

V. KẾT LUẬN

Ghi điện cơ kim ở vị trí cơ cạnh sống có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương sớm rễ thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2013), Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, Nhà xuất bản y học, 42-70.
2. Annaswamy T. M. Dillingham T., Plastaras C.T., (2020), "Evaluation of persons with suspected lumbosacral and cervical radiculopathy: Electrodiagnostic assessment and implications for treatment and outcomes (Part I)", Muscle Nerve, tr. 1-24.
3. SH Lee JH Lee (2012), "Physical examination, magnetic resonance image, and electrodiagnostic study in patients with lumbosacral disc herniation or spinal stenosis", J Rehabil Med. 44, tr. 845-850.
4. D. Scott Kreiner; Steven Hwang; John Easa; Daniel K. Resnick (2012), "Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation

with radiculopathy", NASS, tr. 13-22.

5. Andrew J. Haig MD, Zachary London MD và Danielle E. Sandella BS (2012), "Symmetry of paraspinal muscle denervation in clinical lumbar spinal stenosis", Muscle Nerve. 48, tr. 198-203.
6. John Jairo Forero. MD và Fernando Ortiz-Corredor. MD (2013), "Changes in electromyographic results of patients with lumbar radiculopathy: a follow-up study", American Congress of Rehabilitation Medicine. 94, tr. 1287-1292.
7. Timothy R. Dillingham MD (2013), "Evaluating the Patient With Suspected Radiculopathy", American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, tr. S41-S49.
8. Allen R. Last .MD. MPH và Karen Hulbert .MD. Racine Family (2009), "Chronic low back pain: Evaluation and Management", American Family Physician. 79, tr. 1067.
9. Phan Việt Nga (2013), "Nghiên cứu mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chi dưới với lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", Thần kinh học Việt nam. 4+5, tr. 76-86.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH KHÔNG DÙNG TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Thành Luân*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và trong phẫu thuật, các kết quả hậu phẫu, biến chứng chung và tử vong sớm trong viện. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả loạt ca không đối chứng. **Kết quả:** 141 trường hợp trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 59,8 ± 8,3 tuổi, 83% < 70 tuổi, Nam chiếm 81,6%, Bệnh nội khoa và yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp 79,4%, rối loạn lipid máu 39%, đái tháo đường 29,1%, có giảm chức năng thận trước mổ 49,6%. Chức năng thất trái: phân suất tống máu 53,2 ± 12,4%, đường kính cuối tâm trương thất trái 53,2 ± 7,4mm. Tổn thương cả 3 nhánh động mạch vành là 93,6%, thân chung 44,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 5,3 giờ, ngắn nhất là 3 giờ, dài nhất là 8 giờ. Số lượng cầu nối: 3,2 ± 0,5 cầu nối. Có 99,3% dùng động mạch vú trong trái, 63,1% dùng động mạch vú trong phải, 60,3% dùng động mạch vị mạc nối phải, 46,8% dùng tĩnh mạch hiển. 53,2% bệnh nhân dùng cầu nối toàn động mạch. Thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 21,5 giờ (thở máy kéo dài 20,7%); 63 giờ và 10,5 ngày. Vận mạch sau mổ chủ yếu 1 vận mạch và không vận mạch. Tỷ

lệ tử vong sau phẫu thuật là 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không dùng tuần hoàn ngoài cơ thể tại BV Chợ Rẫy bước đầu cho thấy an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tử vong chấp nhận được so với các nghiên cứu thế giới. Bên cạnh đó chúng tôi thấy rằng PTBCDMV không THNCT là kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và đường cong huấn luyện đóng vai trò rất quan trọng. Tương lai bệnh nhân mạch vành nguy cơ cao sẽ ngày càng tăng, PTBCDMV không THNCT sẽ là phương pháp được lựa chọn nhiều và phẫu thuật viên trẻ cần được tiếp cận, đào tạo kỹ thuật này.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: Describe clinical, paraclinical characteristics, postoperative results, general complications and early hospital mortality. **Methods:** Descriptive cross sectional study. **Results:** In 141 patients (Male 81.6%). Mean age was 59.8 ± 8.3 years, History and common risk factors were hypertension 79.4%, dyslipidemia 39%, diabetes 29.1%, renal failure 49.6%. Left ventricular function: ejection fraction 53.2 ± 12.4%, Left ventricular end-diastolic diameter 53.2 ± 7.4mm. Three-vessel disease accounted for 93.6%, Left Main was 41.1%. The average operative time was 5.3 hours, the shortest was 3 hours, the longest was 8 hours. Average number of grafts 3.2 ± 0.5, **conduits:** 99.3% left internal mammary artery, 63.1% right

*Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân
 Email: tluan.yak36@gmail.com
 Ngày nhận bài: 2.01.2021
 Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021
 Ngày duyệt bài: 5.3.2021

internal mammary artery, 60.3% right gastroepiploic artery, 46.8% saphenous vein, 53.2% total artery bypass. Mechanical ventilation, time of resuscitation, average hospitalization time after surgery was 21.5 hours (Prolonged ventilation 20.7%); 63 hours and 10.5 days, respectively. Postoperative Inotrope and Vasopressors are mainly one or not. Hospital mortality was 2.8%. **Conclusion:** Off pump coronary artery bypass grafting at Cho Ray Hospital initially showed a safe and effective with acceptable mortality rate. In addition, Off-pump CABG is a challenging technique with surgeon's experience and a steep learning curve. Off-pump CABG is an attractive strategy for treating high-risk patients and next generation of cardiac surgeons must receive structured training to perform off-pump CABG so as to deal with increasing numbers of high-risk patients.

Keywords: Off-Pump CABG, Cardiopulmonary bypass, bilateral internal mammary artery (BIMA), the right gastroepiploic artery (GEA), Three-vessel disease, Arterial conduits.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Về điều trị bệnh động mạch vành, bên cạnh các biện pháp phòng bệnh, điều trị nội khoa và can thiệp can thiệp nội mạch như bóc nội mạc bằng laser hay sóng cao tần, stent thuốc, liệu pháp gen để điều trị bệnh lý hẹp mạch vành đã có rất nhiều tiến bộ với những kết quả tốt. Tuy vậy qua nhiều nghiên cứu đặc biệt là nghiên cứu SYNTAX thì phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (PTBCĐMV) vẫn luôn được coi là phương pháp điều trị tốt nhất ở nhóm bệnh nhân bệnh hẹp thân chung kèm với các nhánh mạch vành khác và bệnh 3 nhánh mạch vành có hoặc không kèm đái tháo đường nhằm mục đích: (1) Cải thiện triệu chứng; (2) Cải thiện sống còn vì với PTBCĐMV, khả năng thực hiện được tái tuần hoàn toàn bộ ĐMV là tốt nhất.

Trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, có 2 kỹ thuật chính được thực hiện cho tới nay là có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) và không sử dụng THNCT. Favaloro 1968 đã thực hiện PTBCĐMV có dùng THNCT bằng cầu nối tĩnh mạch hiển, Kolessov 1967 lần đầu tiên thực hiện PTBCĐMV không dùng THNCT với cầu nối động mạch vú trong trái vào động mạch liên thất trước, Trapp và Ankeney 1975 công bố và tiên phong trong tái tưới máu mạch vành khi tim đập đối với động mạch liên thất trước và động mạch vành phải [5]. PTBCĐMV với THNCT và làm ngừng tim đã là kỹ thuật kinh điển được thực hiện đầu tiên vào thập niên 1960. Tuy nhiên, THNCT và liệt tim cũng là nguyên nhân gây ra những tai biến và biến chứng ở tim, phổi, thận

não và rối loạn chức năng đông cầm máu cũng như các vấn đề về đáp ứng viêm toàn thân. Chính vì thế PTBCĐMV không dùng THNCT sẽ hạn chế được các tai biến biến chứng do THNCT gây ra.

