

- Tỷ lệ tái phát của nhóm đóng trực tiếp là 11,36%, kích thước trung bình của nhóm đóng trực tiếp  $2,31 \pm 2,34$  cm<sup>2</sup>

- Tỷ lệ tái phát của nhóm tạo vạt- ghép da là 40%, kích thước trung bình của nhóm tạo vạt ghép da là  $6,43 \pm 3,68$  cm<sup>2</sup>

- Nghiên cứu sử dụng thang điểm của JSW scar 2015 để đánh giá mức độ tái phát, từ 4 điểm trở lên theo JSW scar 2015 được đánh giá là tái phát sẹo lồi vành tai. Theo thang điểm này, trong nghiên cứu có 75,94% sẹo lồi vành tai không tái phát sau điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogawa R. Japan Scar Workshop (JSW) Scar Scale (JSS) for Assessing Keloids and Hypertrophic Scars.** In: Tóot L, Mustoe TA, Middelkoop E, Gauglitz GG, eds. Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies. Springer International Publishing; 2020:133-140. doi:10.1007/978-3-030-44766-3\_15
2. **Analysis of the surgical treatments of 63 keloids on the cartilaginous part of the auricle: effectiveness of the core excision**

- method - PubMed.** Accessed October 14, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25719703>
3. **Cha HW, Jung HJ, Lim HJ, Lee SJ, Kim DW, Lee WJ.** The Efficacy of Complete Surgical Excision of Keloid and Piercing Sinus Tract on Earlobe Keloid. *Ann Dermatol.* 2013;25(3):370-373. doi:10.5021/ad.2013.25.3.370
  4. **Shilpashree P, Jaiswal AK, Kharge PM:** Keloids: an unwanted spontaneity in Rubinstein-Taybi syndrome. *Indian J Dermatol* 2015;60:214.
  5. **Hung YT, Lin SM, Tzeng IS, Ng CY.** Optimizing surgical outcome of auricular keloid with a novel multimodal approach. *Sci Rep.* 2022;12(1):3533. doi:10.1038/s41598-022-07255-8
  6. **Saha SS, Kumar V, Khazanchi RK, Aggarwal A, Garg S.** Primary skin grafting in ear lobule keloid. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(5):1204-1207. doi:10.1097/01.prs.0000135889.48745.e4
  7. **El-Kamel MF, Selim MK, Alghobary MF.** Keloidectomy with core fillet flap and intralesional verapamil injection for recurrent earlobe keloids. *IJDVL.*2016;82:659. doi:10.4103/0378-6323.187084
  8. **Chipev CC, Simon M.** Phenotypic differences between dermal fibroblasts from different body sites determine their responses to tension and TGFβ1. *BMC Dermatol.* 2002; 2:13. doi:10.1186/1471-5945-2-13

## ĐIỀU TRỊ TÁI THÔNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH THÂN NỀN Ở CỬA SỐ SỚM VÀ CỬA SỐ MỞ RỘNG

Nguyễn Thị Bích Hương<sup>1,2</sup>, Nguyễn Bá Thắng<sup>2</sup>, Nguyễn Huy Thắng<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhồi máu não cấp do tắc động mạch nền (ĐMTN) là bệnh có tỷ lệ tử vong cao và tàn phế nặng nề. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân tắc ĐMTN được điều trị tái thông trong cửa sổ sớm 0 – 6 giờ và cửa sổ muộn 6 – 24 giờ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ 8/2021 đến 6/2023. Những bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN cấp được điều trị tái thông trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm nền và kết cục lâm sàng được so sánh giữa 2 nhóm được điều trị ở cửa sổ sớm và muộn. Kết cục lâm sàng chính được định nghĩa là điểm mRS 0-3 ở thời điểm 90 ngày. **Kết quả:** 210 bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN (với độ tuổi trung bình  $64.8 \pm 12.8$ , trong đó 30% là nữ) được điều trị trong cửa sổ 24 giờ. Trong đó, 57 bệnh nhân

