

- November 30, 2018.
6. **Ojo MA, Omoregie OF, Altini M, Coleman H.** A clinico-pathologic review of 56 cases of ossifying fibroma of the jaws with emphasis on the histomorphologic variations. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(5):619-623. doi:10.4103/1119-3077.141429
7. **Shi RR, Li XF, Zhang R, Chen Y, Li TJ.** GNAS mutational analysis in differentiating fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the jaw. *Mod Pathol.* 2013;26(8):1023-1031. doi:10.1038/modpathol.2013.31
8. **Wright JM, Vered M.** Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol.* 2017;11(1):68-77. doi:10.1007/s12105-017-0794-1

## KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC CÓ DỪNG MIẾNG VÀ MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH

Lê Đức Tín<sup>1</sup>, Phan Quốc Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu về kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ 01/03/2012 đến 30/12/2023, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ năm 2012 đến 2023, chúng tôi đã thực hiện 46 ca phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu được theo dõi dài hạn. Tuổi trung bình là 69,6 (58 – 82). Tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Có 87% bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh lúc nhập viện. Đa phần bệnh nhân được gây mê toàn thân (89,1%), đặt shunt động mạch cảnh (91,3%) trong phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều được dùng miếng vá mạch máu bằng vật liệu màng tim bò. Thời gian theo dõi dài hạn trung bình là 59 ± 9,8 tháng. Có 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn. **Kết luận:** phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu là phương pháp an toàn và hiệu quả, cho kết quả dài hạn khả quan trong điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Từ khóa:** bóc nội mạc động mạch cảnh, yếu tố nguy cơ cao.

### SUMMARY

#### LONG-TERM OUTCOMES OF ENDARTERECTOMY USING VASCULAR PATCH TO TREAT CAROTID ARTERY STENOSIS

**Background:** There are still few studies on the long-term outcome of endarterectomy using vascular patch to treat carotid artery stenosis. **Objective:** Evaluation of long-term outcome of carotid endarterectomy using vascular patch to treat carotid

artery stenosis. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from March 1, 2012 to December 30, 2023 at the Vascular Surgery Department of Cho Ray Hospital. **Results:** During the period from 2012 to 2023, we performed 46 cases of endarterectomy with vascular patch with long-term follow-up. The mean age was 69.6 (58-82). The male/female ratio was 6.7/1. 87% of patients had symptoms of carotid artery stenosis at admission. Most patients received general anesthesia (89.1%) and carotid artery shunt (91.3%) during surgery. All patients received vascular patches made of bovine pericardial material. The mean long-term follow-up time was 46 ± 9.8 months. There was 1 case (2.2%) of carotid artery restenosis, no cases of myocardial infarction (MI), cerebrovascular accident (CVA), or death were recorded during long-term follow-up. **Conclusion:** Treatment of carotid artery stenosis by endarterectomy in a group of patients with high-risk factors, has good mid-term results and should be considered in experienced centers.

**Keywords:** carotid endarterectomy, vascular.

### 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%. 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.<sup>1</sup> Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (Carotid endarterectomy CEA) 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. Có 2 kỹ thuật để phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: kỹ thuật cổ điển (Conventional – CEA), được thực hiện bằng cách bóc động mạch cảnh trong lấy màng xơ vữa, sau đó động mạch cảnh được khâu lại trực tiếp hoặc phục hồi bằng miếng vá mạch máu; kỹ thuật lộn ngược nội mạc (Eversion – CEA) được

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: dr.ductin@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

thực hiện bằng cách cắt ngang động mạch cảnh trong tại gốc và lộn ngược nội mạc để lấy mảng xơ vữa. Trong đó, kỹ thuật cổ điển thích hợp với các trường hợp thương tổn mảng xơ vữa kéo dài và dễ dàng thao tác đặt shunt tạm khi cần. Việc dùng miếng vá mạch máu cho thấy giảm tỷ lệ tái biến mạch máu não, tử vong chu phẫu cũng như tái hẹp sau phẫu thuật.<sup>2,3</sup> Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch điều trị hẹp động mạch cảnh trong. Hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu về kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong; do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

