

liệt, tình trạng nuốt sặc và thất ngôn ($p < 0,05$) [8]. Từ đó thấy được thang điểm Barthel vẫn mang tầm quan trọng trong dự báo mức độ phụ thuộc của bệnh nhân sau NMN trong sinh hoạt hàng ngày. Mặt khác, đây là nghiên cứu cắt ngang, cỡ mẫu còn nhỏ so với một tình trạng phổ biến trên thực tế, do đó cần có nhiều nghiên cứu lớn hơn với thiết kế cao cấp hơn nhằm đánh giá một cách khách quan các yếu tố liên quan đến mức độ phụ thuộc tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá vận động theo các mục của thang điểm Barthel, hầu hết bệnh nhân hoạt động phụ thuộc ít. Chưa ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian đến viện và bên liệt và mức độ phụ thuộc theo thang điểm Barthel.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Quang Bình, Dương Phúc Lam. Nghiên cứu hình ảnh đột quy não, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp quản lý điều trị ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021. 41.89-95.
- Nguyễn Thị Việt Hà, Phạm Văn Minh. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng thần kinh trên bệnh nhân đột quy nhồi máu não bằng liệu pháp oxy cao áp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021.504(2), 104-108. <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i2.916>
- Nguyễn Thị Thu Hiền, Cao Thị Dung, Trần Thị Hồng Xiêm, cộng sự. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh thái bình năm 2019, Khoa học Điều dưỡng. 2019. 3(4). 77-84.
- Nguyễn Thị Huệ, Phạm Văn Minh. Đánh giá kết quả phục hồi khả năng đi trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019. 504(1).166-169. <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i1.858>
- Trần Thanh Phong, Nguyễn Trung Kiên. Nghiên cứu tình hình suy giảm vận động theo thang điểm Barthel và đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân sau đột quy não tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021. 43. 160-164.
- Nguyễn Phương Sinh, Vũ Thị Tâm. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tai biến mạch máu não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trường Đại học Thái Nguyên năm 2017. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018. 462. 90-94.
- Nguyễn Thị Thanh Thư, Nguyễn Thị Kim Liên. Đánh giá kết quả hoạt động trí tuệ trong phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 506(2) .245-249. <https://doi.org/10.51298/vmj.v506i2.1287>
- Đặng Nguyễn Minh Trang. Khảo sát mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quy não tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế. 2022.
- Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng hình ảnh CT sọ não và rối loạn natri, kali huyết thanh trên bệnh nhân đột quy có rối loạn ý thức. Nội san Thần kinh học. 2021. 1. 23-31.
- Venketasubramanian N, et al. Stroke epidemiology in south, east, and south-east Asia: a review. Journal of stroke. 2017. 19(3). 286.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC LỘN NGƯỢC NỘI MẠC ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Đức Tín¹, Lâm Văn Nút¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật điều trị bệnh lý động mạch cảnh đã được ứng dụng từ rất lâu. Phẫu thuật động mạch cảnh nên là lựa chọn đầu tiên trên bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp với nhóm có triệu chứng hẹp 50 – 99%, nhóm không triệu chứng hẹp từ 70 – 99% mẫu nghiên cứu [7]. Có hai phương pháp phẫu thuật bóc nội mạc lôn ngược và vá miếnq mạch máu nhân tạo. Theo nghiên cứu Cao P và cộng sự (2000), với cỡ mẫu 1353 trường hợp, so sánh giữa hai phương pháp phẫu thuật bóc

nội mạc lôn ngược và phẫu thuật vá miếnq vá mạch máu nhân tạo thì không thấy có sự khác biệt về lâu dài khi theo dõi. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong ở giai đoạn theo dõi của phẫu thuật bóc nội mạc lôn ngược thì thấp hơn phẫu thuật vá miếnq vá mạch máu nhân tạo, lần lượt chiếm 8,1% và 9,3% mẫu nghiên cứu [6]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá kết quả lưu thông mạch máu cảnh lâu dài sau khi phẫu thuật bóc lộn ngược nội mạc động mạch cảnh. Đó chính là lý do mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình $75,4 \pm 18,2$, nam giới chiếm đa số. Yếu tố rối loạn chuyển hoá lipid và đái tháo đường chiếm tỉ lệ lần lượt 88,9 % và 70,8%. Hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu là có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 76,2%. Tổn thương động mạch dạng hẹp từ 70-90% đường kính lòng mạch là chủ yếu, chiếm 79,8 % mẫu nghiên cứu. Phương pháp gây tê tại chỗ chiếm 57,2%. Hầu hết là không dùng

