

Trong nghiên cứu của chúng tôi, túi thừa chủ yếu nằm ở bên phải đại tràng (78,4% ở đại tràng lên và 36,1% ở manh tràng), tương đương với tỷ lệ được báo cáo trong 1 nghiên cứu ở Hàn Quốc (84,5% ở đại tràng phải và 8,7% ở đại tràng trái) [4], [5]. Ở các nước châu Á khác, túi thừa cũng chủ yếu nằm ở phía bên phải của đại tràng (khoảng 70%) [3]. Một nghiên cứu ở Nhật báo cáo rằng túi thừa đại tràng bên phải có liên quan đến lượng chất xơ ăn vào thấp, giống như trường hợp túi thừa đại tràng trái ở các nước phương Tây. Các tác giả kết luận rằng vị trí của túi thừa đại tràng có thể phản ánh sự khác biệt về di truyền, hơn là môi trường, về hình thái của đại tràng giữa người Châu Á và người phương Tây. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có túi thừa đại tràng phải và trái lần lượt 55,4 và 58,8, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên các tác giả Hàn Quốc ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân có túi thừa đại tràng phải thấp hơn so với bệnh nhân có túi thừa bên trái, cho thấy sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh tại từng vị trí cụ thể của bệnh túi thừa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh tp.HCM dựa trên kết quả nội soi. Dữ liệu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh túi thừa đại tràng ở Việt Nam cao hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, túi thừa đại tràng phải chiếm ưu thế. Đa phần bệnh nhân có <5 túi thừa. Vì vậy, trong tương lai bệnh túi thừa đại tràng và các biến chứng của

nó sẽ trở thành một vấn đề y tế ngày càng phổ biến ở Việt Nam. Bệnh túi thừa đại tràng ở người Việt Nam trái ngược với bệnh ở người phương Tây, thường nằm ở phía bên phải của đại tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anne F.Peery, M.D, Tope O Keku, PhD** (2020). Distribution and Characteristics of Colonic Diverticular. Cureus; 12(12): e12393
2. **Konosuke Nakaji** (2020). Colon Capsule Endoscopy in Detecting Colonic Diverticula in a Japanese Population. Cureus; 12(12): e12393
3. **Stollman NH, Raskin JB.** (1999). Diverticular disease of the colon. J Clin Gastroenterol.; 29:241–252. [PubMed] [Google Scholar]
4. **Byoung Ho Kim, M.D., Sung Hoon Lee, M.D., Seung Sei Lee, M.D., et al.** (1987). Diverticular Disease of the Colon in Korea. Korean J Intern Med; 2(1):79-83
5. **Jung Hoon Song, You Sun Kim, J in Ho Le** (2010). Clinical Characteristics of Colonic Diverticulosis in Korea: A Prospective Study. Korean J Intern Med;25(2):140-14
6. **Fang Yang, Xueyue Sun and Kui Jiang** (2024). Distribution and Characteristics of Colonic Diverticula in Northern China. J Clin Gastroenterol 2024;00:000–000
7. **Nergis Ekmen1, Çağrı Akalın** (2019). Revalence and distribution of colonic diverticular disease from Ordu in Turkey. Middle Black Sea Journal of Health Science, 2019; 5(3): 206-211
8. **Anne F. Peery, Tope O Keku, Christopher F. Martin, Swathi Eluri, Thomas Runge, Joseph A. Galanko and Robert S. Sandler** (2016). Distribution and Characteristics of Colonic Diverticula in a United States Screening Population. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016 July ; 14 (7): 980–985.e1. doi:10.1016/j.cgh.2016. 01.020.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CAO TRONG PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH

Lâm Văn Nút¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiện nay, còn nhiều tranh luận về các yếu tố nào được xem là yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (Carotid Endarterectomy - CEA) cũng như việc lựa chọn phương pháp điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị, vai trò yếu tố nguy cơ cao trong phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ

01/2020 đến 12/2022 tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Chúng tôi đã thực hiện 30 ca CEA ở bệnh nhân có yếu nguy cơ cao phẫu thuật. Trong đó: tắc động mạch cảnh (ĐMC) trong đối bên (76,7%), tuổi ≥ 80 (16,7%), 13,3% bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ cao là tuổi ≥ 80, 6,7% bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ cao là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nặng; 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 3,3% có 2 yếu tố nguy cơ cao là tuổi ≥ 80 và COPD nặng. Kết quả sớm: có 1 trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN), tỷ lệ thành công về phẫu thuật 96,7%. Không ghi nhận trường hợp có biến chứng trong thời gian theo dõi trung hạn. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong cho kết quả khả quan và là phương pháp điều trị có thể được xem xét trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật ở các trung tâm có kinh nghiệm.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: Nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

Từ khóa: bóc nội mạc động mạch cảnh, yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh.

SUMMARY

REVIEW OF HIGH RISK FACTORS IN CAROTID ENDARTERECTOMY

Introduction: Currently, there is still much debate about which factors should be considered as high-risk factors in carotid endarterectomy as well as the choice of treatment method. **Objective:** Evaluate treatment results and the role of high-risk factors in carotid endarterectomy (CEA). **Patients and methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from January 2020 to December 2022 at the Vascular Surgery Department of Chợ Rẫy Hospital. **Results:** During the period from 2020 to 2022, we performed 30 cases CEA for patients with high risk factors. Among them: occlusion of the contralateral side (76.7%), age ≥ 80 (16.7%), 13.3% of patients having one high-risk factor of age ≥ 80 , 6.7% having one high-risk factor of severe COPD ; additionally, one patient, accounting for 3.3%, had two high-risk factors of age ≥ 80 and COPD. Early results showed one case of cerebrovascular accident, with a surgical success rate of 96.7%. No complications were recorded during mid-term follow-up. **Conclusion:** Carotid endarterectomy has shown positive results and is a treatment method that can be considered in patients with high risk factors for surgery in experienced centers. **Keywords:** carotid artery stenosis, high-risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, còn nhiều tranh luận về các yếu tố nào nên được xem xét là yếu tố nguy cơ cao CEA cũng như việc lựa chọn phương pháp điều trị.

Trong nghiên cứu SAPHIRE, yếu tố nguy cơ cao CEA bao gồm: bệnh tim mạch nặng (suy tim NYHA III, IV và/hoặc EF < 30%; phẫu thuật tim trong 6 tuần gần đây; nhồi máu cơ tim (NMCT) gần đây: > 24 giờ và < 1 tháng; đau thắt ngực CCS III, IV; nghiệm pháp gắng sức bất thường), bệnh COPD nặng (PaO₂ \leq 60mmHg, thở oxy dài hạn tại nhà, FEV₁ \leq 30%), tắc ĐMC trong đối bên, liệt dây thần kinh thanh quản đối bên, xạ trị vùng cổ, tiền sử có bóc nội mạc ĐMC trong cùng bên phẫu thuật, tuổi ≥ 80 .¹

Theo The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) yếu tố nguy cơ cao CEA gồm: tuổi ≥ 80 , bệnh tim mạch nặng, chạy thận nhân tạo, tiền sử có CEA bên phẫu thuật, tắc ĐMC trong đối bên, xạ trị vùng cổ, vị trí ĐMC nằm cao hay thấp bất thường.²

Theo nghiên cứu hồi cứu phân tích đa biến của The Vascular Study Group of New England (VSGNE), các yếu tố nguy cơ cao, làm tăng tỷ lệ biến chứng như TBMMN, NMCT, tử vong sau 1 năm gồm: tuổi cao, sống trong viện dưỡng, suy tim, đái tháo đường, bệnh COPD, TBMMN cũ, tắc

ĐMC trong đối bên.³

Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy, hiện đã điều trị hẹp ĐMC trong bằng phương pháp bóc nội mạc ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị, vai trò các yếu tố nguy cơ cao trong phẫu thuật bóc nội mạc ĐMC.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc ĐMC kèm ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ cao: bệnh tim mạch nặng, bệnh COPD nặng, tắc ĐMC trong đối bên, xạ trị vùng cổ, tiền sử có bóc nội mạc ĐMC trong cùng bên phẫu thuật, tuổi ≥ 80 .

