

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG BẢNG PHƯƠNG PHÁP BỐC NỘI MẠC Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ PHẪU THUẬT CAO

Lâm Văn Nút¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị sớm và trung hạn hẹp động mạch cảnh trong bằng phương pháp bóc nội mạc ở bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao. **Phương pháp:** Sử dụng bệnh án của bệnh viện, thu thập các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lý, các thông tin về điều trị và theo dõi từ lúc bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân xuất viện. Liên lạc với thân nhân và bệnh nhân qua điện thoại để thu thập số liệu theo mẫu sau khi tái khám. **Kết quả:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $3,5 \pm 1,1$ ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn nhất là 2 ngày, lâu nhất là 7 ngày. Có 1 trường hợp tai biến mạch máu não trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 3,3%, không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu sau mổ, tụ máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, nhồi máu cơ tim hay tử vong. Kết quả thành công về phẫu thuật chiếm tỷ lệ 96,7%, phẫu thuật không thành công có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,3% do tai biến mạch máu não. Có 26 bệnh nhân được theo dõi trung hạn, có 4 bệnh nhân mất theo dõi. Thời gian theo dõi lâu nhất là 44 tháng, ngắn nhất là 10 tháng. Đến cuối tháng 09/2023, thời gian theo dõi trung vị là 29 tháng. Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại do hẹp lại động mạch cảnh cùng bên đã được phẫu thuật trước đó. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm động mạch cảnh, ghi nhận: 21 trường hợp (80,8%) không thấy hẹp lại động mạch cảnh, 5 trường hợp (19,2%) có hẹp động mạch cảnh cùng bên phẫu thuật nhưng tất cả đều hẹp dưới 50%. Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có bệnh nhân nào tử vong do nguyên nhân tai biến mạch máu não hay nhồi máu cơ tim. **Kết luận:** Tắc động mạch cảnh trong đối bên chiếm đa số các bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao, còn lại là tuổi ≥ 80 , bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Không có bệnh nhân nào có bệnh tim mạch nặng, xạ trị vùng cổ hay tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh khi nhập viện và có hẹp nặng động mạch cảnh trên CTA. Chỉ có 1 trường hợp tai biến mạch máu não, không có trường hợp nào nhồi máu cơ tim hoặc tử vong sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công về phẫu thuật cao. Không ghi nhận trường hợp có biến chứng trong thời gian theo

dõi trung hạn. **Từ khóa:** hẹp động mạch cảnh trong, phương pháp bóc nội mạc, bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS USING ENDOSCOPIC REMOVAL IN PATIENTS WITH HIGH SURGICAL RISK

Research objective: To evaluate the results of early and mid-term treatment of internal carotid artery stenosis by endarterectomy in patients at high surgical risk. **Methods:** Using hospital medical records, collect clinical and paraclinical data, surgical methods, pathology, information on treatment and monitoring from the time the patient is admitted to hospital for surgery until the patient is discharged. Contact relatives and patients by phone to collect data according to the form after follow-up examination. **Result:** The average postoperative hospital stay in the study was 3.5 ± 1.1 days. The shortest hospital stay after surgery is 2 days, the longest is 7 days. In the study, there was 1 case of cerebrovascular accident during the postoperative period, accounting for 3.3%, no cases of postoperative bleeding, surgical wound hematoma, or surgical wound infection were recorded damage to cranial nerves, myocardial infarction or death. Successful surgical results accounted for 96.7%, with 1 case of unsuccessful surgery accounting for 3.3% due to stroke. There were 26 patients with medium-term follow-up, 4 patients were lost to follow-up. The longest follow-up period was 44 months, the shortest was 10 months. By the end of September 2023, the median follow-up was 29 months. In 26 cases with medium-term follow-up, no case required re-surgery due to narrowing of the carotid artery on the same side that had been previously operated on. Follow-up cases were evaluated by carotid ultrasound, recording: 21 cases (80.8%) did not see carotid artery stenosis, 5 cases (19.2%) had carotid artery stenosis. On the surgical side, all were narrowed less than 50%. In 26 cases with medium-term follow-up, no patient died from stroke or myocardial infarction. **Conclusion:** Contralateral internal carotid artery occlusion accounts for the majority of patients at high surgical risk, the remaining are age ≥ 80 , severe chronic obstructive pulmonary disease. No patient had severe cardiovascular disease, neck radiation therapy, or a history of internal carotid artery endarterectomy on the same side of surgery. Most patients have symptoms of carotid artery stenosis upon admission and have severe carotid artery stenosis on CTA. There was only 1 case of stroke, no case of infarction myocardial infarction or death after surgery. High surgical success rate. No cases of complications were