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

**Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh trong được phẫu thuật bóc nội mạc tại khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/03/2012 đến 30/12/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

**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 mô tả hàng loạt ca được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. 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 sau khi tái khám.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu:** Trong thời gian từ 01/03/2012 đến 30/12/2023, chúng tôi đã thực hiện bóc nội mạc động mạch cảnh trong có dùng miếng vá mạch máu cho 46 trường hợp trong đó 40 bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Tuổi trung bình: 68,6 ± 8,3 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 59 tuổi và lớn nhất là 80 tuổi.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
-------------------	--------------------	---------

Hẹp động mạch cảnh có triệu chứng	37	80,4
Tiền sử bệnh lý mạch máu não	35	76,1
Bệnh mạch vành	9	19,6
Bệnh mạch máu ngoại biên	6	13
Tăng huyết áp	38	82,6
Đái tháo đường	10	21,7
Hút thuốc lá	25	54,3
Rối loạn chuyển hoá lipid máu	21	45,7

**Tổn thương trên hình ảnh học:** Trong 46 trường hợp trong nghiên cứu, tất cả đều được siêu âm Dopler và chụp CTA động mạch cảnh.

**Bảng 2: Mức độ hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật**

Mức độ hẹp động mạch cảnh Cận lâm sàng	Trung bình (50% - <70%)	Nặng (70% - 99%)	Giá trị p
Siêu âm n (%)	10(21,7%)	36 (78,3%)	1*
CTA n (%)	11 (23,9%)	35 (76,1%)	

(\* ) Kiểm định chính xác Fisher

Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm và CTA. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hẹp động mạch cảnh trong giữa CTA và siêu âm doppler.

**Đặc điểm trong phẫu thuật:** Đa phần bệnh nhân được gây mê toàn thân (89,1%), đặt shunt động mạch cảnh (91,3%) trong phẫu thuật, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu được phục hồi mạch máu bằng miếng vá màng tim bò.

**Bảng 3: Đặc điểm trong phẫu thuật**

Đặc điểm	N (%)
Vị trí phẫu thuật: bên phải	22 (47,8%)
Gây mê toàn thân	41 (89,1%)
Gây tê tại chỗ	5 (10,9%)
Shunt động mạch cảnh	42 (91,3%)
Thời gian kẹp ĐMC trung bình (phút)	17,27± 3,15
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	116,13± 10,76
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,1±1,5

**Kết quả sớm:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 3,1± 1,5 ngày ; có 1 trường hợp TBMMN trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 2,2%, không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, NMCT hay tử vong.

**Kết quả dài hạn:** Thời gian theo dõi lâu nhất là 71 tháng, ngắn nhất là 48 tháng. Thời gian theo dõi trung hạn trung bình là  $59 \pm 9,8$  tháng. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm động mạch cảnh, ghi nhận: 39 trường hợp (84,8%) không thấy hẹp lại động mạch cảnh, 6 trường hợp (13%) có hẹp dưới 50% động mạch cảnh cùng bên phẫu thuật và 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, hẹp 60% cùng bên phẫu thuật trước đó; không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng NMCT, TBMMN, tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn.

**Bảng 4. Kết quả theo dõi dài hạn**

Đặc điểm	N= 46	Tỷ lệ (%)
Không hẹp ĐMC bên phẫu thuật	39	84,8
Hẹp ĐMC bên phẫu thuật < 50%	6	13
Hẹp ĐMC bên phẫu thuật $\geq$ 50%	1	2,2
TBMMN	0	0
NMCT	0	0
Tử vong	0	0

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tuổi trung bình là 69,6 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 6,7/1; 87% 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 82,6%. Điều này cũng tương tự các nghiên cứu khác trong y văn khi 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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu là hẹp động mạch cảnh có triệu chứng chiếm tỷ lệ 87%. 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 quan tâm hơn khi mà các bệnh nhân thường chỉ đến khám khi có triệu chứng lâm sàng.