Tiêu chuẩn loại trừ: Hẹp ĐMC trong không do nguyên nhân xơ vữa mạch máu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật: Trong thời gian từ năm 2020 đến 2022, chúng tôi đã thực hiện 30 ca CEA ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật. Trong đó: tắc ĐMC trong đối bên (76,7%), tuổi ≥ 80 (16,7%), có 13,3% bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ cao là tuổi ≥ 80 , có 6,7% bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ cao là bệnh COPD nặng; 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 3,3% có 2 yếu tố nguy cơ cao là tuổi ≥ 80 và bệnh COPD nặng. Không có bệnh nhân nào có bệnh tim mạch nặng, xạ trị vùng cổ hay tiền sử có bóc nội mạc ĐMC trong cùng bên phẫu thuật.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	%
Hẹp ĐMC có triệu chứng*	27	90
Tiền sử bệnh lý mạch máu não**	29	96,7
Bệnh mạch vành***	4	13,3
Bệnh mạch máu ngoại biên****	3	10
Tăng huyết áp	21	70
Đái tháo đường	8	26,7
Hút thuốc lá	20	66,7
Rối loạn chuyển hoá lipid máu	16	53,3

Bảng 2: Mức độ hẹp ĐMC trên phim CT

Mức độ hẹp	Vị trí	Bên phẫu thuật N (%)	Đối bên phẫu thuật N (%)
Bình thường			1 (3.3%)
< 50%			1 (3.3%)
50- <70%		1 (3.3%)	4 (13.4%)
70-99%		29 (96.7%)	1 (3.3%)
Tắc			23 (76.7%)

Bảng 3: Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm	N (%)
Vị trí phẫu thuật: bên phải	21 (70%)

Phương pháp vô cảm: mê toàn thân	27 (90%)
Phương pháp vô cảm: tê tại chỗ	3 (10%)
Kỹ thuật lộn ngược nội mạc	27 (90%)
Kỹ thuật cổ điển dùng miếng vá màng tim bò	3 (10%)
Shunt ĐMC	24 (80%)
Thời gian kẹp ĐMC trung bình (phút)	14,67±3,04
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	121,33 ±26,88
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,5±1,1

Kết quả sớm: có 1 trường hợp TBMMN trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 3,3%; không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, NMCT hay tử vong. Kết quả thành công về phẫu thuật cao, tỷ lệ 96,7%.

Kết quả trung hạn: có 26 bệnh nhân được theo dõi trung hạn, 4 bệnh nhân mất theo dõi.. Đến cuối tháng 09/2023, thời gian theo dõi trung vị là 29 tháng. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm ĐMC ghi nhận: 21 trường hợp chiếm 80,8% không thấy hẹp ĐMC, 5 trường hợp chiếm 19,2% hẹp ĐMC cùng bên phẫu thuật dưới 50%. Không có bệnh nhân nào tái hẹp ĐMC, tử vong do nguyên nhân TBMMN hay NMCT.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm yếu tố nguy cơ cao

Tuổi ≥ 80. Nghiên cứu Asymtomatic Carotid Surgery Trial cho thấy không có lợi ích giảm nguy cơ TBMMN ở các bệnh nhân có tuổi ≥ 80 không triệu chứng và đề nghị rằng CEA chỉ nên thực hiện ở các bệnh nhân không triệu chứng và có kỳ vọng sống ít nhất 5 năm.

