

KĨ THUẬT “FROZEN ELEPHANT TRUNK CẢI TIẾN” TRONG PHẪU THUẬT CẤP CỨU VỚI TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHỦ PHỨC TẠP: KINH NGHIỆM TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Phạm Minh Tuấn^{1,2}, Lê Xuân Thiện¹,
Nguyễn Ngọc Quang^{1,2}, Phạm Quốc Đạt¹

TÓM TẮT

Những thương tổn động mạch chủ (ĐMC) lên hoặc vùng quai ĐMC luôn là một thách thức với các nhà ngoại khoa và tim mạch can thiệp. Những thương tổn này thường có landing zone đầu gần không đủ an toàn để đặt stent-graft, mặt khác, phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể đôi khi không thể giải quyết triệt để tổn thương. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả những trường hợp phẫu thuật cấp cứu tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai sử dụng kĩ thuật Vòi voi động cứng (FET) cải tiến đối với những trường hợp tổn thương ĐMC phức tạp. Kĩ thuật này là sự kết hợp giữa can thiệp nội mạch với phẫu thuật thay đoạn ĐMC để giải quyết triệt để tổn thương. Trong nghiên cứu, có 6 bệnh nhân phình quai ĐMC (42.8%), 5 bệnh nhân tách thành ĐMC stanford A (35.8%), 3 bệnh nhân tách thành ĐMC stanford B có biến chứng (21.4%). Trong kĩ thuật FET cải tiến, việc đánh giá của tổn thương ĐMC, kích thước stent-graft, và quá trình phẫu thuật chính xác là rất quan trọng, cần phải có sự phối hợp thuận thực của ê kíp phẫu thuật-can thiệp để đáp ứng yêu cầu cấp cứu.

Từ khóa: phình động mạch chủ ngực, tách động mạch chủ, kĩ thuật Vòi voi động cứng (FET) cải tiến, can thiệp nội mạch động mạch chủ

SUMMARY

“MODIFIED FROZEN ELEPHANT TRUNK” TECHNIQUE IN URGENT MANAGEMENT OF COMPLICATED AORTIC DISEASE: VNHI EXPERIENCE

Injuries to the ascending aorta or aortic arch remain a significant challenge for cardiac surgeons and interventionists. These lesions often lack a safe proximal landing zone for stent-graft placement, and conventional aortic replacement surgery using cardiopulmonary bypass may not always provide a definitive solution. In this study, we describe emergency cases at the Vietnam National Heart Institute – Bach Mai Hospital, where an modified Frozen Elephant Trunk (FET) technique was applied to treat complex aortic pathologies. This hybrid approach combines endovascular intervention with open aortic replacement to achieve complete lesion resolution.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025

Among the cases studied: 6 patients (42.8%) had aortic arch aneurysms, 5 patients (35.8%) had Stanford type A aortic dissections, 3 patients (21.4%) had complicated Stanford type B aortic dissections. The modified FET technique requires precise assessment of aortic pathology, appropriate stent-graft sizing, and meticulous surgical execution. A well-coordinated multidisciplinary surgical-interventional team is essential to meet the demands of emergency interventions. **Keywords:** thoracic aortic aneurysm, aortic dissection, frozen elephant trunk technique, thoracic endovascular aortic repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thương tổn tại động mạch chủ lên, vùng quai hoặc sau quai động mạch chủ là một thách thức lớn cho các nhà lâm sàng, kể cả các nhà ngoại khoa và bác sĩ can thiệp. Phương án phẫu thuật mổ mở thay hoàn toàn quai đến hết động mạch chủ xuống, sử dụng hệ thống tim phổi nhân tạo, hạ thân nhiệt sâu, hệ thống tưới máu não chọn lọc trong quá trình phẫu thuật, tỷ lệ tử vong và biến chứng có thể lên đến 4 – 10%, mặt khác, miệng nối đầu xa nằm sâu và các nhánh bên khó kiểm soát cầm máu trong mổ [1-3].

Phương án can thiệp nội mạch, ít xâm lấn hơn, với mục đích có thêm landing zone đầu gần an toàn để đặt stent-graft, có thể sử dụng phương pháp Debranching kết hợp TEVAR; kĩ thuật Chimney hoặc đặt stent-graft được mở cửa sổ để duy trì dòng máu tưới cho các nhánh [4, 5]. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng có thể tiến hành được do tổn thương không phù hợp.