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: dr.ductin@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024

shunt trong quá trình phẫu thuật. Phẫu thuật bóc động mạch cảnh chung phối hợp cảnh trong chiếm tỉ lệ cao, chiếm 89,5%. Thời gian kẹp động mạch cảnh khoảng 18,5 phút và thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 54 phút. Tỉ lệ thành công về kỹ thuật đạt 97,9%, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 2,7%. Ở giai đoạn theo dõi, tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm 85,1% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc lộn ngược động mạch cảnh có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng.

Từ khoá: hẹp động mạch cảnh, phẫu thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF EVERSION CAROTID ENDARTERECTOMY TO TREAT CAROTID ARTERIES OCCLUSION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Surgery for carotid artery disease has been applied for a long time. Carotid artery surgery should be the first choice in patients with low surgical risk, with the group having symptoms with stenosis of 50 - 99% and the group without symptoms with stenosis from 70 - 99% of the research sample [7]. There are two surgical methods, including eversion endarterectomy and artificial vascular patch. According to the study of Cao P et al. (2000), with a sample size of 1353 cases, comparing the two surgical methods of inverted endarterectomy and artificial vascular patch surgery, there was no difference in long-term follow-up. However, the mortality rate in the follow-up period of inverted endarterectomy was lower than that of artificial vascular patch surgery, accounting for 8.1% and 9.3% of the research sample, respectively [6]. At Cho Ray Hospital, many studies have not evaluated the long-term results of carotid blood circulation after endovascular carotid artery dissection. That is the reason why we conducted this study. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study had an average age of 75.4 ± 18.2 , with the majority being male. Lipid metabolism disorders and diabetes accounted for 88.9% and 70.8%, respectively. Most of the cases in the study were symptomatic, accounting for 76.2%. Carotid Arterial lesions with 70-90% stenosis of the lumen diameter were the main ones, accounting for 79.8% of the study sample. Local anesthesia accounted for 57.2%. Most did not use shunts during surgery. Common carotid and internal carotid artery combined eversion endarterectomy accounted for a high proportion, accounting for 89.5%. The carotid artery clamping time was about 18.5 minutes, and the average surgical time was about 54 minutes. The technical success rate was 97.9%, the 30-day mortality rate was 2.7%. The primary patency rate accounted for 85.1% of the study sample during the follow-up period. **Conclusion:** Surgical treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysm has a high technical success rate, few complications, and a high survival rate in the follow-up period. Therefore, this method is effective, safe, and has few complications

Keywords: carotid arteries stenosis, eversion carotid endarterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch cảnh rất quan trọng, là hệ thống mạch máu cung cấp máu cho não bộ và các cơ quan vùng đầu mắt cổ. Bệnh lý động mạch cảnh từ lâu đã được nghiên cứu và điều trị. Kết quả đã được chứng minh mức độ hiệu quả qua nhiều nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước [1], [2], [3]. Mức độ hẹp động mạch cảnh liên quan đến đột quỵ não đã được nhiều nghiên cứu nhắc đến cũng như trên thực tế lâm sàng. Tác giả Cina và cộng sự (1999), ghi nhận triệu chứng cơn thoáng thiếu máu não giữa 2 nhóm hẹp động mạch cảnh nhỏ hơn 80% và từ 80 - 99% lần lượt là 0,4% và 33% mẫu nghiên cứu [4]. Theo tác giả Do K.Q và cộng sự (2020), đánh giá kết quả phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (N=500), ghi nhận cơn thoáng thiếu máu não và di chứng tai biến mạch máu não chiếm lần lượt 50,2% và 16,4% mẫu nghiên cứu [1].