Tuy nhiên, các nghiên cứu so sánh giữa các bệnh nhân từ 80-89 tuổi với các bệnh nhân trẻ hơn cho thấy CEA có nguy cơ cao hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi. Giả thuyết cho rằng ở các bệnh nhân trẻ tuổi hơn có bệnh lý ĐMC, sẽ xuất hiện phổ biến hơn các mảng xơ vữa không ổn định, bệnh lý tăng đông làm gia tăng nguy cơ biến chứng. Một báo cáo từ NASCET cho thấy các bệnh nhân có tuổi ≥ 75, hẹp 50-99% ĐMC trong có triệu chứng cho kết quả CEA tốt hơn. Ngược lại, theo nghiên cứu của Bond đưa đến kết luận tuổi có tác động không đáng kể đến kết quả của CEA.⁴

Nhìn chung, tiên lượng của đặt stent động mạch cảnh (Carotid Artery Stenting - CAS) xấu hơn so với CEA ở các bệnh nhân có độ tuổi 80-89. Hobson và các cộng sự đã báo cáo tỷ lệ TBMMN và tử vong ở các bệnh nhân 80-89 tuổi trong vòng 30 ngày sau CAS là 12,1%.⁵

Kết quả từ nghiên cứu của Geza Mozes, CEA ở các bệnh nhân có tuổi ≥ 80 không làm tăng nguy cơ TBMMN và tử vong sau mổ.⁶ Nhìn chung, CEA có thể được cân nhắc trên các bệnh nhân tuổi ≥ 80 và cho kết quả tốt hơn so với CAS.⁷

Tắc động mạch cảnh trong đôi bên. Tác giả Gasecki đã nghiên cứu trên 659 bệnh nhân hẹp ĐMC trong có triệu chứng được thực hiện CEA và chia các bệnh nhân thành các nhóm nhỏ: hẹp < 70%, hẹp 70 - 99% và tắc ĐMC trong đôi bên. Kết quả của nghiên cứu đưa ra tỷ lệ TBMMN và tử vong là cao nhất ở nhóm tắc ĐMC trong đôi bên (14,3%), tiếp đến là nhóm hẹp nhẹ và trung bình (5,1%), thấp nhất là nhóm hẹp nặng (4%).³ Nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn đưa ra kết luận tắc ĐMC trong đôi bên làm tăng biến cố tim mạch, TBMMN, tử vong ở bệnh nhân thực hiện CEA.²

Phân tích của tác giả Kokkinidis, cho thấy tắc ĐMC trong đôi bên làm tăng đáng kể nguy cơ TBMMN và tử vong chu phẫu trên bệnh nhân CEA, nhưng không làm tăng nguy cơ trên bệnh nhân CAS. Ngược lại, theo thống kê của Besma Nejim, nguy cơ hiệu chỉnh TBMMN, tử vong trong vòng 30 ngày và sau 2 năm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân CAS. Nhìn chung, sự lựa chọn CEA hay CAS ở các bệnh nhân có tắc ĐMC trong đôi bên nên cá nhân hoá tuỳ theo đặc điểm của từng bệnh nhân.⁷

Xạ trị vùng cổ. Theo 1 phân tích gộp dựa trên 27 nghiên cứu quan sát, nguy cơ xảy ra TBMMN là 3,9% ở bệnh nhân CAS so với 3,5% ở bệnh nhân CEA. Tổn thương dây thần kinh sọ sau CEA là 9,2% so với 0% sau CAS. Tỷ lệ bệnh nhân có biến cố thần kinh sau CAS là nhiều hơn có ý nghĩa so với CEA. Sự lựa chọn CEA hay CAS ở các bệnh nhân có xạ trị vùng cổ nên cá nhân hoá tuỳ theo đặc điểm của từng bệnh nhân.⁷

Tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật. Theo thống kê trên 2863 bệnh nhân có tiền sử CEA cùng bên, các bệnh nhân thực hiện CEA có tỷ lệ tử vong 30 ngày và 1 năm sau phẫu thuật cao hơn. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về nguy cơ TBMMN hoặc NMCT chu phẫu. Phân tích gộp năm 2018 dựa trên 13 nghiên cứu quan sát cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Tỷ lệ tổn thương dây thần kinh sọ là cao hơn ở CEA.⁷

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Các bệnh nhân hẹp ĐMC trong có COPD nặng chiếm tỷ lệ thấp trong các nghiên cứu và cần có nhiều nghiên cứu lớn hơn để đánh giá chính xác mức độ tác động của các bệnh lý này lên kết quả điều trị của CEA.