Do điều kiện dụng cụ cho phẫu thuật FET kinh điển (Thoraflex) không phải sẵn có, chúng tôi tiến hành phương pháp vòi voi động cứng (FET) kết hợp can thiệp và phẫu thuật (FET cải tiến: Modified FET) được chuẩn bị sau khi đo đạc cụ thể, giúp rút ngắn thời gian chờ đợi và đáp ứng được yêu cầu xử trí cấp cứu cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp FET cải tiến tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

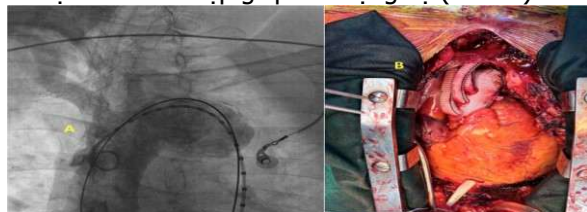
Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2024 – tháng 1 năm 2025.

Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim mạch Việt Nam.
Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật FET cải tiến trong thời gian nghiên cứu.

Mô tả về phương pháp vôi voi đông cứng cải tiến (Modified FET):

Bước 1: mở đường vào động mạch đùi, đưa Catheter chụp có wire siêu cứng dẫn đường lên ĐMC lên trước vị trí tổn thương, chụp đánh giá tổn thương. Đưa dây dẫn định hướng stent-graft lên vị trí dự kiến can thiệp giúp thả dụng cụ (Hình 1).



Hình 1: Đặt wire siêu cứng dẫn đường dưới màn tăng sáng; phẫu thuật loại bỏ khối phình, tách và tiến hành khâu các miệng nối

A: Đưa Catheter chụp có wire dẫn đường lên ĐMC lên trước vị trí tổn thương, đánh giá tổn thương.

B: Phẫu thuật, khâu các miệng nối.

Bước 2: Mở ngực giữa xương ức, thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể, bóc lộ toàn bộ quai ĐMC, kẹp ĐMC. Cắt bỏ đoạn ĐMC tổn thương thay bằng ĐMC nhân tạo. Đặt stent-graft vào ĐMC xuống theo vị trí đã lên kế hoạch từ trước, che phủ hoàn toàn tổn thương. Nối quai ĐMC nhân tạo vào stent-graft, nối ĐMC lên với đầu gần mạch nhân tạo, nối các mạch nhánh (Hình 2).



Hình 2: Dụng cụ sử dụng trong phẫu thuật can thiệp FET cải tiến

A: Động mạch chủ nhân tạo.

B: Stent-graft.

Bước 3: Kết thúc tuần hoàn ngoài cơ thể: ngừng máy THNCT, rút các ống thông, thiết lập các dẫn lưu màng tim, màng phổi, đóng ngực từng lớp.

2.3. Xử lý số liệu: Được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê y học: thuật toán trung bình, so sánh trung bình...

2.4. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Viện Tim mạch và Bệnh viện Bạch Mai nhằm nâng cao chất lượng điều trị của các bác sĩ chuyên ngành. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		n
Tuổi trung bình	58.4 ± 12.3	
Nam		14
Nữ		0
Đau ngực		14
Chẩn đoán	Phình quai ĐMC	6
	Tách thành ĐMC Stanford A	5
	Tách thành ĐMC stanford B	3
THA		12
Suy thận		6
Đái tháo đường		7
Biến chứng	Đọa vỡ	6
	Vỡ	2
	Nói khàn	4
	Thiếu máu tạng	7
	Hở van ĐMC	4

3.2. Phương thức phẫu thuật

Bảng 2: Các phương thức phẫu thuật của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Phương thức phẫu thuật	n
Thay ĐMC lên + quai ĐMC	4
Thay ĐMC lên + quai ĐMC + thay van 2 lá	6
Thay ĐMC lên + quai ĐMC + thay van ĐMC	3
Thay ĐMC lên + quai ĐMC + thay van ĐMC + CABG	1

3.3. Kích thước của stent-graft dùng cho các bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3: kích thước dụng cụ stent-graft được sử dụng

Kích thước stent-graft	n
28 x 28 x 150 mm	4
26 x 24 x 150 mm	5
30 x 28 x 150 mm	5

IV. BÀN LUẬN

Các tổn thương ĐMC phức tạp như phình tách type A hoặc các tổn thương liên quan vùng quai, việc xử trí triệt để là rất khó khăn, dù là phẫu thuật, can thiệp nội mạch, phối hợp phẫu thuật-can thiệp nội mạch (Hybrid)[1,2].

