

5. **Abdel-Wahab M, Toelg R, Byrne RA, et al.** High-speed rotational atherectomy versus modified balloons prior to drug-eluting stent implantation in severely calcified coronary lesions: the randomized prepare-CALC trial. 2018; 11(10):e007415.
6. **Kawamoto H, Latib A, Ruparelia N, et al.** In-hospital and midterm clinical outcomes of rotational atherectomy followed by stent implantation: the ROTATE multicentre registry. 2016;12(12):1448-1456.
7. **Cortese B, Aranzulla TC, Godino C, et al.** Drug-eluting stent use after coronary atherectomy: results from a multicentre experience–The ROTALINK I study. 2016;17(9): 665-672.
8. **Abdel-Wahab M, Richardt G, Joachim Büttner H, et al.** High-speed rotational atherectomy before paclitaxel-eluting stent implantation in complex calcified coronary lesions: the randomized ROTAXUS (Rotational Atherectomy Prior to Taxus Stent Treatment for Complex Native Coronary Artery Disease) trial. 2013;6(1):10-19.

## ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY: KINH NGHIỆM 10 NĂM

Lâm Văn Nút<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Quảng<sup>2</sup>

**Từ khóa:** hẹp động mạch cảnh, phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh.

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong đã được chứng minh từ nhiều năm trên thế giới đây là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật bóc nội mạc hẹp động mạch cảnh, tuy nhiên, hiện có ít nghiên cứu đánh giá kết quả dài hạn của phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn, trung và dài hạn hẹp động mạch cảnh trong bằng phương pháp bóc nội mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, từ 01/03/2012 đến 30/12/2022, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ năm 2012 đến 2022, chúng tôi đã thực hiện 294 ca bóc nội mạc động mạch cảnh trong. Tuổi trung bình là 67,3 ( 52-91). Tỷ lệ nam/ nữ là 5,6/1. Có 82,7% bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh lúc nhập viện, 85,7% bệnh nhân hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên phim chụp cắt lớp vi tính. Có 48,3% bệnh nhân được gây mê toàn thân; 23,9% bệnh nhân đặt shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật. Bóc nội mạc động mạch cảnh bằng kỹ thuật lộn ngược nội mạc trong 218 trường hợp (74,1%), 46 trường hợp (15,6%) được bóc nội mạc và phục hồi bằng miếng vá màng tim bò, các trường hợp còn lại chiếm 10,3% được xẻ dọc mạch cảnh, khâu trực tiếp. Kết quả sớm: có 8 (2,7%) trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN), trong đó 3 (1%) trường hợp tử vong, nhồi máu cơ tim có 2 trường hợp (0,83%). Theo dõi từ 1 – 5 năm, tất cả các bệnh nhân diễn biến tốt hết triệu chứng lâm sàng, có 07 (2,5%) trường hợp tái hẹp. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc điều trị hẹp động mạch cảnh trong là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Tỷ lệ tái hẹp, tai biến mạch máu não trong thời gian theo dõi trung và dài hạn là rất thấp.

### SUMMARY

#### SURGICAL TREATMENT OF EXTRACRANIAL CAROTID ARTERY STENOSIS AT CHO RAY HOSPITAL: 10 YEARS EXPERIENCE

**Introduction:** Carotid endarterectomy has been proven for many years worldwide to be a safe and effective treatment method. Although there have been many studies evaluating the results of carotid endarterectomy, there are currently few studies evaluating the long-term results of surgery. **Objective:** To assess the short-term, mid-term and long-term outcomes of carotid artery stenosis treated with carotid endarterectomy. **Patients and methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from March 2012 to December 2022 at the Vascular Surgery Department of Chợ Rẫy Hospital. **Results:** During the period from 2012 to 2022, we performed 294 cases of carotid endarterectomy. The average age was 67.3 (52-91). The male/female ratio was 5.6/1. 82.7% of patients had symptoms of carotid artery stenosis at admission, 85.7% of patients had severe stenosis of the carotid artery on the surgical side on computed tomography. 68% of patients were given general anesthesia; carotid shunting was performed in 23,9 % of patients. Carotid endarterectomy was performed using the inversion technique in 218 cases (74.1%), 46 cases (15.6%) underwent with conventional plus patch angioplasty, the remaining cases (10.3%) were incised longitudinally and sutured directly. Early results: there were 8 (2.7%) cases of cerebrovascular accident, of which 3 (1%) cases died, myocardial infarction had 2 cases (0.83%). After 1-5 years of follow-up, all patients had good clinical symptoms, and there were 7 (2.4%) cases of restenosis. **Conclusion:** Carotid endarterectomy is a safe and effective treatment method with low rates of adverse events and complications. The rates of restenosis and cerebrovascular accidents during medium and long-term follow-up are very low.