Phẫu thuật điều trị bệnh lý động mạch cảnh đã được ứng dụng từ rất lâu. Phẫu thuật động mạch cảnh nên là lựa chọn đầu tiên trên bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp với nhóm có triệu chứng kèm hẹp 50 - 99%, nhóm không triệu chứng kèm hẹp từ 70 - 99% mẫu nghiên cứu [7]. Có hai phương pháp phẫu thuật gồm bóc nội mạc lộn ngược và vá miếng mạch máu nhân tạo. Theo nghiên cứu Cao P và cộng sự (2000), với cỡ mẫu 1353 trường hợp, so sánh giữa hai phương pháp phẫu thuật bóc nội mạc lộn ngược và phẫu thuật vá miếng vá mạch máu nhân tạo thì không thấy có sự khác biệt về lâu dài khi theo dõi. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong ở giai đoạn theo dõi của phẫu thuật bóc nội mạc lộn ngược thì thấp hơn phẫu thuật vá miếng vá mạch máu nhân tạo, lần lượt chiếm 8.1% và 9.3% mẫu nghiên cứu [6]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá kết quả lưu thông mạch máu cảnh lâu dài sau khi phẫu thuật bóc lộn ngược nội mạc động mạch cảnh. Đó chính là lý do mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt ca.

Thời gian nghiên cứu: lấy mẫu từ tháng 03 năm 2012 đến tháng 03 năm 2020.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả trường hợp hẹp/ tắc động mạch cảnh được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hẹp/tắc động mạch cảnh có dùng miếng vá mạch máu

- Hẹp/tắc động mạch cảnh có kèm can thiệp nội mạch

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đánh giá kết quả:

Đánh giá kết quả can thiệp: 01 tháng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp, loại phẫu thuật, vị trí tái thông đầu xa, phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: sau khi phẫu thuật không hẹp miệng nối >50% đường kính lòng mạch hoặc giả phình miệng nối, không gây huyết khối tắc đầu xa, không có biến chứng đột quỵ não.

- Đánh giá các tai biến phẫu thuật: tắc mạch, tụ máu vết mổ, khàn giọng, đột quỵ não, nhồi máu cơ tim và tử vong trong 30 ngày.

Đánh giá kết quả theo dõi: theo dõi đến tháng 03 năm 2024.

- Đánh giá kết quả: tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đều.

- Biến chứng theo dõi, tái hẹp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 332 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp

Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp

Biến số	N (%)
Tuổi	75,4 ± 18,2 (45– 94)
Giới:Nam (%) / Nữ (%)	242 (72,9) / 90 (27,1)
RLCH lipid máu	295 (88,9)
Đái tháo đường	235 (70,8)
Hút thuốc lá	215 (7,1)
Tai biến mạch máu não	209 (63)
Tăng huyết áp	205 (61,7)
Bệnh mạch vành	119 (35,8)
Suy thận mạn	65 (19,6)
Suy tim	45 (13,5)

Lâm sàng và mức độ tổn thương động mạch cảnh

Bảng 2. Lâm sàng, mức độ tổn thương động mạch cảnh

Biến số	N (%)
Lâm sàng	
Có triệu chứng	253 (76,2)
Không triệu chứng	79 (23,8)
Mức độ tổn thương	
Hẹp 50 – 69%	32 (9,7)

Hẹp 70 – 99%	265 (79,8)
Tắc	35 (10,5)

Kết quả: Phương pháp vô cảm

Bảng 3. Phương pháp vô cảm

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	142	42,8
Gây tê tại chỗ	190	57,2
Tổng	332	100

Phương pháp điều trị

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Biến số	N	(%)
Sử dụng shunt		
Có	98	29,5
Không	234	70,5
Vị trí bóc nội mạc		
Cảnh trong	332	100
Cảnh ngoài	65	19,6
Cảnh chung	297	89,5

Thời gian phẫu thuật, nằm viện

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình
Thời gian kẹp ĐM cảnh (phút)	18,5 ± 4,1
Thời gian phẫu thuật (phút)	54,2 ± 23,1
Thời gian nằm viện (ngày)	2,3 ± 1,9 (1 - 5)

Thành công, thất bại về kỹ thuật

Bảng 6. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật

Biến số	N	(%)
Thành công	325	97,9
Thất bại	7	2,1
Tổng	332	100

Tai biến phẫu thuật

Bảng 7. Tai biến phẫu thuật

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	3	0,9
Tụ máu	9	2,7
Đột quỵ não	4	1,2
Khàn giọng	8	2,4
Nhồi máu cơ tim	5	1,5
Tử vong trong lúc phẫu thuật	0	0
Tử vong 30 ngày sau phẫu thuật	9	2,7

