

cơ loãng xương. Do đó, cần đo mật độ xương trên các đối tượng cường giáp để phát hiện sớm loãng xương. Trong đó, thời gian mắc bệnh càng dài là một yếu tố nguy cơ cao của rối loạn mật độ xương ở bệnh nhân cường giáp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garmendia Madariaga, A., et al.**, The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 2014. **99**(3): p. 923-31.
2. **Gorka, J., R.M. Taylor-Gjevre, and T. Arnason**, Metabolic and clinical consequences of hyperthyroidism on bone density. *Int J Endocrinol*, 2013. 2013: p. 638727.
3. **Tuchendler, D. and M. Bolanowski**, The influence of thyroid dysfunction on bone metabolism. *Thyroid Res*, 2014. **7**(1): p. 12.
4. **Vestergaard, P. and L. Mosekilde**, Hyperthyroidism, bone mineral, and fracture risk--a meta-analysis. *Thyroid*, 2003. **13**(6): p. 585-93.
5. **Bassett, J.H. and G.R. Williams**, Role of Thyroid Hormones in Skeletal Development and Bone Maintenance. *Endocr Rev*, 2016. **37**(2): p. 135-87.
6. **Silathod, B.**, Nhận xét mật độ xương ở bệnh nhân basedow mới phát hiện tại Bệnh viện Bạch Mai. 2018, Đại học Y Hà Nội.
7. **Tsevis, K., et al.**, The influence of thyroid disorders on bone density and biochemical markers of bone metabolism. *Horm Mol Biol Clin Investig*, 2018. **35**(1).
8. **Segna, D., et al.**, Association between subclinical thyroid dysfunction and change in bone mineral density in prospective cohorts. *J Intern Med*, 2018. **283**(1): p. 56-72.
9. **Đoàn, N.T.**, Nghiên cứu mật độ xương ở bệnh nhân nữ basedow bằng máy hấp thụ tia X năng lượng kép tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. 2009, Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
10. **Vestergaard, P. and L. Mosekilde**, Fractures in patients with hyperthyroidism and hypothyroidism: a nationwide follow-up study in 16,249 patients. *Thyroid*, 2002. **12**(5): p. 411-9.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐOẠN NGOÀI SỌ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT STENT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Hồng Phương, Vũ Văn Tình, Nguyễn Hữu Long,  
Hồ Xuân Linh, Phạm Đức Quang(\*)

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị hẹp động mạch cảnh bằng phương pháp đặt stent động mạch cảnh có thiết bị bảo vệ huyết khối tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và Phương pháp:** 32 bệnh nhân hẹp động mạch cảnh có chỉ định và được đặt stent động mạch cảnh tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2021. Kết quả điều trị được đánh giá thời điểm sau thủ thuật, trong thời gian nằm viện và sau 1 tháng. **Kết quả:** Tổng số 32 bệnh nhân được đặt stent động mạch cảnh có thiết bị bảo vệ huyết khối. Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 100%. Chỉ có một trường hợp (3,12%) tai biến đột quỵ ngay sau khi thủ thuật. Kết quả theo dõi ngắn hạn theo dõi ghi nhận: Tử vong (0%), nhồi máu cơ tim (0%). **Kết luận:** Điều trị hẹp động mạch cảnh bằng kỹ thuật đặt stent có thiết bị bảo vệ huyết khối là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cao.

**Từ khóa:** Đặt stent động mạch cảnh, Hẹp động mạch cảnh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

(\*)Trung tâm tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Phương

Email: phuonganbv.@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

#### SUMMARY

#### THE INITIAL RESULTS OF EXTRACRANIAL CAROTID ARTERY STENOSIS TREATMENT WITH STENT IMPLANTATION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

**Objective:** Evaluation of the initial results of carotid artery stenosis treatment by carotid stenting with emboli protection device at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and methods:** 32 patients with carotid artery stenosis were indicated and had carotid stents placed at the Cardiovascular Center of Nghe An General Hospital from January 2019 to August 2021. Treatment results were assessed after the procedure, during the hospital stay and after 1 months. **Results:** A total of 32 patients received carotid stents with emboli protection devices. The success rate of the procedure is 100%. There was only one case (3.12%) of stroke right after the procedure. Short-term follow-up results recorded: death (0%), myocardial infarction (0%). **Conclusion:** Carotid artery stenting with emboli protection device is a highly safe and effective procedure.

