

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ KHÔNG ĐỘT BIẾN EGFR DI CĂN NÃO BẰNG TIA XẠ KẾT HỢP HÓA CHẤT PHÁC ĐỒ CÓ PLATINUM TẠI BỆNH VIỆN K

Đinh Công Định¹, Nguyễn Công Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sống thêm. Trong xạ trị Gamma knife và xạ trị toàn não tổn thương di căn não BN UTPKTBN, không có đột biến gen EGFR tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 120 bệnh nhân UTPKTBN, không đột biến gen EGFR, có di căn não. Điều trị, 60 BN xạ Gamma knife, 60 BN xạ toàn não, kết hợp tuần tự phác đồ hóa chất có Platinum như Paclitaxel-Carboplatin hoặc Pemetrexet-Cisplatin tại Bệnh viện K từ 2018 – 2023. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trung vị STTB nhóm BN xạ toàn não 6 ± 0.4 tháng. Trung vị STTB xạ phẫu GK kết hợp hóa chất có Platinum 17 ± 2.9 tháng. Tỷ lệ STTB BN xạ GK tại thời điểm 6 tháng 89.9%; 12 tháng 62.9%; 18 tháng 42.3%. Thời gian STKTT tại não trung vị 12 ± 1.7 tháng. Có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STTB, STKTT tại não với số ổ di căn não ($p < 0.05$). **Kết luận:** Xạ phẫu GK kết hợp phác đồ hóa chất có Platinum BN UTPKTBN không đột biến EGFR di căn não, cho kết quả STTB 17 ± 2.9 tháng, hiệu quả vượt trội so với nhóm BN xạ toàn não, thời gian STTB ngắn 6 ± 0.4 tháng. Số ổ di căn não có ý nghĩa thống kê với cả thời gian STTB và STKTT.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITHOUT EGFR GENE MUTATION WITH BRAIN METASTASIS USING RADIOTHERAPY FOR METASTATIC BRAIN SEQUENTIALLY COMBINED WITH PLATINUM BASED CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL

Purpose: Our study aims to scrutinize clinical characteristics, assess treatment outcomes, and analyze factors related to survival rates. In Gamma knife radiotherapy and whole-brain radiotherapy for metastatic brain, without EGFR gene mutation in NSCLC patients at K Hospital. **Methods:** 120 NSCLC patients, without EGFR gene mutation, and brain metastases. Treatment: 60 patients with Gamma knife radiotherapy, 60 patients with whole-brain radiotherapy, sequentially combined with Platinum-

based chemotherapy like Paclitaxel-Carboplatin or Pemetrexet-Cisplatin at K Hospital from 2018 to 2023. Observations of clinical characteristics, survival outcomes, and analysis of relevant factors. **Results:** Median OS for the whole-brain radiotherapy group was 6 ± 0.4 months. Median OS for Gamma knife combined with Platinum chemotherapy was 17 ± 2.9 months. Survival rates for Gamma knife-treated groups at 6 months: 89.9%, 12 months: 62.9%, 18 months: 42.3%. Median PFS at brain : 12 ± 1.7 months. Statistical significance observed in the number of metastatic lesions between OS, PFS in the brain ($p < 0.05$). **Conclusion:** Gamma knife radiotherapy combined with Platinum-based chemotherapy in NSCLC patients without EGFR mutation in brain metastases yields a superior OS result of 17 ± 2.9 months compared to the whole-brain radiotherapy group, which had a shorter OS time of 6 ± 0.4 months. The number of metastatic lesions shows statistical significance with both OS and PFS durations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong 10 bệnh ung thư thường gặp trên thế giới, theo hiệp hội bệnh phổi Hoa kỳ năm 2018 có khoảng 234.030 ca mắc mới UTP. Số ca tử vong do UTP chiếm gần 25% trong tổng số BN chết vì bệnh ung thư. Ở Việt Nam, Theo số liệu của Globocan 2020, UTP đứng thứ 2 về tỷ lệ mắc ở nam giới, sau ung thư gan và đứng thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú.