được điều trị trong cửa sổ trong khi 153 bệnh nhân được điều trị trong cửa sổ muộn. Tổng cộng có 28 (49.1%) và 67 (43.8%) bệnh nhân đạt được kết cục lâm sàng chức năng tốt sau 90 ngày ( $p = 0.49$ ) lần lượt ở cửa sổ thời gian sớm và muộn. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về kết cục lâm sàng mRS 0-2 (33.3% so với 34.6%,  $p = 0.86$ ) hoặc tỷ lệ tử vong (40.4% so với 47.7%,  $p = 0.34$ ). Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng lần lượt là 3.5% ở cửa sổ sớm và 7.2% ở cửa sổ muộn ( $p = 0.33$ ). **Kết luận:** Điều trị tái thông là chiến lược điều trị hiệu quả và an toàn ở những bệnh nhân tắc ĐMTN trong 24 giờ. Điều trị ở cửa sổ mở rộng có thể đạt được kết cục lâm sàng tương tự so với điều trị trong cửa sổ sớm.

**Từ khóa:** tắc động mạch thân nền, nhồi máu não cấp, điều trị tái thông

### SUMMARY

#### EARLY VERSUS LATE TREATMENT WINDOWS FOR BASILAR ARTERY OCCLUSION

**Objective:** Acute ischemic stroke caused by basilar artery occlusion (BAO) has devastating effects on patients. The time from stroke onset to recanalization is a predictor of outcomes in patients of anterior circulation large-vessel occlusion (LVO). The study aimed to evaluate functional outcomes in early (0 - 6 hours) vs late (6 - 24 hours) time windows for recanalization treated basilar artery occlusions.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Hương

Email: bichhuong.medic@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

**Method:** A prospective study was conducted at 115 People's Hospital, Ho Chi Minh city from August 2021 to June 2023. Patients with acute BAO who underwent recanalization therapy within 24 hours from symptom onset were included. The baseline characteristics and outcomes were analyzed and compared between patients treated in early and late window. Good functional outcome was defined as mRS  $\leq 3$  at 90 days. **Result:** 210 BAO patients (with an average age of  $64.8 \pm 12.8$ , comprising 30% females) received treatment within 24 hours of symptom onset. Among them, 57 patients received treatment within the early window (0 - 6 hours) while 153 were treated within the late window (6 - 12 hours). A total of 28 (49.1) and 67 (43.8%) patients in the early and late time windows, respectively, achieved good functional outcomes at 90 days ( $p = 0.49$ ). No significant differences were observed between the two groups in terms of favorable outcomes (33.3% vs 34.6%,  $p = 0.86$ ) or mortality rates (40.4% vs 47.7%,  $p = 0.34$ ). Symptomatic intracranial hemorrhage was observed in 2 patients (3.5%) in the early window compared to 11 patients (7.2%) in the late window ( $p = 0.33$ ). **Conclusion:** Recanalize treatment was effective and safe for treating patients with acute BAO in 24 hours. The early and late thrombectomy time windows can achieve similar rates of 90-day favorable functional outcomes. **Keywords:** basilar artery occlusion, ischemic stroke, recanalization treatment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não do tắc động mạch thân nền (ĐMTN) là một bệnh hiểm gặp, tuy nhiên bệnh có tỷ lệ tử vong cao và tàn phế nặng nề. Lợi ích của can thiệp nội mạch đã được chứng minh đã được chứng minh trong các thử nghiệm với quy mô lớn về đột quỵ ở tuần hoàn trước. Vai trò của can thiệp nội mạch trong trường hợp tắc ĐMTN trước đây chủ yếu được thể hiện qua các nghiên cứu quan sát. Gần đây 2 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên lớn BAOCHÉ và ATTENTION thực hiện ở Trung Quốc đã phần nào cho thấy lợi ích của can thiệp lấy huyết khối ở nhồi máu não do tắc ĐMTN trên một số đối tượng bệnh nhân cụ thể<sup>4,5</sup>. Mặc dù vậy những nghiên cứu này chưa phản ánh được ảnh hưởng của cửa sổ thời gian điều trị lên hiệu quả của điều trị tái thông so với điều trị nội khoa ở những bệnh nhân này.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi so sánh kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN được điều trị bằng các biện pháp tái thông ở cửa sổ điều trị sớm (0 - 6 giờ) và cửa sổ mở rộng (6 - 24 giờ).

