

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jesús López-Herce**, Jimena del Castillo, Sonia Cañadas, et al. In-hospital Pediatric Cardiac Arrest in Spain. *Rev Esp Cardiol*, 2014; 67(3):189–195.
2. **Tress EE, Kochanek PM, Saladino RA, Manole MD**. Cardiac arrest in children. *J Emergencies Trauma Shock*. 2010; 3(3):267.
3. **AtkinsD., Everson-StewartS., SearsG.K., et al**. Epidemiology and outcome from out-of-hospital cardiac arrest in children: the resuscitation outcomes consortium epistry-cardiac arrest. *Circulation*, 2009; 119:148-4.
4. **Tania Miyuki Shimoda-Sakano**, Cláudio Schwartsman, Amélia, et al. Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96 (4), 409-421.
5. **K. Maconochie, Robert Bingham, Christoph Eich, et al**. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2015; Section 6. Paediatric life support, *Resuscitation*, 2015; 95, 223–248.
6. **Lopez-HerceJ, GarciaC, DominguezP, et al**. Characteristics and outcome of cardio respiratory arrest in children. *Resuscitation*, 2004; 63:311-20.
7. **Martha Matamoros, Roger Rodriguez, Allison Callejas, et al**. In-hospital Pediatric Cardiac Arrest in Honduras. *Pediatric Emergency Care*, 2015; 31(1):31-5.
8. **Jung Lee, Wen-ChiehYang, En-Pei Lee, et al**. Clinical Survey and Predictors of Outcomes of Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest Admitted to the Emergency Department, *Scientific Reports*, 2019; 9 (1):7032).
9. **Berg, M. D. et al. Part 13**: Pediatric Basic Life Support. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 122, S862–S875 (2010).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUỖI HÓA TRỊ VÀ THUỐC KHÁNG EGFR TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN

Lê Thanh Đức*, Bùi Thị Thu Hoài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chuỗi hóa trị và thuốc kháng EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn. **Đối tượng nghiên cứu:** BN được chẩn đoán UTPTBN giai đoạn IV, được điều trị erlotinib đường uống sau 4-6 chu kỳ hóa trị bộ đôi có platinum từ 1/2016 đến 06/2020 tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu. Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh với hóa trị phác đồ bộ đôi có platinum lần lượt là 52,4% và 81%. Tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh sau 3 tháng điều trị erlotinib là 33,4% và 93,6%; sau 12 tháng, tỷ lệ đáp ứng là 43,0% và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 70,5%. STKTT với erlotinib tốt hơn trên bệnh nhân có tác dụng phụ trên da và đáp ứng với hóa trị bước một. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng với hóa trị cao hơn ở bệnh nhân có đột biến EGFR. Thời gian sống thêm không tiến triển với erlotinib liên quan với tác dụng phụ trên da và đáp ứng với hóa trị bước một.

Từ khóa: Ung thư phổi, hóa trị, thuốc kháng EGFR.

SUMMARY

THE RESULTS OF CHAIN OF CHEMOTHERAPY AND ANTI-EGFR DRUGS IN PATIENTS WITH ADVANCED STAGE LUNG CANCER

Aims: Evaluation of the results of chemotherapy

and anti-EGFR drugs in patients with advanced stage lung cancer. **Population:** The patient was diagnosed stage IV non-small cell lung cancer, received oral erlotinib after 4-6 cycles platinum-containing regimen chemotherapy at National Cancer Hospital from January 2016 to June 2020. **Patients and Methods:** Retrospective combined prospective study. **Results:** The overall response rate and disease control rate with platinum-based chemotherapy was 52.4% and 81%, respectively. The overall response rate and disease control rate after 3 months of erlotinib treatment was 33.4% and 93.6%; After 12 months, the overall response rate was 43.0% and the disease control rate was 70.5%. PFS with erlotinib was superior in patients with cutaneous adverse events and response to first-line chemotherapy. **Conclusion:** Response rates to chemotherapy are higher in patients with EGFR mutations. Progression-free survival with erlotinib is associated with cutaneous adverse events and response to first-line chemotherapy.

