

HR+,HER2- nguy cơ cao, thể HR+, HER2- và HR, HER2+ đạt độ nhạy từ 43-62%. Các đột biến cá thể hóa có khả năng phát hiện tồn dư khối u sau phẫu thuật triệt căn. Quy trình này có triển vọng lớn để áp dụng vào lâm sàng theo dõi hiệu quả điều trị và phát hiện tái phát sớm trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saluja H, Karapetis CS, Pedersen SK, Young GP, Symonds EL: The Use of Circulating Tumor DNA for Prognosis of Gastrointestinal Cancers. *Front Oncol* 2018, 8:275.
2. Song P, Gao J, Inagaki Y, Kokudo N, Hasegawa K, Sugawara Y, Tang W: Biomarkers: evaluation of screening for and early diagnosis of hepatocellular carcinoma in Japan and china. *Liver Cancer*. 2013, 2(1):31-39.
3. Yang J, Gong Y, Lam VK, Shi Y, Guan Y, Zhang Y, Ji L, Chen Y, Zhao Y, Qian F et al: Deep sequencing of circulating tumor DNA detects molecular residual disease and predicts recurrence in gastric cancer. *Cell Death Dis* 2020, 11(5):346.
4. Reinert T, Henriksen TV, Christensen E, Sharma S, Salari R, Sethi H, Knudsen M, Nordentoft I, Wu HT, Tin AS et al: Analysis of Plasma Cell-Free DNA by Ultradeep Sequencing in

- Patients With Stages I to III Colorectal Cancer. *JAMA Oncol* 2019, 5(8):1124-1131.
5. Magbanua MJM, Swigart LB, Wu HT, Hirst GL, Yau C, Wolf DM, Tin A, Salari R, Shchegrova S, Pawar H et al: Circulating tumor DNA in neoadjuvant-treated breast cancer reflects response and survival. *Ann Oncol* 2021, 32(2):229-239.
 6. Christensen E, Birkenkamp-Demtröder K, Sethi H, Shchegrova S, Salari R, Nordentoft I, Wu HT, Knudsen M, Lamy P, Lindskrog SV et al: Early Detection of Metastatic Relapse and Monitoring of Therapeutic Efficacy by Ultra-Deep Sequencing of Plasma Cell-Free DNA in Patients With Urothelial Bladder Carcinoma. *J Clin Oncol* 2019, 37(18):1547-1557.
 7. Coombes RC, Page K, Salari R, Hastings RK, Armstrong A, Ahmed S, Ali S, Cleator S, Kenny L, Stebbing J et al: Personalized Detection of Circulating Tumor DNA Antedates Breast Cancer Metastatic Recurrence. *Clin Cancer Res* 2019, 25(14):4255-4263.
 8. Labgaa I, Villacorta-Martin C, D'Avola D, Craig AJ, von Felden J, Martins-Filho SN, Sia D, Stueck A, Ward SC, Fiel MI et al: A pilot study of ultra-deep targeted sequencing of plasma DNA identifies driver mutations in hepatocellular carcinoma. *Oncogene* 2018, 37(27):3740-3752.

BIẾN CHỨNG THẦN KINH SAU PHẪU THUẬT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC VỚI KỸ THUẬT VÒI VOI CÁI TIẾN

Phùng Duy Hồng Sơn*, Phạm Hữu Lư*

thần kinh thoáng qua (kích thích) là hay gặp nhất.