Kết quả theo dõi

Bảng 8. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đều

Biến số	N	(%)
Lưu thông	275	85,1
Không lưu thông	48	14,9
Tổng	323	100

Bảng 9. Biến chứng theo dõi

Biến số	N = 323	(%)
Giả phình miệng nối	6	1,9
Đột quỵ não	11	3,4
Tái hẹp	56	17,3
Tử vong	16	5,0

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nam chiếm 72,9% với tuổi trung bình 75 tuổi trong nghiên cứu chúng tôi. Các yếu tố như rối loạn lipid máu và đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao, lần lượt 88,9% và 70,8% mẫu nghiên cứu. Hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tuổi trung bình tương tự nghiên cứu chúng tôi. Theo tác giả Do K.Q và cộng sự (N=500), ghi nhận tuổi trung bình 70 tuổi và nam chiếm ưu thế [1]. Tác giả Demirel S và cộng sự (N= 563), ghi nhận tuổi trung bình của nhóm bóc nội mạc lộn ngược động mạch cảnh là 68 tuổi và nữ chiếm ưu thế trong nghiên cứu [8]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận tỉ lệ các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp khác cũng chiếm tỉ lệ khá cao như hút thuốc lá, di chứng tai biến mạch máu não và tăng huyết áp, lần lượt chiếm 7,1%; 63%; 61,7% mẫu nghiên cứu. Nhiều tác giả khác cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu chúng tôi [2], [3].

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ lâm sàng có triệu chứng chiếm 76,2% mẫu. qua đây cho thấy hầu hết bệnh nhân được phát hiện khi có triệu chứng lâm sàng chứ không phải là được tầm soát, phát hiện tình cờ. Triệu chứng bệnh thường gặp gồm chóng mặt, thỉnh thoảng có than nhức đầu... Biểu hiện lâm sàng thường thấy là cơn thoáng thiếu máu não. Các triệu chứng của tai biến mạch máu não ít được phát hiện như liệt hoặc yếu nửa người, nói đờ... Đa số là đã xảy ra từ trước những biểu hiện này và đã được điều trị hồi phục hoặc thành di chứng. Bên cạnh đó, nhóm không có triệu chứng chiếm 23,8% mẫu nghiên cứu. Qua thực tế trên lâm sàng, chúng tôi nhận thấy đối với nhóm không triệu chứng thường rất đắn đo giữa việc phẫu thuật hay không phẫu thuật. Đặc biệt là nhóm không triệu chứng có đường kính hẹp 50 – 69%, nghiên cứu chiếm 9,7%. Theo khuyến cáo của hội phẫu thuật mạch máu Châu Âu (ESVS), nhóm có triệu chứng thần kinh với đường kính nhỏ hơn 50% hoặc nhóm không triệu chứng có đường kính hẹp dưới 60% thì nên điều trị nội khoa [6]. Do đó, chúng tôi cũng rất băn khoăn và tùy theo từng tình huống cụ thể. Nếu có tiền căn tai biến mạch máu não đối bên tổn thương thì tiến hành phẫu thuật, nếu không có thì tiến hành điều trị nội khoa. Nghiên cứu ghi nhận mức độ hẹp 70-99% đường kính lòng mạch là chủ yếu, chiếm 79,8% mẫu. Theo tác giả Do K.Q (2020), phẫu thuật bóc lớp trong nội mạc động mạch cảnh với cỡ mẫu 500 trường hợp, ghi nhận mức độ hẹp 80-99% là 84,8% mẫu nghiên cứu [1]. Một số tác giả khác cũng ghi nhận kết quả tương tự [2], [3], [4].