UTP có hai nhóm giải phẫu bệnh chính là ung thư biểu mô tế bào nhỏ (chiếm ~ 20%) và ung thư biểu mô không phải tế bào nhỏ (chiếm ~ 80%). Đặc điểm của UTP tiến triển là thường di căn não, trong đó khoảng 10% BN ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được chẩn đoán giai đoạn tiến triển có di căn não. Mặt khác, trong số các BN di căn não, 40 – 50% có nguồn gốc nguyên phát từ UTP¹. Trước đây, điều trị các tổn thương di căn não trong UTP gặp nhiều khó khăn do phần lớn các thuốc hóa chất không hoặc ít qua hàng rào máu não. Phẫu thuật giúp cải thiện thời gian sống thêm nhưng chỉ định hạn chế, thường chỉ áp dụng cho các trường hợp di căn não một ổ.

Trong nhiều thập kỷ, xạ toàn não là phương pháp điều trị chuẩn cho tất cả BN di căn não. Tuy nhiên, xạ toàn não làm tổn thương nhiều mô não lành và gây ra nhiều di chứng tại não. Xạ phẫu sử dụng các chùm năng lượng cao, hội tụ

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Công Định

Email: drdinhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

tập trung tại khối u não được đề xuất bởi Leksell những năm 1950s². Hiện nay, thế giới có hai hệ thống máy xạ phẫu chính là xạ phẫu dựa vào nguồn Coban Gamma Knife (GK),... và xạ phẫu bằng máy gia tốc. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy điều trị tổn thương di căn não bằng xạ phẫu có ưu điểm giúp kiểm soát tại chỗ, cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống thêm và giảm các độc tính³. Tại Việt Nam, Bệnh viện K đã, đang ứng dụng xạ toàn não và xạ phẫu GK trong điều trị các khối u và bệnh lý nội sọ, trong đó có BN di căn não của UTPKTBN. Có rất ít nghiên cứu trong nước về kết quả điều trị di căn não của UTPKTBN bằng xạ toàn não và xạ phẫu GK. Với mong muốn cải thiện chất lượng điều trị cho BN UTPKTBN không đột biến EGFR di căn não, chúng tôi nghiên cứu đề tài: *"Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ không đột biến EGFR di căn não bằng tia xạ kết hợp hóa chất phúc đồ có Platinum tại Bệnh viện K"* với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTPKTBN di căn não.

2. Đánh giá kết quả điều trị UTPKTBN không đột biến EGFR di căn não bằng tia xạ toàn não và xạ phẫu Gamma knife.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 120 bệnh nhân UTPKTBN, không đột biến gen EGFR di căn não được điều trị xạ trị Gamma knife và xạ toàn não tại bệnh viện K Hà Nội từ năm 2018 đến năm 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân xạ Gamma knife

a. Tiêu chuẩn lựa chọn xạ Gamma knife tổn thương di căn não

- Các BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN bằng mô bệnh học.
- Chẩn đoán di căn não dựa trên hình ảnh MRI hoặc CLVT sọ não.
- Số ổ di căn não 1 – 10 ổ, đường kính lớn nhất mỗi ổ ≤ 3 cm.
- Chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60 .
- Không có các bệnh cấp hoặc mãn tính trầm trọng.

- Bệnh nhân xạ phẫu lần đầu.

b. Tiêu chuẩn loại trừ xạ Gamma knife tổn thương di căn não.

- Bệnh nhân đã được xạ toàn não trước đó.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy khối u não di căn.
- Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân bị suy hô hấp, có hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên, tràn dịch màng

phổi, màng tim.

- BN có đột biến gen EGFR, ALK, MET, ROS1...

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ xạ toàn não

a. Tiêu chuẩn lựa chọn xạ toàn não tổn thương di căn não.

- Các BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN bằng mô bệnh học.

- BN không có chỉ định xạ Gamma knife tổn thương di căn não hoặc từ chối điều trị xạ Gamma knife.

- Chẩn đoán di căn não dựa trên hình ảnh MRI hoặc CLVT sọ não.

- Không mắc bệnh nội khoa nghiêm trọng kèm theo.

- Chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 60 .

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- BN có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

b. Tiêu chuẩn loại trừ xạ toàn não tổn thương di căn não

- BN có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào nhỏ.