Từ khóa: Kỹ thuật vò voi cái tiến, biến chứng thần kinh, bệnh động mạch chủ, Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu các biến chứng thần kinh xảy ra ở bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh động mạch chủ ngực có sử dụng kỹ thuật vò voi cái tiến tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và nhìn lại y văn. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu các ca lâm sàng được phẫu thuật bệnh động mạch chủ ngực với kỹ thuật vò voi cái tiến có biến chứng thần kinh từ 12/2019 đến 12/2021. **Kết quả:** Trong số 42 ca bệnh động mạch chủ ngực phức tạp được phẫu thuật với kỹ thuật vò voi cái tiến, có gặp một số dạng biến chứng thần kinh, gồm: 1 ca (2,4%) liệt tủy tạm thời; 3 ca (7,1%) tai biến mạch máu não; 5 ca (11,9%) bị rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua (kích thích, sáng...). Không có ca nào bị liệt thần kinh thanh quản quặt ngược hay thần kinh hoành. Tử vong 1 ca (2,4%) bị hôn mê sâu sau tai biến mạch máu não. **Kết luận:** Các biến chứng thần kinh sau phẫu thuật bệnh động mạch chủ ngực có sử dụng kỹ thuật vò voi cái tiến tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là ít gặp và tương đương các công bố trên thế giới, trong đó rối loạn chức năng

SUMMARY

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS AFTER THORACIC AORTIC SURGERY WITH FROZEN ELEPHANT TRUNK TECHNIQUE

Objectives: To study the neurological complications occurring in patients, underwent surgery for thoracic aortic disease using frozen elephant trunk (FET) technique at Viet Duc university hospital and review the literature. **Methods:** Retrospective description of clinical cases undergoing surgery for thoracic aortic disease with FET technique with neurological complications from 12/2019 to 12/2021. **Results:** Among 42 cases of complex thoracic aortic disease operated with FET technique, there were several types of neurological complications, including: 1 case (2.4%) temporary spinal cord paralysis; 3 cases (7.1%) of cerebrovascular accident; 5 cases (11.9%) had transient neurological dysfunction (excitement, delirium...). There were no cases of recurrent laryngeal or phrenic nerve paralysis. One death (2.4%) was in a deep coma after a cerebrovascular accident. **Conclusion:** Neurological complications after surgery for thoracic aortic disease using FET technique at Viet Duc hospital are rare and are equivalent to those published in the world, in which

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: thachluu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

dysfunction transient neurosis (excitatory) is the most common.

Keywords: frozen elephant trunk (FET), neurological complications, aortic disease, Viet Duc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật vòi voi cải tiến sử dụng mạch nhân tạo và ống ghép nội mạch (frozen elephant trunk - FET) là một cải tiến vượt bậc giúp đơn giản hóa và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực đa tầng. Kỹ thuật này được đưa vào khuyến cáo của Châu Âu và Hoa Kỳ^{1,2}. Tuy nhiên biến chứng thần kinh vẫn là vấn đề nặng nề và nguy hiểm sau phẫu thuật thay toàn bộ quai động mạch chủ, kể cả sử dụng kỹ thuật FET. Bên cạnh các dạng biến chứng gặp ở phẫu thuật vòi voi kinh điển (elephant trunk) như: tai biến mạch máu não, liệt thần kinh thanh quản quặt ngược, thần kinh hoành, thì có thể gặp biến chứng đặc thù cho kỹ thuật FET là thiếu máu tủy sống¹⁻⁴. Sự phát triển của kỹ thuật, vật tư và thiết bị theo dõi giúp giảm tần suất cũng như kiểm soát các biến chứng trên, tuy nhiên tỉ lệ tổn thương tủy sống vẫn dao động trong khoảng 0-21%, tai biến mạch máu não 2,5-20%, liệt thần kinh quặt ngược 0-12,8%⁵.

Thay toàn bộ quai động mạch chủ bằng kỹ thuật FET được thực hiện tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 12-2019, với hai vật liệu chính là ống ghép nội mạch chuyên dụng (Thoraflex) hoặc đoạn mạch nhân tạo và ống ghép nội mạch rời (kỹ thuật Việt Đức). Báo cáo nhằm nghiên cứu các biến chứng thần kinh xảy ra ở bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh động mạch chủ ngực có sử dụng kỹ thuật FET tại bệnh viện Việt Đức và nhìn lại y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh

Bảng 1: Các biến chứng thần kinh sau phẫu thuật ĐMC ngực với kỹ thuật FET (n=9)

| Loại biến chứng | Biểu hiện | n (%) | Bệnh ĐMC | Điều trị | Kết quả |
|---|---------------------|----------|---|--------------------------------------|------------------------|
| Tai biến mạch máu não | Liệt 1/2 người | 2 (4,8) | Lóc ĐMC type A cấp tính | Nội khoa | Di chứng yếu 1/2 người |
| | Hôn mê sâu | 1 (2,4) | | Hồi sức + Nội khoa | Tử vong |
| Thiếu máu tủy | Liệt 2 chân | 1 (2,4) | Phồng quai ĐMC và ĐMC xuống-xơ vữa nặng | Dẫn lưu dịch não tủy + Nâng huyết áp | Di chứng Yếu hai chân |
| Rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua | Kích thích, mê sảng | 5 (11,9) | Lóc ĐMC type A cấp tính | Nội khoa | Hồi phục |

Dưới đây là diễn biến một số ca bệnh điển hình:

Biến chứng thiếu máu tủy: Bệnh nhân Nguyễn Văn T, 72 tuổi, bị phồng quai ĐMC và ĐMC xuống kèm xơ vữa thành ĐMC nặng, hẹp

nhân được phẫu thuật thay toàn bộ quai động mạch chủ có sử dụng kỹ thuật FET, có biến chứng thần kinh sau mổ, tại bệnh viện Việt Đức, giai đoạn 12/2019 đến 12/2021.

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện.

Các số liệu được thu thập từ bệnh án điện tử, xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel. Các thông số được tính toán qua tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Đạo đức nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và đào tạo bác sỹ chuyên ngành.

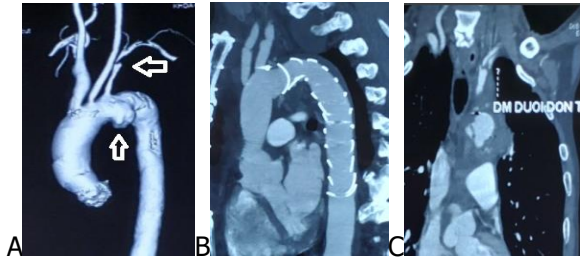
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 12/2019 đến 12/2021, có 42 bệnh nhân được phẫu thuật động mạch chủ (ĐMC) ngực phức tạp với kỹ thuật FET. Tại bệnh viện Việt Đức, vật liệu chính làm kỹ thuật FET hoặc là ống ghép nội mạch chuyên dụng (Thoraflex) hoặc đoạn mạch nhân tạo và ống ghép nội mạch rời. Chiến lược bảo vệ não trong mổ được tiến hành bằng tưới máu não chọn lọc hai bên, kiểm soát bằng lưu lượng 10-20 ml/kg cân nặng cơ thể và áp lực 50-60 mmHg, hạ thân nhiệt vừa 28°C và đo bão hòa oxy não bằng máy quang phổ cận hồng ngoại – Masimo.

Các biến chứng thần kinh ghi nhận trong giai đoạn hậu phẫu được trình bày trong Bảng 1. Theo đó, biến chứng hay gặp ở bệnh lóc ĐMC type A cấp tính và loại biến chứng hay gặp nhất là rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua (kích thích, mê sảng) – với 5 ca (11,9%) được điều trị nội khoa và hồi phục tốt về trạng thái bình thường sau vài ngày đến vài tuần. Không có tổn thương thần kinh quặt ngược, thần kinh hoành.

động mạch dưới đòn trái, cao huyết áp, có liệt thần kinh quặt ngược trước mổ. Điều trị bằng phẫu thuật thay quai ĐMC với kỹ thuật FET bằng ống ghép nội mạch chuyên dụng (Thoraflex) kích thước 24x26x150mm. Thời gian mổ, thời gian

chạy tuần hoàn ngoài cơ thể, thời gian cặp ĐMC và thời gian ngừng tuần hoàn lần lượt là 270 phút, 102 phút, 76 phút và 20 phút. Sau mổ - khi bệnh nhân tỉnh lại, đã phát hiện liệt 2 chân. Chẩn đoán xác định thiếu máu tủy cấp tính, có thể do xơ vữa động mạch nặng làm ảnh hưởng tuần hoàn phụ tưới máu tủy. Xử trí cấp cứu bằng dẫn lưu dịch não tủy, duy trì huyết áp cao (tối đa > 140mmHg). Sau vài giờ phục hồi 1 phần chức năng vận động 2 chân. Khám lại sau mổ 3 tháng, vận động chân tự do trên giường tốt, đi lại cần có người dìu. Hình 1 mô tả kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ĐMC ngực của bệnh nhân trước và sau mổ.