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

recorded during the medium-term follow-up period.

Keywords: internal carotid artery stenosis, endarterectomy method, patients at high surgical risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị bệnh hẹp động mạch cảnh trong bao gồm các phương pháp: điều trị nội khoa, phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (CEA), đặt stent động mạch cảnh (CAS), đặt stent động mạch cảnh qua đường vào động mạch cảnh chung (TCAR). Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh trong được thực hiện đầu tiên vào năm 1950 bởi De Bakey, cho đến nay CEA 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.⁴

Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã điều trị hẹp động mạch cảnh trong bằng phương pháp bóc nội mạc ở bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao. Tuy nhiên, có câu hỏi đặt ra là: "Kết quả của phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh đối với nhóm bệnh nhân nguy cơ cao này như thế nào?", hiện vẫn còn ít báo cáo. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) có hẹp động mạch cảnh trong được phẫu thuật bóc nội mạc tại khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh kèm ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao sau theo Hội Phẫu Thuật Mạch Máu Châu Âu (ESVS) 2023: Tuổi ≥ 80 ; Bệnh tim mạch nặng: suy tim NYHA III, IV và/hoặc phân suất tống máu thất trái $< 30\%$, phẫu thuật tim trong 6 tuần gần đây; nhồi máu cơ tim gần đây: > 24 giờ và < 1 tháng, đau thắt ngực CCS III, IV; Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính nặng: $PaO_2 \leq 60$ mmHg, thở oxy dài hạn tại nhà, $FEV_1 \leq 30\%$; Tắc động mạch cảnh trong đối bên; Xạ trị vùng cổ; Tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật.

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.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu các trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2023 đến tháng 11/2023. Sử dụng

bệnh án của bệnh viện, thu thập các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lý, các thông tin về điều trị và theo dõi từ lúc bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân xuất viện. Liên lạc với thân nhân và BN qua điện thoại để thu thập số liệu sau khi tái khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu.

Tuổi trung bình của BN là $69,5 \pm 8,51$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 56 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 80 thuộc đối tượng nguy cơ phẫu thuật cao chiếm 16,7%.

Nam chiếm 26 trường hợp (86,7%), nữ có 4 trường hợp (13,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 7:1.

3.2. Yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh lý đi kèm. Có 22 BN tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua chiếm tỷ lệ 73,3%; 7 BN tiền sử có tai biến mạch máu não chiếm 23,3% và 1 bệnh nhân không có triệu chứng trước đây chiếm 3,3%.

Trong những BN hẹp động mạch cảnh được đưa vào nghiên cứu thì tuổi (nam ≥ 55 ; nữ ≥ 65), tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn chuyển hoá lipid máu, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 100%, 70%, 66,7%, 53,3%, 26,7%, chỉ có yếu tố nguy cơ đái tháo đường chiếm tỉ lệ thấp là 26,7%.

Các bệnh lý đi kèm trong nhóm nghiên cứu không nhiều, chỉ chiếm tỉ lệ từ 10% đến 30%. Chiếm nhiều nhất là bệnh lý suy thận mạn với tỷ lệ 30%. Bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao thứ hai với tỷ lệ 13,3%.