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu thực hiện tại bệnh viện Nhân dân 115, từ tháng 8/2021 đến tháng 6/2023.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh

nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não do tắc ĐMTN nhập viện tại Bệnh viện Nhân dân 115, điều trị bằng các phương pháp tái thông. Có 210 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh được tuyển vào nghiên cứu (Hình 1).

**Tiêu chuẩn chọn vào:** (1) Bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc ĐMTN xác định bằng một trong các kỹ thuật hình ảnh CTA, MRA, DSA. Bệnh nhân tắc động mạch đốt sống đoạn trong sọ một hoặc hai bên dẫn đến mất tín hiệu dòng chảy ĐMTN cũng được tuyển vào nghiên cứu; (2) Bệnh nhân được điều trị bằng một trong các kỹ thuật tái thông: tiêu sợi huyết tĩnh mạch, can thiệp nội mạch đơn thuần, hoặc kết hợp tiêu sợi huyết tĩnh mạch và can thiệp nội mạch trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm khởi phát hoặc thời điểm cuối còn bình thường (đối với đột quỵ lúc thức dậy hoặc không có người chứng kiến), trong đó tiêu sợi huyết tĩnh mạch được thực hiện trong vòng 4.5 giờ; (3) Tuổi bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn về hình ảnh học:** (1) CT scan não hoặc MRI não: không có hình ảnh xuất huyết; (2) Không có hình ảnh hiệu ứng chỏn chỏ ở tiểu não hoặc giãn não thất cấp; (3) CTA, MRA hoặc DSA ghi nhận hình ảnh tắc động mạch thân nền.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu được thu thập các thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước khi điều trị (tuổi, giới, điểm NIHSS, GCS, thời gian từ khởi phát - điều trị, điểm pc-ASPECT, tuần hoàn bàng hệ, chỉ số cầu não - trung não...), và các yếu tố nguy cơ. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: (1) Bệnh nhân được điều trị trong cửa sổ sớm 0 - 6 giờ và (2) bệnh nhân được điều trị trong cửa sổ thời gian mở rộng  $> 6$  giờ và  $\leq 24$ . Tình trạng tái thông sau can thiệp được đánh giá bằng thang điểm TICI sửa đổi. Tái thông thành công được định nghĩa là TICI 2b - 3.

**Kết cục lâm sàng và tính an toàn.** Bệnh nhân được đánh điểm NIHSS sau 24 giờ và lúc xuất viện, điểm mRS được đánh giá lúc xuất viện và ở thời điểm 90 ngày. Điểm mRS sau 90 ngày được đánh giá trực tiếp tại phòng khám hoặc qua điện thoại. Kết cục lâm sàng tốt được xác định bằng mRS 0 - 3. Tính an toàn được đánh giá bằng tỷ lệ xuất huyết nội sọ có triệu chứng (được định nghĩa theo nghiên cứu ECASS 2) là bất kỳ xuất huyết nội sọ nào liên quan đến sự suy giảm điểm NIHSS  $\geq 4$  điểm hoặc tử vong và được xác định là nguyên nhân chính về tình trạng suy thoái thần kinh<sup>6</sup>, và tử vong trong 90 ngày.