Key words: Lung cancer, chemotherapy, anti-EGFR drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm, hoá trị toàn thân là phương pháp điều trị chủ yếu với ung thư phổi (UTP) giai đoạn muộn, liệu pháp đầu tay là hóa trị bộ đôi có platinum đơn thuần hoặc kết hợp với một tác nhân nhắm đích như bevacizumab 4 đến 6 chu kỳ. Tuy nhiên, thời gian sống thêm vẫn không quá 12 tháng [1]. Bên cạnh đó, hóa trị gây độc tính tuỷ xương cao, hiệu quả hạn chế và có hiện tượng kháng thuốc [2]. Thuốc phân tử nhỏ (tyrosin kinase inhibitors-TKIs) cho kết quả sống thêm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hóa trị.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

Các thử nghiệm lâm sàng với erlotinib trên bệnh nhân UTPKTBN cho kết quả đầy triển vọng, ngay cả với những đối tượng thất bại với hoá trị trước đó. Thực tế ở Việt Nam, một số bệnh nhân có đột biến EGFR được điều trị hóa chất trước vì nhiều lý do như chưa có kết quả xét nghiệm đột biến EGFR, muốn kiểm soát nhanh triệu chứng lâm sàng hay không có điều kiện kinh tế theo đuổi điều trị lâu dài. Cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị chuỗi hóa trị và thuốc kháng EGFR. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị chuỗi hóa trị và thuốc kháng EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm các BN được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV, được điều trị erlotinib đường uống sau 4-6 chu kì hóa trị bộ đôi có platinum từ 01/2016 đến 06/2020 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi: 18 tuổi trở lên
- Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV (theo tiêu chuẩn AJCC 2017)
- Có đột biến gen EGFR mất đoạn ở exon 19, đột biến điểm L858R ở exon 21 hoặc đột biến kép có chứa ít nhất 1 trong 2 đột biến trên.
- Thể trạng PS \leq 2.
- Các chỉ số cận lâm sàng cần có: số lượng BCĐNTT \geq 1.500/ml, tiểu cầu \geq 100.000/ml, hemoglobin \geq 90g/l, creatinine \leq 15mg/l, AST và ALT \leq 100 UI
- Các trường hợp di căn não cần xạ trị não, di căn tủy sống có chèn ép tủy cần được phẫu thuật giải ép và không liệt, không rối loạn cơ tròn trước khi uống thuốc
- Điều trị 4-6 chu kì hóa trị bước một phác đồ bộ đôi có platinum
- Điều trị thuốc erlotinib ít nhất 3 tháng sau 4-6 chu kì hóa trị bước một tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Mặc ung thư thứ 2
- Bệnh nhân dị ứng với thuốc
- Các bệnh lý cấp tính có nguy cơ tử vong gần (nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng, tai biến mạch máu não trong vòng 6 tháng...)
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh chưa tiến triển và không có tác dụng phụ trầm trọng) hay từ chối hợp tác, không theo dõi được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu
Phương pháp thu thập số liệu. Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên các ghi nhận trên hồ sơ bệnh án

Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Đánh giá giai đoạn bệnh TNM theo AJCC 2017
- Đánh giá chỉ số toàn trạng PS theo ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)
- Đánh giá thời gian sống thêm dựa vào thông tin tình trạng bệnh nhân thu được qua hồ sơ bệnh án, gọi điện thoại hoặc khám lại theo hẹn tại bệnh viện.

2.3. Các bước tiến hành

- Thu thập thông tin trước điều trị
- Tuổi, giới
- Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào
- Đánh giá toàn trạng bệnh nhân trước khi điều trị dựa theo chỉ số ECOG
- Mô bệnh học: sử dụng phân loại mô bệnh học trong UTP của WHO năm 2015 [3]. Sử dụng các kết quả được đọc tại Trung tâm giải phẫu bệnh-tế bào học bệnh viện K.
- Xét nghiệm đột biến gen EGFR
- Cắt lớp vi tính lồng ngực
- Xác định di căn: Cắt lớp vi tính ổ bụng, xạ hình xương, MRI sọ não, PET-CT