Bệnh tim mạch nặng. Nhìn chung, bệnh nhân có bệnh tim mạch nặng chiếm tỷ lệ thấp trong các nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có suy tim nặng trong các nghiên cứu của Geza Mozes⁶, Marc L.Schermerhorn² lần lượt là 1,4%, 4,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có NMCT gần đây hay đau thắt ngực CCS III, IV trong nghiên cứu của Marc L.Schermerhorn là 1,1%. Theo kết quả từ nghiên cứu của Marc L.Schermerhorn, các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nặng làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch, tử vong mà không làm tăng nguy cơ biến cố TBMMN sau CEA.²

Kết quả điều trị

Kết quả sớm CEA. Theo nghiên cứu SAPPHERE, sau phẫu thuật 30 ngày: tỷ lệ tử vong là 2,5%, TBMMN là 3,1%, NMCT là 6,1%. Tổng tỷ lệ bệnh nhân có tử vong, TBMMN và NMCT chu phẫu là 9,8%.¹

Trong nghiên cứu của tác giả Marc L. Schermerhorn, ở các bệnh nhân có triệu chứng, tỷ lệ biến cố tim mạch là 7,3%, NMCT là 1,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có TBMMN là 4,9%, tử vong là 1,8%; tổng tỷ lệ bệnh nhân có TBMMN và tử vong là 6,4%. Ở các bệnh nhân không triệu chứng, tỷ lệ có biến cố tim mạch là 5%, NMCT là 1,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có TBMMN là 3,4%, tử vong là 1,7%, tổng tỷ lệ có TBMMN và tử vong là 4,8%.²

Nghiên cứu của tác giả M. Droz, kết quả sau phẫu thuật 30 ngày: tỷ lệ NMCT là 0,94%, TBMMN là 1,4%, tử vong là 0,71%. Tổng tỷ lệ TBMMN, NMCT và tử vong là 2,8%.⁸

Qua tổng kết số liệu chúng tôi ghi nhận được có 1 trường hợp TBMMN trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 3,3%, không ghi nhận trường hợp nào có NMCT hay tử vong.

Bảng 4: Kết quả sớm

Tác giả nghiên cứu	Năm	TBMMN (%)	NMCT (%)	Tử vong (%)
SAPPHERE ¹	2004	6,1	3,1	2,5
Marc L. Schermerhorn (Có triệu chứng) ²	2013	4,9	1,4	1,8
Marc L. Schermerhorn (Không triệu chứng) ²	2013	3,4	1,6	1,7
M. Droz ⁸	2020	1,4	0,94	0,71
Chúng tôi	2023	3,3	0	0

Kết quả trung hạn CEA. Theo nghiên cứu SAPPHERE, kết quả sau 1 năm: tỷ lệ bệnh nhân có TBMMN là 7,9%, NMCT là 7,5%, tử vong là 13,5%. Tỷ lệ có tái hẹp ĐMC trong là 4,3%. Tổng tỷ lệ bệnh nhân có TBMMN, NMCT, tử vong sau 1 năm là 20,1%.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26

trường hợp được theo dõi trung hạn. Không có bệnh nhân nào tái hẹp ĐMC cũng như phải phẫu thuật lại do hẹp ĐMC cùng bên, tử vong do TBMMN hay NMCT.