Phương pháp bóc nội mạc lộn ngược động

mạch cảnh có thể dùng phương pháp gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Do đó, nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ gần như tương đương nhau giữa 2 nhóm mê nội khí quản và tê tại chỗ, lần lượt chiếm 42,8% và 57,2% mẫu nghiên cứu. Phương pháp gây mê nội khí quản thì kiểm soát mạch, huyết áp tốt hơn nhưng thời gian hồi tỉnh lâu và khó đánh giá tình trạng tri giác, các dấu hiệu thần kinh khu trú trong lúc phẫu thuật. Với kinh nghiệm riêng tôi, tôi nhận thấy sử dụng phương pháp tê tại chỗ ưu điểm hơn so với gây mê nội khí quản. Chỉ cần bệnh nhân không có quá kích động, lo sợ và đánh giá huyết áp khó kiểm soát thì nên gây tê tại chỗ vì trong lúc phẫu thuật chúng ta dễ dàng đánh giá các dấu hiệu thiếu máu nuôi não qua yêu cầu bệnh nhân vận động tay chân, đánh giá cảm giác... sẽ giúp chúng ta quyết định tiếp tục hay chuyển sang đặt shunt tạm để cung cấp máu cho não. Sau phẫu thuật, bệnh nhân gần như là hồi phục hoàn toàn nên rất thuận lợi cho vấn đề xuất viện sớm trong những ngày tiếp theo. Tỉ lệ không sử dụng shunt tạm cũng chiếm tỉ lệ cao, 70,5% so với có sử dụng shunt tạm là 29,5% mẫu nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về kết quả của việc không sử dụng shunt tạm so với có sử dụng shunt tạm [1], [2].

Bên cạnh sử dụng phương pháp bóc lộn ngược nội mạc động mạch cảnh trong để mở rộng vị trí hẹp đường vào. Chúng tôi còn có tiến hành bóc xuôi dòng động mạch cảnh chung, chiếm tỉ lệ 89,5% và bóc lộn ngược nội mạc động mạch cảnh ngoài, chiếm 19,6% mẫu nghiên cứu. Có nhiều phương pháp phẫu thuật để nhằm mở rộng động mạch cảnh bị hẹp nhưng có thể mở rộng động mạch lấy màng xơ vữa kèm khâu lại thành mạch hoặc vá miếng vá mạch máu nhân tạo nhằm mở rộng đường kính. Tuy nhiên, ưu điểm của phương pháp bóc lộn ngược nội mạc là mở ngay ngã ba cảnh không làm ảnh hưởng nhiều đến diện tích mạch máu, và bóc lộn ngược cũng gọn và nhanh hơn so với các phương pháp khác. Do đó, thời gian kẹp động mạch cảnh sẽ không kéo dài hơn các phương pháp khác. Thời gian kẹp động mạch cảnh trong nghiên cứu 18,5 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 54 phút và nằm viện khoảng 2 ngày sau phẫu thuật. Nghiên cứu của tác giả Do K.Q (2020) ghi nhận thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình 22 phút [1]. Các tác giả khác cũng cho thấy thời gian kẹp động mạch cảnh trong khoảng 19 – 25 phút. Điều này cho thấy, phương pháp bóc lộn ngược nội mạc động mạch cảnh có nhiều ưu điểm về thời gian và hạn chế

những biến chứng kẹp động mạch cảnh kéo dài. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 97,9% mẫu nghiên cứu. Nhiều tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao tương tự chúng tôi [1], [2], [4], [7], [9]. Tai biến của chúng tôi ghi nhận gồm tắc mạch, đột quỵ não, khàn giọng và nhồi máu cơ tim, lần lượt chiếm 0,9%; 2,7%; 1,2%; 2,4% và 1,5% mẫu nghiên cứu. Tai biến khàn giọng trong nghiên cứu thường hồi phục trong thời gian vài ngày sau phẫu thuật do có thể tổn thương tạm thời dây thần kinh XII trong lúc phẫu thuật, thường xảy ra trên những bệnh nhân có giải phẫu ngã ba động mạch cảnh nằm cao. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả khác. Tác giả Do K.Q (2020), ghi nhận tỷ lệ đột quỵ não chiếm 0,8% mẫu nghiên cứu [1]. Tác giả Quảng N.V và cộng sự (2020), ghi nhận có các tai biến gồm cơn thoáng thiếu máu não, tu máu, chảy máu và khàn tiếng lần lượt chiếm 6,7%; 5,3%, 5,3% và 13,3% mẫu nghiên cứu [2]. Qua đây cho thấy, các tai biến trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp.