- BN có kèm theo suy hô hấp, hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim.

- BN không đồng ý hoặc bỏ dở điều trị.

- BN có hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

- BN có đột biến gen EGFR, ALK, MET, ROS1...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện.

Các bước tiến hành

2.2.1. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng...

2.2.2. Lập kế hoạch xạ trị:

Phương tiện:

▪ Máy CT SIM (chụp cắt lớp mô phỏng), MRI mô phỏng.

▪ Máy gia tốc Infinity.

▪ Máy xạ phẫu Leksell Gamma Knife ICON (Elekta AB, Thụy Điển).

▪ Sử dụng bức xạ photon mức năng lượng 6MV cho xạ toàn não, 192 nguồn Cobalt 60 cho xạ GK.

▪ Dụng cụ wingstep, bộ kê vùng thân bệnh nhân, mặt nạ cố định đầu trong xạ toàn não, tùy theo xạ toàn não hay GK dùng dụng cụ thích hợp.

▪ Khung cố định đầu trong xạ phẫu.

2.2.3. Các bước thực hiện

Mô phỏng điều trị

▪ BN được giải thích rõ ràng, tư thế BN nằm ngửa, tay xuôi theo thân, đầu thẳng với thân mình.

▪ Sử dụng wingstep, bộ kê vùng thân bệnh nhân, mặt nạ cố định hoặc khung cố định đầu.

▪ Đánh dấu trên mặt nạ.

▪ Chụp cắt lớp mô phỏng lập kế hoạch khoảng cách các lát cắt 5 mm với xạ toàn não, MRI mô phỏng với xạ phẫu, độ dày lát cắt 1 mm.

▪ Chuyển dữ liệu về phòng lập kế hoạch điều trị (TPS) qua cổng DICOM.

Lập kế hoạch điều trị. Các vùng thể tích xạ trị, dựa theo khuyến cáo của ICRU 50 đối với xạ toàn não và thể tích điều trị với xạ phẫu (GTV). Phân liều điều trị 30 Gy (3Gy/Fr) với xạ toàn não, liều xạ phẫu theo RTOG 90-05. từ 15 – 24 Gy tùy theo số lượng, vị trí u, kích thước u.

▪ < 2 cm: 20 – 24 Gy

▪ 2 – 3 cm: 18 – 20 Gy

▪ > 3 cm: 15 – 18 Gy

Xác định vùng tổ chức nguy cấp:

▪ Thân não, thần kinh thị giác, ốc tai...

Tính liều và lập kế hoạch điều trị:

Lập kế hoạch:

- Xác định các thể tích điều trị.

- Xác định thể tích các cơ quan nguy cấp.

- Tiếp theo kỹ sư vật lý sẽ tạo kế hoạch theo chỉ định của Bs điều trị như liều chỉ định điều trị, giới hạn liều ở mức cho phép vào tổ chức nguy cấp theo khuyến cáo của RTOG, góc và cung quay.

- Sau cùng kỹ sư vật lý sử dụng kỹ thuật optimize để tạo ra kế hoạch xạ trị tối ưu, kế hoạch này được Bs điều trị kiểm tra và duyệt trước điều trị BN.

- Chụp conebeam CT kiểm tra trường chiếu trước điều trị, định kỳ hàng ngày trong quá trình điều trị xạ Gamma knife.

Phác đồ hóa chất: Paclitaxel-Carboplatine hoặc Pemetrexet-Cisplatin.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm nghiên cứu.

- Lập kế hoạch xạ trị GK và xạ toàn não trong xạ trị UTP di căn não.

- Liều xạ trị phân bổ vào thể tích điều trị. Khảo sát tổ chức lành.

- Đánh giá đáp ứng điều trị của u, ở thời điểm mỗi 3 tháng sau khi xạ trị so với trước điều trị.

- Một số tác dụng phụ cấp do xạ trị phụ theo RTOG và CTCAE 4.0.

- Đánh giá sống thêm: OS, PFS, một số yếu tố liên quan.