**Key words:** Carotid Stent Implantation, carotid artery stenosis, Nghe An General Friendship Hospital.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp động mạch cảnh do xơ vữa là một bệnh lý mạch máu thường gặp trên thế giới và là nguyên nhân thường gặp của nhồi máu não. Các nghiên cứu đã cho thấy khoảng 80% các trường

hợp tai biến mạch máu não là nhồi máu não trong đó nguyên nhân do hẹp động mạch cảnh chiếm 15-30% [1]. Tại Hoa Kỳ khoảng 700.000 trường hợp bị đột quỵ não mỗi năm và chi phí cho các bệnh nhân này lên đến 40 tỷ USD [2,3]. Tổn thương gây ra hậu quả ảnh hưởng nghiêm trọng không chỉ đến đời sống của người bệnh (tàn tật suốt đời, mất khả năng hoạt động, hòa nhập cộng đồng ...) mà còn là gánh nặng kinh tế lớn cho gia đình và xã hội. Điều trị hẹp động mạch cảnh ngoài nền tảng điều trị nội khoa, thì phẫu thuật bóc tách nội mạc (carotid artery endarterectomy) và can thiệp đặt giá đỡ (stent) động mạch cảnh là hai biện pháp điều trị triệt để tình trạng hẹp động mạch cảnh.

Phương pháp phẫu thuật bóc tách nội mạc động mạch cảnh đã được thực hiện từ năm 1950 nhưng đến những năm 1990 mới được chứng minh về tính an toàn và hiệu quả trong dự phòng đột quỵ trong các nghiên cứu ngẫu nhiên không đối chứng lớn [4, 5]. Kỹ thuật can thiệp nội mạch đặt stent động mạch cảnh được triển khai trên thế giới từ năm 1998, đã mở ra một thời kỳ mới trong điều trị hẹp động mạch cảnh. Đây là một phương pháp ít xâm lấn hơn với tính hiệu quả và độ an toàn cao tương đương phẫu thuật, và đã được các nghiên cứu trên thế giới chứng minh về tính hiệu quả và an toàn qua nhiều nghiên cứu như CAVATAS, SAPHIRRE hay CREST [5, 6].

Tại Việt Nam, kỹ thuật can thiệp đặt stent động mạch cảnh được tiến hành lần đầu tiên vào năm 2003 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Hiện nay, kỹ thuật này đã được tiến hành và triển khai rộng rãi tại nhiều trung tâm can thiệp trong cả nước. Tại Nghệ An, can thiệp đặt stent động mạch cảnh đoạn ngoài sọ được triển khai từ năm 2018 tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, tuy nhiên chưa có báo cáo hay thống kê chính thức nào. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá bước đầu kết quả điều trị hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng phương pháp can thiệp đặt stent tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 32 bệnh nhân được đặt Stent động mạch cảnh có thiết bị bảo vệ huyết khối tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Tất cả những bệnh nhân trên 18 tuổi có hẹp động mạch cảnh > 70% có hay không có triệu chứng hoặc hẹp từ 50 – 70% có triệu chứng (Tai biến mạch máu

não thoáng qua hoặc nhồi máu não) nhập viện tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 01/2019 đến 08/2021.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Không có sang thương có ý nghĩa tại động mạch cảnh.

Tắc hoàn toàn động mạch cảnh chung hay cảnh trong trên chụp mạch cản quang.