**Xử lý số liệu.** Dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Để đánh giá sự khác biệt giữa các phân nhóm, chúng tôi đã sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher, t-student và Mann-Whitney U. Đối với các biến liên tục (ví dụ: điểm NIHSS trước điều trị), chúng tôi trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê. Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

**Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu quan sát, không can thiệp đến quyết định điều trị của bệnh nhân. Đề cương nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh thông qua số 439/HĐĐĐ - ĐHYD. Bệnh nhân và thân nhân được cung cấp bản thông tin dành cho đối tượng tham gia nghiên cứu và ký thỏa thuận đồng ý tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08 năm 2021 đến tháng 06 năm 2023, chúng tôi tuyển chọn được 210 bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN có điều trị tái thông nhập khoa Bệnh lý mạch máu não bệnh viện Nhân Dân 115 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Đặc điểm lâm sàng, điều trị tái thông được trình bày trong bảng 1. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 64.8 ± 12.8. Nhóm bệnh nhân điều trị trong cửa sổ sớm có tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm điều trị trong cửa sổ muộn (61.1±11.8 so với 66.1±12.9, p=0.01). Nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế với 147 bệnh nhân (70%), tỷ lệ nam : nữ là 2.3. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với 198 bệnh nhân (94.3%). Rối loạn lipid máu cũng là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao thứ hai với 136 bệnh nhân (64.8%).

Không có sự khác biệt về độ nặng lâm sàng (điểm NIHSS, GCS) và các yếu tố nguy cơ mạch máu giữa 2 nhóm (Bảng 1).

Có 2 bệnh nhân được điều trị với tiêu sợi huyết tĩnh mạch đơn thuần (1%), 51 bệnh nhân điều trị bắc cầu tiêu sợi huyết tĩnh mạch và can thiệp nội mạch (24.3%), và 159 bệnh nhân được điều trị với can thiệp nội mạch trực tiếp (75.7%). Nhóm điều trị trong cửa sổ sớm có tỷ lệ tiêu sợi huyết tĩnh mạch khá cao 39/57 bệnh nhân (68.5%), trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm điều trị trong cửa sổ muộn chỉ 7.9% (12/153 bệnh nhân, p<0.001).

Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về nguyên nhân, tỷ lệ tái thông cũng như các biện pháp can thiệp cứu vãn. Khi phân loại theo nguyên nhân, tỷ lệ bệnh nhân tắc ĐMTN do nguyên nhân xơ vữa động mạch lớn nhất so trong nghiên cứu là 53.3% (112 bệnh nhân), nguyên nhân do thuyên tắc từ tim chiếm tỷ lệ 20.5% (43 bệnh nhân). Tỷ lệ tái thông sau 1 lần kéo huyết khối là 58%, tỷ lệ tái thông thành công sau khi kết thúc thủ thuật là 84.8% (178 bệnh nhân). Số lượng bệnh nhân cần thực hiện các biện pháp can thiệp cứu vãn lần lượt là: nong bóng 65 (31%), đặt stent nội sọ cấp cứu 17(8.1%), tiêu huyết khối động mạch 24 (11.4%).

Có sự khác biệt về vị trí tắc mạch ở 2 nhóm, tắc đoạn xa ĐMTN thường gặp ở cửa sổ điều trị sớm hơn so với cửa sổ muộn (43.9% so với 28.1%), còn tắc đoạn đầu ĐMTN thường gặp ở nhóm điều trị trong cửa sổ muộn hơn so với nhóm còn lại (47.1% so với 19.3%), p = 0.03) (Bảng 1). Ngoài ra nhóm điều trị trong cửa sổ sớm có diện nhồi máu cũng như diện tổn thương thần não nhỏ hơn so với nhóm còn lại, với p-ASPECT trung vị là 8 so với 7 (p<0.001), và chỉ số cầu não- trung não trung vị lần lượt là 0 so với 1 (p=0.005)