2.2.4. Đánh giá kết quả

a. Đánh giá đáp ứng của u

- Theo tiêu chuẩn đánh giá khối u đặc RECIST 1.1.

b. **Đánh giá sống thêm:** OS, PFS, một số yếu tố liên quan

c. **Đánh giá độc tính**

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu: - Theo bệnh án mẫu nghiên cứu UTPKTBN GD IV.

- Nhập và xử lý số liệu theo SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

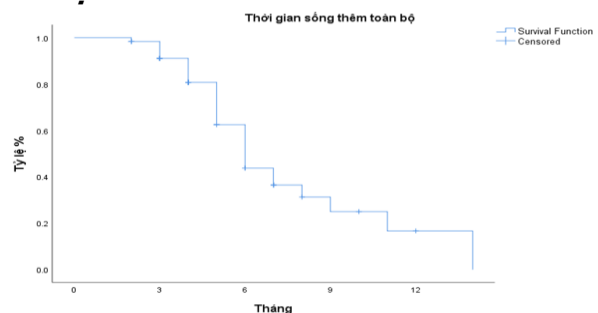
3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Biến số		n	%
Tuổi	< 50	9	7.5
	50-69	94	78.3
	≥ 70	17	14.2
Giới	Nam	92	76.7
	Nữ	28	23.3
Triệu chứng, hội chứng thần kinh	Đau đầu	96	80
	Liệt nửa người	38	31.7
	Giảm trí nhớ	35	29.2
	Hội chứng tiểu não	33	27.5
	Co giật	27	22.5
Chỉ số Karnofsky	Không có triệu chứng thần kinh	18	15
	≥ 90	69	57.5
Số ổ di căn não	≤ 80	51	42.5
	1 ổ	26	21.6
	≤ 10 ổ	89	74.2
Vị trí di căn não	>10 ổ	5	4.2
	Bán cầu đại não	104	86.7
	Tiểu não	16	13.3
Typ mô bệnh học	UTBM tuyến	69	57.5
	UTBM vảy	36	30
	UTBM loại khác	15	12.5

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm đa số từ 50-69 là 78.3%; nam giới 76.7%. Triệu chứng thần kinh phổ biến như đau đầu 80%, liệt nửa người 31.7%. 57.5% BN có chỉ số toàn trạng Karnofsky ≥ 90. Vị trí di căn chủ yếu bán cầu đại não 86.7%, di căn não 1 ổ 21.6%. UTBM tuyến 57.5%, dạng UTBM khác 42.5%.

3.2. Kết quả điều trị

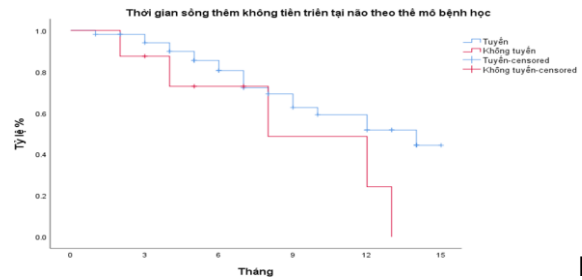
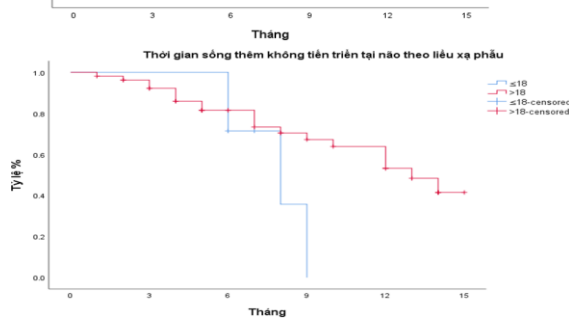
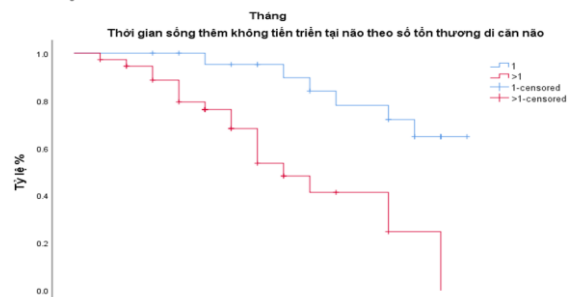
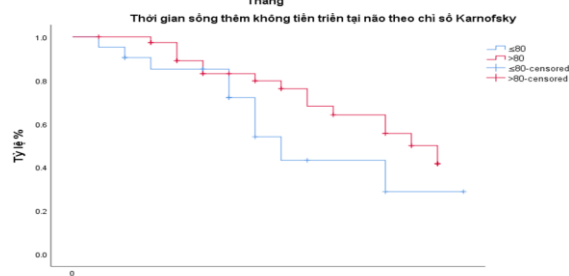
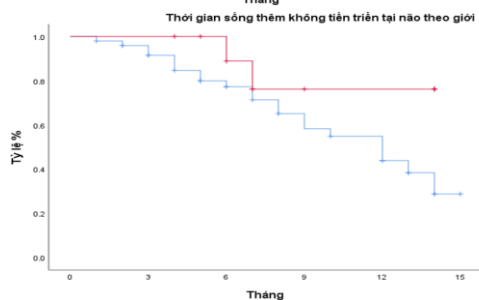
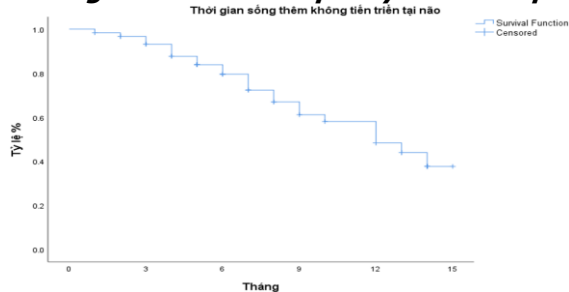
3.2.1. Sống thêm toàn bộ (STTB) nhóm BN xạ toàn não



Biểu đồ 1: Thời gian STTB của nhóm BN xạ toàn não

Nhận xét: Trung vị STTB 6 ± 0.4 tháng, STTB 3 tháng, 6 tháng, 1 năm tương ứng 91.0 : 43.7 : 1.7 (%).

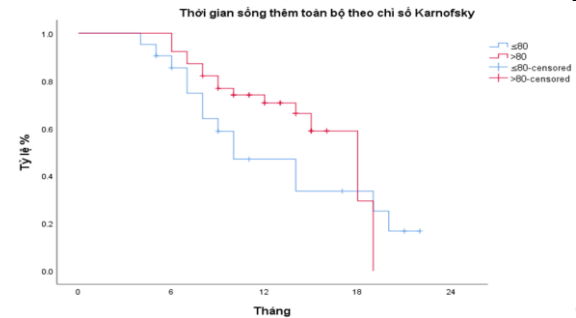
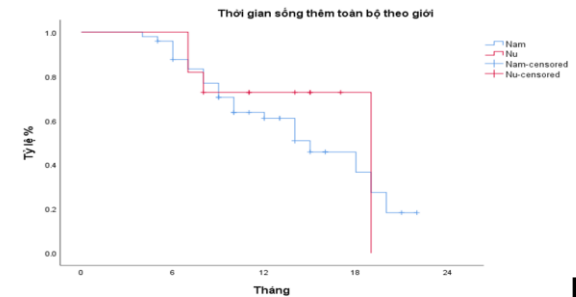
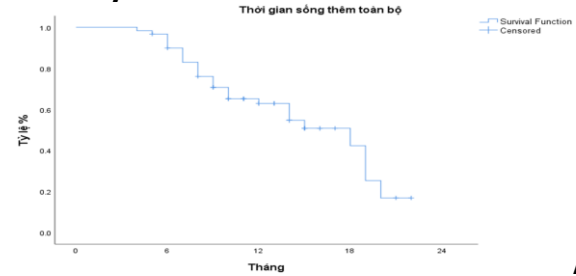
3.2.2. Sống thêm không tiến triển (STKTT) tại não của xạ Gamma knife tổn thương di căn não và một số yếu tố liên quan

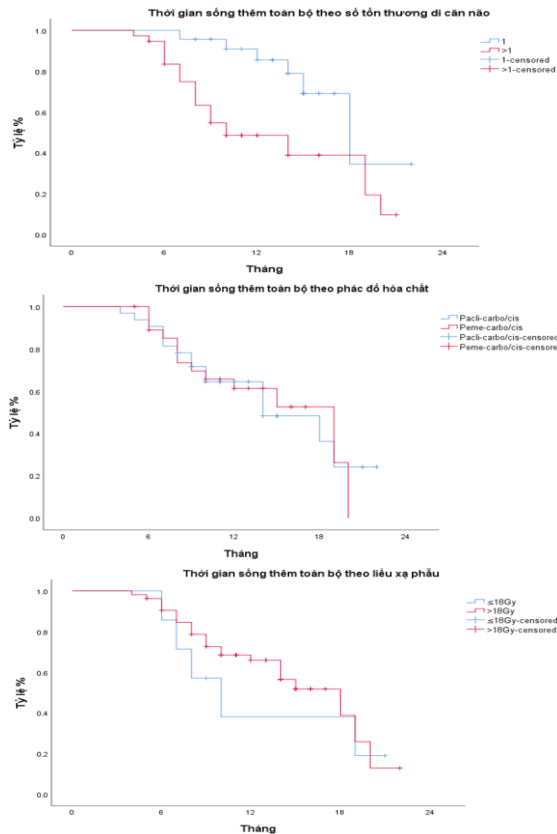


Biểu đồ 2. Thời gian STKTT tại não xạ GK (A) và một số yếu tố liên quan: (B). Liên quan theo giới. (C). Liên quan theo KPS. (D). Liên quan số ổ di căn não. (E). Liên quan theo liều xạ phẫu. (F). Liên quan theo thể MBH.

Nhận xét: Trung vị thời gian STKTT tại não là $12 \pm 1,7$ tháng. Tỷ lệ STKTT tại thời điểm 3 tháng 89.7%; 6 tháng 80.2%; 12 tháng 48.8%. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STKTT tại não với các yếu tố: giới, tình trạng KPS, thể MBH, liều xạ phẫu. Có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STKTT tại não với số ổ di căn não ($p=0,001$).

3.2.3. Sống thêm toàn bộ xạ Gamma knife tổn thương di căn não và một số yếu tố liên quan





Biểu đồ 3. Thời gian STTB xạ GK (A) và một số yếu tố liên quan: (B). Liên quan theo giới. (C). Liên quan theo KPS. (D). Liên quan số ổ di căn não. (E). Liên quan theo phác đồ hóa trị. (F). Liên quan theo liều xạ phẫu

Nhận xét: Trung vị thời gian STTB là 17 ± 2.9 tháng. Tỷ lệ STTB tại thời điểm 6 tháng 89.9%; 12 tháng 62.9%; 18 tháng 42.3%. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STTB với các yếu tố: giới, tình trạng KPS, phác đồ hóa trị, liều xạ phẫu. Có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STTB tại não với số ổ di căn não ($p=0,006$).

IV. BÀN LUẬN

Xạ toàn não là phương pháp điều trị chuẩn cho tất cả bệnh nhân di căn não, lợi ích của xạ toàn não cho di căn não được hiểu rõ trong vài thập kỷ gần đây. Tại Việt Nam ít tác giả đề cập thời gian sống thêm BN UTPKTBN di căn não. Những nghiên cứu tác giả nước ngoài cho thấy thời gian STTB trung bình dao động từ 3 đến 6 tháng, sự cải thiện triệu chứng trong xấp xỉ 60% BN so với 1 – 2 tháng nếu không điều trị hoặc chăm sóc triệu chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trung vị STTB 6 ± 0.4 tháng, kết quả này tương đồng kết quả nghiên cứu của họ.

Xạ phẫu bằng dao gamma quay tổn thương di căn tại não trong UTPKTBN không đột biến gen được ưu tiên lựa chọn hơn trong những năm gần đây. Điều trị các tổn thương u nguyên phát ở phổi và tổn thương di căn khác ngoài phổi phác đồ hóa trị liệu có Platinum được ưu tiên sử dụng, cho hiệu quả cao. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả trung vị STTB 17 ± 2.9 tháng, kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu UTP không tế bào nhỏ di căn não của Flannery và cs với trung vị STTB 18 tháng⁴. Kết quả này cao hơn trong một số nghiên cứu khác, Gerosa và cs nghiên cứu UTPKTBN di căn não. Liều xạ phẫu tổn thương di căn não trung bình 21,4 Gy, cho trung vị STTB 14,5 tháng. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thái về UTPKTBN di căn não 1-3 u, ≤ 3 cm, kết hợp hoá chất Paclitaxel-Carboplatin, cho kết quả trung vị 12,9 tháng⁵. Thời gian STTB trong một số nghiên cứu cao hơn hoặc thấp hơn do trong điều trị UTPKTBN còn phụ thuộc nhiều yếu tố như số ổ di căn não, trong nghiên cứu của chúng tôi số ổ di căn có ý nghĩa thống kê với thời gian STTB ($p=0.006$) ngoài ra yếu tố toàn trạng, tình trạng u nguyên phát, di căn vị trí khác não, chiến lược kiểm soát toàn thân... Một số yếu tố khác như giới tính, thể mô bệnh học, phác đồ hóa trị, liều xạ phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận có ý nghĩa lâm sàng với thời gian STTB. Rõ ràng nhận thấy sử dụng xạ phẫu GK điều trị tổn thương di căn não đem lại hiệu quả sống thêm vượt trội so với xạ toàn não.

Xạ phẫu tổn thương di căn não bằng dao gamma quay giúp kéo dài thời gian STKT tại não. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thái cho thấy trung vị STKT 10,8 tháng⁵. Shyamal nghiên cứu xạ phẫu trên 173 bệnh nhân nhận thấy thời gian STKT là 14,0 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trên⁶. Thời gian STKT tại não trong nghiên cứu của chúng tôi là 12 tháng, tỷ lệ sống thêm không tiến triển tại não tại 1 năm là 48.8%.

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến STKT tại não chúng tôi nhận thấy số lượng u tạo sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhóm di căn đơn ổ có trung vị thời gian STKT tại não là 12 tháng cao hơn nhóm di căn đa ổ với 8 tháng ($p = 0,001$), điều này tương tự trong nghiên cứu của Phạm Văn Thái, số lượng u là yếu tố ảnh hưởng đến STKT tại não⁵. Shyamal và cộng sự nhận thấy di căn đơn ổ là các yếu tố tiên lượng sống thêm⁶. Do vậy xạ phẫu GK đạt hiệu quả cao hơn ở BN di căn não 1 u. Khi phân tích đa biến, kết quả chỉ ra số lượng u di căn não là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến STKT tại não ($p < 0.05$).

V. KẾT LUẬN

Trung vị STTB nhóm BN xạ toàn não 6 ± 0.4 tháng. Trung vị STTB xạ phẫu GK kết hợp hóa chất có Platinum 17 ± 2.9 tháng. Tỷ lệ STTB BN xạ GK tại thời điểm 6 tháng 89.9%; 12 tháng 62.9%; 18 tháng 42.3%. Có ý nghĩa thống kê giữa thời gian STTB, STKTT tại não với số ổ di căn não ($p < 0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. S. Barnholtz-Sloan, A. E. Sloan, F. G. Davis và các cộng sự.** (2004), Incidence proportions of brain metastases in patients diagnosed (1973 to 2001) in the Metropolitan Detroit Cancer Surveillance System, *J Clin Oncol*, 22(14), tr. 2865-72.
2. **L. Leksell** (1951), The stereotaxic method and radiosurgery of the brain, *Acta Chir Scand*,

102(4), tr. 316-9.