Tiến hành điều trị

- Thuốc dùng trong nghiên cứu là Tarceva (erlotinib), hàm lượng 150mg của nhà sản xuất Hoffmann-La Roche (Thụy Sĩ).
- Liều lượng: 150mg/ngày dùng đường uống, uống liên tục ngày 1 lần (1 viên 150mg) cho đến khi tiến triển rõ rệt trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hay có tác dụng phụ nặng. Uống 1 tiếng trước ăn hoặc sau ăn 2 tiếng, không hút thuốc lá trong thời gian điều trị thuốc.
- Sau mỗi đợt điều trị (1tháng) bệnh nhân được khám lại để đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và các tác dụng không mong muốn để có thể điều chỉnh liều thuốc trường hợp nặng cho thích hợp.
- Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu sau mỗi 3 đợt (3 tháng) điều trị hay khi có triệu chứng nghi ngờ trên lâm sàng đều được đánh giá đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng, nếu bệnh tiến triển có triệu chứng hay không chịu được tác dụng phụ sau chăm sóc hoặc giảm liều ở bất kỳ thời điểm nào sẽ chuyển điều trị triệu chứng, còn lại sẽ điều trị đến khi bệnh tiến triển.

Giải thích cho bệnh nhân những tác dụng phụ không mong muốn, cách theo dõi phát hiện và phòng ngừa.

Thu thập thông tin sau điều trị để đánh giá hiệu quả

- Thông qua tỉ lệ đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm không tiến triển
- Đánh giá đáp ứng khách quan dựa theo tiêu chuẩn RECIST 1.1
- Đánh giá thời gian sống thêm dựa vào thông tin tình trạng bệnh nhân thu được qua hồ sơ bệnh án, điện thoại hoặc qua các lần thăm khám lại.

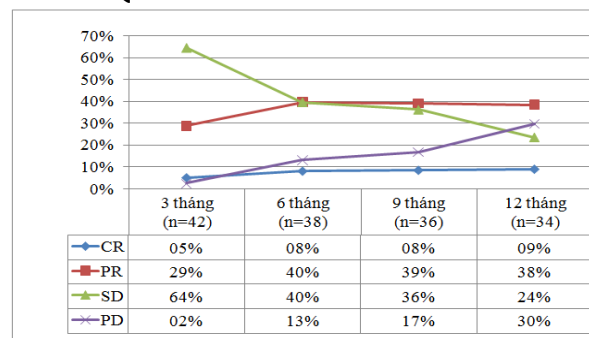
- Đánh giá mối liên quan giữa thời gian sống thêm không tiến triển với một số yếu tố.

2.4. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Phân tích thời gian sống thêm dựa theo ước tính Kaplan-Meier.

- Kiểm định so sánh sự khác biệt về khả năng sống thêm với một số yếu tố liên quan bằng kiểm định Log-rank.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Đáp ứng khách quan với điều trị erlotinib

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị erlotinib, tỷ lệ BN đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định và bệnh tiến triển lần lượt là 4,8%; 28,6%;

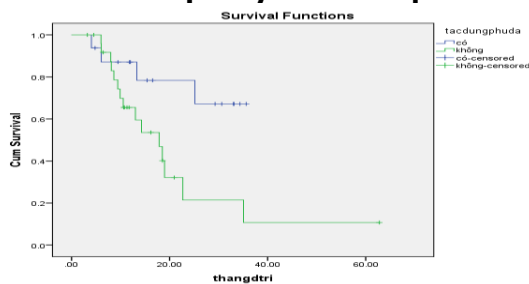
64,2% và 2,4%. Sau 12 tháng điều trị, các tỷ lệ này lần lượt là 8,8%; 38,2%; 23,5% và 29,5%.

Bảng 1. Đáp ứng sau hóa trị

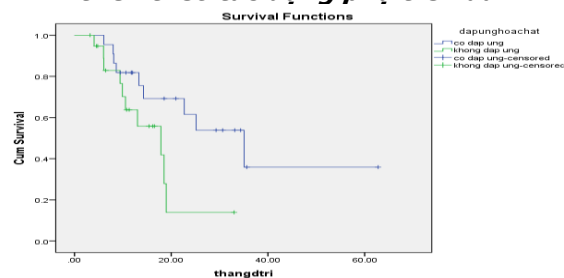
Đáp ứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,4
Đáp ứng một phần	21	50,0
Bệnh ổn định	12	28,6
Bệnh tiến triển	8	19,0
Tổng	42	100