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: Nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm 87%.<sup>1</sup> Hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ do xơ vữa mạch máu là nguyên nhân phổ biến ở những bệnh nhân lớn tuổi, chiếm 18% - 25% các trường hợp nhồi máu não. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong (Carotid Endarterectomy- CEA) được thực hiện đầu tiên vào năm 1950 bởi De Bakey, cho đến nay vẫn giữ vai trò quan trọng trong phòng ngừa tai biến mạch máu não, đã được chứng minh từ nhiều năm trên thế giới đây là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy, phẫu thuật bóc nội mạc điều trị hẹp động mạch cảnh đã được thực hiện từ lâu, là một trong những nơi thực hiện phẫu thuật bóc nội mạc nhiều nhất cả nước. Dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật bóc nội mạc hẹp động mạch cảnh, tuy nhiên, hiện có ít nghiên cứu đánh giá kết quả dài hạn của phẫu thuật. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả điều trị sớm, trung và dài hạn hẹp động mạch cảnh trong bằng phương pháp bóc nội mạc.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh trong từ 01/03/2012 đến 30/12/2022.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hẹp động mạch cảnh trong không do nguyên nhân xơ vữa mạch máu. Hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

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

**Đánh giá các biến số:** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, tiền sử bệnh lý mạch máu não, các yếu tố nguy cơ tim mạch, mức độ hẹp động mạch cảnh.

**Phương pháp phẫu thuật:**

- Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hay gây tê tại chỗ.

- Phẫu thuật kiểu lộn ngược nội mạc động mạch cảnh, cổ điển có dùng miếng vá hay xẻ dọc động mạch, khâu trực tiếp.

- Ghi nhận số lượng ca dùng shunt động mạch cảnh, thời gian kẹp động mạch cảnh, thời gian phẫu thuật.

**Đánh giá kết quả:**

- Kết quả sớm (trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật): đánh giá tỷ lệ, nguyên nhân tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, tử vong cũng như các biến chứng tại chỗ phẫu thuật: chảy

máu, nhiễm trùng, tổn thương dây thần kinh sọ.

- Kết quả trung hạn và dài hạn: tỷ lệ hẹp tái phát, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, tử vong sau phẫu thuật 1 và 5 năm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu:**

Trong thời gian 10 năm từ 2012 đến 2022, chúng tôi đã thực hiện bóc nội mạc động mạch cảnh trong cho 294 bệnh nhân, trong đó 248 bệnh nhân là nam giới. Tuổi trung bình: 67,3 ± 5,6 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 52 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi.

**Đặc điểm lâm sàng:**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hẹp động mạch cảnh có triệu chứng*	243	82,7
Tiền sử bệnh lý mạch máu não**	200	68
Bệnh mạch vành***	105	35,7
Bệnh mạch máu ngoại biên****	81	27,6
Tăng huyết áp	278	94,6
Đái tháo đường	69	23,5
Hút thuốc lá	189	64,3
Rối loạn chuyển hoá lipid máu	152	51,7

\* Triệu chứng bao gồm: tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua trong 6 tháng.

\*\*Tiền sử bệnh lý mạch máu não: tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua quá 6 tháng gần đây.

\*\*\* Bệnh mạch vành: khi có tiền sử nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim, can thiệp mạch vành, phẫu thuật bắc cầu mạch vành, có dấu nhồi máu cơ tim cũ trên điện tâm đồ (sóng Q), có vùng giảm động trên siêu âm tim.