3. **J. P. Sheehan, M. H. Sun, D. Kondziolka và các cộng sự.** (2002), Radiosurgery for non-small cell lung carcinoma metastatic to the brain: long-term outcomes and prognostic factors influencing patient survival time and local tumor control, *J Neurosurg*, 97(6), tr. 1276-81.
4. **Flannery và cộng sự.** (2008), Patients with Single Brain Metastasis from Non-Small Cell Lung Cancer Equally Benefit from Stereotactic Radiosurgery and Surgery, tr. 144-152.
5. **Phạm Văn Thái.** (2019), Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hóa xạ trị, Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **S. C. Bir, S. Ambekar, P. Bollam và các cộng sự.** (2014), Long-term outcome of gamma knife radiosurgery for metastatic brain tumors originating from lung cancer, *Surg Neurol Int*, 5 (Suppl 8), tr. S396-403.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ CHÍN TRẮNG BẰNG PHẪU THUẬT PHACO SỬ DỤNG LASER FEMTO Z8

Cung Hồng Sơn¹, Lê Quang Trung²

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đục thủy tinh thể (TTT) chín trắng bằng phẫu thuật phaco sử dụng laser femto Z8. **Đối tượng và phương pháp:** 59 mắt đục TTT chín trắng có chỉ định phẫu thuật phaco sử dụng laser femto Z8 của 59 bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Mắt Hồng Sơn trong thời gian từ tháng 08/2022 đến tháng 4/2023. Nghiên cứu lâm sàng mô tả tiến cứu tất cả các bệnh nhân phẫu thuật phaco sử dụng laser femto Z8 trong thời gian 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ giới nam/ nữ trong nghiên cứu xấp xỉ 1.27/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 64.29 ± 13.9 tuổi (lớn tuổi nhất là 92 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi). Sau phẫu thuật và thời gian theo dõi 03 tháng, không phát hiện các biến chứng nặng như: xuất huyết dịch kính, bong võng mạc, phù hoàng điểm dạng nang. Các biến chứng khác xảy ra với tỷ lệ rất nhỏ: tăng nhãn áp 2/59 (3.4%), viêm màng bồ đào 1/59 (1.7%). Tất cả các trường hợp đều cải thiện thị lực sau phẫu thuật 1 tuần và có thị lực ổn định sau 1 tháng. Kết quả thị lực LogMAR chỉnh kính tối đa trung bình sau phẫu thuật 3 tháng là 0.19 ± 0.01 (Cao nhất là 0.1 (20/25)). Nhãn áp trước phẫu thuật của 59 mắt đều trong giới hạn bình thường; sau phẫu thuật 7 ngày có 2 trường hợp tăng nhãn áp (3.4%), còn lại trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Điều trị đục thủy tinh thể chín trắng bằng phẫu thuật

phaco sử dụng laser femto Z8 rất an toàn, 100% kết quả thị lực tăng sau phẫu thuật, không có các biến chứng nặng, can thiệp dễ dàng và làm tăng kết quả thành công của phẫu thuật.

Từ khóa: đục thủy tinh thể chín trắng, phẫu thuật phaco, laser femto Z8.

SUMMARY

RESULTS OF FEMTOSECOND LASER-ASSISTED CATARACT SURGERY WITH FEMTO LDV Z8 IN WHITE MATURE CATARACTS

Objective: to evaluate the results of femtosecond laser-assisted cataract surgery with femto LDV Z8 in white mature cataract. **Patients and methods:** This is a prospective, description study on 59 eyes of 59 patients with white mature cataract having undergone femtosecond laser-assisted cataract surgery with femto LDV Z8 at Hong Son eye Hospital from August, 2022 to April, 2023. The variables included distance visual acuity (DVA), intraocular pressure (IOP), intra-operative and postoperative complications. **Results:** The male/female ratio in the study was approximately 1.27/1. The average age of the patients in the study was 64.29 ± 13.9 years old (oldest was 92 years old, youngest was 19 years old). After surgery and a 3-month follow-up period, no serious complications were detected such as vitreous hemorrhage, ablatino retinae, or cystoid macular edema. Other complications occurred at a very small rate: glaucoma 2/59 (3.4%), uveitis 1/59 (1.7%). All cases improved vision 1 week after surgery and had stable vision after 1 month. The average maximum corrected LogMAR visual acuity result 3 months after surgery is 0.19 ± 0.01 (Highest is 0.1 (20/25)). There were 2 cases of glaucoma 7 days after surgery (3.4%), the rest were within normal limits.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Mắt Hồng Sơn

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024