Nhận xét: Có 81% BN có bệnh được kiểm soát sau hóa trị, 19% BN tiến triển với phác đồ hóa trị bước một

Thời gian sống thêm không tiến triển với erlotinib và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không tiến triển theo tác dụng phụ trên da



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không tiến triển theo đáp ứng với hóa chất

Bảng 2. Sống thêm không tiến triển theo theo tác dụng phụ trên da

Tác dụng phụ trên da	Sống thêm không tiến triển						p
	Trung bình (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	1 năm (%)	
Có (n = 16)	28,6	4,0	35,6	100	93,8	87,5	0,024
Không (n = 26)	21,4	3,0	62,8	96,2	92,3	69,2	

Nhận xét: Ở nhóm có tác dụng phụ trên da: trung bình STKTT là 28,6 tháng, cao hơn có ý nghĩa so với 21,4 tháng ở nhóm không có nổi ban (p=0,024).

Bảng 3. Sống thêm không tiến triển theo theo đáp ứng với hóa chất

Đáp ứng với hóa chất	Sống thêm không tiến triển						p
	Trung bình (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	3 tháng (%)	6 tháng (%)	1 năm (%)	
Có (n = 22)	35,7	6,1	62,8	100	95,5	81,8	0,043
Không (n = 20)	17,9	3,0	33,0	95,0	90,0	70,0	

Nhận xét: Nhóm có đáp ứng hóa chất có trung bình STKTT là 35,7 tháng, cao hơn có ý nghĩa so với 17,9 tháng ở nhóm không đáp ứng hóa chất trước (p=0,043)

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng với hóa trị là 52,4%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 81%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả David với tỷ lệ đáp ứng với nhóm có đột biến EGFR là 47,3% so với 23,5% ở nhóm không có đột biến EGFR [4]. Sự khác biệt này được chứng minh từ kết quả nghiên cứu cho thấy những mẫu mô có đột biến EGFR có thể có mức ERCC1 (Excision repair cross-complementing 1, một enzym trong phức hợp sửa chữa nucleotid, có vai trò sửa chữa và tái tạo lại những tổn thương DNA) thấp. ERCC1 thấp tương ứng với nhạy cảm hoá trị có platinum cao, đó là lý do dẫn tới nhạy cảm hoá trị trên bệnh nhân đột biến EGFR.

Qua kết quả từ nhiều thử nghiệm lâm sàng pha III, các hướng dẫn điều trị hiện nay đã đưa ra khuyến cáo, các thuốc EGFR TKIs được chỉ định là lựa chọn đầu tay với các BN có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc ngay từ bước một với lợi ích sống còn và đáp ứng khối u cao hơn hẳn so với hoá trị. Tuy nhiên, với những BN được phát hiện có đột biến trong khi đang điều trị hoá chất bước một, vẫn được khuyến cáo điều trị đủ đợt hoá trị sau đó chuyển điều trị TKIs. Trên thực tế, nhiều BN không được tiếp cận với thuốc ngay từ đầu với nhiều lý do khác nhau. Các nghiên cứu điều trị erlotinib bước sau thường được tiến hành trên đối tượng BN không lựa chọn tình trạng đột biến nên kết quả về tỷ lệ đáp ứng khá thấp. Tuy nhiên, các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng kết quả đáp ứng cao hơn hẳn ở nhóm BN có đột biến EGFR khi phân tích dưới nhóm. So sánh với kết quả của các nghiên cứu này thì kết quả đáp ứng của chúng tôi là cao hơn hẳn, có thể giải thích do tỷ lệ đột biến EGFR trong nghiên cứu của chúng tôi là 100% và chỉ bao gồm những đột biến nhạy cảm. Tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đương với kết quả trong nghiên cứu WJOG 5108L (tỷ lệ đáp ứng là 41,4%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 75,3%). Nghiên cứu này có một số nét tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: trên đối tượng BN Châu Á, đã thất bại với hoá trị bước một và có đột biến nhạy cảm thuốc với tỷ lệ cao 71,7% [2]. Kết quả từ nghiên cứu đã khẳng định giá trị của EGFR TKIs với những trường hợp có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc.