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và tình trạng tái thông**

		<b>N = 210</b>	<b>0 – 6 giờ N=57 BN</b>	<b>6 – 24 giờ N=153 BN</b>	<b>p</b>
Tuổi	Trung bình (± ĐLC)	64.8 ± 12.8	61.1 ± 11.8	66.1 ± 12.9	0.01
Giới (N/%)	Nữ	63 (30%)	14 (24.6%)	49 (32%)	0.29
GCS	Trung vị (IQR)	11 (9-15)	10 (8-15)	11 (9-15)	0.19
NIHSS trước điều trị	Trung vị (IQR)	22 ( 10-30)	23 (12-30)	21 (10-30)	0.38
	Tiền sử đột quỵ	60 (28.6%)	16 (28.1%)	44 (28.8%)	0.92
Yếu tố nguy cơ n (%)	Tăng huyết áp	198 (94.3%)	56 (98.2%)	142 (92.8%)	0.12
	Đái tháo đường	76 (36.2%)	18 (31.6%)	58 (37.9%)	0.39
	Rung nhĩ	37 (17.6%)	9 (15.8%)	28 (18.3%)	0.67
	Hút thuốc lá	54 (25.7%)	18 (31.6%)	36 (23.5%)	0.24
	Rối loạn lipid máu	136 (64.8%)	38 (66.7%)	98 (64.1%)	0.72
	Bệnh van tim	11 (5.2%)	5 (8.8%)	6 (3.9%)	0.15

Hình ảnh học đánh giá ban đầu	CT, n(%)	105 (50%)	42 (73.7%)	63 (41.2%)	
	MRI, n(%)	105 (50%)	15 (26.3%)	90 (58.8%)	<0.001
pcASPECT	Trung vị (IQR)	8 (6-9)	8 (7.5-10)	7 (6-8)	<0.001
PMI	Trung vị (IQR)	1 (0-2)	0 (0-2)	1 (0-2)	0.005
Dấu tăng quang ĐMTN, n(%)		100 (47.6%)	30 (52.6%)	70 (45.8%)	0.38
PC-CS	Trung vị (IQR)	5 (3-7)	5 (4-6)	5 (3-7)	0.79
Nguyên nhân	Xơ vữa ĐM lớn Thuyên tắc tử tim Nguyên nhân khác không xác định	112 (53.3%) 43 (20.5%) 55 (26.2%)	26 (45.6%) 12 (21.1%) 19 (33.3%)	86 (56.2%) 31 (20.3%) 36 (23.5%)	0.17
Vị trí tắc, n (%)	Tắc ĐMĐS 2 bên kèm theo mất tín hiệu ĐM thân nền	4 (1.9%)	1 (1.8%)	3 (2.0%)	
	Đoạn đầu ĐMTN	83 (39.5%)	11 (19.3%)	72 (47.1%)	0.003
	Đoạn giữa ĐMTN	55 (25.2%)	20 (35.1%)	35 (22.9%)	
	Đoạn xa ĐMTN	68 (32.4%)	25 (43.9%)	43 (28.1%)	
Các biện pháp tái thông, n(%)	TPA tĩnh mạch	2 (1%)	1 (1.8%)	1 (0.7%)	<0.001
	TPA tĩnh mạch + can thiệp nội mạch	51 (24.3%)	38 (66.7%)	11 (7.2%)	
	Can thiệp nội mạch	159 (75.7%)	18 (31.6%)	141 (92.2%)	
Thời gian nhập viện – tpa tĩnh mạch‡	Trung vị (IQR)	88 (52 – 128.5)	73.5 (46-127)	111 (94-163)	0.08
Thời gian nhập viện – lấy huyết khối £	Trung vị (IQR)	207 (150 – 281.75)	160 (115-220.5)	216 (163.5-209.5)	<0.001
Số lần lấy huyết khối	Trung vị (IQR)	1 (1-2)	1(1-1)	1(1-2)	0.03
Tỷ lệ TIC1 2B- 3, n(%)		178 (84.8%)	49 (86%)	130 (85%)	0.86
Tỷ lệ tái thông sau 1 lần lấy HK với TIC1 ≥ 2B, n(%)		119 (58%)	32 (58.2%)	87 (58%)	0.98
Các biện pháp can thiệp cứu vãn, n(%)	Nong bóng	65 (31%)			
	Đặt stent nội sọ	17 (8.1%)	4 (7%)	13 (8.5%)	0.49
	tPA động mạch	24 (11.4%)			