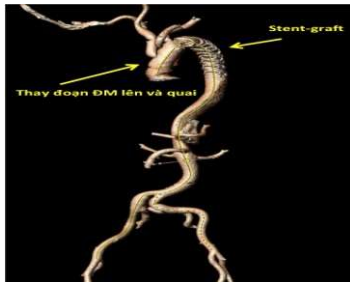
Trong các điều trị kinh điển cho các tổn thương này, phẫu thuật vôi voi (Elephant Trunk) được ra đời từ những năm 80 của thế kỉ trước và được phát triển thành phẫu thuật vôi voi đông cứng (Frozen Elephant Trunk) nhằm mục đích giải quyết thương tổn trong 1 thì phẫu thuật. Điều đó giúp hạn chế số lần phẫu thuật, giúp giảm các nguy cơ biến chứng, mặt khác, có thể xử trí tối đa tổn thương ĐMC. Cùng với đó là sự phát triển của dụng cụ phục vụ cho phẫu thuật

này, dụng cụ thoraflex [2, 3], giúp cho phương pháp ngày càng phổ biến để điều trị các bệnh lý phức tạp và lan rộng của động mạch chủ, cả trong trường hợp có chuẩn bị lẫn cấp cứu. Kỹ thuật FET đã được đồng thuận của Hiệp Hội phẫu thuật lồng ngực châu Âu dành cho điều trị bệnh lý ĐMC ngực phức tạp có thương tổn vùng quai. Tuy nhiên, ứng dụng cho từng trường hợp lâm sàng vẫn còn nhiều điều cần bàn luận, tùy thuộc vào năng lực tại chỗ của đơn vị: năng lực triển khai phẫu thuật cấp cứu, năng lực can thiệp nội mạch, độ sẵn có của dụng cụ phẫu thuật. Ở Viện Tim mạch Việt Nam, là đơn vị có khả năng triển khai các trường hợp phẫu thuật tim mạch cấp cứu và năng lực can thiệp nội mạch hàng đầu khu vực, tuy nhiên, không phải lúc nào cũng có thể có được dụng cụ phục vụ cho phẫu thuật FET đúng kích cỡ của bệnh nhân. Trong bối cảnh này, để tiến hành các miêng nối dễ dàng và hiệu quả hơn, chúng tôi đã cải tiến thiết bị thông thường. Dưới đây, chúng tôi trình bày một số cải tiến so với thiết kế tiêu chuẩn và những lợi thế của nó liên quan đến kỹ thuật đặc thù [7]. Chúng tôi phát triển kỹ thuật FET cải tiến với mục tiêu triển khai phẫu thuật cấp cứu nhanh chóng và xử trí thương tổn tối đa trong 1 thì.

Trường hợp điển hình thứ nhất, bệnh nhân nam 61 tuổi, nhập viện vì đau ngực, trên kết quả chụp cắt lớp đa dãy (MSCT) có hình ảnh tách thành ĐMC stanford A, trên siêu âm tim không có hở van ĐMC (Hình 3).



Hình 3: Hình ảnh tách thành ĐMC stanford A



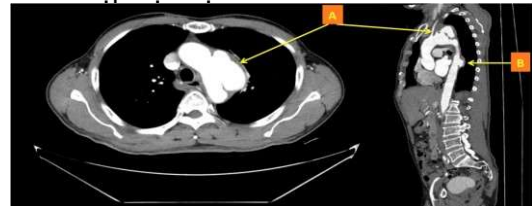
Hình 4: Bệnh nhân được phẫu thuật FET cải tiến, thay ĐMC chủ lên và quai ĐMC sử dụng ống mạch cỡ 26 mm, và sử dụng stent-graft cỡ 26 x 26 x 150 mm để sửa chữa hoàn toàn tổn thương

Bệnh nhân có kèm theo hẹp khít Đm liên

thất trước nên được làm cầu nối ĐM vú trong trái-LAD. Thời gian kẹp ĐMC và ngừng tuần hoàn ngắn, 40 phút. Sau phẫu thuật, toàn bộ vùng bóc tách type A đã được loại bỏ, các miêng nối lưu thông tốt, stent-graft che phủ tối đa tổn thương ngăn ngừa tiến triển giãn động mạch chủ xuống, bệnh nhân không có biến chứng như liệt tủy, thiếu máu tạng, suy thận, tai biến mạch não, hay vỡ ĐMC. Bệnh nhân ra viện sau 7 ngày điều trị.

Trường hợp phình tách ĐMC standford A, việc chỉ định phẫu thuật cấp cứu là chỉ định tuyệt đối, thời gian chờ đợi sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong do các biến cố. Trên thế giới đã có nhiều thống kê về kết quả sau phẫu thuật với bệnh nhân bị tách thành ĐMC standford A. Tỷ lệ tử vong trong viện của những bệnh nhân này vẫn còn ở mức cao (15 – 30%), trong đó, tỷ lệ các biến chứng gặp sau phẫu thuật như chảy máu (10.7 – 21.5%), nhiễm trùng (19.6 – 21.4%), biến chứng thần kinh như đột quỵ (8.4 – 17.5%), hoặc suy giảm chất lượng cuộc sống [10]. Theo thời gian, kỹ thuật mổ và dụng cụ thay thế được phát triển giúp cho tỷ lệ sống còn của các bệnh nhân được cải thiện và tỷ lệ các biến cố cũng giảm: liệt tủy (1.6%), thiếu máu chi (5.3%), suy thận cần lọc máu (9.6%) [1].

Trường hợp thứ 2, bệnh nhân nam 67 tuổi, vào viện vì đau ngực, khàn tiếng. Hình ảnh MSCT cho thấy khối phình lớn 65 x 60 mm ở quai ĐMC, có dấu hiệu dọa vỡ, và 1 khối phình đoạn ĐMC xuống (Hình 5). Sau khi đo đặc kích thước ĐMC, không có đủ landing zone an toàn để can thiệp nội mạch.



Hình 5: Hình ảnh khối phình lớn ngay quai ĐMC [A] và phình ĐMC xuống [B]



Hình 6: Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cấp cứu sử dụng kỹ thuật FET cải tiến

ngay sau đó thay ĐMC chủ lên và quai ĐMC sử dụng ống mạch cỡ 28 mm, và sử dụng stent-graft cỡ 28 x 28 x 150 mm

Kèm theo, bệnh nhân có tổn thương van hai lá do thấp gây hẹp van hai lá nhiều, được thay van hai lá sinh học trong cùng 1 thì phẫu thuật. Thời gian kẹp ĐMC và ngừng tuần hoàn ngắn, 70 phút. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chụp MSCT kiểm tra thấy miệng nối lưu thông tốt, không có endoleak. Bệnh nhân ra viện sau 6 ngày điều trị.

Với những tổn thương phình vùng quai ĐMC, việc cố gắng phối hợp các phẫu thuật cầu nối, debranching hay fenestration-TEVAR luôn được đặt ra để có thể tiến hành ít xâm lấn nhất cho bệnh nhân [6, 8, 9]. Các nghiên cứu trên thế giới cho những tổn thương phình đoạn quai khá nhiều. Các phẫu thuật kinh điển thay quai ĐMC hoặc bán quai vẫn còn nhiều những khó khăn vì biến chứng trong và sau mổ còn duy trì mức cao [10]. Tuy nhiên, trong trường hợp này, thương tổn ĐMC lan toả, không thể có đủ landing zone để can thiệp nội mạch, ngoài tổn thương vùng quai, bệnh nhân còn có tổn thương ở ĐMC xuống, vùng khá sâu, gây nhiều khó khăn cho việc làm miệng nối đầu xa trong phẫu thuật. Do vậy, kĩ thuật FET cải tiến là một lựa chọn tối ưu trong tổn thương như vậy.

Trường hợp thứ 3, bệnh nhân nam 37 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp không điều trị, rối loạn lipid máu, nhập viện vì đau ngực lan dọc sống lưng. Hình ảnh MSCT cho thấy tách thành ĐMC standford B đoạn vỡ, vết rách nguyên uỷ lớn, giãn lớn quai ĐMC, không đủ landing zone để triển khai kĩ thuật can thiệp nội mạch đặt stent-graft thông thường (theo khuyến cáo tối thiểu 2 cm) (Hình 7).



Hình 7: Hình ảnh lóc tách thành ĐMC standford B đoạn vỡ với vết rách nguyên uỷ lớn, không đủ landing zone để tiến hành can thiệp nội mạch

Sau khi cân nhắc các kĩ thuật can thiệp nội mạch để có thêm landing zone (Chimney, Debranching, bypass động mạch dưới đòn, và kĩ thuật tạo lỗ trên thân stent-graft) và các nguy cơ, yêu cầu xử trí cấp cứu, chúng tôi quyết định tiến hành phẫu thuật FET cải tiến cho bệnh nhân

với mục tiêu: thay quai ĐMC, làm miệng nối các nhánh động mạch nuôi não và che phủ hết tổn thương ĐMC xuống [5, 6, 9]. Sau phẫu thuật, các miệng nối đầu gần, mạch nhánh lưu thông tốt, stent-graft che phủ hoàn toàn tổn thương ĐMC xuống, không có endoleak. Bệnh nhân được ra viện sau 6 ngày, không có biến chứng tai biến mạch não, thiếu máu tuỷ hay thiếu máu tạng (Hình 8).



Hình 8: Sau phẫu thuật FET cải tiến

Đối với các trường hợp tách thành ĐMC standford B có biến chứng vỡ hoặc dọa vỡ, tiếp cận xử trí cấp cứu là chỉ định cần làm ngay. Can thiệp nội mạch với sự phát triển về dụng cụ và kĩ thuật đã thay thế dần cho phẫu thuật kinh điển với tỷ lệ biến cố thấp hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn, thời gian nằm viện ít hơn [1, 4, 8, 9]. Tuy nhiên, với trường hợp tổn thương này, cho dù có tiến hành các phương pháp để có đủ landing zone cũng không đủ an toàn để can thiệp nội mạch. Do vậy, lựa chọn kĩ thuật FET cải tiến là lựa chọn giúp cho bệnh nhân đạt được kết quả tốt sau phẫu thuật.

Đây là một kĩ thuật mới, mang tính đột phá trong xử trí đối với những bệnh nhân có tổn thương giải phẫu phức tạp, yêu cầu loại bỏ hoàn toàn tổn thương và hạn chế tối đa các biến cố liên quan đến cuộc phẫu thuật-can thiệp. Yêu cầu của các khâu thay đoạn ĐMC, đặt dụng cụ cần phải chính xác và kiểm tra vị trí của dụng cụ đã che phủ hoàn toàn tổn thương theo kế hoạch là rất quan trọng để có được kết quả tốt. Bên cạnh đó, kĩ thuật này có thể tiến hành nhanh chóng, không phải chờ đợi lâu đáp ứng được yêu cầu xử trí cấp cứu. Vì vậy, yêu cầu đối với các bác sĩ làm can thiệp và phẫu thuật phải được đào tạo chuyên sâu và dụng cụ đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Kĩ thuật FET cải tiến là một kĩ thuật khó, yêu cầu độ chính xác cao, có thể triển khai ở các đơn vị được đào tạo tốt và trang thiết bị đầy đủ. Những cải tiến giúp thuận lợi trong việc thực hiện các miệng nối, rút ngắn thời gian kẹp ĐMC và chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể. Kĩ thuật

này có thể triển khai nhanh, đáp ứng được yêu cầu đối với các trường hợp tổn thương động mạch chủ phức tạp cần xử trí cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhu Y, Linqala B, Baiocchi M, Tao JJ, Toro Arana V, Khoo JW, Williams KM, Traboulsi AA, Hammond HC, Lee AM, Hiesinger W, Boyd J, Over PE, Stinson EB, Reitz BA, Mitchell RS, Miller DC, Fischbein MP, Woo YJ. Type A Aortic Dissection-Experience Over 5 Decades: JACC Historical Breakthroughs in Perspective. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Oct 6;76(14):1703-1713. doi: 10.1016/j.jacc.2020. 07.061. PMID: 33004136.
2. Miyamoto Y. Elephant trunk technique for hybrid aortic arch repair. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2014 Mar;62(3):135-41. doi: 10.1007/s11748-013-0299-0. Epub 2013 Aug 15. PMID: 23943042.
3. Adams B. Implantation of frozen elephant trunk (FET)-surgical technique-Thoraflex. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2023 Jun 30;13(3):550-556. doi: 10.21037/cdt-22-506. Epub 2023 May 30. PMID: 37405020; PMCID: PMC10315425.
4. T. Ohrlander, B. Sonesson, K. Ivancev và cộng sự, "The Chimney Graft: A Technique for Preserving or Rescuing Aortic Branch Vessels in Stent-Graft Sealing Zones", *J ENDOVASC THER* 2008;15:427-432.
5. J. Zhu, X. Dai, P. Noiniyom và cộng sự, "Fenestrated Thoracic Endovascular Aortic Repair Using Physician-Modified Stent Grafts (PMSGs) in Zone 0 and Zone 1 for Aortic Arch Diseases", *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2018.
6. K. Kansagra, J. Kang, M. C. Taon và cộng sự, "Advanced endografting techniques: snorkels, chimneys, periscopes, fenestrations, and branched endografts", *Cardiovasc Diagn Ther* 2018;8(Suppl 1):S175-S183.
7. Chivasso P, Masiello P, Miele M, Bruno VD, Genovino AC, Iesu I, Triaciani D, Colombino M, Cafarelli F, Leone R, Mastrogianni G, Iesu S. The need for custom made frozen elephant trunk: when and where. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2022 Aug;12(4):516-520. doi: 10.21037/cdt-22-191. PMID: 36033221; PMCID: PMC9412212.
8. K. P. Donas, J. T. Lee, M. Lachat, "Collected World Experience About the Performance of the Snorkel/Chimney Endovascular Technique in the Treatment of Complex Aortic Pathologies - The PERICLES Registry", *Annals of Surgery*, Vol 262, Number 3, September 2015.
9. Ishimaru S. Endografting of the aortic arch. *J Endovasc Ther*. 2004 Dec;11 Suppl 2:II62-71. doi: 10.1177/15266028040110S614. PMID: 15760265.
10. Jankovic N, Matkovic M, Bilbija I, Milicevic V, Zlatkovic M, Aleksic N, Cvetic V, Milin-Lazovic J, Putnik S. The Clinical Impact of the Extension of Acute Type A Aortic Surgery on Long-Term Outcomes: Should We Tend to Be Conservative? *Medicina (Kaunas)*. 2023 Dec 24;60(1):35. doi: 10.3390/medicina60010035. PMID: 38256296; PMCID: PMC10821435.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM ABC-SCORE TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Nguyễn Thanh Liêm¹, Phan Thị Kim Tuyền¹,
Võ Anh Hồ¹, Lâm Phước Thiện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá tiên lượng cho bệnh nhân xơ gan có vỡ giãn tĩnh mạch thực quản đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc xác định mức độ nguy hiểm và quyết định các biện pháp điều trị phù hợp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu giá trị thang điểm ABC-score trong tiên lượng kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 148 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản trên nền xơ gan nhập viện điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Thang điểm ABC-score có giá trị tiên lượng xuất huyết tái

phát sớm với AUC là 0,743 ($p < 0,001$), điểm cắt 7 với độ nhạy 66,7%; độ đặc hiệu 76,8%. Tiên lượng tử vong với AUC là 0,782 ($p < 0,001$), điểm cắt 7 với độ nhạy 80%; độ đặc hiệu 70%. **Kết luận:** Thang điểm ABC-score có giá trị trong tiên lượng xuất huyết tái phát và tử vong ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

Từ khóa: Thang điểm ABC-score, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

SUMMARY

THE VALUE OF ABC SCORE IN THE PROGNOSIS OF CIRRHOTIC PATIENTS WITH ACUTE ESOPHAGEAL VARICEAL BLEEDING

Background: Prognostic assessment for patients with esophageal variceal bleeding in cirrhosis is crucial for determining the level of risk and guiding appropriate treatment decisions. **Objectives:** To study the value of the ABC score in predicting treatment outcomes for acute esophageal variceal bleeding in cirrhosis patients. **Subjects and**

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Liêm

Email: ntlm@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025