A: Trước mổ; B: Sau mổ
C: Hẹp động mạch dưới đòn trái sau mổ
Hình 1: Hình ảnh CLVT bệnh nhân Nguyễn Văn T. 72 tuổi

Tai biến mạch máu não (3 ca):

- Bệnh nhân nam, 31 tuổi, vào viện với chẩn đoán lóc ĐMC type A cấp tính, biến chứng thiếu máu chi. Mổ cấp cứu thay ĐMC lên và quai ĐMC với kỹ thuật FET bằng đoạn mạch nhân tạo và ống ghép nội mạch rời (kỹ thuật Việt Đức). Sau mổ phát hiện liệt 1/2 người phải. CLVT sọ não có ổ nhồi máu mức độ vừa. Điều trị nội khoa, thở máy 60 ngày – phải mở khí quản, thời gian nằm viện 90 ngày. Khi ra viện còn di chứng yếu 1/2 người phải, nhưng còn đi lại được.

- Bệnh nhân nam, 60 tuổi, chẩn đoán xác định là lóc ĐMC type A mãn tính, hẹp động mạch cánh chung phải (do lóc ĐMC tiến triển vào), xơ vữa thân động mạch cánh tay đầu. Tuy nhiên chưa thăm dò động mạch cánh trong và mạch trong sọ. Mổ có chương trình thay ĐMC lên và quai ĐMC với kỹ thuật FET bằng Thoraflex. Sau mổ phát hiện có liệt 1/2 người trái. Chụp CLVT hệ mạch nuôi não thấy miệng nối thân động mạch cánh tay đầu bị tắc/hẹp động mạch cánh chung phải, kèm theo tắc mạn tính động mạch cánh trong trái (hình 2). Bệnh nhân được điều trị bảo tồn do thời gian phát hiện thiếu máu não đã quá 24 giờ sau mổ. Thở máy 10 ngày và xuất viện sau 30 ngày điều trị. Theo dõi xa thấy bệnh nhân tự đi lại được, tuy nhiên vẫn yếu 1/2 người.



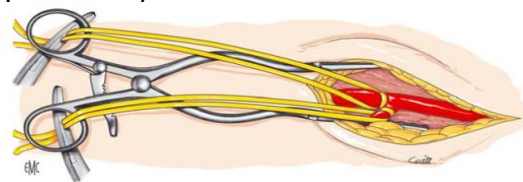
Hình 2: Hình ảnh CLVT sau mổ bệnh nhân Hà Đình G. 60 tuổi.

(Tắc ĐM thân cánh tay đầu và tắc mạn tính ĐM cánh trong trái)

- Bệnh nhân nam, 70 tuổi, chẩn đoán lóc ĐMC type A cấp tính lan vào các động mạch ra từ quai ĐMC. Phẫu thuật thay ĐMC lên và quai với kỹ thuật FET bằng đoạn mạch nhân tạo và ống ghép nội mạch rời. Sau mổ không tỉnh lại, hôn mê sâu dần. Chụp CLVT sọ não có nhồi máu não diện rộng; siêu âm mạch thấy tắc thân động mạch cánh tay đầu (do lóc ĐMC tiến triển), tử vong ngày thứ 3 sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

