

- Figures** 2022. 2022; Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf>.
- Paz-Ares, L., et al.,** Afatinib versus gefitinib in patients with EGFR mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer: overall survival data from the phase IIb LUX-Lung 7 trial. *Ann Oncol*, 2017. 28(2): p. 270-277.
 - Yang, J.C., et al.,** Clinical activity of afatinib in patients with advanced non-small-cell lung cancer harbouring uncommon EGFR mutations: a combined post-hoc analysis of LUX-Lung 2, LUX-Lung 3, and LUX-Lung 6. *Lancet Oncol*, 2015. 16(7): p. 830-8.
 - Park, K., et al.,** Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 2016. 17(5): p. 577-89.
 - Gu, X., et al.,** Cost-effectiveness of afatinib, gefitinib, erlotinib and pemetrexed-based chemotherapy as first-line treatments for advanced non-small cell lung cancer in China. *Lung Cancer*, 2019. 127: p. 84-89.
 - Kim, Y.J., et al.,** Cost-Effectiveness Analysis of Afatinib, Erlotinib, and Gefitinib as First-Line Treatments for EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer in Ontario, Canada. *Pharmacoeconomics*, 2021. 39(5): p. 537-548.

TỶ LỆ BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN ĐÃ CAN THIỆP TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Bá Hiếu¹, Võ Duy Văn¹, Đoàn Tuấn Vũ¹, Trần Ngọc Cẩm², Nguyễn Thùy Chinh², Nguyễn Thị Thu Hoài², Huỳnh Thị Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ của các biến cố tim mạch chính theo dõi dọc sau can thiệp và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa các biến cố tim mạch chính với một số yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp:** 78 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành từ 1/2019 đến tháng 12/2019 và được theo dõi 3 năm sau can thiệp. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang có theo dõi. **Kết quả:** Tỷ lệ các biến cố tim mạch chính là 15,4% trong đó tỷ lệ bệnh nhân tái can thiệp mạch vành 5,1%, bệnh nhân đột quỵ là 3,8%, tỷ lệ bệnh nhân NMCT tái phát là 3,8%, bệnh nhân tử vong do nguyên nhân tim mạch là 2,6%. Tuổi ≥ 75 tuổi (OR 1,04, $p < 0,05$), RLLP máu (OR 1, $p < 0,05$), Killip ≥ 2 (OR 0,13, $p < 0,05$) là các yếu tố nguy cơ độc lập của các biến cố tim mạch chính với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ các biến cố tim mạch chính là 15,4%, tuổi ≥ 75 tuổi, Rối loạn lipid máu, Killip ≥ 2 là các yếu tố nguy cơ độc lập của các biến cố tim mạch.

Từ khóa: Biến cố tim mạch chính, can thiệp mạch vành.

SUMMARY

THE RATE OF MAJOR CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES UNDERGONE CORONARY INTERVENTION AT THE

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bá Hiếu

Email: tran.hieu.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE- BACH MAI HOSPITAL

Objective: Survey the rate of major cardiovascular events in patients with acute coronary syndromes undergone coronary intervention and find the relation between major cardiovascular events with the risk factors. **Subject and methods:** 78 patients with acute coronary syndrome had coronary intervention and followed from January 2019 to December 2019 after the intervention, at Vietnam National Heart Institute. **Results:** The rate of major cardiovascular events was 15,4%, including mortality was 2,6%, stroke was 3,8%, myocardial infarction was 3,8%, and re-intervention or surgery was 5,1%. Age ≥ 75 (OR= 1.04), dyslipidemia (OR= 1), and Killip ≥ 2 (OR= 0,13) were independent risk factors of the major cardiovascular events. **Conclusion:** The rate of major cardiovascular events was 15,4%, Age ≥ 75 , dyslipidemia, and Killip ≥ 2 were independent risk factors of the major cardiovascular events. **Keywords:** Major cardiovascular events, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCVC có ST chênh lên là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các nước phát triển và cũng đang tăng nhanh chóng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Tại Mỹ mỗi năm có xấp xỉ 635 000 người mắc HCVC mới và xấp xỉ 280 000 người tái nhập viện do HCVC. Mặc dù tỉ lệ tử vong do HCVC đã giảm đáng kể nhưng những người có HCVC tái diễn vẫn có nguy cơ tử vong cao gấp 5-6 lần.