Bảng 5: Kết quả trung hạn

Tác giả	Năm	Tái hẹp ĐMC (%)	TBMMN (%)	NMCT (%)	Tử vong (%)
SAPPHERE ¹	2004	4,3	7,9	7,5	13,5
Chúng tôi	2023	0	0	0	0

Nghiên cứu so sánh. Theo nghiên cứu SAPPHERE, bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật được phân ngẫu nhiên vào nhóm CEA (n=167) hay CAS (n=167). Sau 1 năm, nghiên cứu chứng minh hiệu quả của CAS tương đương CEA. Trên bệnh nhân có triệu chứng, cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ biến chứng sau 30 ngày và 1 năm. Với bệnh nhân hẹp ĐMC không triệu chứng, CAS cho kết quả chu phẫu và lâu dài tốt hơn so với CEA. Mặc dù, tỷ lệ tử vong, TBMMN hay NMCT trong 30 ngày đầu tương tự giữa hai nhóm (CAS: 5,4% so với CEA: 10,2%; p=0,2) nhưng CAS được chứng minh thấp hơn CEA tỷ lệ tử vong, TBMMN hay NMCT trong 30 ngày đầu và tử vong hay TBMMN sau một năm (9,9% so với 21,5%; p = 0,02). Lợi ích này vẫn kéo dài đến thời điểm theo dõi ba năm.¹

Theo Marc L. Schermerhorn, bệnh nhân có triệu chứng và yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật có 9,1% nguy cơ tử vong, TBMMN hoặc NMCT sau CAS so với 7,3% sau CEA. Tuổi ≥ 80, bệnh tim mạch nặng, tắc ĐMC trong đối bên, và vị trí ĐMC nằm cao tăng nguy cơ TBMMN, NMCT, tử vong sau CEA. Tác giả kết luận rằng CEA an toàn hơn CAS ở bệnh nhân có nguy cơ cao phẫu thuật và lợi ích đối với CAS hạn chế ở bệnh nhân tái hẹp sau CEA và xạ trị trước đó.²

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong cho kết quả khả quan, là phương pháp điều trị có thể được xem xét trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao phẫu thuật ở các trung tâm có kinh nghiệm. Quyết định bệnh nhân thực hiện CEA hay CAS dựa trên kinh nghiệm phẫu thuật viên, đặc điểm giải phẫu động mạch cảnh, các bệnh lý đi kèm của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yadav JS, Wholey MH, Kuntz RE, et al.** Protected Carotid-Artery Stenting versus Endarterectomy in High-Risk Patients. *New England Journal of Medicine.* 2004;351(15):1493-1501. doi:10.1056/NEJMoa040127
2. **Schermerhorn ML, Fokkema M, Goodney P, et al.** The impact of Centers for Medicare and Medicaid Services high-risk criteria on outcome after carotid

- endarterectomy and carotid artery stenting in the SVS Vascular Registry. *Journal of Vascular Surgery*. 2013;05/01/ 2013;57(5): 1318-1324. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2012.10.107>
3. **Gates L, Botta R, Schlosser F, et al.** Characteristics that define high risk in carotid endarterectomy from the Vascular Study Group of New England. *Journal of Vascular Surgery*. 2015;10/01/ 2015;62(4): 929-936. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2015.04.398>
 4. **Bond R, Rerkasem K, Cuffe R, Rothwell PM.** A systematic review of the associations between age and sex and the operative risks of carotid endarterectomy. *Cerebrovasc Dis*. 2005;20(2):69-77. doi:10.1159/000086509
 5. **Hobson R.** Carotid artery stenting is associated with increased complications in octogenarians: 30- day stroke and death rates in the CREST lead-in phase. *Journal of vascular surgery*. 2004;40:1106- 1111.
 6. **Mozes G, Sullivan TM, Torres-Russotto DR, et al.** Carotid endarterectomy in sapphire-eligible high-risk patients: implications for selecting patients for carotid angioplasty and stenting. *Journal of Vascular Surgery*. 2004;05/01/ 2004;39(5):958-965. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2003.12.037>
 7. **Naylor R, Rantner B, Ancetti S, et al.** Editor's Choice 2023; European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2023;65(1): 7-111. doi:10.1016/j.ejvs.2022.04.011
 8. **Droz NM, Lyden SP, Smolock CJ, Rowse JW, Kirksey L, Caputo FJ.** Carotid endarterectomy remains safe in high-risk patients. *J Vasc Surg*. May 2021;73(5): 1675-1682.e4. doi:10.1016/j.jvs.2020.08.149