Trong giai đoạn theo dõi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đều chiếm 85,1% mẫu nghiên cứu. Bệnh nhân sau xuất viện được tái khám mỗi tháng để kiểm tra siêu âm đánh giá mức độ lưu thông mạch máu và phát hiện tái hẹp nếu có. Các thuốc được duy trì gồm kháng kết tập tiểu cầu (Aspirin hoặc Clopidogrel), các thuốc giảm mỡ máu.... Bệnh nhân được chụp CT scan hệ động mạch cảnh tại thời điểm 01 năm sau phẫu thuật hay khi có các dấu hiệu thiếu máu nuôi não. Nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và kết quả lâu dài cũng cho thấy tỷ lệ lưu thông mạch máu ở giai đoạn theo dõi chiếm tỷ lệ cao. Tác giả Barnett HJ và cộng sự (1998) với cỡ mẫu N = 1118, theo dõi 5 năm sau phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ lưu thông 99,7% [4]. Biến chứng theo dõi ghi nhận đột quỵ não chiếm 3,4% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự một vài tác giả khác [1], [3], [9]. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong chiếm 5%. Kết quả này cũng rất khác nhau ở nhiều nghiên cứu. Tỷ lệ tái hẹp trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 17,3% mẫu nghiên cứu. Theo tác giả Cao P và cộng sự (2000), ghi nhận tỷ lệ tái hẹp nhóm bóc lột ngược nội mạc động mạch cảnh là 3,5% tại thời điểm 4 năm sau phẫu thuật [3]. Tác giả Bertolletti G và cộng sự (2013), nghiên cứu với cỡ mẫu 175 trường hợp, riêng nhóm phẫu thuật bóc lột ngược nội mạc cho kết quả thấp, tương tự chúng tôi [9]. Qua đây cho thấy, kết quả của phương pháp phẫu thuật bóc lột ngược nội mạc đã mang lại nhiều lợi ích, đặc biệt là thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và hiệu quả về

lâu dài của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Điều trị tắc, hẹp động mạch cảnh bằng phẫu thuật bóc lột ngược nội mạc động mạch có tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỷ lệ sống cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Que, D. K. , Long, L. P. , & Hung, P. P. .** (2020). Phẫu thuật bóc lột trong động mạch cảnh kinh nghiệm 500 trường hợp. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 12, 31-36. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v12i.298>
2. **Quảng, N. V. , Bảo, D. Đình , & Anh, P. M. .** (2020). Điều trị ngoại khoa hẹp động mạch cảnh ngoài sọ bằng kỹ thuật lột ngược nội mạc với gây tê tại chỗ. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 21, 53-57. <https://doi.org/10.47972/vjcts.v21i.63>
3. **Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST).** Lancet. 1998;351:1379-1387.
4. **Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, Fox AJ, Ferguson GG, Haynes RB, et al.** Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial collaborators. N Engl J Med. 1998;339:1415-1425.
5. **Cinà CS, Clase CM, Haynes BR.** (1999). Refining the indications for carotid endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis: A systemic review. J Vasc Surg 30:606-18.
6. **Cao P, Giordano G, De Rango P, Zannetti S, Chiesa R, Coppi G, Palombo D, Peinetti F, Spartera C, Stancanelli V, Vecchiati E.** Eversion versus conventional carotid endarterectomy: late results of a prospective multicenter randomized trial. J Vasc Surg. 2000 Jan;31(1 Pt 1):19-30
7. **AbuRahma AF, Avgerinos ED, Chang RW, Darling RC 3rd, Duncan AA, Forbes TL, Malas MB, Murad MH, Perler BA, Powell RJ, Rockman CB, Zhou W.** Society for Vascular Surgery clinical practice guidelines for management of extracranial cerebrovascular disease. J Vasc Surg. 2022 Jan;75(1S):4S-22S. doi: 10.1016/j.jvs.2021.04.073. Epub 2021 Jun 19. PMID: 34153348.
8. **Demirel S, Attigah N, Bruijnen H, Ringleb P, Eckstein HH, Fraedrich G, Böckler D; SPACE Investigators.** Multicenter experience on eversion versus conventional carotid endarterectomy in symptomatic carotid artery stenosis: observations from the Stent-Protected Angioplasty Versus Carotid Endarterectomy (SPACE-1) trial. Stroke. 2012 Jul;43(7): 1865-71. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.640102. Epub 2012 Apr 10. PMID: 22496334.
9. **Bertolletti G, Varroni A, Misuraca M, Massucci M, Pacelli A, et al** (2013) Carotid Artery Diameters, Carotid Endarterectomy Techniques and Restenosis. J Vasc Med Surg 1: 114