\*\*\*\* Bệnh động mạch ngoại biên: tiền sử có bệnh động mạch ngoại biên hoặc được chẩn đoán xác định trong lần nhập viện này bằng siêu âm Doppler động mạch chi hoặc CTA hệ động mạch chi.

**Mức độ hẹp động mạch cảnh:** Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm chiếm tỷ lệ 84,4%; còn trên CTA động mạch cảnh 85,7% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bị hẹp nặng động mạch cảnh trong.

**Đặc điểm trong phẫu thuật:** Có 68% bệnh nhân được gây mê toàn thân; 23,9% bệnh nhân đặt shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật. Bóc nội mạc động mạch cảnh bằng kỹ thuật lộn ngược nội mạc trong 218 trường hợp (74,1%), 46 trường hợp (15,6%) được bóc nội

mạch và phục hồi bằng miếng vá màng tim bò, các trường hợp còn lại chiếm 10,3% được xẻ dọc mạch cảnh, khâu trực tiếp.

**Bảng 2: Đặc điểm trong phẫu thuật**

Đặc điểm	N (%)
Vị trí phẫu thuật: bên phải	59,5
Phương pháp vô cảm: gây mê toàn thân	48,3
Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ	51,7
Kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh	74,1
Kỹ thuật cổ điển có dùng miếng vá	15,6
Kỹ thuật xẻ dọc mạch cảnh, khâu trực tiếp	10,3
Shunt động mạch cảnh	23,9
Thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình (phút)	13,39 ±4,07
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	102,32 ±21,57
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,6 ±1,2

**Kết quả sớm:** có 8 (2,7%) trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN), trong đó 3 (1%) trường hợp tử vong, nhồi máu cơ tim có 2 trường hợp (0,83%).

**Bảng 3: Biến chứng sớm (30 ngày sau phẫu thuật)**

Biến chứng	Số trường hợp (N=294)	Tỷ lệ (%)
TBMMN tiến triển (tử vong)	3	1
TBMMN có hồi phục	5	1,7
Nhồi máu cơ tim	2	0,83
Tụ máu vết mổ	24	8,2
Khàn tiếng	7	2,4
Nhiễm trùng vết mổ	3	1

**Kết quả trung và dài hạn:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 275 bệnh nhân được theo dõi trung hạn, có 19 bệnh nhân mất theo dõi. Theo dõi từ 1 - 5 năm, tất cả các bệnh nhân diễn biến tốt hết triệu chứng lâm sàng, có 07 (2,5%) trường hợp tái hẹp, không có bệnh nhân nào tử vong do nguyên nhân tai biến mạch máu não hay nhồi máu cơ tim.

#### IV. BÀN LUẬN

Hẹp động mạch cảnh trong thường thấy ở bệnh nhân nam giới, lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý mạch máu não và yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tuổi trung bình là 67,3 ± 5,6, tỷ lệ nam/ nữ: 5,6/1; 68% các bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu não trước đó; các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao

nhất là 94,6%. Điều này cũng tương tự các nghiên cứu khác trong y văn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu là hẹp động mạch cảnh có triệu chứng chiếm tỉ lệ cao đến 82,7%. Như vậy, đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là có triệu chứng và tỷ lệ này trái ngược khi so sánh với các nghiên cứu khác ngoài nước khi mà bệnh nhân không triệu chứng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong các nghiên cứu này. Có thể thấy rằng, việc tầm soát bệnh lý hẹp động mạch cảnh cần được chú trọng hơn khi mà các bệnh nhân thường chỉ đến với chúng tôi khi đã có triệu chứng.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 84,4% bệnh nhân hẹp nặng ≥ 70 động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm, tỷ lệ này trên CTA là 85,7% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh kết quả giữa siêu âm và CTA động mạch cảnh. Những bệnh nhân này khi phẫu thuật, cũng được phẫu thuật viên ghi nhận động mạch cảnh trong hẹp nặng và hẹp khít. Điều này chứng tỏ siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá mức độ hẹp của động mạch cảnh và có thể dựa vào siêu âm để chỉ định phẫu thuật nếu bệnh nhân có những hạn chế không thực hiện được chụp CTA động mạch cảnh.