Can thiệp động mạch vành qua da thì đầu cho đến nay đã được triển khai rộng rãi ở các trung tâm can thiệp trên cả nước (8). Tại Viện

tim mạch Việt Nam- Bệnh viện Bạch Mai, can thiệp mạch vành qua da được tiến hành thường quy từ những năm 2000 và là trung tâm chuyên sâu đầu ngành tại miền Bắc, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bệnh mạch vành bằng kỹ thuật cao. Tuy nhiên cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về tỷ lệ biến cố tim mạch chính khi theo dõi dọc bệnh nhân sau can thiệp HCVC có ST chênh lên do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng vành cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành thì đầu.

2. Tỷ lệ biến cố tim mạch chính theo dõi dọc theo thời gian ở bệnh nhân hội chứng vành cấp đã can thiệp động mạch vành thì đầu và bước đầu tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 78 bệnh nhân HCVC có ST chênh lên được chẩn đoán và can thiệp động mạch thì đầu tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2019 tới tháng 12 năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tử vong không do nguyên nhân tim mạch
- Bệnh nhân có shock tim
- Bệnh nhân có chỉ định tái thông ĐMV nhưng giải phẫu tổn thương không phù hợp với can thiệp được chuyển sang CABG.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc theo thời gian.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian đối với tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu.

2.3. Phương pháp tiến hành. Những bệnh nhân HCVC có ST chênh lên được can thiệp ĐMV khi đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Gọi điện thoại hỏi thăm biến cố lâm sàng gồm tử vong và tái nhập viện tại thời điểm nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán các biến cố tim mạch chính

- Tử vong: Bệnh nhân bị tử vong do tim mạch
- NMCT: theo tiêu chuẩn của ESC/ACCF/AHA/WHF 2018 (3)

- Tái hẹp có ý nghĩa để có chỉ định tái can thiệp hoặc phẫu thuật cầu nối: Hẹp \geq 50% đường kính lòng mạch tại vị trí can thiệp, trong stent khoảng 5mm đầu gần hoặc đầu xa của bờ stent.

- Đột quy: Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị đột quy trong quá trình nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 78 bệnh nhân HCVC có ST chênh lên đã được can thiệp động mạch vành thì đầu, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo tuổi

Tuổi	<40	40-49	50-59	60-69	>70	Tổng
N	2	7	17	21	31	78
%	2,6	9	21,8	26,9	39,7	100

Nhận xét: Tuổi trung bình là $65,06 \pm 13,11$ (thấp nhất là 31 tuổi, cao nhất là 92 tuổi), chủ yếu là trên 50 tuổi (88,4%)

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng
N	51	27	78
%	65,4	34,6	100

Nhận xét: bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 65,4% và nữ là 34,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

Bảng 3.3. Các yếu tố nguy cơ chính

Yếu tố nguy cơ chính	%
THA	62,8
RLLM	7,7
Hút thuốc lá	30,7
ĐTĐ	23,07
TBMMN	11,5

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ chính THA (62,8%), hút thuốc lá (30,7%), ĐTĐ (23,07%).

Bảng 3.4. Phân độ Killip

Phân độ Killip	1	2	3	4
N	70	3	3	2
%	89,7	3,8	3,8	2,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có phân độ Killip =1 là 89,7% và phân độ Killip \geq 2 là 10,2%.