Tác dụng phụ trên da và STKTT với erlotinib. Nghiên cứu mối liên quan giữa STKTT và tác dụng phụ trên da khi điều trị erlotinib cho thấy: BN có nổi ban trên da có trung bình STKTT, STKTT sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 28,6 tháng; 100%; 93,8% và 87,5%,

cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 21,4 tháng; 96,2%; 92,3% và 69,2% ở nhóm không có nổi ban da ($p=0,024$). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu TOPICAL (nghiên cứu pha III trên nhóm BN không phù hợp để điều trị hoá trị do thể trạng kém) chứng minh rằng ban đỏ trên da trong suốt chu kỳ đầu tiên có liên quan đến lợi ích kéo dài STKTT của erlotinib [5]. Tương tự, trong nghiên cứu TRUST cũng thấy PFS ở BN có ban da từ độ 2-4 cao gấp 2 lần BN ban da độ 0-1 (5,49 so với 2,6 tháng) [6]. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng có những trường hợp không có tác dụng phụ nổi ban da trong quá trình điều trị nhưng vẫn cho đáp ứng rất tốt với thuốc.

Đáp ứng với hoá chất và STKTT với erlotinib. Khi phân tích mối liên quan giữa đáp ứng hoá trị bước một với STKTT với erlotinib, kết quả cho thấy STKTT trung bình, STKTT sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm ở nhóm có đáp ứng hoá trị là 35,7 tháng, 100%; 95,5%; 81,8% cao hơn so với nhóm không đáp ứng tương ứng là 17,9 tháng; 95,0%; 90,0% và 70,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,043$. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Shepherd (2005) và nghiên cứu của Sheirk N (2013) [7],[8]. Đáp ứng với hoá trị có thể liên quan đến số lượng các tế bào đang ở chu kỳ phân chia, chịu ảnh hưởng bởi hoạt động của thụ thể yếu tố phát triển biểu mô. Bộc lộ EGFR càng nhiều càng làm tăng đáp ứng với erlotinib và hoá trị dẫn tới STKTT dài hơn ở nhóm có đáp ứng hoá trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh với hoá trị phác đồ bộ đôi có platinum lần lượt là 52,4% và 81%. Tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh sau 3 tháng điều trị erlotinib là 33,4% và 93,6%; sau 12 tháng, tỷ lệ đáp ứng là 43,0% và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 70,5%. STKTT tốt hơn trên bệnh nhân có tác dụng phụ trên da và đáp ứng với hoá trị bước một.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Socinski MA, Evans T, Gettinger S, et al (2013)**, Treatment of stage IV non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer-3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, Chest; 143:e, 341s-368s.
2. **Urata Y, Katakami N, Morita S. et al (2016)**, Randomized Phase III Study Comparing Gefitinib With Erlotinib in Patients With Previously Treated Advanced Lung Adenocarcinoma: WJOG 5108L, J Clin Oncol. 34(27), 3248-57
3. **W. D. Travis, E. Brambilla, A. G. Nicholson et al (2015)**. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004

- Classification. J Thorac Oncol, **10(9)**, 1243-1260.
4. **Gandara DR, Grimminger P, Mack PC, et al.** Association of epidermal growth factor receptor activating mutations with low ERCC1 gene expression in non - small cell lung cancer. 2010; J Thorac Oncol. 5, 1933-8.
 5. **Lee S. M, Khan I, Upadhyay S et al.** First-line erlotinib in patients with advanced non-small-cell lung cancer unsuitable for chemotherapy (TOPICAL): a double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. 2012; Lancet Oncol. 13(11), 1161-70
 6. **Greenhalgh J, Bagust A, Boland A. et al.** Erlotinib and gefitinib for treating non-small cell lung cancer that has progressed following prior chemotherapy (review of NICE technology appraisals 162 and 175): a systematic review and economic evaluation. 2015; Health Technol Assess. 19(47), 1-134.
 7. **Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T, et al.** Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. 2005; N Engl J Med, 353:123–32
 8. **Sheikh N and Chambers CR.** Efficacy vs. effectiveness: erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. 2013; J Oncol Pharm Pract. 19(3), 228-36.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BENTALL TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ GỐC ĐỘNG MẠCH CHỦ