Về phương pháp vô cảm để phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi: 48,3% bệnh nhân được gây mê toàn thân, 51,7% số bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Lợi điểm của gây mê nội khí quản là bệnh nhân không căng thẳng lo lắng và giảm tiêu thụ oxy của não. Trong khi đó, với gây tê tại chỗ, phẫu thuật viên có thể đánh giá trực tiếp tri giác của bệnh nhân. Nhìn chung, giữa 2 phương pháp vô cảm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong và biến chứng khi phẫu thuật.<sup>2</sup> Lựa chọn phương pháp vô cảm tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê cũng như khả năng hợp tác của bệnh nhân và chiến lược điều trị kháng kết tập tiểu cầu.<sup>3</sup>

Về shunt động mạch cảnh được dùng trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này chiếm 23,9%. Đặt shunt động mạch cảnh khi phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho các trường hợp sau: tắc hoặc hẹp nặng động mạch cảnh trong bên đối diện, bệnh nhân có tiền sử nhồi máu não hoặc tai biến mạch máu não dưới hai tuần, có kèm tắc hẹp động mạch đốt sống và chỉ định bắt buộc khi có triệu chứng thần kinh như giảm hoặc mất tri giác, giảm hoặc mất vận động chi đối bên sau khi kẹp động mạch cảnh trong với mổ gây tê tại chỗ. Để giảm thiểu nguy cơ thiếu máu não, giải pháp shunt động mạch cảnh

được đặt ra, tuy nhiên sử dụng shunt tạm sẽ có nguy cơ gây vi huyết khối làm tăng nguy cơ TBMMN. Việc sử dụng shunt tạm thường quy hay có chọn lọc vẫn còn là vấn đề còn bàn cãi. Trong nghiên cứu của Abu Rahma và cộng sự, tỷ lệ tai biến mạch máu não trung bình của sử dụng shunt thường quy là 1,4%, không sử dụng shunt là 2% và sử dụng shunt chọn lọc là 1,1%.<sup>4</sup> Theo phân tích gộp của tác giả Clay Wiske và cộng sự trên 28 457 bệnh nhân CEA, cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ TBMMN chu phẫu giữa các nhóm bệnh nhân đặt shunt chọn lọc, thường quy và không đặt shunt.<sup>5</sup> Trong 1 nghiên cứu khác trên 5683 bệnh nhân có tai biến mạch máu não trong vòng 2 tuần gần đây được thực hiện CEA, kết quả cũng chứng minh không có sự khác biệt về tỷ lệ TBMMN chu phẫu giữa các bệnh nhân có và không đặt shunt.<sup>6</sup> Đối với các bệnh nhân CEA, quyết định dùng shunt hay không tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.<sup>3</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh được dùng trong 218 trường hợp, chiếm tỷ lệ 74,1%, 46 trường hợp (15,6%) được bóc nội mạc và phục hồi bằng miếng vá màng tim bò, các trường hợp còn lại chiếm 10,3% được xẻ dọc mạch cảnh, khâu trực tiếp. Lợi điểm của kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh là giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tránh nguy cơ nhiễm trùng miệng và nhân tạo, giữ được đặc tính giải phẫu động mạch cảnh. Trong khi đó, phẫu thuật bằng kỹ thuật cổ điển xẻ dọc động mạch thích hợp với các trường hợp thương tổn mảng xơ vữa kéo dài và dễ dàng thao tác đặt shunt tạm khi cần. Phẫu thuật động mạch cảnh kiểu lộn ngược nội mạc so với kiểu cổ điển không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong và biến chứng chu phẫu, tuy nhiên có sự khác biệt về tỷ lệ tái hẹp mạch máu khi theo dõi dài hạn. Các nghiên cứu cho thấy kỹ thuật lộn ngược nội mạc có tỷ lệ tái hẹp thấp hơn có ý nghĩa so với kỹ thuật cổ điển xẻ dọc động mạch cảnh.<sup>7</sup>