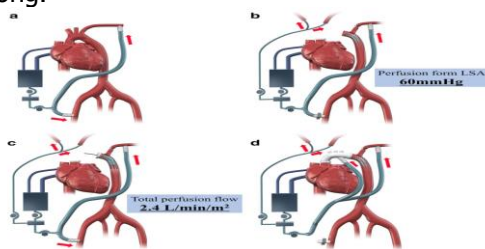
Các biến chứng thần kinh như tai biến mạch máu não, thiếu máu tủy là biến chứng nặng nề, để lại gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Một nghiên cứu rất lớn, tổng hợp các biến chứng thần kinh dựa trên bài báo đã được công bố trong giai đoạn trước tháng 4 năm 2018 của giáo sư Preventza và cộng sự năm 2019, là nghiên cứu chi tiết nhất về biến chứng thần kinh sau phẫu thuật với kỹ thuật FET⁴. Tác giả tổng kết 35 nghiên cứu với 3154 bệnh nhân và đưa ra kết luận: tỉ lệ tai biến mạch máu não là 7,6% (5,0-11,5), tỉ lệ thiếu máu tủy 4,7% (3,5-6,2). Trong khuyến cáo của hội phẫu thuật mạch máu Châu Âu thì tỉ lệ tử vong tủy sống dao động trong khoảng 0-21%, tai biến mạch máu não khoảng 2,5-20%⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân có tai biến mạch máu não chiếm 7,1% (bảng 1). Trong đó có 1 ca không có tổn thương mạch não phối hợp từ trước mổ, khả năng bị thuyên tắc mạch do khí trên nền một phẫu thuật thay quai ĐMC phức tạp. Hai bệnh nhân còn lại có tổn thương mạch não khá nặng – căn nguyên của tai biến sau mổ. Đối với bệnh nhân hôn mê sâu - tử vong, có thể do trong khi cặp thân động mạch cánh tay đầu để làm miệng nối, đã gây làm rách lớp nội mạc; lớp này đã bị bung ra như 1 cái van khi tái tưới máu xuôi dòng từ quai ĐMC - làm tắc thân động mạch cánh tay đầu.



Hình 3: Kiểm soát mạch máu bằng chỉ cao su

Rút kinh nghiệm từ ca lâm sàng này, ở các bệnh nhân lóc ĐMC cấp tính, không được sử dụng cặp động mạch nuôi não bằng kẹp, mà kiểm soát chảy máu bằng băng vòng chỉ cao su (hình 3). Trường hợp tai biến trên nền tổn thương mạch nuôi não mạn tính. Đây là bệnh nhân có lóc động mạch chủ type A mạn tính, kèm tổn thương mạch nuôi não (do cơ vữa?). Tuy nhiên trước mổ chỉ thăm dò mạch vùng cổ bằng siêu âm Doppler mạch, không chụp CLVT mạch não. Khi có biến chứng sau mổ mới thăm dò và phát hiện tắc động mạch cảnh trong trái mạn tính và hẹp nặng thân động mạch cánh tay đầu - cảnh chung phải (hình 2). Rút kinh nghiệm từ ca lâm sàng này, chúng tôi đã làm CLVT mạch não một cách hệ thống cho bệnh nhân có nguy cơ cao của xơ vữa mạch.

Biến chứng liệt tủy sống gặp ở 1 bệnh nhân - chiếm 2,4%. Các tác giả trên thế giới chưa thống nhất được phương pháp làm giảm tỉ lệ thiếu máu tủy sống. Prevezta và cộng sự khuyến cáo nên sử dụng ống ghép nội mạch ngắn (100mm) và đặt cao hơn đốt sống ngực 8 (T8) để giảm biến chứng này. Tuy nhiên, một nghiên cứu đa trung tâm của cơ sở dữ liệu về lóc động mạch chủ (ARCH) lại không tìm được mối liên quan này⁶. Một đề xuất khác của Hohri và cộng sự là duy trì tưới máu cả cho động mạch dưới đòn trái trong khi thực hiện tuần hoàn ngoài cơ thể, tưới máu nửa dưới cơ thể ngay sau khi đặt ống ghép nội mạch - nhằm giảm thời gian tủy sống thiếu máu⁷ (hình 4). Tác giả công bố nghiên cứu trên 33 bệnh nhân mà không có biến chứng thiếu máu tủy sống.