Bảng 3.5. Chức năng tâm thu thất trái EF

	EF \geq 50	EF<50
Số bệnh nhân xảy ra biến cố	3	9
%	33,3	66,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có EF <50 chiếm 66,7%, EF \geq 50 chiếm 33,3%

Bảng 3.6. Tỷ lệ tổn thương các ĐMV thủ phạm

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
LAD	38	48,7%
LCA	18	23,1%
RCA	22	28,2%
Tổng số	78	100

Nhận xét: ĐMV thủ phạm gây NMCT nhiều nhất là LAD (48,7%) tiếp đến là RCA (28,2%)

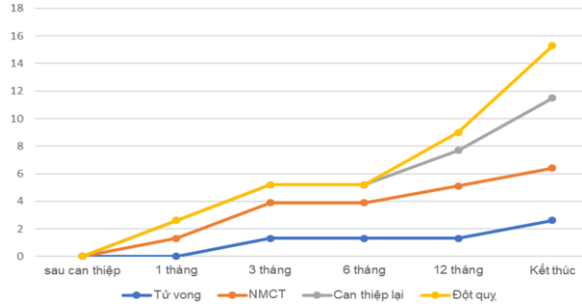
và sau cùng là LCA (23,1%).

Bảng 3.7. Số lượng động mạch vành bị tổn thương

Số nhánh ĐMV tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 nhánh	68	87,2
2 nhánh	9	11,5
3 nhánh	1	1,3
Tổng số	78	100

Nhận xét: Tổn thương hẹp chủ yếu là tổn thương 1 nhánh ĐMV (87,2%), sau đó tới tổn thương 2 nhánh ĐMV (11,5%), cuối cùng là tổn thương 3 nhánh ĐMV (1,3%).

3.2. Biến cố tim mạch chính



Biểu đồ 1. Tỷ lệ biến cố tim mạch chính sau can thiệp, sau 1 tháng, sau 3 tháng, sau 6 tháng, 12 tháng và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu sau can thiệp mạch vành

Nhận xét: Tỷ lệ MACE 0% trong thời gian nằm viện sau can thiệp. Trong 1 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 3,9 %; trong đó, biến cố NMCT và tái can thiệp mạch là 1,3%, biến cố tử vong là 1,3% và không ghi nhận bệnh nhân đột quỵ.

Trong 3 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 5,1%; trong đó, biến cố NMCT có tỷ lệ là 2,6%, các biến cố tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quỵ.

Tỷ lệ MACE không thay đổi khi chúng tôi nghiên cứu tới 6 tháng cụ thể tỷ lệ MACE là 5,1%; trong đó, biến cố NMCT có tỷ lệ 2,6%, biến cố tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quỵ.

Trong vòng 12 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 9%; trong đó các biến cố tim mạch chính lần lượt là NMCT 3,8%, tỷ lệ tái can thiệp mạch là 2,6%, tỷ lệ tử vong và đột quỵ chiếm tỷ lệ bằng nhau là 1,3%.

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (thời gian trung bình là 30±6 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 24 tháng, dài nhất là 36 tháng) tỷ lệ MACE là 15,4%; trong đó biến cố tái can thiệp mạch gặp nhiều nhất chiếm 5,1%, sau đó là biến cố NMCT và đột quỵ với tỷ lệ là 3,8%, cuối cùng là biến cố tử vong 2,6%.

3.3. Các yếu tố liên quan tới biến cố tim mạch chính

Bảng 3.8: Các yếu tố liên quan đến biến cố tim mạch chính sau can thiệp

Các yếu tố	β	p	OR	95% CI
Tuổi >75	0,83	0,001	1,039	0,987-1,094
Giới (nữ)	-0,021	0,523	0,24	0,39-3,206
Tăng huyết áp	0,860	0,298	2,362	0,467-11,946
Nhịp tim	0,018	0,153	0,879	0,0218-0,254
HATT (mmHg)	0,12	0,235	0,49	0,6-1,9
Hút thuốc lá	-0,814	0,329	0,443	0,086-2,274
Rối loạn lipid máu	0,1	0,01	1	0,106-9,417
Đái tháo đường	-0,470	0,573	0,625	0,122-3,206
Killip >2	-0,1123	0,001	0,126	0,18-0,69
Số nhánh ≥2	-2,354	0,173	0,095	0,003-2,813
EF<50	1	0,884	0,961	0,57-1,62
Can thiệp sau 12 giờ	0,186	0,443	0,18	0,28-0,64