Siêu âm Doppler là phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán hẹp động mạch cảnh. Tất cả các trường hợp hẹp động mạch cảnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được làm siêu âm Doppler động mạch cảnh và động mạch đốt sống. Tuy nhiên độ nhạy và độ chuyên biệt của phương pháp này tùy thuộc rất nhiều vào tay nghề của bác sĩ siêu âm. Ngoài ra siêu âm còn có vai trò rất lớn trong tầm soát

bệnh lý động mạch cảnh trên các đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao như: giới nam, trên 50 tuổi, hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu. Chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt dựng hình hệ động mạch cảnh (MSCT) là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho phép xác định tổn thương động mạch trong sọ, phình động mạch đi kèm hoặc các tổn thương khác của não. Chúng tôi chỉ định chụp cắt lớp điện toán cho tất cả các trường hợp (100%) và chỉ định phẫu thuật dựa trên mức độ hẹp trên MSCT đo theo tiêu chuẩn Bắc Mỹ (NASCET). Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm và CTA. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hẹp động mạch cảnh trong giữa CTA và siêu âm doppler. Những bệnh nhân này cũng được phẫu thuật viên ghi nhận hẹp động mạch cảnh trong mức độ nặng trong phẫu thuật.

Về phương pháp vô cảm để phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi, 89,1% bệnh nhân được gây mê toàn thân, chỉ 10,9% số bệnh nhân được gây tê tại chỗ. 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. Tuy nhiên, đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu nhân tạo có thời gian mổ kéo dài, do đó việc gây mê toàn thân giúp tránh các trường hợp bệnh nhân không hợp tác đồng thời giúp thuận tiện cho việc đặt shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật.

Về shunt động mạch cảnh được dùng trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này chiếm đến 91,3%. Do việc dùng miếng vá mạch máu nhân tạo làm tăng thời gian phẫu thuật do đó việc dùng shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật giúp giảm nguy cơ thiếu máu não. Tuy nhiên sử dụng shunt tạm sẽ có nguy cơ gây vi huyết khối làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não. Việc sử dụng shunt tạm thường quy hay có chọn lọc vẫn còn là vấn đề còn bàn cãi. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong y văn cho thấy sử dụng shunt chọn lọc được đa số phẫu thuật viên chấp nhận.<sup>4</sup>

Có 2 kỹ thuật để phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: kỹ thuật cổ điển (Conventional – CEA), được thực hiện bằng cách bóc động mạch cảnh trong lấy màng xơ vữa, sau đó động mạch cảnh được khâu lại trực tiếp hoặc bằng miếng vá mạch máu để tránh gây hẹp động mạch; kỹ thuật lộn ngược nội mạc (Eversion – CEA) được thực hiện bằng cách cắt ngang động

mạch cảnh trong tại gốc và lộn ngược nội mạc để lấy màng xơ vữa. Lợi điểm của kỹ thuật lộn ngược nội mạc động cảnh là giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tránh nguy cơ nhiễm trùng miếng vá 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 màng xơ vữa kéo dài và dễ dàng thao tác đặt shunt tạm khi cần. Theo 1 phân tích gộp dựa trên 23 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, việc dùng miếng vá mạch máu làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ tai biến mạch máu não, tử vong chu phẫu cũng như giảm tỷ lệ tái hẹp sau phẫu thuật so với việc khâu trực tiếp mạch máu.<sup>2,3</sup> Phân tích của tác giả Paraskevas dựa trên 5 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, 20 nghiên cứu quan sát cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong và biến chứng chu phẫu, tái hẹp khi theo dõi dài hạn giữa kỹ thuật lộn ngược nội mạc và phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh có dùng miếng vá mạch máu, ngoại trừ biến chứng tụ máu vết mổ cho kết quả tốt hơn với kỹ thuật lộn ngược nội mạc.<sup>5</sup> Theo khuyến cáo của Hội Phẫu Thuật Mạch Máu Châu Âu 2023, việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật vụ thuộc vào sự lựa chọn của phẫu thuật viên, đặc tính giải phẫu động mạch cảnh.<sup>6</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được dùng miếng vá mạch máu bằng màng tim bò. Hiện nay, việc lựa chọn vật liệu dùng làm miếng vá mạch máu vẫn là vấn đề đang còn tranh luận, việc lựa chọn vật liệu làm miếng vá mạch máu phụ thuộc vào lựa chọn của phẫu thuật viên cũng như điều kiện cụ thể từng nơi. Trước đây, miếng má mạch máu bằng tĩnh mạch tự thân thường được sử dụng, tuy nhiên việc dùng tĩnh mạch tự thân cũng đi kèm các bất lợi như nhiễm trùng tại vị trí phẫu tích mạch máu và kéo dài thời gian phẫu thuật. Theo nghiên cứu của tác giả David J. Liesker và cộng sự trên 417 bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tai biến mạch máu não, tử vong và tái hẹp giữa miếng vá mạch máu bằng màng tim bò và miếng vá bằng polyester.<sup>7</sup> Nhìn chung, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ do miếng vá mạch máu theo các nghiên cứu trên thế giới là 0.2%.<sup>6</sup>