Phẫu thuật bóc nội mạc điều trị hẹp động mạch cảnh là một phương pháp hiệu quả, an toàn, có tỷ lệ tử vong và biến chứng thấp. Theo hầu hết các nghiên cứu lớn, tỷ lệ này khoảng 0-3%.<sup>8,9</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: có 8 (2,7%) trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN), trong đó 3 (1%) trường hợp tử vong, nhồi máu cơ tim có 2 trường hợp (0,83%). Như vậy, tỷ lệ biến chứng ngắn hạn cũng như trung và dài hạn của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 294 trường hợp hẹp động mạch cảnh được phẫu thuật bóc nội mạc, chúng tôi rút ra các kết luận: phẫu thuật bóc nội mạc điều trị hẹp động mạch cảnh trong là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Tỷ lệ tái hẹp, tai biến mạch máu não trong thời gian theo dõi trung và dài hạn là rất thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saini V, Guada L, Yavagal DR.** Global Epidemiology of Stroke and Access to Acute Ischemic Stroke Interventions. *Neurology*. 2021;97(20 Supplement 2):S6-S16. doi:10.1212/wnl.00000000000012781
2. **Lewis SC.** General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2008; 372: p.2132–42.
3. **Naylor R, Rantner B, Ancetti S, et al.** Editor's Choice &#x2013; 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
4. **AbuRahma AF, Mousa AY, Stone PA.** Shunting during carotid endarterectomy. *Journal of vascular surgery*. 2011;54(5):1502-1510.
5. **Wiske C, Arhuidese I, Malas M, Patterson R.** Comparing the efficacy of shunting approaches and cerebral monitoring during carotid endarterectomy using a national database. *J Vasc Surg*. Aug 2018;68(2):416-425. doi:10.1016/j.jvs.2017.11.077
6. **Levin SR, Farber A, Goodney PP, et al.** Shunt intention during carotid endarterectomy in the early symptomatic period and perioperative stroke risk. *J Vasc Surg*. Oct 2020;72(4):1385-1394.e2. doi:10.1016/j.jvs.2019.11.047
7. **Paraskevas KI, Robertson V, Saratzis AN, Naylor AR.** Editor's Choice - An Updated Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes Following Eversion vs. Conventional Carotid Endarterectomy in Randomised Controlled Trials and Observational Studies. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Apr 2018;55(4):465-473. doi:10.1016/j.ejvs.2017.12.025
8. **Schneider JR, Helenowski IB, Jackson CR, et al.** A comparison of results with eversion versus conventional carotid endarterectomy from the Vascular Quality Initiative and the Mid-America Vascular Study Group. *J Vasc Surg*. May 2015;61(5): 1216-22. doi:10.1016/j.jvs.2015.01.049
9. **Đỗ Kim Quế, Đào Hồng Quân.** Phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh: kinh nghiệm 1200 trường hợp tại một trung tâm. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 02/01 2021;30:83-89. doi:10.47972/vjcts.v30i.478

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN HỖN HỢP CẢM XÚC VÀ HÀNH VI KHỞI PHÁT TUỔI THANH THIẾU NIÊN VÀ TÌNH TRẠNG LO ÂU CỦA BỐ MẸ ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN QUỐC GIA

Nguyễn Thị Hoa<sup>1,2</sup>, Phạm Công Huân<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Hoà<sup>1</sup>, Trần Thị Hà An<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm bệnh lý của người bệnh được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi khởi phát tuổi thanh thiếu niên và tình trạng lo âu của bố, mẹ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc lo âu (GAD-7). **Bố mẹ** của 70 người bệnh được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi khởi phát tuổi thanh thiếu niên (mã F92 theo ICD-10) điều trị nội trú và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Bố/mẹ của NB có thời gian mắc bệnh nhỏ hơn 12 tháng có tỷ lệ lo âu là 60,4%, cao hơn so với bố/mẹ của NB có thời gian mắc bệnh lớn hơn 12 tháng ( $p=0.023$ ). 21,7% bố/mẹ của NB có hơn 1 lần nhập viện có tình trạng lo âu, tỷ lệ này ít hơn so với bố/mẹ của NB có con ít hơn 1 lần nhập viện ( $p<0.001$ ). Bố/mẹ của NB có ý tưởng tự sát và hành vi tự sát có tỷ lệ cao hơn so với NB không có triệu chứng trên ( $p=0.003$  và  $p=0.006$  tương ứng). **Kết luận:** Thời gian mắc bệnh ít hơn 12 tháng và mới nhập viện lần đầu, ý nghĩ tự sát và hành vi tự sát làm tăng tình trạng lo âu ở bố/mẹ người bệnh