Nhận xét: Tuổi > 75, RLLP máu và Killip ≥ 2 là các yếu tố nguy cơ độc lập của các biến cố tim mạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,01 ± 11,9 (thấp nhất là 31, cao nhất là 92 tuổi), chủ yếu là trên 50 tuổi (88,3%). Kết quả này thấp hơn so với kết quả tuổi trung bình của tác giả Nguyễn Tá Đông là 68± 9,7 tuổi. (1)

Trong nghiên cứu của tác giả Ataollah Doost Hosseiny, nam giới chiếm 77,5% trong đó tỉ lệ nữ giới là 22,5%, tỉ lệ nam/nữ là 1/3(4), thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nam 65,4% và nữ 34,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có phân độ Killip ≥2 là 10,2%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Tuấn 27,2%(2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ EF < 50% có nguy cơ gặp MACE cao gấp 3 lần so với bệnh nhân có EF ≥ 50%.

Số lượng ĐMV tổn thương chủ yếu là tổn thương 1 nhánh ĐMV (87,2%), tổn thương 2 nhánh ĐMV (11,5%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là tổn thương 3 nhánh ĐMV (1,3%). Kết quả này của chúng tôi khác biệt so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tá Đông với tỷ lệ tổn thương lần lượt là 54,02%, 19,3%, 35,68%.(1)

ĐMV thủ phạm gây NMCT nhiều nhất LAD (48,7%), RCA (28,2%), cuối cùng là LCA (23,1%). Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ của tác giả Nguyễn Quang Tuấn với kết quả LAD

60,3% (2).

4.2. Các biến cố tim mạch chính sau can thiệp động mạch vành. Trong thời gian nằm viện sau can thiệp, không ghi nhận MACE.

Trong 1 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 3,9%; trong đó, biến cố tái NMCT và tái can thiệp mạch là 1,3%, biến cố tử vong là 1,3% và không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Trong 3 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 5,1%; trong đó, biến cố tái NMCT là cao nhất với tỷ lệ 2,6%, biến cố tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Tỷ lệ MACE không thay đổi khi theo dõi tới 6 tháng cụ thể là tỷ lệ MACE là 5,1%; trong đó, biến cố tái NMCT là cao nhất với tỷ lệ 2,6%, các biến cố tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Trong 12 tháng theo dõi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ MACE là 9%. Trong đó các biến cố tim mạch chính lần lượt là NMCT cao nhất 3,8%, tỷ lệ tái can thiệp mạch là 2,6%, tử vong và đột quy chiếm tỷ lệ bằng nhau là 1,3%.

Tại điểm kết thúc nghiên cứu tỷ lệ MACE là 15,4% trong đó (2,6% bệnh nhân tử vong, 3,8% bệnh nhân NMCT, 5,1% bệnh nhân tái can thiệp mạch vành, 3,8% bệnh nhân đột quy). Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Pankaj Madan nghiên cứu trên 9494 bệnh nhân với kết quả là: tỷ lệ tử vong là 0,3%, tỷ lệ đột quy là 0,2%, tỷ lệ NMCT tái phát là 1%, tỷ lệ tái can thiệp mạch vành là 1,4%(5).

4.3. Mối liên quan giữa biến cố tim mạch chính với yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân RLLP máu là 7,7%. Tỷ lệ này gần tương đương so với tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tá Đông (1).

Các yếu tố nguy cơ khác như THA, ĐTD, hút thuốc lá cũng góp phần làm tăng tỷ lệ xảy ra các biến cố tim mạch.

Trong nghiên cứu của tác giả Ching- Hui Sia bệnh nhân hút thuốc chiếm 44%, chủ yếu là nam giới (6). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 30,8%, trong đó chủ yếu là nam giới (43,14%).