3.3. Triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là các BN hẹp động mạch cảnh có triệu chứng, chiếm tỉ lệ 90%. Các bệnh nhân không có triệu chứng là những BN đến khám và điều trị bệnh lý động mạch ngoại biên tại bệnh viện Chợ Rẫy, khi đánh giá hệ mạch máu nuôi não ở những bệnh nhân này thì phát hiện hẹp động mạch cảnh trong nên được phẫu thuật tái thông mạch máu nuôi não để phòng ngừa nguy cơ tai biến mạch máu não.

3.4. Tổn thương trên hình ảnh học

Bảng 3.1. So sánh mức độ hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật giữa siêu âm và CTA

Mức độ hẹp động mạch cảnh	Trung bình	Nặng	Giá trị p
Cận lâm sàng			
Siêu âm n (%)	2(6,7%)	28(93,3%)	1*
CTA n (%)	1(3,3%)	29(96,7%)	

(*) Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Đa phần BN trong nhóm nghiên

cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm chiếm tỷ lệ 93,3%, chỉ có 6,7% BN hẹp động mạch cảnh nhẹ; còn trên CTA động mạch cảnh, 96,7% BN trong nhóm nghiên cứu bị hẹp nặng động mạch cảnh trong. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hẹp động mạch cảnh trong giữa CTA và siêu âm doppler.

Bảng 3.2. Mức độ hẹp động mạch cảnh đối bên phẫu thuật trên CTA

Đặc điểm	n (%)
Bình thường	1 (3,3%)
Hẹp < 50%	1 (3,3%)
Hẹp 50 - < 70%	4 (13,4%)
Hẹp 70 - 99%	1 (3,3%)
Tắc động mạch cảnh trong	23 (76,7%)

Nhận xét: Tỷ lệ tắc động mạch cảnh trong đối bên là 76,7%, hẹp động mạch cảnh trong đối bên đi kèm chiếm 20% (trong đó hẹp động mạch cảnh trong đối bên $\geq 50\%$ chiếm tỷ lệ 16,7%) trên CTA.

3.5. Yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tắc động mạch cảnh trong đối bên chiếm đa số trong các BN nguy cơ phẫu thuật cao với tỷ lệ 76,7%. Có 13,3% BN có 1 yếu tố nguy cơ cao là tuổi ≥ 80 , có 6,7% BN có 1 yếu tố nguy cơ cao là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Đồng thời có 1 BN, chiếm tỷ lệ 3,3% có 2 yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao là tuổi ≥ 80 và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Không có BN nào có bệnh tim mạch nặng, xạ trị vùng cổ hay tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật.

3.6. Đặc điểm trong phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm	N (%)
Vị trí phẫu thuật: bên phải	21(70%)
Phương pháp vô cảm: gây mê toàn thân	27(90%)
Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ	3(10%)
Kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh	27(90%)
Kỹ thuật cổ điển có dùng miếng vá màng tim bò	3(10%)
Shunt động mạch cảnh	24(80%)
Thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình (phút)	14,67 $\pm$ 3,04
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	121,33 $\pm$ 26,88
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,5 $\pm$ 1,1

Nhận xét: Có 70% BN phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh bên phải, 30% BN còn lại được phẫu thuật bên trái, không BN nào phẫu thuật 2 bên. Phần lớn BN được vô cảm bằng gây

mê nội khí quản chiếm 90%, gây tê tại chỗ chiếm 10%. Kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh được dùng trong 27 trường hợp, chiếm tỷ lệ 90%. Chỉ có 3 trường hợp, chiếm tỷ lệ 10% dùng kỹ thuật cổ điển với miếng vá màng tim bò trong phẫu thuật. Shunt động mạch cảnh được sử dụng trong 24 trường hợp, chiếm tỷ lệ 80%. Trong đó, tất cả 23 trường hợp có tắc động mạch cảnh trong đối bên đều dùng shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật. Thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: 14,67 $\pm$ 3,04 phút, trong đó nhanh nhất là 10 phút và lâu nhất là 20 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: 121,33 $\pm$ 26,8 phút, trong đó nhanh nhất là 60 phút và lâu nhất: 180 phút

3.7. Kết quả sớm. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 3,5 $\pm$ 1,1 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn nhất là 2 ngày, lâu nhất là 7 ngày.

Bảng 3.4. Biến chứng sớm

Biến chứng	n=30	Tỷ lệ
Chảy máu sau mổ	0	0%
Nhiễm trùng vết mổ	0	0%
Tổn thương các dây thần kinh sọ não	0	0%
Tai biến mạch máu não	1	3,3%
Nhồi máu cơ tim cấp	0	0%
Tử vong	0	0%

Nhận xét: Có 1 trường hợp tai biến mạch máu não trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 3,3%, không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu sau mổ, tụ máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, nhồi máu cơ tim hay tử vong. Kết quả thành công về phẫu thuật chiếm tỷ lệ 96,7%, phẫu thuật không thành công có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,3% do tai biến mạch máu não.

3.8. Kết quả trung hạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 bệnh nhân được theo dõi trung hạn, có 4 bệnh nhân mất theo dõi. Thời gian theo dõi lâu nhất là 44 tháng, ngắn nhất là 10 tháng. Đến cuối tháng 09/2023, thời gian theo dõi trung vị là 29 tháng.

Bảng 3.5. Kết quả theo dõi trung hạn

Đặc điểm	n=26	Tỷ lệ (%)
Không hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật	21	80,8%
Hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật < 50%	5	19,2%
Hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật $\geq 50\%$	0	0%
Tai biến mạch máu não	0	0%
Nhồi máu cơ tim	0	0%
Tử vong	0	0%

Nhận xét: Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại do hẹp lại động mạch cảnh cùng bên đã được phẫu thuật trước đó. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm động mạch cảnh, ghi nhận: 21 trường hợp (80,8%) không thấy hẹp lại động mạch cảnh, 5 trường hợp (19,2%) có hẹp động mạch cảnh cùng bên phẫu thuật nhưng tất cả đều hẹp dưới 50%. Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có bệnh nhân nào tử vong do nguyên nhân tai biến mạch máu não hay nhồi máu cơ tim.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, các BN có tuổi trung bình là 69,5 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm đa số là 93,6%, chỉ có 6,7% các BN có tuổi dưới 60. BN nhỏ tuổi nhất là 56 tuổi, cao tuổi nhất là 91 tuổi. Theo nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn trên 6370 BN được phẫu thuật bóc nội mạc hẹp động mạch cảnh có tuổi trung bình là 70,9 tuổi.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có nguy cơ phẫu thuật cao có giới tính nam chiếm 26 trường hợp (86,7%), nữ giới có 4 trường hợp (13,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 7:1. So sánh với nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn, nam giới chiếm tỷ lệ 58,6%.¹ Cũng theo nghiên cứu của M. Droz trên 424 BN nam giới chiếm tỷ lệ là 66,3%.² Như vậy, nam giới chiếm tỷ lệ cao ở những BN hẹp động mạch cảnh có nguy cơ phẫu thuật cao.

4.2. Yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh lý đi kèm. Có 22 BN có tiền sử cơn thiếu máu não thoáng qua chiếm tỷ lệ 73,3%; 7 BN có tiền sử tai biến mạch máu não và 1 BN không có triệu chứng trước đây chiếm 3,3%. Có 21 BN có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 70% tổng số BN. Theo kết quả nghiên cứu của M. Droz, tỷ lệ tăng huyết áp là 99,1%.²

Tỷ lệ hút thuốc lá là 66,7% (bao gồm cả những BN đang hút thuốc lá và đã từng hút thuốc lá). Hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao đứng hàng thứ 2 trong 4 yếu tố nguy cơ tim mạch. Và tỷ lệ BN có hút thuốc lá trong nghiên cứu của M. Droz là cao nhất khi so sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ lên đến 86,1%.⁸ Tỷ lệ rối loạn chuyển hoá mỡ máu chiếm 53,3% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu Geza Mozes⁶ với tỷ lệ là 76%. Tỷ lệ BN đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,7%. Đối chiếu với các kết quả từ nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn,¹ M. Droz² tỷ lệ BN có đái tháo đường đều là 31,4%.

Các bệnh lý đi kèm: suy thận mạn, bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên không nhiều chỉ chiếm tỷ lệ từ 3,3% đến 30%. Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là suy thận mạn với tỷ lệ 30%. Xơ vữa động mạch là bệnh lý của tất cả các giường mạch máu. Theo các khuyến cáo, bệnh lý hẹp động mạch cảnh được xem là bệnh lý tương đương bệnh động mạch vành. Tỷ lệ bệnh mạch vành trong nghiên cứu của Geza Mozes,⁶ Marc L. Schermerhorn¹ lần lượt là 55%, 48,1%.

Bệnh động mạch ngoại biên chiếm tỷ lệ 10% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên trong nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn là 43,7% cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.¹

4.3. Triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN chủ yếu là hẹp động mạch cảnh có triệu chứng chiếm tỉ lệ 90%. Tỷ lệ BN có triệu chứng trong nghiên cứu của Geza Mozes là 27%.⁶ So sánh với nghiên cứu của M. Droz, tỷ lệ này là 26,3%.² Như vậy, đa phần BN 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 BN không triệu chứng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong các nghiên cứu này.

4.4. Tổn thương trên hình ảnh học. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 93,3% BN hẹp nặng ≥ 70 động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm, tỷ lệ này trên CTA là 96,7% 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 BN này khi phẫu thuật, cũng được phẫu thuật viên ghi nhận động mạch cảnh trong hẹp nặng và hẹp khít.

4.5. Yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao. Có 5 BN có tuổi ≥ 80 , chiếm 16,7% tổng số BN. So sánh với nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn tỷ lệ BN có tuổi ≥ 80 là 19,3%.¹ Còn trong nghiên cứu của M. Droz, tỷ lệ này lên đến 52,2%.² Kết quả từ nghiên cứu của Marc L. Schermerhorn và các cộng sự chỉ ra rằng tuổi ≥ 80 làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch mà không làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não và tử vong sau CEA.¹ Tắc động mạch cảnh trong đối bên là yếu tố nguy cơ cao chủ yếu, chiếm 76,6% tổng số BN. Có 3 BN có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, chiếm 10% tổng số BN. Tỷ lệ BN có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng trong nghiên cứu Geza Mozes⁶, M. Droz² lần lượt là 17,3%, 4,2%.

Không có BN nào có yếu tố nguy cơ cao là bệnh lý tim mạch nặng: suy tim NYHA III, IV và hoặc LVEF $< 30\%$, phẫu thuật tim hở trong 6 tuần gần đây, nhồi máu cơ tim gần đây: > 24

giờ và < 1 tháng, đau thắt ngực CCS III, IV. Không có BN nào có yếu tố nguy cơ cao là xạ trị vùng cổ. BN có xạ trị vùng cổ chiếm tỷ lệ thấp trong các nghiên cứu. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Geza Mozes là dưới 1%.⁶ Còn trong nghiên cứu của Marc L.Schermerhorn¹, M. Droz² tỷ lệ có xạ trị vùng cổ lần lượt là 0,3%, 5%. Không có BN nào có tiền sử bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật. Còn trong nghiên cứu của Marc L.Schermerhorn¹, M. Droz² tỷ lệ có xạ trị vùng cổ lần lượt là 2,5%, 3%.

4.6. Đặc điểm trong phẫu thuật. Về phương pháp vô cảm để phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi, 90% BN được gây mê toàn thân, chỉ 10% số BN được gây tê tại chỗ. Trong đó, 100% BN tắc động mạch cảnh trong đối bên được gây mê toàn thân trong mổ. 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. Lựa chọn phương pháp vô cảm tùy theo phẫu thuật viên.

Về shunt động mạch cảnh được dùng trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này chiếm đến 80%. Trong đó, tất cả BN có tắc động mạch cảnh trong đối bên (chiếm 76,7% tổng số BN) đều được gây mê và được đặt shunt động mạch cảnh.

Vì tỷ lệ tắc động mạch cảnh trong đối bên trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao, 76,7% tổng số BN nên tỷ lệ đặt shunt động mạch cảnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn khi so sánh với các nghiên cứu khác.

Đối với các BN gây mê toàn thân, đa phần BN chiếm tỷ lệ 88,8% (24/27 BN gây mê) được dùng shunt động mạch cảnh trong mổ để tránh nguy cơ thiếu máu não; 12,2% BN còn lại có dòng trào ngược từ động mạch cảnh trong cùng bên mạnh, tuần hoàn bàng hệ khá và không có hẹp nặng hay tắc động mạch cảnh trong đối bên, không dùng shunt động mạch cảnh trong trường hợp này. Đối với các BN gây tê tại chỗ, chúng tôi theo dõi sự thay đổi dấu hiệu thần kinh khu trú của BN bằng cách sau khi truyền tĩnh mạch heparin toàn thân 3 phút, tiến hành kẹp các động mạch cảnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật lộn ngược nội mạc động mạch cảnh được dùng trong 27 trường hợp, chiếm tỷ lệ 90%. Chỉ có 3 trường hợp, chiếm tỷ lệ 10% dùng kỹ thuật cổ điển với miếng vá màng tim bò trong phẫu thuật.

Thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,67 \pm 3,04$ phút, ngắn hơn khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Đỗ Kim Quế có thời gian kẹp động mạch cảnh trung bình là $24,6 \pm 6,2$ phút.⁸ Về thời gian

phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $121,33 \pm 26,88$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu NASCET là 150 phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $3,5 \pm 1,1$ ngày. Trong khi đó, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu SAPPHIRE là $2,85 \pm 3,67$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Tắc động mạch cảnh trong đối bên chiếm đa số các BN nguy cơ phẫu thuật cao, còn lại là tuổi ≥ 80 , bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Không có BN nào có bệnh tim mạch nặng, xạ trị vùng cổ hay tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật.

Phần lớn BN có triệu chứng hẹp động mạch cảnh khi nhập viện và có hẹp nặng động mạch cảnh trên CTA.

Chỉ có 1 trường hợp tai biến mạch máu não, không có trường hợp nào nhồi

máu cơ tim hoặc tử vong sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công về phẫu thuật cao.

Không ghi nhận trường hợp có biến chứng trong thời gian theo dõi trung hạn.

VI. KIẾN NGHỊ

Tầm soát bệnh lý hẹp động mạch cảnh nên được thực hiện trên những BN lớn tuổi đặc biệt là BN nam kèm các yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa mỡ máu, hút thuốc lá, đái tháo đường. Những BN tiền sử có cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc tai biến mạch máu não thì việc đánh giá hệ động mạch cảnh là cần thiết.

Điều trị hẹp động mạch cảnh trong bằng phương pháp bóc nội mạc ở BN có nguy cơ phẫu thuật cao cho kết quả khả quan và nên được xem xét thực hiện ở các trung tâm có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **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
5. **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
 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. **Howard G, Roubin GS, Jansen O, et al.** Association between age and risk of stroke or death from carotid endarterectomy and carotid stenting: a meta-analysis of pooled patient data from four randomised trials. *Lancet*. Mar 26 2016;387(10025): 1305-11. doi:10.1016/s0140-6736(15)01309-4
 8. **Nejim B, Dakour Aridi H, Locham S, Arhuidese I, Hicks C, Malas MB.** Carotid artery revascularization in patients with contralateral carotid artery occlusion: Stent or endarterectomy? *J Vasc Surg*. Dec 2017;66(6):1735-1748.e1. doi:10.1016/j.jvs.2017.04.055

KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CƠ GIẬT NỬA MẶT TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN HÀ NỘI

Dương Trung Kiên¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹,
Đinh Trung Thành¹, Nguyễn Việt Đức^{1,2}, Vũ Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh xung đột mạch máu với dây thần kinh số VII trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não và kết quả vi phẫu giải ép trong điều trị cơ giật nửa mặt. **Đối tượng và phương pháp:** 15 bệnh nhân được chẩn đoán cơ giật nửa mặt bằng các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh chụp cộng hưởng từ sọ não. **Kết quả:** 4 bệnh nhân nam và 11 bệnh nhân nữ. Triệu lâm sàng cơ giật mặt xảy ra ở bên phải gặp ở 8 trường hợp, 7 bệnh nhân có triệu chứng ở mặt bên trái. Định danh mạch máu gây xung đột bao gồm động mạch tiểu não trước dưới ở 7 bệnh nhân, động mạch tiểu não sau dưới ở 4 bệnh nhân, động mạch thân nền ở 3 bệnh nhân và động mạch tiểu não trên là 1 bệnh nhân. Triệu chứng hết cơ giật mặt sau mổ gặp với 9 trường hợp, giảm triệu chứng gặp ở 6 bệnh nhân. Theo dõi sau 6 tháng, hết cơ giật mặt là 9 trường hợp, giảm triệu chứng 5 và 01 trường hợp bị cơ giật tái phát. **Kết luận:** Vi phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh là một kỹ thuật hiệu quả trong điều trị cơ giật mặt do nguyên nhân xung đột mạch máu vùng góc cầu tiểu não với dây thần kinh số VII. Để nâng cao kết quả điều trị, phẫu thuật viên cần số lượng bệnh nhân đủ nhiều để tích lũy kinh nghiệm, cũng như có thể cân nhắc việc sử dụng các phương tiện hỗ trợ như nội soi hoặc theo dõi thần kinh trong mổ. **Từ khóa:** Cơ giật nửa mặt, vi phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Trung Kiên

Email: duongtkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

MICROVASCULAR DECOMPRESSION IN TREATMENT OF HEMIFACIAL SPASM AT SAINT PAUL HOSPITAL, HANOI

Objective: Hemifacial spasm (HFS) is characterized by involuntary tonic and/or clonic contractions of facial nerve muscles. This paper aims to introduce the results of microvascular decompression for HFS in Department of Neurosurgery, Saint Paul Hospital, Hanoi. **Subjects and methods:** The authors conducted a single-center study of 15 patients diagnosed with HFS by clinical symptoms and brain magnetic resonance imaging. **Results:** 4 male patients and 11 female patients. Clinical symptoms of facial convulsions occurred on the right side in 8 cases, and seven patients had symptoms on the left side. Neurovascular compression was found in all patients, and the main culprit was the anterior inferior cerebellar artery in 7 patients, the posterior inferior cerebellar artery in 4 patients, the basilar artery in 3 patients, and the superior cerebellar artery in 1 patient. Symptoms of no facial convulsions after surgery occurred in 9 cases, and symptom reduction occurred in 6 patients. After six months of follow-up, 9 cases had no facial convulsions, 5 cases had reduced symptoms, and 01 cases had a recurrence of convulsions. **Conclusion:** Microsurgical neurovascular decompression is an effective technique in treating facial spasms caused by vascular conflict in the cerebellopontine angle with cranial nerve VII. To improve treatment results, surgeons need a large enough number of patients to accumulate experience, and they must consider using supporting means such as endoscopy or intraoperative neurological monitoring. **Keywords:** Hemifacial spasm, microvascular decompression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ giật nửa mặt là một bệnh lý đặc trưng bởi những cơn giật của cơ mắt dưới, sau đó là sự