Nguyễn Bảo Tịnh*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1.Tỷ lệ tử vong và các biến chứng sau phẫu thuật Bentall; 2.Các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng và kết quả phẫu thuật. **Phương pháp:** hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022, tại khoa Phẫu thuật tim, bệnh viện Chợ Rẫy có 52 bệnh nhân được phẫu thuật Bentall, trong đó có tuổi trung bình 48 ± 13.76 , tỷ lệ nam:nữ = 3:1. Nguyên nhân: phình gốc động mạch chủ 22 ca (44.2%), áp xe gốc động mạch chủ 11(21.2%), bóc tách động mạch chủ 10 ca (19.2%), bệnh lý van động mạch chủ 8 ca (15.4%); phân suất tổng máu trung bình (EF) là 60.1 ± 12.6 ; Mổ chương trình 45 ca (86.5%), mổ cấp cứu 7 ca (13.5%); Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 213.6 ± 66.7 phút, thời gian kẹp động mạch chủ 160.9 ± 53 phút. Các biến chứng sau mổ: chảy 6 ca (11.5%), suy tim 19 ca (36.5%), suy thận 7 ca(13.5%), rối loạn nhịp 5 ca (9.6%), viêm phổi 4 ca (7.7%), nhiễm trùng huyết 2 ca (3.8%), nhiễm trùng vết mổ 0%. Tử vong 4 ca (7.7%). **Kết luận:** phẫu thuật Bentall điều trị bệnh lý gốc động mạch chủ cho kết quả sớm chấp nhận được mặc dù vẫn còn là thách thức với tỷ lệ tử vong sớm tương đối cao (7.7%). Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và thời gian kẹp động mạch chủ ảnh hưởng đến các biến chứng suy tim, suy thận và kết quả phẫu thuật. Riêng thời gian kẹp động mạch ảnh hưởng đến biến chứng chảy máu.

Từ khóa: bệnh lý gốc động mạch chủ, phẫu thuật Bentall

SUMMARY

EARLY RESULT ASSESSMENT OF BENTALL PROCEDURE IN AORTIC ROOT DISEASE

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Tịnh

Email: baotribvhv09@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

TREATMENT

Objectives: to evaluate early results of patients with aortic root abscess treated with Bentall procedure at Cho Ray Hospital. **Subjects and research methods:** patients underwent Bentall procedure to treat aortic root abscess in all patients underwent Bentall procedure at Cho Ray Hospital from September 2020 to June 2022. The research method is retrospective, describing a series of cases. **Results:** From September 2020 to June 2022, at the Department of Cardiac Surgery, Cho Ray Hospital, 52 patients underwent Bentall surgery, of which the average age was 48 ± 13.76 , the male:female ratio = 3:1. Causes: aortic root aneurysm 22 cases (44.2%), aortic root abscess 11 (21.2%), aortic dissection 10 cases (19.2%), aortic valve disease 8 cases (15.4%); ejection fraction (EF) 60.1 ± 12.6 ; Elective surgery 45 cases (86.5%), emergency surgery 7 cases (13.5%); Extracorporeal circulation time 213.6 ± 66.7 minutes, aortic clamping time 160.9 ± 53 minutes. Complications: bleeding 6 cases (11.5%), heart failure 19 cases (36.5%), kidney failure 7 cases (13.5%), arrhythmia 5 cases (9.6%), pneumonia 4 cases (7.7%)., sepsis 2 cases (3.8%), wound infection 0%. Death 4 cases (7.7%). **Conclusion:** Bentall procedure to treat aortic root abscess has acceptable early results, although this remains a challenge with relatively high early mortality (7.7%). CBP time and clamping time influence heart failure complications, renal failure, and surgical outcomes. Particularly, the time of artery clamping affects bleeding complications.

Keywords: aortic root disease, Bentall procedure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch chủ có giải phẫu phức tạp[2]. Bệnh lý gốc động mạch chủ như phình gốc động mạch chủ, bóc tách gốc động mạch chủ, phình xoang Valsalva, hở van động mạch chủ...Trong đó có những bệnh lý nặng, có thể đe dọa tính mạng của bệnh nhân đòi hỏi phải điều trị phẫu thuật kịp thời như bóc tách cấp, phình gốc dọa vỡ...