Về kết quả dài hạn, nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn. Nghiên cứu của tác giả Toshiyuki Okazaki và cộng sự trên 134 bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh dùng miếng

vá mạch máu, cho tỷ lệ tái hẹp >50% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 1% và 6,1%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 2,9% và 6,1%.<sup>8</sup> Một nghiên cứu khác của tác giả Avgerinos, cho tỷ lệ tái hẹp >50% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 15,4% và 24,3%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 4,5% và 8,5%.<sup>9</sup> Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Lamba, tỷ lệ tái hẹp >70% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 2,1% và 3,2%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 1,6% và 2,1%.<sup>10</sup> Theo nghiên cứu của tác giả Tomas Garzon-Muvdi, các bệnh nhân có rối loạn lipid máu, tuổi cao và tiền sử gia đình có tai biến mạch máu não làm tăng tỷ lệ tái hẹp sau phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khả quan khi so sánh với kết quả từ các nghiên cứu trên thế giới; đồng thời cho thấy phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít chỉ 46 trường hợp, nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca nên giá trị của nghiên cứu không cao, do đó cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp, chúng tôi nhận thấy rằng, phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu là phương pháp an toàn và hiệu quả, cho kết quả dài hạn khả quan trong điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Saini V, Guada L, Yavagal DR.** Global Epidemiology of Stroke and Access to Acute Ischemic Stroke Interventions. *Neurology*. Nov 16 2021;97(20 Suppl 2):S6-s16. doi:10.1212/wnl.0000000000012781
- Rerkasem K, Rothwell PM.** Systematic review of randomized controlled trials of patch angioplasty versus primary closure and different types of patch materials during carotid endarterectomy. *Asian J Surg*. Jan 2011;34(1):32-40. doi:10.1016/s1015-9584(11)60016-x
- Lazarides MK, Christaina E, Argyriou C, Georgakarakos E,** Tripsianis G, Georgiadis GS. Editor's Choice - Network Meta-Analysis of Carotid Endarterectomy Closure Techniques. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Feb 2021;61(2):181-190. doi:10.1016/j.ejvs.2020.10.009
- Aburahma AF, Mousa AY, Stone PA.** Shunting during carotid endarterectomy. *J Vasc Surg*. Nov 2011; 54(5):1502-10. doi:10.1016/j.jvs.2011.06.020
- Paraskevas KI, Robertson V, Saratzis AN, Naylor AR.** Editor's Choice - An Updated Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes Following Everson 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
6. **Naylor R, Rantner B, Ancetti S, et al.** Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. Jan 2023;65(1):7-111. doi:10.1016/j.ejvs.2022.04.011
  7. **Liesker DJ, Gareb B, Looman RS, et al.** Patch angioplasty during carotid endarterectomy using different materials has similar clinical outcomes. J Vasc Surg. Feb 2023;77(2):559-566.e1. doi:10.1016/j.jvs.2022.09.027
  8. **Okazaki T, Kanematsu Y, Shimada K, et al.** A Single-center Retrospective Study with 5- and 10-year Follow-up of Carotid Endarterectomy with Patch Graft. Neurol Med Chir (Tokyo). Jun 15 2019; 59(6):231-237. doi:10.2176/nmc.0a.2018-0309
  9. **Avgerinos ED, Chaer RA, Naddaf A, El-Shazly OM, Marone L, Makaroun MS.** Primary closure after carotid endarterectomy is not inferior to other closure techniques. J Vasc Surg. Sep 2016;64(3):678-683.e1. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.41
  10. **Lamba N, Zenonos GA, Igami Nakassa AC, Du R, Friedlander RM.** Long-Term Outcomes After Carotid Endarterectomy: The Experience of an Average-Volume Surgeon. World Neurosurg. Oct 2018;118:e52-e58. doi:10.1016/j.wneu.2018.06.120

## NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT ĐẶT CATHETER DẪN LƯU KHỐI MÁU TỤ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Văn Dẫn\*, Nguyễn Thế Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt catheter dẫn lưu khối máu tụ điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện thanh nhàn từ T6/2021 đến T12/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não nguyên phát điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, các bệnh nhân được can thiệp đặt catheter dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với thuốc tiêu sợi huyết. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 35 bệnh nhân, trong đó có 43% bệnh nhân nam, 57% bệnh nhân nữ, bệnh nhân trong nhóm chủ yếu có tiền sử tăng huyết áp (77%), đái tháo đường (45%), điểm Glasgow (GCS) lúc vào viện chủ yếu: 13- 15 điểm: 45,7%; 5-8: 34,3%. Bệnh nhân không thở máy lúc vào viện: 60%, bệnh nhân được can thiệp sớm dưới 12h chiếm 86%, thể tích khối máu tụ lớn nhất trước điều trị: 98±30.5, thể tích nhỏ nhất sau điều trị: 8±2.5. Mức độ hồi phục theo mRS lúc ra viện: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 tháng: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 tháng: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu: 22 bệnh nhân ra viện chiếm 63%, thời gian nằm viện (ngày): 15.68±8.13. Biến chứng của dẫn lưu ổ máu tụ chủ yếu viêm phổi sau chảy máu não chiếm 28.5%, không có viêm não. **Kết luận:** Áp dụng phẫu thuật dẫn lưu ổ máu tụ qua catheter trong chảy máu não nguyên phát kết hợp tiêu sợi huyết cải thiện đáng kể kết cục thần kinh của bệnh nhân. **Từ khóa:** Chảy máu não nguyên phát, phẫu thuật đặt catheter.

\*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dẫn  
Email: doctorkeryledan86@gmail.com  
Ngày nhận bài: 20.11.2024  
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024  
Ngày duyệt bài: 23.01.2025

### SUMMARY

#### RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF SURGICAL CATHETER PLACEMENT FOR HEMATOMA DRAINAGE IN THE TREATMENT OF PRIMARY CEREBRAL HEMORRHAGE AT THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

**Background:** Evaluation of the efficacy and safety of surgical catheter placement for hematoma drainage in the treatment of primary cerebral hemorrhage at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024. **Methods:** Descriptive study on 35 patients diagnosed with primary cerebral hemorrhage treated at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024, patients were treated with catheter placement to drain the hematoma combined with thrombolysis. **Result:** The study group had 35 patients, of which 43% were male, 57% were female, the patients in the group mainly had a history of hypertension (77%), diabetes (45%), GCS at admission mainly: 13-15 points: 45.7%; 5-8: 34.3%. Patients without mechanical ventilation at admission: 60%, patients who received early intervention within 12 hours accounted for 86%, the largest hematoma volume before treatment: 98±30.5, the smallest volume after treatment: 8±2.5. Recovery level according to mRS at discharge: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 month: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 months: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Of the 35 patients studied: 22 patients were discharged, accounting for 63%, length of hospital stay (days): 15.68±8.13. Complications of hematoma drainage were mainly posterior inflammation after cerebral hemorrhage, accounting for 28.5%, without encephalitis. **Conclusion:** Applying surgical catheter drainage of hematoma combined with thrombolysis in primary cerebral