Theo nghiên cứu INTERHEART, bệnh nhân THA có nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao gấp 1,91 (7). Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ là 1,67 lần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân bị ĐTD là 23,07%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tá Đông với tỷ lệ là 27,06%.

Khi phân tích đa biến, các yếu tố như tuổi \geq 75, Killip \geq 2, RLLP máu có mối liên quan với các

MACE sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

5.1. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân theo dõi

Về tuổi: Tuổi trung bình là $65,01 \pm 11,9$ (thấp nhất là 31, cao nhất là 92 tuổi), bệnh nhân trên 50 tuổi (88,4%),

Về giới: Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1/2 cụ thể tỷ lệ nam 65,4% và nữ 34,6%.

Về thời gian nhập viện: Thời gian nhập viện sau 12 giờ chiếm tỷ lệ 62,8%, gấp 2 lần so với tỷ lệ nhập viện trước 12 giờ là 37,2%.

Về các yếu tố nguy cơ: Tỷ lệ bệnh nhân RLLP máu là 7,7%. Các yếu tố nguy cơ như THA, hút thuốc lá, ĐTD chiếm tỷ lệ cao lần lượt là: 62,8%, 23,07%, 30,4%.

Về kết quả cận lâm sàng: Các bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái EF $<$ 50% chiếm tỷ lệ 66,7%.

Các bệnh nhân có phân độ Killip =1 chiếm tỷ lệ 89,7% và tỷ lệ bệnh nhân có phân độ Killip \geq 2 là 10,2%.

Số lượng động mạch vành tổn thương chủ yếu là tổn thương 1 nhánh ĐMV (87,2%), sau đó tới tổn thương 2 nhánh ĐMV (11,5%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là tổn thương 3 nhánh ĐMV (1,3%).

ĐMV thủ phạm gây NMCT nhiều nhất là LAD (48,7%), LCA (23,1%) và RCA (28,2%).

5.2. Các biến cố tim mạch chính trong thời gian nghiên cứu

5.2.1. Các biến cố tim mạch chính trong thời gian nghiên cứu. Trong thời gian nằm viện sau can thiệp, không ghi nhận tỷ lệ MACE.

Trong 1 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 3,9%, biến cố NMCT và tái can thiệp mạch là 1,3%, biến cố tử vong là 1,3% và không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Trong 3 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 5,1%, biến cố NMCT là cao nhất với tỷ lệ 2,6%, sau đó các biến cố lần lượt là tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Tỷ lệ biến cố tim mạch chính không thay đổi khi theo dõi tới 6 tháng cụ thể tỷ lệ MACE là 5,1%, biến cố NMCT là cao nhất với tỷ lệ 2,6%, tử vong và tái can thiệp mạch là 1,3%, không ghi nhận bệnh nhân đột quy.

Trong 12 tháng theo dõi, tỷ lệ MACE là 9%, các biến cố tim mạch chính lần lượt là NMCT cao nhất 3,8%, tỷ lệ tái can thiệp mạch là 2,6%, tỷ lệ tử vong và đột quy chiếm tỷ lệ bằng nhau là 1,3%.

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ MACE trong số bệnh nhân nghiên cứu là 15,4%. Trong đó, biến cố tái can thiệp

mạch chiếm 5,1%, sau đó là biến cố tái NMCT và đột quỵ với tỉ lệ là 3,8%, cuối cùng là biến cố tử vong 2,6%.

5.2.2. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với các biến cố tim mạch chính. Các yếu tố như tuổi ≥ 75 , Killip ≥ 2 , RLLM có môi liên qua với các MACE sau can thiệp mạch vành ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông NT, Thành TT.** "Các biến cố tim mạch chính trong vòng 6 tháng ở bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành bằng stent phủ thuốc". tạp chí tim mạch học Việt Nam. 2016.
2. **Tuấn NQ.** "Can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp". Nhà xuất bản y học. 2011;256.
3. **Tuấn NQ, Quang NN, Linh ĐH.** "Nhồi máu cơ tim và hội chứng vành cấp". Bệnh học nội khoa

- tập 1. 2018:227-55.
4. **Danek BM.** "Effect of Lesion Age on Outcomes of Chronic Total Occlusion Percutaneous Coronary Intervention: Insights From a Contemporary US Multicenter Registry". can J Cardiol. 2016;32(12).
 5. **P; EMM, al LVe.** Predicting major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention: the Texas Heart Institute risk score. Am Heart J 2008;6(155):1068-74.
 6. **Sia C-H.** "Association between smoking status and outcomes in myocardial infarction patients undergoing percutaneous coronary intervention". Sci rep. 2021;1(11).
 7. **TEO KK.** "Cardiovascular Risk Factors and Prevention: A Perspective From Developing Countries". can J Cardiol. 2021;37(5).
 8. **Z G.** "The evolution of percutaneous coronary intervention: from balloons to drug eluting stents". Med Arh. 2002;61(2):35-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III BẰNG PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT PACLITAXEL CARBOPLATIN KẾT HỢP ĐỒNG THỜI VỚI XẠ TRỊ

Nguyễn Quang Trung¹, Nguyễn Khánh Toàn¹,
Phạm Thị Hường¹, Nguyễn Văn Nhật¹, Bùi Văn Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị trên bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi tiến cứu trên 35 BN UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 3/2019 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66 \pm 7,3$, tỷ lệ nam/nữ = 6/1. 31/35 (88,6%) BN hoàn thành đủ liều xạ và chu kỳ hóa trị. Tỷ lệ đáp ứng chung 65,7%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85,7%. Thiếu máu gặp ở 14/35 BN (40%), chủ yếu độ 1. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính là 28,6%, chủ yếu là hạ bạch cầu độ 1 và độ 2 và không có BN hạ bạch cầu độ 4. Hạ tiểu cầu gặp ở 1 BN (2,9%), không có BN nào độ 3,4. Các độc tính không liên quan đến huyết học nói chung ở mức độ nhẹ độ 1, 2: viêm thực quản (37,2%), viêm da 25,7%, viêm phổi (20%), tăng men gan (11,4%), tăng creatinine (5,7%). **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel Carboplatin an toàn và hiệu quả tốt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III

Từ khóa: Paclitaxel Carboplatin, ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III.

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hường
Email: bshuonng2ub@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023
Ngày duyệt bài: 22.5.2023

SUMMARY

EVALUATING OF RESULTS OF THE TREATMENT OF STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH CHEMOTHERAPY PACLITAXEL CARBOPLATIN COMBINED WITH RADIATION THERAPY

Aims: To evaluate response and side effects of patients with stage III Non-small-cell lung cancer who were treated first-line by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy. **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 35 non-small cell lung cancer patients in stage III treated by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy from March 2019 to August 2022. **Results:** Median of age $66 \pm 7,3$, male/female: 6/1. 31/35 (88,6%) patients completed the full dose of chemotherapy and radiotherapy. Partial response was achieved in 23 patients (65,7%) and the rate of disease control is 85,7%. Anemia occurs in 14/35 patients (40%), mainly grade 1. The percentage of neutropenia is 28,6%, and there are no patients with grade 4 leukopenia, mostly grade 1, 2. Thrombocytopenia were observed in 1 (2,9%) patients, and no case of grade 3, 4. Non-hematologic toxicities were generally mild with grade 1, 2: esophagitis (37,2%), dermatitis (25,7%), pneumonia (20%). An increased level of elevated transaminases (11,4%), creatinine in blood (5,7%). **Conclusion:** Our finding shows that concurrent chemoradiotherapy with Paclitaxel Carboplatin regimen was safe and effective in grade III non-small cell lung cancer.

Keywords: Paclitaxel Carboplatin, non-small cell lung cancer, stage III