KIẾN THỨC VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Thị Minh Hòa¹, Đỗ Thị Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng và một số yếu tố liên quan về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng tại các khoa ngoại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 149 điều dưỡng tại các khoa ngoại Bệnh viện Bình Dân từ 6/2023 đến 8/2024. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm đối với biến số kiến thức, phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để tìm các yếu tố liên quan đến kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu phần lớn là nữ giới (90,6%), trung vị tuổi là 32 (IQR=10). Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là 57,7%. Yếu tố liên quan đến kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là tham gia tập huấn về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. **Kết luận:** Tỷ lệ kiến thức đúng của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (57,7%), các yếu tố liên quan đến kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng là tham gia tập huấn về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. **Từ khóa:** Kiến thức, phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, điều dưỡng.

SUMMARY

PRACTICES AND RELATED FACTORS IN SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION AMONG NURSES IN THE SURGICAL DEPARTMENTS OF BINH DAN HOSPITAL

Objective: To assess the proportion of nurses with correct knowledge and related factors regarding surgical site infection prevention in the surgical departments of Binh Dan Hospital. **Study population and methods:** A cross-sectional study was conducted on 149 nurses in the surgical departments of Binh Dan Hospital from June 2023 to August 2024. Data were processed and analyzed using SPSS 16.0. Frequency and percentage were used for knowledge variables, and both univariate and multivariate regression analyses were performed to identify factors associated with nurses' knowledge of surgical site infection prevention. **Results:** The majority of the study population were female (90.6%), with a median age of 32 (IQR=10). The proportion of nurses with correct knowledge about surgical site infection prevention was 57.7%. Participation in training on surgical site

infection prevention was identified as a factor associated with nurses' knowledge of surgical site infection prevention. **Conclusion:** The proportion of nurses with correct knowledge about surgical site infection prevention was 57.7%. Factors associated with nurses' knowledge of surgical site infection prevention included participation in training on surgical site infection prevention. **Keywords:** Knowledge, surgical site infection prevention, nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu của nền y học thế giới cũng như tại Việt Nam. NKBV gây ra nhiều hệ lụy cho người bệnh (NB) và cho hệ thống y tế². Trong đó, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại NKBV chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ hiện mắc từ 1,2 đến 2,36 trên 100 ca phẫu thuật và tỷ lệ chung là 11,8% ở các nước đang phát triển và kém phát triển, ngược lại ở các nước phát triển thì tỷ lệ NKVM thấp hơn dao động từ 1,2% đến 5,2%⁵. NKVM làm tăng thời gian nằm viện 6,5 – 10 ngày, tăng thêm chi phí điều trị và tăng nguy cơ tử vong 4 – 15 lần⁶. Điều dưỡng là những người thường xuyên tiếp xúc và chăm sóc NB góp phần vào quá trình phục hồi, lành vết mổ. Nếu kiến thức về phòng ngừa NKVM không tốt sẽ gây đến những hậu quả hết sức nghiêm trọng⁷.

Nhân thấy tầm quan trọng của việc phòng ngừa NKVM, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn phòng ngừa NKVM¹. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Loan (2014) đánh giá kiến thức về phòng ngừa NKVM cho thấy kiến thức đúng của điều dưỡng là 60%⁴. Nghiên cứu của Sicker (2010) về kiến thức các yếu tố liên quan đến phòng ngừa NKVM cho thấy kiến thức trung bình trước và sau phẫu thuật của điều dưỡng 69,67%⁸. Bệnh viện (BV) Bình Dân là BV chuyên khoa hạng I và là tuyến cuối về phẫu thuật tổng quát và tiết niệu. Công tác phòng ngừa NKVM là vấn đề hết sức quan trọng và luôn được bệnh viện quan tâm. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về phòng ngừa NKVM và các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin ý nghĩa, giúp bệnh viện có những biện pháp can thiệp sớm nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc NB nói chung và phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ tại BV nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Hòa

Email: minhhoatran1911@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.9.2024