Các bệnh nhân không đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án, không đồng ý can thiệp.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang có hồi cứu. Các biến số nghiên cứu được thu thập trong thời gian bệnh nhân nằm viện, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

**Kỹ thuật và theo dõi.** Những bệnh nhân chưa can thiệp động mạch cảnh đều được hỏi bệnh sử, tiền sử bản thân và gia đình, khám lâm sàng, đồng thời thực hiện các xét nghiệm (công thức máu, đường huyết, Creatinine, điện giải đồ, biland lipid máu, chụp X-quang ngực thẳng, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm động mạch cảnh), chụp động mạch cảnh cản quang để xác định có bệnh lý tại động mạch cảnh cần phải điều trị can thiệp. Sau đó, bệnh nhân và thân nhân được giải thích tình trạng bệnh, các phương pháp điều trị, lợi ích và nguy cơ của từng phương pháp. Những bệnh nhân đồng ý và được điều trị bằng can thiệp đặt stent động mạch cảnh được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép 3 ngày trước can thiệp, sau đó đưa bệnh nhân được đưa tới phòng can thiệp: Bệnh nhân được đặt đường truyền tĩnh mạch, gắn monitoring theo dõi, sát khuẩn vị trí động mạch đùi và trái sáng vô khuẩn, đặt Sheath tạo đường vào. Tiến hành đưa dụng cụ lên động mạch cảnh chung để chụp hệ động mạch cảnh hai bên, đo mức độ hẹp theo phương pháp NASCET. Tiến hành đưa dụng cụ bảo vệ huyết khối lên đoạn C1, nong bóng nếu hẹp khít, đưa stent lên vị trí tổn thương, bung stent, nong bóng lại trong trường hợp stent chưa nở hết. Chụp kiểm tra, thu hồi dụng cụ bảo vệ huyết khối và băng ép vị trí đường vào.

Tất cả bệnh nhân được theo dõi lâm sàng, siêu âm mạch cảnh sau 3 ngày đặt stent và hàng tháng tại phòng khám Tim mạch bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

**Xử lý và phân tích số liệu.** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn đối với biến định lượng hoặc tỷ lệ % với biến định tính. Dùng phương pháp so sánh Ttest, so sánh cặp, khi bình phương, tương

quan tuyến tính. Giá trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 32 bệnh nhân được can thiệp đặt stent động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ và theo dõi tại Trung tâm tim mạch bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ an với đặc điểm: Tỷ lệ nam/nữ: 10/1, tuổi trung bình:  $69,8 \pm 7,4$  (trên 70 tuổi chiếm 50%). Những bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ như: Tăng huyết áp (100% bệnh nhân), hút thuốc lá (81.2%), đái tháo đường (28.1%), rối loạn lipid máu (34.4%).

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (bảng 1 và 2)**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị
Đau đầu, chóng mặt, n(%)	23(71.9%)
Liệt nửa người, n(%)	9(28.1%)
Tiếng thổi mạch cảnh, n(%)	15(46.9%)

**Đặc điểm về thủ thuật can thiệp động mạch cảnh (bảng 3 và 4)**

**Bảng 3: Đặc điểm can thiệp đặt stent động mạch cảnh**

Đặc điểm	Giá trị
Động mạch cảnh trong trái, n(%)	10(31.2%)
Động mạch cảnh trong phải, n(%)	22(68.8%)
Nong bóng trước đặt stent (predilated), n(%)	22(68.8%)
Đặt stent trực tiếp, n(%)	10(31.2%)
Nong bóng sau đặt stent (post dilated), n(%)	30(93.8%)
Đường kính stent, $x \pm sd$ (mm)	$7.66 \pm 0,65$
Chiều dài stent, $x \pm sd$ (mm)	$36.25 \pm 4.92$
Đường kính bóng predilated, $x \pm sd$ (mm)	$3.96 \pm 0.2$
Chiều dài bóng predilated, $x \pm sd$ (mm)	$20 \pm 0.0$
Đường kính bóng post dilated, $x \pm sd$ (mm)	$5.60 \pm 0.62$
Chiều dài bóng post dilated, $x \pm sd$ (mm)	$25.33 \pm 5.56$
Số lượng stent TB/BN, $x \pm sd$	$1 \pm 0.00$
Sử dụng dụng cụ bảo vệ, n(%)	32(100%)
Hẹp tồn lưu sau can thiệp, $x \pm sd$ (%)	$6.41 \pm 2.28\%$
Thời gian nằm viện, $x \pm sd$ (ngày)	$4.91 \pm 1.87$

**Nhận xét:** Can thiệp động mạch cảnh bên phải chiếm 68.8%, bên trái chiếm 31.2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.053$ . Nong bóng trước đặt stent chiếm 68.8%, đặt stent trực tiếp chiếm 31.2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.034$ . Sử dụng dụng cụ bảo vệ là 100% các trường hợp. Thời gian nằm viện ngắn, trung bình  $4.91 \pm 1.87$  ngày.

**Bảng 4: Tai biến trong và sau thủ thuật can thiệp**

Đặc điểm	Giá trị
Nhịp tim chậm, tụt huyết áp, n(%)	32(100%)
TIA, n(%)	2(6.25%)
Tụ máu vị trí chọc mạch, n(%)	0(0%)
Nhồi máu não cùng bên có triệu chứng, n(%)	1(3.12%)
Nhồi máu não đối bên, n(%)	0(0%)

Tiền sử đột quỵ não và/hoặc TIA, n(%)	8(25%)
Tiền sử can thiệp động mạch vành, n(%)	6(18.8%)
Tiền sử suy thận, n(%)	0(0%)

**Nhận xét:** Tiếng thổi mạch cảnh chiếm tỉ lệ 46.9%, không có tiếng thổi mạch cảnh chiếm tỉ lệ 53.1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.724$  ( $>0.05$ ).

**Bảng 2: Đặc điểm tổn thương trên chụp mạch số hóa xóa nền (DSA)**

Đặc điểm	Giá trị
Tổn thương cong queo, n(%)	4 (12.5%)
Tổn thương vôi hoá nặng, n(%)	4 (12.5%)
Tổn thương loét mảng xơ vữa, n(%)	5(15.63%)
Mức độ hẹp trung bình, $x \pm sd$ (%)	$89.84 \pm 5.46\%$
Chiều dài tổn thương trung bình, $x \pm sd$ (mm)	$18.4 \pm 8.1$

**Nhận xét:** Mức độ hẹp trung bình là  $89.84 \pm 5.46\%$ , chiều dài hẹp trung bình là  $18.4 \pm 8.1$  mm. Tổn thương vôi hoá nặng 12.5%, cong queo 12.5%.

Xuất huyết não cùng bên, n(%)	0(0%)
Xuất huyết não đối bên, n(%)	0(0%)
Hội chứng tăng tưới máu, n(%)	4(12.5%)
Suy thận sau can thiệp, n(%)	0(0%)
Huyết khối tại chỗ, n(%)	0(0%)
Tử vong, n(%)	0(0%)

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có nhịp chậm, hạ huyết áp lúc lên bóng, bung stent. Có 1

trường hợp (3.12%) nhồi máu não, có 4 trường hợp (12.5%) có hội chứng tăng tưới máu sau can thiệp. Không có trường hợp nào xảy ra xuất huyết não, suy thận hay tử vong sau can thiệp.

**Bảng 5:** Các biến cố chính theo dõi sau 30 ngày can thiệp

Đặc điểm	Giá trị
Tử vong, n(%)	0(0%)
Nhồi máu cơ tim, n(%)	0(0%)
Đột quy, n(%)	1(3.12%)

**Nhận xét:** Theo dõi sau 30 ngày can thiệp có 1 trường hợp (3.12%) nhồi máu não, Không có trường hợp nào nhồi máu cơ tim và tử vong sau can thiệp.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69.8 tuổi, cao nhất là 85 tuổi và thấp nhất là 54 tuổi. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tuổi tương đối cao và tương tự với các nghiên cứu của Hoàng Văn Kỳ [10], ECST [4], SAPPHERE [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 90.6 % bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/ nữ là 10/1. Trong các nghiên cứu khác cũng có tỷ lệ nam/nữ giới cao khoảng 3/1. Nguyên nhân này có thể do nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ về tim mạch hơn đặc biệt là các yếu tố sinh hoạt như thói quen ăn uống, hút thuốc lá. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.

**Đặc điểm hình ảnh tổn thương:** Kết quả cho thấy 100% các bệnh nhân đều có hẹp mạch mức độ nặng >70%, hẹp khít >90% chiếm tỉ lệ 78.1%. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới khi số bệnh nhân có mức độ hẹp mạch >70% chiếm đa số, 77% trong nghiên cứu CAVATAS và 82% trong nghiên cứu SAPPHERE [5, 6].

**Kết quả can thiệp:** Có 32 bệnh nhân được can thiệp tổng số 32 lần với tỷ lệ thành công 100%. Tỷ lệ động mạch được can thiệp bên phải là 68.8 % và bên trái là 31.2%. Kết quả này giống với tỷ lệ 32.6% động mạch cảnh trong bên trái được can thiệp trong nghiên cứu CREST [4]. Tỷ lệ dùng đủ bảo vệ đạt 100%, cao hơn các nghiên cứu khác. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là  $4.91 \pm 1.87$  ngày. Kết quả này ngắn hơn so với nghiên cứu của Hoàng Văn Kỳ ( $5,56 \pm 5,59$  ngày) và phù hợp với xu thế chung của các nghiên cứu trên thế giới, khi ưu thế của can thiệp nội mạch là rút ngắn thời gian nằm viện, thường dao động phổ biến từ 2-5 ngày [5]. Trong số 32 trường hợp tiến hành can thiệp

không có trường hợp nào xảy ra các tai biến nặng trong can thiệp như thủng, rách, bóc tách lòng mạch hoặc tụ máu quanh vị trí can thiệp. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp có nhịp chậm, tụt huyết áp trong quá trình nong bóng. Tuy nhiên sau khi sử dụng atropine và làm xẹp bóng, tất cả các chỉ số theo dõi đều trở về bình thường. Có 2 trường hợp (6.25%) TIA trong quá trình can thiệp, sau can thiệp hồi phục không yếu liệt, chụp CLVT sọ não sau đó cũng không phát hiện tổn thương. Có 1 trường hợp (3.12%) hình thành huyết khối sau khi đặt stent, tiến hành hút huyết khối, post dilated lại stent thì dòng chảy lưu thông tốt. Chụp CLVT sọ não sau đó có hình ảnh nhồi máu não bán cầu cùng bên với động mạch cảnh được can thiệp. Có 4 bệnh nhân (12.5%) sau can thiệp có biểu hiện đau đầu, buồn nôn, tăng huyết áp – biểu hiện của hội chứng tái tưới máu trong 2 ngày. Sau đó, các bệnh nhân được kiểm soát huyết áp và giảm đau bằng nội khoa, chụp kiểm tra lại trên cắt lớp vi tính sau đó không ghi nhận tổn thương chảy máu hay nhồi máu não bất thường, triệu chứng hết sau 3 ngày can thiệp. Theo dõi sau 30 ngày không ghi nhận trường hợp nào tử vong, có 1 trường hợp (3.12%) có triệu chứng thần kinh khu trú yếu 1/2 người là trường hợp xảy ra tai biến trong lúc làm can thiệp. Các nghiên cứu lớn như SAPPHERE cũng ghi nhận tỷ lệ rất thấp về đột quy sau điều trị với mức độ nặng chiếm 0,9% và nhẹ chiếm 3,2%, cho thấy tính hiệu quả và an toàn của can thiệp nội mạch [6].

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân được đặt stent động mạch cảnh và theo dõi ngắn hạn trong thời gian nằm viện và sau 30 ngày tại Trung tâm tim mạch bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ thành công 100%, tỷ lệ biến chứng trong quá trình thủ thuật can thiệp và trong thời gian 30 ngày sau can thiệp ở mức chấp nhận được, thời gian nằm viện ngắn. Cho thấy đặt stent động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, cần được áp dụng và phát triển rộng rãi khi có đúng chỉ định.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John Lumley and P. Srodon (2008). Carotid Endarterectomy, Vascular Surgery, J.-S. P. Lumley and J.-R. Siewert, Editors, p. 18.
2. Wolf, P.A., et al (1999). Preventing ischemic stroke in patients with prior stroke and transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the

- American Heart Association. Stroke, **30**(9):p.1991-4.
3. **White, H., et al (2005)**. Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks and Hispanics: The Northern Manhattan Study. Circulation, **111**(10): p.1327-31.
  4. **Rogers, R., et al., (2003)**. Assessing dimensions of competency to stand trial: construct validation of the ECST-R. Assessment, **10**(4): P.344-51.
  5. **Ederle, J., et al., (2009)**. Endovascular treatment with angioplasty or stenting versus endarterectomy in patients with carotid artery stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): long-term follow-up of a randomized trial. Lancet Neurol, **8**(10): p.898-907.
  6. **Liakishev, A.A, (2004)**. Protected Carotid-Artery Stenting versus Endertererctomy in High-Risk Patients. Results of SAPHIRE trial..Kardiologija, **44**(12): p.76.
  7. **Cho, Mukherjee (2006)**. Basic cerebral anatomy for the carotid interventionalist: the intracranial and extracranial vessels.Catheter Cardiovasc Interv, **68**(1): p104-11.
  8. **Bott, T.G.,etal(2011)**. ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: J Am coll cardiol, **42**(8): p464-540.
  9. **Ngô Đăng Thục (1993)**. Tắc động mạch cảnh trong phân nhánh của nó. Y học thực hành, **6**, p1-3.
  10. **Hoàng Văn Kỳ (2014 )**. Kết quả sớm điều trị hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng can thiệp đặt Stent, **8**, p1-3.

## SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ NAVELBIN-CISPLATIN VÀ PACLITAXEL-CISPLATIN TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV

Trịnh Lê Huy<sup>1,2</sup>, Trần Đình Anh<sup>2</sup>

*Từ khóa:* Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, Paclitaxel, Navelbin, Cisplatin.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh kết quả điều trị của phác đồ Navelbin-Cisplatin và Paclitaxel-Cisplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, trên 70 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được phân làm hai nhóm: điều trị bằng phác đồ Navelbine-Cisplatin (35 bệnh nhân) và Paclitaxel-Cisplatin (35 bệnh nhân) tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2014 đến 11/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của hai phác đồ navelbin-cisplatin và paclitaxel-cisplatin lần lượt là 31,4% và 34,3%, ( $p>0,05$ ). Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở hai phác đồ navelbin-cisplatin và paclitaxel-cisplatin lần lượt là 4,5 tháng và 5 tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ với hai phác đồ navelbin-cisplatin và paclitaxel-cisplatin lần lượt là 10,5 tháng và 10,8 tháng; ( $p>0,05$ ). Các tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1/2). Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt và viêm miệng cao hơn ở nhóm điều trị bằng phác đồ Navelbin-cisplatin, trong khi đó tỷ lệ tác dụng không mong muốn lên thân kinh ở nhóm paclitaxel-cisplatin cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** hai phác đồ có hiệu quả tương đương về mặt ung thư học với hồ sơ an toàn khác nhau.

### SUMMARY

#### COMPARING THE TREATMENT RESULTS OF NAVELBINE-CISPLATIN REGIMEN VERSUS PACLITAXEL-CISPLATIN REGIMEN IN STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS

**Objectives:** To compare the treatment results of navelbine-cisplatin regimen versus paclitaxel-cisplatin regimen in stage IV non-small cell lung cancer patients. **Patients and methods:** A clinical interventional study on 70 patients with stage IV NSCLC divided into 2 groups: treated with navelbin-cisplatin (35 patients) or paclitaxel-cisplatin (35 patients) at the Department of Oncology and Palliative Care, Hanoi Medical University Hospital from 01/2014 to 11/2020. **Results:** The overall response rates of navelbin-cisplatin and paclitaxel-cisplatin were 31.4% and 34.3%, respectively, the difference was not statistically significant ( $P>0.05$ ). Median progression-free survivals (PFS) of patients treated with navelbin-cisplatin and paclitaxel-cisplatin were 4.5 months and 5 months, median overall survivals (OS) were 10.5 months and 10.8 months, respectively; the survival difference was not statistically significant ( $P>0.05$ ). The rates of side effects were low, mainly of mild degree (grade 1/2). The rates of leucopenia and stomatitis were higher in the navelbin-cisplatin group, while the rate of neurological toxicity was higher in the paclitaxel-cisplatin group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Two regimens are equally effective in terms of oncologic outcomes with different toxicity profile.

**Key world:** stage IV non-small cell lung cancer, Paclitaxel, Navelbin, Cisplatin.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022