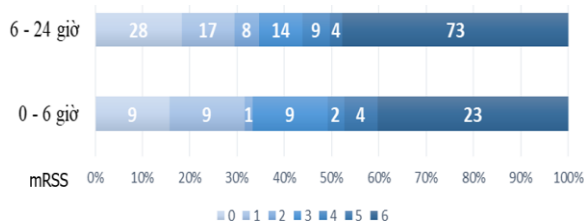
‡: dữ liệu trên 37 bệnh nhân, £: dữ liệu trên 208 bệnh nhân, PC-CS: tuần hoàn bàng hệ, PMI: chỉ số cầu não - trung não, IQR: tứ phân vị

Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng tốt với mRS 0 – 3 ở thời điểm 90 ngày trong nghiên cứu

là 45.2%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng độc lập chức năng với mRS 0 – 2 là 34.3%. Khi so sánh giữa 2 nhóm, chúng tôi không tìm được sự khác biệt có ý nghĩa về kết cục lâm sàng sau 90 ngày theo dõi.

**Bảng 2. Tính an toàn và kết cục lâm sàng**

	N = 210	0 – 6 giờ (N = 57)	6 – 24 giờ (N = 153)	p
XHN có triệu chứng	13 (6.2%)	2 (3.5%)	11 (7.2%)	0.33
mRS 0 – 3	95 (45.2%)	28 (49.1%)	67 (43.8%)	0.49
mRS 0 – 2	72 (34.3%)	19 (33.3%)	53 (34.6%)	0.86
Tử vong	96 (45.7%)	23 (40.4%)	73 (47.7%)	0.34



**Hình 1. Kết cục lâm sàng thời điểm 90 ngày**

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tuyển chọn những bệnh nhân nhồi máu não do tắc ĐMTN được điều

trị tái thông trong cửa sổ 0 - 24 giờ kể từ khi khởi phát, kết cục lâm sàng chính được định nghĩa là điểm mRS 0 – 3 ở thời điểm 90 ngày. Mặc dù đây là nhóm bệnh hiểm chỉ chiếm tỷ lệ 1-4% các nguyên nhân đột quỵ chung, nhưng có tỷ lệ tử vong khá cao và tàn phế nặng nề. Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng tốt với mRS 0 – 3 ở thời điểm 90 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là 45.2%. Tỷ lệ này tương đương với các thử nghiệm lâm sàng được công bố gần đây như BAOCHE, ATTENTION (45.2% vs 46%)<sup>4,5</sup>, trong khi BAOCHE tiến hành trong cửa sổ 6-24 giờ, và

ATTENTION có cửa sổ điều trị 0 – 12 giờ, cả hai nghiên cứu này được tiến hành ở Trung Quốc. Theo nhiều nghiên cứu trước đây, nếu không được điều trị, tỷ lệ tử vong khá cao, có thể lên đến >80%<sup>7,8</sup>. Khi được điều trị tái thông, tỷ lệ tử vong của bệnh giảm đáng kể so với diễn tiến tự nhiên, tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 45.7%. Các liệu pháp điều trị tái thông đóng góp vai trò đáng kể làm giảm gánh nặng tàn phế và tử vong ở nhóm bệnh này.

Sự khác biệt về vị trí tắc mạch thường gặp trong cả hai nhóm có thể liên quan đến nguyên nhân của bệnh. Tắc đoạn đầu ĐMTN chiếm tỷ lệ cao ở nhóm điều trị ở cửa sổ muộn (47.1%), nguyên nhân thường gặp nhất là do xơ vữa mạch máu, do sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ ở nhóm bệnh nhân này làm cho bệnh cảnh lâm sàng thường nhẹ hơn và bệnh nhân đến bệnh viện trễ hơn. Trong khi đó, tắc đoạn xa ĐMTN thường do thuyên tắc từ tim, bệnh cảnh lâm sàng thường nặng nề hơn, và bệnh nhân nhập viện sớm hơn.