**Từ khoá:** rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi, lo âu, thời gian mắc bệnh, số lần nhập viện, ý tưởng tự sát, hành vi tự sát

## SUMMARY

### THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS WITH ONSET OCCURRING IN ADOLESCENCE AND THE ANXIETY OF PARENTS AT NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

**Objectives:** To analyze the relationship between clinical characteristics of patients diagnosed with mixed disorders of conduct and emotions with onset occurring in adolescence and the anxiety of their parents. **Methods:** Cross-sectional study, using the General Anxiety Disorders questionnaire (GAD-7). Parents of 70 patients diagnosed with mixed disorders of conduct and emotions (coded F92 according to ICD-10) treated as inpatients and outpatients at the

National Institute of Mental Health from January 2024 to April 2024. **Results:** Parents of patients with a duration of illness less than 12 months had anxiety at 60.4%, higher than that of parents of patients with a duration of illness greater than 12 months ( $p=0.023$ ). 21.7% of parents of patients with more than 1 hospitalization had anxiety, this rate was lower than that of parents of patients with less than 1 hospitalization ( $p<0.001$ ). Parents of patients with suicidal ideation and suicidal behavior had a higher rate than those without the above symptoms ( $p=0.003$  and  $p=0.006$  respectively). **Conclusion:** Duration of illness less than 12 months and first hospitalization, suicidal ideation and suicidal behavior increased anxiety in parents of patients

**Keywords:** mixed disorders of conduct and emotions, anxiety, illness duration, number of hospitalizations, suicidal ideation, suicidal behavior

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi một người được chẩn đoán mắc các rối loạn về tâm thần thì không chỉ tác động tới bản thân mà còn tới các thành viên khác trong gia đình bởi người hỗ trợ chính cho người bệnh là gia đình- đóng vai trò là người chăm sóc<sup>1</sup>. Cũng tương tự như vậy, một trẻ vị thành niên được chẩn đoán mắc rối loạn cảm xúc và hành vi khởi phát tuổi thanh thiếu niên thì những người thân của chúng, đặc biệt là bố mẹ sẽ chịu tác động bởi bệnh của con họ. Sức khỏe về thể chất và tinh thần của bố mẹ NB có thể bị ảnh hưởng. Bố mẹ gặp khó khăn trong việc cân bằng giữa gia đình, công việc và việc chăm sóc. Kết quả là họ cảm thấy đau khổ, gặp các khó khăn về tài chính, không có niềm vui cá nhân và cho biết mức độ hài lòng với cuộc sống thấp hơn<sup>2</sup>. Lo âu ở người bệnh và bố mẹ có mối quan hệ mật thiết với nhau<sup>3</sup>. Họ có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc hồi phục và kiểm soát bệnh ở người bệnh. Vậy nên, hỗ trợ cho bố mẹ NB chính là hỗ trợ cho người bệnh. Để có phương án hỗ trợ hiệu quả nhất thì cần phải đánh giá thực trạng lo âu và các yếu tố liên quan là vô cùng cần thiết.

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đánh giá tình trạng lo âu trên người chăm sóc. Với nghiên cứu tại một bệnh viện Tâm thần Ấn Độ trên 60 đối tượng chăm sóc người bệnh tâm thần liên tiếp trong 1 năm cho thấy 46,7% người chăm sóc có lo âu nhẹ; 23,3% lo

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: hoanguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024