Hình 4: Sơ đồ tưới máu theo Hohri và cộng sự⁷

Trong 42 bệnh nhân của chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật FET, tất cả các ống ghép nội mạch đều có chiều dài 150-200mm. Tuy nhiên chỉ có 01 bệnh nhân bị thiếu máu tủy sống. Bệnh nhân này có xơ vữa mạch máu, phồng quai ĐMC và ĐMC xuống, có hẹp khít động mạch dưới đòn trái, nên dù có tái thông động mạch dưới đòn trái nhưng không đạt yêu cầu (hình 1C). Có lẽ đây cũng là một yếu tố nguy cơ gây thiếu máu tủy.

Về các biến chứng dây thần kinh quặt ngược và hoành, có thể do chủ động làm miệng nổi xa

trước với động mạch dưới đòn trái ở vùng 1,2 – nên chúng tôi không gặp các biến chứng này. Trong khi đó khuyến cáo của hội phẫu thuật mạch máu Châu Âu thì tỉ lệ liệt thần kinh quặt ngược là 0-12,8%.

Kích thích, mê sảng sau mổ là biểu hiện của rối loạn thần kinh thoáng qua. Nghiên cứu của Zhao⁸ và cộng sự sử dụng chụp CLVT mạch máu để tìm yếu tố tiên lượng rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua và vĩnh viễn ở bệnh nhân sau mổ lóc ĐMC type A cho thấy có 15% bệnh nhân gặp rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua và dấu hiệu tiên đoán là có lóc động mạch cảnh và rách nội mạc ở quai ĐMC trên CLVT. Chúng tôi gặp biến chứng này ở 5 ca (11,9%) (bảng 1). Các bệnh nhân này đều sau mổ lóc ĐMC type A cấp tính và tự khỏi sau điều trị nội khoa, không để lại di chứng.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, rối loạn chức năng thần kinh thoáng qua là biến chứng hay gặp nhất sau mổ thương tổn ĐMC phức tạp có sử dụng kỹ thuật vòi voi cải tiến, tai biến mạch máu não, liệt tủy là các biến chứng nặng gặp với tỉ lệ thấp tương đương các nghiên cứu quốc tế. Tuy nhiên cần rút kinh nghiệm để hoàn thiện hơn quy trình chẩn đoán và điều trị nhằm hạn chế các biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malaisrie SC, Szeto WY, Halas M, et al.** 2021 The American Association for Thoracic Surgery expert consensus document: Surgical treatment of acute type A aortic dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;162(3):735-758.e2. doi:10.1016/j.jtcvs.2021.04.053
2. **Czerny M, Schmidli J, Adler S, et al.** Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) and the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2019;55(1):133-162. doi:10.1093/ejcts/ezy313
3. **Damberg A, Schälte G, Autschbach R, Hoffman A.** Safety and pitfalls in frozen elephant trunk implantation. *Ann Cardiothorac Surg.* 2013;2(5):669-676. doi:10.3978/j.issn.2225-319X.2013.09.16
4. **Prevezta O, Liao JL, Olive JK, et al.** Neurologic complications after the frozen elephant trunk procedure: A meta-analysis of more than 3000 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020;160(1):20-33.e4. doi:10.1016/j.jtcvs.2019.10.031
5. **Shrestha M, Bachet J, Bavaria J, et al.** Current status and recommendations for use of the frozen elephant trunk technique: a position paper by the Vascular Domain of EACTS. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.*

- 2015;47(5):759-769. doi:10.1093/ejcts/ezv085
6. **Poon SS, Tian DH, Yan T, et al.** Frozen elephant trunk does not increase incidence of paraplegia in patients with acute type A aortic dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020;159(4):1189-1196.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2019.03.097
7. **Hohri Y, Yamasaki T, Matsuzaki Y, Hiramatsu T.** Early and mid-term outcome of frozen elephant trunk using spinal cord protective perfusion

- strategy for acute type A aortic dissection. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2020;68(10):1119-1127. doi:10.1007/s11748-020-01328-z
8. **Zhao H, Wen D, Duan W, An R, Li J, Zheng M.** Identification of CTA-Based Predictive Findings for Temporary and Permanent Neurological Dysfunction after Repair in Acute Type A Aortic Dissection. *Sci Rep.* 2018;8(1):9740. doi:10.1038/s41598-018-28152-z.

KẾT QUẢ THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ ĐẸ SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỒI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Lê Thị Anh Đào²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả thai nghén của các thai phụ đẻ song thai một bánh rau hai buồng ối trên 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 278 sản phụ song thai một bánh rau hai buồng ối trên 22 tuần, sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2019, bao gồm cả đẻ thường và mổ đẻ. **Kết quả:** Có 60,1% sản phụ đẻ đủ tháng (>37 tuần) và 0,4% (1/278) sản phụ đẻ non dưới 28 tuần. Tỷ lệ mổ lấy thai cao gần gấp 3 lần so với tỷ lệ đẻ thường (76,3 so với 23,7). 42/278 trường hợp chảy máu sau đẻ, chiếm 15,1%. Trọng lượng trung bình lúc sinh của thai thứ nhất và thứ hai lần lượt là 2269± 495 gram và 2290± 489 gram. Tỷ lệ tử vong sơ sinh có điểm Apgar 1 phút sau sinh từ 1-3 và 4-7 điểm lần lượt là 1,1% và 29,1%. **Kết luận:** Hơn 60% trường hợp sinh đủ tháng với tỷ lệ mổ lấy thai cao gần gấp 3 lần so với tỷ lệ đẻ thường (76,3 so với 23,7).

Từ khóa: kết quả thai nghén, song thai một bánh rau hai buồng ối, chuyển dạ

SUMMARY

MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN MONOCHORIONIC-DIAMNIOTIC TWINS OVER 22 WEEK OF GESTATIONS IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Describes the maternal and fetal outcomes in monochorionic-diamniotic twins over 22 week of gestations in Hanoi obstetrics and gynecology. **Methods:** This is a cross-sectional study, was performed through 278 women with monochorionic-diamniotic twins over 22 week of gestations who delivered in 2019 at Hanoi obstetrics and gynecology, including vaginal deliveries and cesarean sections. **Results:** There were 60,1% participants delivering in

term (>37 weeks) and 0,4% (1/278) one's before 28 weeks gestation. The proportion of C-section deliveries were three times higher than the figure for vaginal deliveries. Postpartum hemorrhage was occurred in 42 cases, accounted for 15,1%. The mean weight at delivery of the first and the second neonate were 2269± 495 gram và 2290± 489 gram, respectively. The percentage of neonates with Apgar score at 1 minute from 1-3 points and 4-7 points were 1,1% và 29,1%, respectively. **Conclusion:** There were more than 60% participants delivering in term (>37 weeks) and the proportion of C-section deliveries were three times higher than the figure for vaginal deliveries

Key word: monochorionic-diamniotic twins, delivery, maternal outcomes, fetal outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là sự phát triển đồng thời cả hai thai trong buồng tử cung, đây là 1 tình trạng thai nghén có nguy cơ cao, có thể gây nhiều hậu quả nguy hiểm đến sức khỏe mẹ và thai trong cả quá trình mang thai cũng như sinh đẻ. Song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn [1]. Việc chẩn đoán, theo dõi sự phát triển cũng như phát hiện sớm các dấu hiệu của các biến chứng có vai trò đặc biệt quan trọng trong theo dõi, tiên lượng và xử trí đối với song thai một bánh rau, hai buồng ối. Nhằm mục đích đưa ra các số liệu cụ thể, góp phần làm rõ các đặc điểm của song thai một bánh rau hai buồng ối chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả thai nghén của các thai phụ đẻ song thai một bánh rau hai buồng ối trên 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án các sản phụ song thai một bánh rau hai buồng ối đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ 1/1/2019-31/12/2019, bao gồm cả đẻ thường và mổ đẻ. Tiêu chuẩn loại trừ những trường hợp

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022