Tỷ lệ tiêu sợi huyết tĩnh mạch trong cửa sổ điều trị sớm cao hơn so với cửa sổ muộn (68.5% so với 7.9%), do trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ tuyển chọn những bệnh nhân được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch trong vòng 4.5 giờ kể từ khi khởi phát. Có 11 bệnh nhân (7.2%) được điều trị bắc cầu với tiêu sợi huyết tĩnh mạch trước khi can thiệp lấy huyết khối ở nhóm điều trị cửa sổ muộn hầu hết được điều trị với actilyse tĩnh mạch trong vòng 4.5 giờ kể từ khi khởi phát từ bệnh viện tuyến trước, và được chuyển viện đến bệnh viện Nhân dân 115 để can thiệp mạch.

Cửa sổ thời gian từ khi khởi phát đến điều trị trung bình trong nghiên cứu này là 10.6 ± 5.8 giờ. Trong nghiên cứu BAOCHÉ cửa sổ thời gian trung vị là 10.1 giờ, còn ở ATTENTION là 5.1 giờ. Mặc dù có sự khác biệt về cửa sổ thời gian can thiệp, tuy nhiên không có sự khác biệt về kết cục lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu này. Khi so sánh kết cục lâm sàng giữa hai nhóm điều trị ở cửa sổ sớm và muộn, chúng tôi cũng không tìm được sự khác biệt có ý nghĩa (Bảng 2). Điều này gợi ý rằng can thiệp điều trị ở cửa sổ sớm và muộn có thể đạt được kết cục lâm sàng tốt ở thời điểm 90 ngày ở những bệnh nhân tắc động mạch thân nền. Trong khi đó ở tuần hoàn trước, cửa sổ thời gian can thiệp sớm và muộn sẽ ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng. Khái niệm "thời gian là não" đối với tắc ĐMTN có lẽ không còn phù hợp, điều này

có thể do sự khác biệt về giải phẫu, cũng như đặc điểm tuần hoàn bàng hệ ở tuần hoàn sau so với tuần hoàn trước. Đây cũng là tiền đề của các thử nghiệm lâm sàng về mở rộng cửa sổ can thiệp ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền với cỡ mẫu lớn hơn, và cửa sổ mở rộng hơn.

Có một số hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi. Thứ nhất, chúng tôi chỉ thực hiện từ một trung tâm đột quỵ ở Việt Nam, do đó kết quả có thể chưa phản ánh được đặc điểm chung của toàn dân số. Thứ hai có sự không cân đối về số lượng bệnh nhân giữa 2 nhóm. Thứ ba, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu còn tương đối nhỏ.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị tái thông ở bệnh nhân tắc ĐMTN trong cửa sổ mở rộng có thể đạt được kết cục lâm sàng tương tự so với bệnh nhân điều trị trong cửa sổ sớm. Cần có những nghiên cứu lớn hơn để xác định hiệu quả điều trị ở những bệnh nhân tắc ĐMTN ở cửa sổ mở rộng hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ribo M, Dávalos Errando A, de Miquel A, Millán Torné M.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *LANCET*, 2016, vol 387, núm 10029, p 1723-1731. 2016;
2. **Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al.** Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(1):11-21.
3. **Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al.** Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(8):708-718.
4. **Tao C, Nogueira RG, Zhu Y, et al.** Trial of endovascular treatment of acute basilar-artery occlusion. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(15):1361-1372.
5. **Jovin TG, Li C, Wu L, et al.** Trial of thrombectomy 6 to 24 hours after stroke due to basilar-artery occlusion. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(15):1373-1384.
6. **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al.** Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *New England journal of medicine*. 2008;359(13):1317-1329.
7. **Lê Thị Hạnh Nguyễn, Phan Hà Quân, Mai Duy Tôn.** Kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch thân nền không tái tưới máu. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023;169(8):53 - 61.
8. **Dornak T, Herzig R, Sanak D, Skoloudik D.** Management of acute basilar artery occlusion: Should any treatment strategy prevail? *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2014;158(4):528-34.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Minh Nghiêm<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Bi<sup>1</sup>,  
Cao Quốc Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>

