al.** Switching strategy for mechanical thrombectomy of acute large vessel occlusion in the anterior circulation. *Stroke* 2013, 44, 3577–3579.
 7. **Powers, W.J.; Rabinstein, A.A.; Ackerson, T.; et al.** 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2018, 49, e46–e110.
 8. **Zhang, X.; Yuan, K.; Wang, H.; et al.** Nomogram to Predict Mortality of Endovascular Thrombectomy for Ischemic Stroke Despite Successful Recanalization. *J. Am. Heart Assoc.* 2020, 9, e014899.
 9. **Stapleton, C.J.; Leslie-Mazwi, T.M.; Torok, C.M.; et al.** A direct aspiration first-pass technique vs stentriever thrombectomy in emergent large vessel intracranial occlusions. *J. Neurosurg.* 2018, 128, 567–574.
 10. **Pampana, E.; Fabiano, S.; De Rubeis, G.; et al.** Tailored Vessel-Catheter Diameter Ratio in a Direct Aspiration First-Pass Technique: Is It a Matter of Caliber? *Ajnr. Am. J. Neuroradiol.* 2021.
 11. **Lapergue, B.; Blanc, R. A Direct Aspiration, First Pass Technique (ADAPT) versus Stent Retrievers for Acute Stroke Therapy: An Observational Comparative Study.** *Am. J. Neuroradiol.* 2016, 37, 1860–1865.
 12. **Manning, N.W.; Chapot, R.; Meyers, P.M.** Endovascular Stroke Management: Key Elements of Success. *Cerebrovasc. Dis.* 2016, 42, 170–177.
 13. **Fransen, P.S.; Berkhemer, O.A.; Lingsma, H.F.; et al.** Time to Reperfusion and Treatment Effect for Acute Ischemic Stroke: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 2016, 73, 190–196.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN PHÁC ĐỒ CÓ BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI - TRỰC TRÀNG DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐÌNH

Liên Kiều Sương*, Hồ Đặng Đăng Khoa**, Lê Bá Thảo***, Nguyễn Ngọc Khôi****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả và tính an toàn của phác đồ hóa trị phối hợp bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn (UTĐTDC). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang tất cả các trường hợp bệnh nhân UTĐTDC di căn tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 1/2018 – 10/2020. **Kết quả:** Dựa trên phân tích 80 hồ sơ bệnh án hóa trị, các đặc điểm chính của bệnh nhân bao gồm: 58,8% nam, tuổi trung vị 60,6; bệnh nhân có điểm toàn trạng ECOG ≥ 1 chiếm 82,5%. Phác đồ hóa trị bao gồm capecitabine + oxaliplatin (58,7%); 5-fluorouracil/leucovorin (5-FU/LV) + oxaliplatin (11,3%), irinotecan + 5-FU/LV (8,8%), capecitabine đơn trị (13,7%); các phác đồ khác (7,5%). Trong thời gian theo dõi là 33 tháng, khảo sát trên 644 chu kỳ hóa trị có bevacizumab, ghi nhận trung vị thời gian đến khi điều trị thất bại 14,6 tháng (95%CI, 12,6 – 16,6). Không

ghi nhận các biến cố thủng đường tiêu hóa, protein niệu, cơn tăng huyết áp cấp cứu, thuyên tắc mạch trên hồ sơ bệnh án. Tuy nhiên, có 2 bệnh nhân ghi nhận xuất huyết đường tiêu hóa (2,5%), mức độ nhẹ không cần phải ngưng hoặc trì hoãn điều trị bevacizumab. Ngoài ra, có ghi nhận một số biến cố bất lợi nghiêm trọng mức độ 3-4: giảm bạch cầu hạt, tiêu chảy, bệnh thần kinh ngoại vi và thiếu máu với tần suất tương ứng là 8,75%, 2,5%, 2,5% và 2,5%. **Kết luận:** Bevacizumab phối hợp hóa trị cho tính an toàn dung nạp và hiệu quả tương tự với các nghiên cứu lâm sàng đã được báo cáo. Tuy nhiên phải theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị để hạn chế và xử lý các tác dụng bất lợi nghiêm trọng như giảm bạch cầu hạt.

Từ khóa: Bevacizumab, ung thư đại trực tràng di căn, an toàn, hiệu quả.

SUMMARY

BEVACIZUMAB IN COMBINATION WITH CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER: AN ASSESSMENT OF EFFICACY AND SAFETY IN NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Introduction: This study was designed to evaluate the efficacy and safety of bevacizumab-containing chemotherapy. **Methods:** Cross-sectional description was carried on metastatic colorectal cancer patient in Nhan Dan Gia Dinh Hospital from January

*Trường đại học Công nghệ, Thành phố Hồ Chí Minh

** BV Nhân Dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh

*** BV Nhân Dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh

****Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi

Email: nnkhoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 14.2.2022