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM DOPPLER VÀ FIBROSCAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH GAN MẠN TÍNH DO RƯỢU

Lê Quốc Tuấn¹, Hoàng Văn Tiếp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh siêu âm Doppler và Fibroscan ở bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính do rượu. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 41 bệnh nhân bệnh gan mạn tính do rượu điều trị tại phòng Khám 103 Cẩm Khê tỉnh Phú Thọ từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 2 năm 2024. **Kết quả:** 41 bệnh nhân xơ gan (32 nam và 9 nữ). Độ tuổi trung bình là 52,9 ± 11,3 tuổi. Giá trị trung bình của kích thước lách là 16,9 ± 3,15 cm. Giá trị trung bình của đường kính tĩnh mạch lách là 15,1 ± 3,72 mm. Giá trị trung bình của đường kính tĩnh mạch cửa là 14,8 ± 3,46 mm. Vận tốc tĩnh mạch cửa trung bình là 11,3 ± 3,32 cm/giây. Giá trị trung bình của chỉ số trở kháng RI là 0,81 ± 0,2. Bệnh nhân có mức độ xơ hóa gan F4 chiếm tỷ lệ cao nhất 31,7%. Kết quả Fibroscan có mối tương quan thuận với kích thước lách, đường kính tĩnh mạch cửa, chỉ số trở kháng RI và đường kính tĩnh mạch lách ($p < 0,001$); và có mối tương quan với vận tốc tĩnh mạch cửa ($p < 0,001$). **Kết luận:** Fibroscan có thể dự đoán những thay đổi về sức cản mạch máu trong gan và giúp cải thiện độ chính xác của siêu âm Doppler trong theo dõi bệnh nhân xơ gan. **Từ khóa:** siêu âm Doppler, Fibroscan, bệnh gan mạn tính do rượu.

SUMMARY

FEATURES OF DOPPLER ULTRASOUND AND

¹Trung tâm Y tế Thanh Ba, Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

FIBROSCAN IN PATIENTS WITH ALCOHOL-DUE CHRONIC LIVER DISEASE

Aim: Describe some characteristics of Doppler and Fibroscan ultrasound images in patients with chronic alcoholic liver disease. **Subjects and methods:** including 41 patients with chronic alcoholic liver disease treated at Cam Khe Clinic 103, Phu Tho province from November 2019 to February 2024. **Results:** 41 patients with cirrhosis (32 men and 9 women). The average age was 52.9 ± 11.3 years. The mean value of spleen size was 16.9 ± 3.15 cm. The mean value of splenic vein diameter was 15.1 ± 3.72 mm. The mean value of portal vein diameter was 14.8 ± 3.46 mm. The average portal vein velocity was 11.3 ± 3.32 cm/s. The average value of the impedance index RI is 0.81 ± 0.2. Patients with liver fibrosis level F4 accounted for the highest rate of 31.7%. Fibroscan results were positively correlated with spleen size, portal vein diameter, RI impedance index and splenic vein diameter ($p < 0.001$); and correlated with portal vein velocity ($p < 0.001$). **Conclusion:** Fibroscan can predict changes in hepatic vascular resistance and help improve the accuracy of Doppler ultrasound in monitoring patients with cirrhosis. **Keywords:** Doppler ultrasound, Fibroscan, alcoholic chronic liver disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng đồ uống có cồn ở Việt Nam khá phổ biến, có lượng bia lớn nhất Đông Nam Á, 70% nam giới uống rượu. Theo số liệu thống kê của Mỹ, năm 2003 có hơn 2 triệu người mắc bệnh gan do rượu và gây tử vong 27.035 người. Ở Mỹ, xơ gan đứng thứ tư trong số các nguyên nhân gây tử vong ở nam giới trưởng thành còn ở Anh là 7,6 trường hợp tử vong/100.000 dân. Mặc