**Keywords:** Colon cancer, laparoscopic surgery, Can Tho Central General Hospital.

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những bệnh thường gặp ở các nước phát triển, là ung thư gây tử vong thứ ba sau ung thư phổi và ung thư vú. Phương pháp điều trị bằng phẫu thuật nội soi mang lại nhiều hiệu quả cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị UTĐT tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang tiến cứu trên 38 bệnh nhân UTĐT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ cao nhất (89,5%). Theo dõi sau điều trị bằng phẫu thuật nội soi ghi nhận 86,8% không có biến chứng và kết quả điều trị sau 1 tháng đạt kết quả tốt chiếm 83,3%. **Kết luận:** UTĐT đang có xu hướng trẻ hóa. Phẫu thuật nội soi trong điều trị UTĐT mang lại nhiều lợi ích trong điều trị cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

## SUMMARY

### EVALUATION OF EARLY RESULTS OF COLON CANCER TREATMENT BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Colon cancer is one of the most common diseases in developed countries, the third leading cause of cancer deaths after lung cancer and breast cancer. Laparoscopic surgical treatment brings many benefits to patients. **Objective:** Evaluate the initial results of laparoscopic surgery in the treatment of colorectal cancer at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** Prospective cross-sectional descriptive design on 38 colorectal cancer patients treated by laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital. **Results:** Abdominal pain symptoms accounted for the highest rate (89.5%). Follow-up after treatment with laparoscopic surgery recorded that 86.8% had no complications and the treatment results after 1 month achieved good results, accounting for 83.3%. **Conclusion:** Colon cancer is trending toward rejuvenation. Laparoscopic surgery in the treatment of colorectal cancer brings many benefits to patients.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh thường gặp ở các nước phát triển và đang phát triển. Tại Việt Nam, ước tính năm 2020 có khoảng 6.448 người mắc mới, đứng thứ 5 trên thế giới xét ở cả hai giới; xét riêng từng giới, tỉ lệ mắc của nam đứng thứ 4 và nữ đứng thứ 3 [1]. Đến nay, điều trị UTĐT chủ yếu là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng mang theo khối u kèm hạch và hóa chất hỗ trợ. So với các ung thư khác như ung thư thực quản, dạ dày, ung thư gan,... thì UTĐT là ung thư có tiên lượng tốt hơn, tỉ lệ sống 5 năm sau mổ trung bình 50% tính chung cho các giai đoạn, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để có ý nghĩa rất lớn [2].

Phẫu thuật (PT) nội soi điều trị UTĐT được ứng dụng nhiều trên thế giới cũng như tại Việt Nam, với những ưu điểm đã được chứng minh như ít gây tổn thương thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỉ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khỏe nhanh hơn và có tính thẩm mỹ cao. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng có thể phẫu thuật nội soi thành công và đem lại nhiều lợi điểm, mà nhiều trường hợp cần phải phẫu thuật mở, hoặc mổ nội soi chuyển mổ mở, hoặc mổ nội soi có bàn tay hỗ trợ. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã bắt đầu áp dụng kỹ thuật cắt đại tràng nội soi vào tháng 09/2006 và cho đến nay đã và đang đem lại nhiều lợi ích thiết thực cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ" nhằm mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị UTĐT tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 38 bệnh nhân UTĐT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, được làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh học trước mổ và kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ tại Bv Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

### Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán