

- 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 nửa 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

tham gia của các cơ quanh mắt, cơ mặt, cơ quanh miệng và cơ vùng cổ. Nguyên nhân gây bệnh được cho rằng bởi sự rối loạn quá mức của dây thần kinh mặt, gây ra bởi sự bất thường trên đường đi tại vùng đi ra của rễ thần kinh. Một trong những bất thường hay gặp nhất đó là các mạch máu vùng góc cầu tiểu não bắt chéo hoặc tiếp xúc, tạo ra sự "va chạm" với dây thần kinh. Phẫu thuật giải ép thần kinh mạch máu và tiêm botulinum là hai phương pháp chính để điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên, vi phẫu giải ép mạch máu thần kinh được xem là phương pháp điều trị hiệu quả bởi là phương pháp duy nhất để triệt căn nguyên nhân co giật bởi sự "va chạm" này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật trong điều trị bệnh co giật nửa mặt tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (Hà Nội).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 15 bệnh nhân được chẩn đoán co giật nửa mặt và điều trị bằng phương pháp vi phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh tại khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (Hà Nội).

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng biểu hiện các cơn co giật không tự chủ, không thành cơn tại một bên mặt và có hình ảnh xung đột mạch máu – dây thần kinh VII cùng bên với biểu hiện lâm sàng trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não.

+ Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật giải ép mạch máu thần kinh tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (Hà Nội).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có cơn co giật nửa mặt nhưng nguyên nhân là do các khối choán chỗ vùng góc cầu tiểu não như u, túi phình mạch não, dị dạng mạch.

+ Bệnh nhân có cơn co giật nửa mặt nhưng không tìm thấy hình ảnh xung đột mạch máu thần kinh trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu chùm ca bệnh

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, tỷ lệ nam/nữ, thời gian bệnh kéo dài

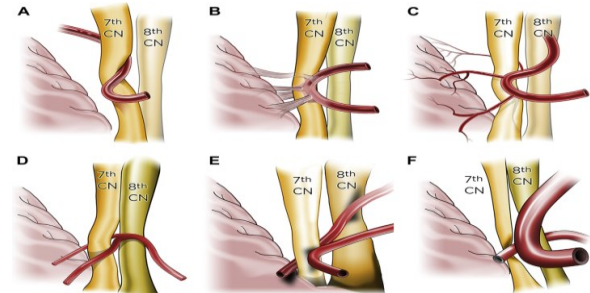
- Phân độ co giật mặt theo bảng điểm Jankovic (1).

Điểm	Triệu chứng co giật nửa mặt
1	Gia tăng nháy mắt và run mi mắt kéo dài dưới 1 giây
2	Gia tăng nháy mắt và run mi mắt kéo dài trên 1 giây, không có co giật

3	Co giật mi mắt gây nhắm mắt < 50% thời gian thức giấc
4	Co giật mi mắt gây nhắm mắt > 50% thời gian thức giấc

- Định danh mạch máu tiếp xúc với dây thần kinh số VII

- Hình thái tiếp xúc giữa mạch máu và dây thần kinh số VII:



Hình 1. Các hình thái chèn ép mạch máu và thần kinh số VII (2)

A. kiểu vòng mạch, B. kiểu màng nhện dính mạch máu thần kinh, C. kiểu nhánh mạch xuyên gây dính mạch máu với thần kinh, D. kiểu dây thần kinh bị kẹt giữa mạch chính và nhánh của nó, E. kiểu "bánh mỳ" kẹp giữa hai mạch riêng rẽ, F. kiểu mạch máu chèn ép lên dây thần kinh do một mạch khác chèn lên nó.

- Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện và 6 tháng sau phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Anthony Kaufmann như sau (3):

Kết quả	Tình trạng người bệnh
Hết co giật	Hết co giật mặt hoàn toàn
Giảm co giật	Giảm hơn 75% số cơn co giật mặt so với trước phẫu thuật
Không cải thiện	Co giật mặt như trước mổ hay giảm ít hơn 75% số cơn co giật mặt so với trước phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu

- Bệnh co giật mặt xảy ra ở 11 trường hợp nữ (73,3%) và 4 trường hợp nam giới (26,7%), với độ tuổi trung bình là 43,9 ± 12,5 tuổi và thời gian bệnh tồn tại là 6,34 ± 4,7 năm.

- Co giật xảy ra ở mặt bên phải chiếm 80% (12/15 người bệnh), và 20% cơn co giật xảy ra ở bên trái (3/15 người bệnh).

3.2. Điểm Jankovic trước phẫu thuật

Bảng 1. Mức độ lâm sàng trước phẫu thuật

Điểm Jankovic	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0-2	4	26,7
3-4	11	73,3

3.3. Định danh mạch máu gây bệnh

Bảng 2. Các mạch máu là nguyên nhân

gây bệnh

Tên mạch máu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Động mạch tiểu não trước dưới (AICA)	7	46,7
Động mạch tiểu não sau dưới (PICA)	4	26,7
Động mạch thân nền (PICA)	3	20,0
Động mạch tiểu não trên (SCA)	1	6,6

3.4. Hình thái tiếp xúc giữa mạch máu và dây thần kinh VII

Bảng 3. Các hình thái tiếp xúc giữa mạch máu và thần kinh tại vùng góc cầu tiểu não

Hình thái tiếp xúc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
A	12	80,0
B	2	13,4
C	1	6,6

3.5. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện và sau phẫu thuật 6 tháng

Kết quả phẫu thuật	Tại thời điểm ra viện		Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hết co giật	9	60,0	9	60,0
Giảm co giật	6	40,0	5	33,4
Không cải thiện	0	0,0	1	6,6

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu. Với tỷ lệ nam/nữ là 1/3, kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Trần Hoàng Ngọc Anh (1), Lê Trần Minh Sử (3), Phạm Hoàng Anh (4). Thời gian người bệnh chịu đựng cơn co giật mặt khoảng 6 năm. Đặc điểm này cho thấy, đây là trạng thái bệnh lý không ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh, nhưng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Người bệnh chỉ tìm cách điều trị khi cơn co giật kéo dài, tác động đến tâm lý, giao tiếp xã hội. Điều này cũng phù hợp với tình trạng trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu. Điểm Jankovic trước phẫu thuật độ 3 và 4 chiếm 73,3% (Bảng 1). Thời gian tồn tại cơn co giật trước mổ cũng là điểm khác biệt giữa các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của tác giả Peng và cộng sự (2023) cho thấy, thời gian này trung bình là 3,2 năm trong nhóm 123 bệnh nhân bị co giật mặt (5).

Chẩn đoán co giật nửa mặt trên lâm sàng không quá khó khăn. Những cơn co giật điển hình thường khởi đầu từ các cơ vòng mắt, sau đó lan xuống má rồi đến các cơ vòng miệng. Cơn

giật không điển hình thì có thứ tự ngược lại. Ngoài ra, cần phân biệt cơn co giật nửa mặt với các bệnh lý khác như chứng co thắt cơ mắt (blepharospasm), co cứng cơ vùng mặt (facial myokymia) hay động kinh cục bộ vùng mặt (6).

4.2. Hình ảnh xung đột mạch máu thần kinh VII. Chụp cộng hưởng từ sọ não giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân mạch máu tiếp xúc với dây thần kinh số VII, đồng thời loại trừ các nguyên nhân khác như u não, dị dạng mạch não hay xơ cứng rải rác. Đoạn dây thần kinh VII liên quan đến co giật nửa mặt chính là vị trí dây VII đi trong bể dịch não tủy. Tác giả Donahue JH và cộng sự (2017) chia nhỏ đoạn trong bể dịch não tủy của dây thần kinh VII thành 4 đoạn riêng biệt khác nhau (2). Bốn đoạn này bao gồm: đoạn bắt đầu đi ra từ thân não (REZ – Root Exit Zone), đoạn tách khỏi thân não thực sự (RDZ – Root Detachment Zone), đoạn chuyển dạng myelin (TZ – Transitional myelin Zone) và đoạn nằm tự do trong bể dịch não tủy (CZ – true Cisternal Zone). Chúng tôi thực hiện kỹ thuật chụp với xung 3D-T2-SPACE, sau đó tiến hành "trộn" phối hợp với xung 3D-TOF-MRA để định danh mạch máu gây bệnh, cũng như vị trí tiếp xúc giữa hai thành phần mạch máu và thần kinh VII. Bốn động mạch là nguyên nhân gây xung đột trong nghiên cứu của chúng tôi là động mạch tiểu não trước dưới (46,7%), động mạch tiểu não sau dưới (26,7%), động mạch thân nền (20%) và động mạch tiểu não trên (6,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có một động mạch là nguyên nhân gây bệnh. Điều này khác so với nghiên cứu của một số tác giả khác, đó là có sự phối hợp của hai động mạch (3),(7) hoặc phối hợp giữa động mạch và tĩnh mạch (1). Nghiên cứu trên 115 bệnh nhân co giật mặt, Campos-Benitez và cộng sự (2008) cho thấy vị trí tiếp xúc giữa hai thành phần này là 10% ở vùng REZ, 64% ở đoạn RDZ, 22% ở đoạn TZ và 3% ở vị trí CZ (7). Nguyên nhân gây tiếp xúc là đa thành phần chiếm đến 38% với mức độ chèn ép nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 27% - 61% và 12%.

Quan sát trong phẫu thuật, chúng tôi cho thấy kết quả tương xứng với mô tả trên phim chụp cộng hưởng từ về định danh tên mạch máu gây bệnh. Kiểu tiếp xúc giữa mạch máu và dây thần kinh VII phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi là dạng mạch máu tạo thành hình vòng cung từ đó "ấn" lên dây chiếm 80% các trường hợp (12/15 bệnh nhân). Mức độ tạo "dấu ấn" của mạch máu trên dây thần kinh số VII cũng tương xứng với mức độ co giật của người bệnh. Tuy nhiên, vì số lượng bệnh nhân còn ít,

nên chúng tôi chưa thống kê và so sánh giữa hai yếu tố này. Đây cũng là hướng nghiên cứu tiếp theo của đề tài. Trong nghiên cứu với 236 trường hợp co giật mặt của Park và cộng sự (2008), hình thái tiếp xúc giữa mạch máu và dây thần kinh số VII theo các dạng A đến F (hình 1) lần lượt là 4,6% - 27,9% - 24,6% - 7,6% - 11,9% và 22% (8).

4.3. Kết quả điều trị vi phẫu giải ép mạch máu thần kinh số VII. Vai trò của vi phẫu giải phóng chèn ép hai thành phần trong điều trị co giật nửa mặt là điều không cần tranh luận. Đây là phương pháp can thiệp đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị bệnh lý này. Với số lượng 15 ca bệnh, chúng tôi có 9 trường hợp hết co giật hoàn toàn tại thời điểm ra viện cũng như tại thời điểm thăm khám lại sau 6 tháng. Tuy nhiên, tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, chúng tôi có 1 bệnh nhân bị tái phát co giật nửa mặt. Trong thời gian đầu triển khai phẫu thuật, chúng tôi thường cố gắng tìm và giải ép tối đa những điểm tiếp xúc giữa mạch máu và thần kinh bằng cách gỡ và cắt bỏ màng nhện rộng rãi. Chính vì vậy, sau mổ, bệnh nhân thường có liệt VII tạm thời và được điều trị bằng corticoide phối hợp với châm cứu. Chúng tôi cũng nhận thấy, việc gỡ bỏ rộng rãi màng nhện sẽ giúp hút bỏ dịch não tủy tạo khoảng không gian thao tác tốt, nhưng sau mổ, bệnh nhân thường chóng mặt và nôn nhiều. Từ đó, chúng tôi chủ trương chỉ tập trung giải ép phần tiếp xúc giữa mạch máu và thần kinh quan sát được trên chụp cộng hưởng từ. Điều này làm giảm thời gian, cường độ gây ra các "va chạm" giữa dụng cụ vi phẫu với dây VII, nên hạn chế được phần nào mức độ liệt sau phẫu thuật. Tuy nhiên, vì số lượng bệnh nhân còn ít, nên cần tiếp tục nghiên cứu vấn đề này. Chúng tôi cũng cho rằng, với dạng tiếp xúc mạch máu thần kinh theo kiểu B (hình 1) thì chỉ cần cắt bỏ màng nhện đã tạo ra khoảng trống đủ lớn để mạch máu không còn tiếp xúc với thần kinh. Việc đặt miếng Teflon trong trường hợp này là không cần thiết.

Tác giả Lê Trần Minh Sử và cộng sự (2012) cho kết quả 72% người bệnh hết co giật và 12% bệnh nhân giảm được tần suất cơn co (3). Trần Hoàng Ngọc Anh (2013) đã tiến hành theo dõi trung bình 12 tháng với 45 trường hợp được phẫu thuật, cho thấy có 75,6% hết co giật khi ra viện (1). Sau 3 năm, số người bệnh hết co giật mặt tăng lên 93% nhưng bù lại có 2 trường hợp bị tái phát. Kết quả trong nghiên cứu của tác giả Park và cộng sự (2008) cũng cho kết quả rất ấn tượng với 93,64% hết co giật hoàn toàn sau 3

tháng phẫu thuật. Tác giả này cũng nhận thấy, kiểu tiếp xúc dạng A (hình 1) có kết quả điều trị hoàn hảo nhất, với 100% các trường hợp hết hoàn toàn cơn co giật sau phẫu thuật. Dạng tiếp xúc kiểu E có nhiều biến chứng nhất về dị cảm vùng mặt sau can thiệp.

Để nâng cao kết quả điều trị co giật mặt bằng vi phẫu thuật, cũng giống như trong phẫu thuật điều trị đau dây thần kinh số V, xu hướng sử dụng nội soi hỗ trợ (4) hoặc phẫu thuật nội soi toàn bộ (5) đang được triển khai. Áp dụng nội soi hỗ trợ, Phạm Hoàng Anh và cộng sự (2023) (4) đạt được kết quả 45,45% bệnh nhân hết triệu chứng và 54,55% ca bệnh giảm triệu chứng sau phẫu thuật. Với phẫu thuật nội soi toàn bộ, tác giả Peng và cộng sự (2023) (5) cho kết quả đến 99,1% bệnh nhân hết cơn co giật sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới.
- Nguyên nhân gây chèn ép chủ yếu đến từ động mạch tiểu não trước dưới.
- Phẫu thuật vi phẫu cho kết quả hết cơn co giật mặt là chấp nhận được. Để cải thiện, phẫu thuật viên cần có thêm nhiều kinh nghiệm, cũng như sử dụng các phương tiện hỗ trợ khác như nội soi trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hoàng Ngọc Anh.** Co giật nửa mặt: kết quả điều trị bằng vi phẫu thuật giải ép vi mạch tại Bệnh viện Nhân dân Gia đình. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2013;17(6):6.
2. **Donahue JH, Ornan DA, Mukherjee S.** Imaging of Vascular Compression Syndromes. Radiol Clin North Am. 2017;55(1):123-38.
3. **Lê Trần Minh Sử, Nguyễn Phong.** Phẫu thuật giải ép vi mạch trong điều trị co giật nửa mặt: kết quả phẫu thuật 39 bệnh nhân. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16(4):6.
4. **Phạm Hoàng Anh, Dương Đại Hà.** Kết quả điều trị vi phẫu thuật bệnh lý co giật mặt với nội soi hỗ trợ tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2023;162(1):8.
5. **Peng W, Zhao R, Guan F, Liang X, Jing B, Zhu G, et al.** Fully endoscopic microvascular decompression for the treatment of hemifacial spasm, trigeminal neuralgia, and glossopharyngeal neuralgia: a retrospective study. BMC Surg. 2023;23(1):331.
6. **Chaudhry N, Srivastava A, Joshi L.** Hemifacial spasm: The past, present and future. J Neurol Sci. 2015;356(1-2):27-31.
7. **Campos-Benitez M, Kaufmann AM.** Neurovascular compression findings in hemifacial spasm. J Neurosurg. 2008;109(3):416-20.
8. **Park JS, Kong DS, Lee JA, Park K.** Hemifacial spasm: neurovascular compressive patterns and surgical significance. Acta Neurochir (Wien). 2008;150(3):235-41; discussion 41.

ĐÁNH GIÁ ĐƯỜNG HUYẾT CHU PHẪU VÀ CÁC BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Ngọc Trân¹, Trần Việt An²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng đường huyết chu phẫu làm tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường. **Mục tiêu:** Đánh giá đường huyết chu phẫu và mối liên quan giữa đường huyết chu phẫu với các biến chứng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên bệnh nhân phẫu thuật có kèm đái tháo đường từ 5/2020 đến 10/2020, tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu trước phẫu thuật là 64,2%, ngày đầu tiên sau phẫu thuật là 46,9%. Nhóm phẫu thuật nhỏ và theo chương trình có tỉ lệ đạt mục tiêu đường huyết cao. Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật là 66,7%, viêm phổi (29,3%), nhiễm trùng vết mổ (19,5%), suy thận cấp (13,4%). Đường huyết cao trước phẫu thuật làm tăng biến chứng suy hô hấp ($p=0,005$) và tử vong ($p=0,043$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân đái tháo đường, biến chứng hậu phẫu thường gặp nhất là viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ và suy thận cấp. Đường huyết cao trước phẫu thuật làm tăng biến chứng suy hô hấp và tử vong. **Từ khóa:** đường huyết, đường huyết chu phẫu, biến chứng sau phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PERIOPERATIVE GLUCOSE CONTROL AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN DIABETES PATIENTS AT CANTHO GENERAL HOSPITAL

Background: Perioperative hyperglycemia increases postoperative complications in diabetes patients. **Objectives:** To evaluate perioperative glycemia and the relationships between perioperative glycemic control and postoperative complications. **Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional study on surgical patients with diabetes from May 2020 to October 2020, at Can Tho General Hospital. **Results:** Patients' plasma glucose reaching the preoperative target was 64.2%, and on the first day after surgery was 46.9%. The small and elective surgery group had a high rate of achieving glycemic goals. Patients with post-operative complications was 66.7%, including pneumonia (29.3%), wound infection (19.5%) and acute kidney failure (13.4%). Preoperative hyperglycemia increases complications of respiratory failure ($p=0.005$) and

mortality rate ($p=0.043$). **Conclusion:** In diabetes patients, the most common postoperative complications are pneumonia, wound infection and acute kidney failure. Preoperative hyperglycemia increases postoperative complications of respiratory failure and death. **Keywords:** glycemia, perioperative hyperglycemia, postoperative complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây phổ biến trên toàn cầu [3]. 50% bệnh nhân ĐTĐ trải qua phẫu thuật ít nhất một lần trong đời [4]. Tăng đường huyết (ĐH) chu phẫu làm tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân ĐTĐ [1], [2]. Đường huyết trên 140mg% có khoảng 40% bệnh nhân (BN) phẫu thuật ngoài tim trong đó có phẫu thuật ngoại tổng hợp [5]. Các nghiên cứu thấy bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng sau phẫu thuật cao hơn so với nhóm không mắc ĐTĐ [5]. Một báo cáo cho thấy 59% BN nhập viện được kiểm soát ĐH [5]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa ĐH chu phẫu và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân ĐTĐ phẫu thuật tại khoa ngoại tổng hợp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu: *Đánh giá đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định phẫu thuật, xác định tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và phân tích mối liên quan giữa ĐH chu phẫu và các biến chứng sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 81 bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định phẫu thuật nhập tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ (BVĐKTPCT) từ 01/05/2020 đến 01/10/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nhập khoa Ngoại tổng hợp có chỉ định phẫu thuật có tiền sử mắc ĐTĐ hoặc mới được chẩn đoán theo tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2020 [9].

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc tử vong trước khi phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: mẫu thuận tiện, BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và đồng ý

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Ngọc Trân

Email: luungoctran76@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024