Phẫu thuật bắc cầu chủ vành không dùng THNCT về cơ bản thì giống PTBCĐMV có dùng THNCT trong chỉ định, lựa chọn mảnh ghép, xác định tổn thương và vị trí cầu nối. Nhưng vì phẫu thuật này được thực hiện trong lúc tim vẫn đập, nên trong quá trình phẫu thuật, người phẫu thuật viên sẽ dùng thêm các dụng cụ để hỗ trợ đó là dụng cụ cố định tim và những shunt trong mạch vành, bộ thổi khí CO₂ để làm sạch phẫu trường. Bệnh viện Chợ Rẫy bắt đầu triển khai PTBCĐMV không dùng THNCT từ năm 2010 mang lại nhiều kết quả khả quan và trở thành kỹ thuật thường quy áp dụng cho phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Tuy nhiên chưa có một công trình nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả bắc cầu mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trường hợp PTBCĐMV đơn thuần được mổ với kỹ thuật không sử dụng THNCT từ tháng 1 năm 2017 tới tháng 12 năm 2018 tại khoa Hồi sức – Phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy

2.2. Chỉ định và chống chỉ định. Kỹ thuật này được thực hiện cho hầu hết các trường hợp mổ cầu nối động mạch vành ngoại trừ một số chống chỉ định sau: Tình trạng huyết động trước mổ không ổn định. Động mạch liên thất trước ở sâu trong cơ, bệnh lý van tim khác đi kèm có chỉ định phẫu thuật (hở van hai lá nặng do thiếu máu, tổn thương van hai lá và/hoặc van động mạch chủ do thoái hóa, vôi hóa...)

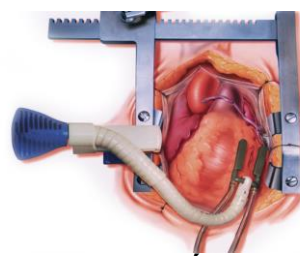
2.3 Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang không đối chứng

2.4 Kỹ thuật mổ: Mở ngực đường giữa xương ức. Tiến hành lấy các vật liệu làm cầu nối: động mạch vú trong, động mạch vị mạc nối phải, tĩnh mạch hiển. Sau khi lấy xong các vật liệu làm cầu nối tiến hành cho heparin 100-150UI/kg. Cắt đầu xa động mạch vú trong, đầu xa động mạch vị mạc nối phải và/hoặc cắt rời tĩnh mạch hiển (kiểm tra và cột kỹ các nhánh của TM hiển). Sử dụng dụng cụ hút để cố định mạch vành, dụng cụ thổi khí CO₂ để thổi sạch phẫu trường.

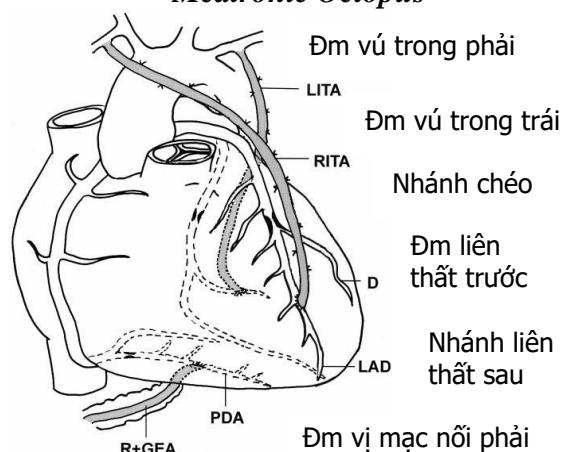
Các mũi chỉ silk 2-0 khâu treo màng ngoài tim. Lật tim dùng chỉ vicryl 1-0 khâu 2 mũi chỉ treo: 1 sợi ở cạnh bên tmc dưới, 1 sợi khâu treo màng tim cạnh tĩnh mạch phổi trái mục đích giúp

nâng quả tim lên để phẫu thuật viên có thể tiếp cận với những vị trí ở sâu phía bên và mặt dưới dễ dàng hơn. Huyết động duy trì huyết áp trung bình trên 60mmHg, người bệnh ở tư thế đầu thấp nhằm mục đích duy trì tiền tải của tim trong khi phẫu thuật viên xoay, lật thao tác ở mặt bên và mặt sau của tim. Trong quá trình mổ không dùng THNCT, bác sĩ gây mê phải phối hợp chặt chẽ với phẫu thuật viên hơn là trong phẫu thuật kinh điển.

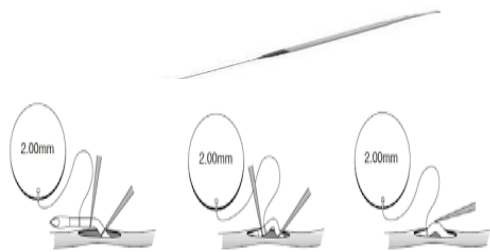
Thứ tự khâu nối là từ vị trí mạch vành hẹp nặng nhất đến nhẹ nhất và dùng chỉ prolene 7-0 hoặc 8-0 để khâu nối các miệng nối xa. Luôn sử dụng shunt tạm trong lòng động mạch vành khi khâu nối để tránh thiếu máu nuôi tim. Trong trường hợp vôi hoá nặng mạch vành có thể bóc nội mạc động mạch vành. Đối với cầu nối toàn động mạch chúng tôi thường dùng 2 động mạch vú trong và động mạch vị mạc nối phải và giữ 3 cuống mạch riêng biệt. Trong vài trường hợp có thể cắt rời động mạch ngực trong phải làm mạch máu ghép tự do. Trường hợp sử dụng tĩnh mạch hiển thì luôn siêu âm trong mổ kiểm tra động mạch chủ lên, nếu không vôi hoá sẽ làm miệng nối gần ở động mạch chủ lên. Sau khi hoàn thành miệng nối, hạ tim về tư thế bình thường, trung hoà heparin bằng protamine, cầm máu kỹ, dẫn lưu và đóng ngực theo kỹ thuật Robiscek.



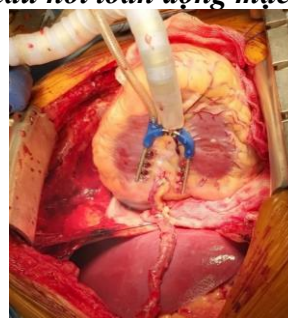
Hình 2: Dụng cụ cố định mạch vành Medtronic Octopus



Hình 3. PTBCMV không dùng THNCT với cầu nối toàn động mạch



Hình 1: Bộ thổi khí CO2 làm sạch phẫu trường và shunt mạch vành



Hình 4: cầu nối đm vị mạc nối phải vào đm liên thất sau

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018, tại khoa Hồi sức – Phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi ghi nhận có 141 bệnh nhân PTBCMV không dùng THNCT trong đó có 75 bệnh nhân dùng cầu nối toàn động mạch và 66 bệnh nhân có dùng tĩnh mạch hiển làm cầu nối với các đặc điểm sau:

1. Đặc điểm bệnh nhân:

Đặc điểm trước mổ	Giá trị	Đặc điểm trước mổ	Giá trị
Tuổi	59,8 ±8,3	Suy thận trước mổ (độ lọc cầu thận <60)	49,6%
<70 tuổi	83%	Giai đoạn 1 (>=90)	25.3%
Nam	81,6%	Giai đoạn 2 (60-89)	37.3%
Lao động chân tay	48%	Giai đoạn 3 (30-59)	34.7%
BMI bình thường	42,1%	Giai đoạn 4 (15-29)	2.7%
Hút thuốc lá	22%	Giai đoạn 5 (<15)	0
Tăng huyết áp	79,4%	Phân độ suy tim theo chức năng của Hội	

Đái tháo đường	29,1%	Tim mạch New York I II III IV	0% 34% 63,8% 2,2%
Đái tháo đường có dùng Insulin	12,8%		
Rối loạn lipid máu	39%		
Tiền sử nhồi máu cơ tim	26,2%		
Tiền sử can thiệp mạch vành qua da	7,1%	Phân độ đau thắt ngực theo hiệp hội tim mạch Canada 1 2 3 4	0% 30,5% 67,4% 2,1%
Hẹp động mạch cảnh > 50%	19,9%		
Tiền sử đột quy	8,5%		
Bệnh lý mạch máu ngoại biên	12,1%		
Bệnh phổi mạn	7,8%		

2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật

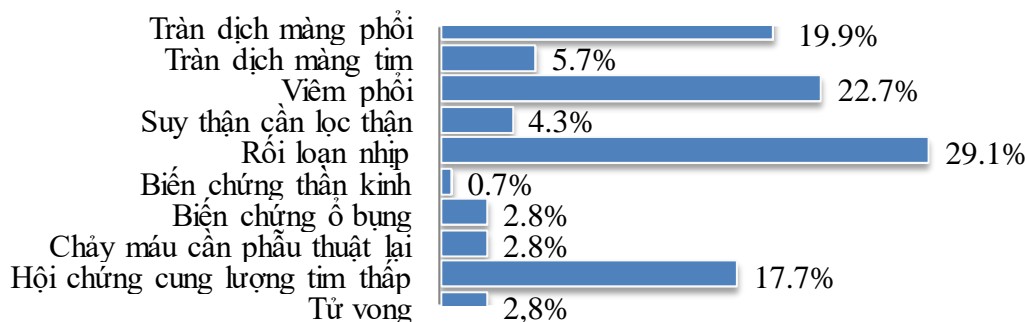
Phân suất tổng máu (EF)	53,2% ± 12,4
Đường kính cuối tâm trương thất trái	53,2±7,4mm
tổn thương 3 nhánh động mạch vành	93,6%
tổn thương thân chung	44,1%
Đặt bóng đối xung động mạch chủ trước mổ	12,8%
Phẫu thuật cấp cứu	11,3%

3. Đặc điểm trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là 320 ±55 phút. Ngắn nhất là 3 giờ, dài nhất là 8 giờ. trung bình là 3,2 ± 0,5 cầu nối, ít nhất là 1 cầu, nhiều nhất là 5 cầu. Tỷ lệ làm 3 cầu nối là nhiều nhất chiếm 79%. Có 99,3% dùng đm vú trong trái, 63,1% dùng đm vú trong phải, 60,3% dùng đm vị mạc nối phải, 46,8% dùng tĩnh mạch hiển và có 53,2% bệnh nhân dùng cầu nối toàn động mạch.

4. Kết quả hậu phẫu. Thở máy trung bình 21,5±16,2 giờ, thời gian thở máy ngắn nhất là 6

giờ, dài nhất là 100 giờ. Trong đó thời gian thở máy ≤ 24 giờ có 112 trường hợp chiếm tỷ lệ 79,4%, thời gian thở máy > 24 giờ có 29 trường hợp chiếm tỷ lệ 20,6%. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 63±34 giờ, ngắn nhất là 18 giờ và lâu nhất là 180 giờ, thời gian nằm viện trung bình 10,5 ngày. Hầu hết các trường hợp đều chỉ sử dụng 1 vận mạch sau mổ chiếm tỷ lệ 47,5%, không dùng vận mạch sau mổ là 34,8%, sử dụng từ 2 vận mạch trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp 17,1%.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT



Biểu đồ 3.1. Các biến chứng sau phẫu thuật

Có 2 trường hợp cần đặt bóng đối xung động mạch chủ sau mổ. Có 4 trường hợp tử vong trong viện chiếm tỷ lệ 2,8%. Trong đó có 1 trường hợp do rối loạn nhịp là rung thất sau mổ dẫn đến tổn thương thận cấp, phải lọc thận cấp cứu, 1 trường hợp shock nhiễm trùng do viêm

phổi và tổn thương thận cấp phải lọc thận, 1 trường hợp tai biến mạch máu não và viêm phổi bệnh viện, 1 trường hợp suy tim không hồi phục sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tuần hoàn ngoài cơ thể ra đời tạo nên sự

đột phá và phát triển mạnh mẽ trong phẫu thuật tim mạch. Tuy nhiên bên cạnh những thuật lợi thì còn có những tác dụng không muốn do THNCT gây ra như tổn thương tạng, suy chức năng các cơ quan, tình trạng đáp ứng viêm hệ thống, rối loạn đông máu và biến chứng thần kinh.

Trong PTBCDMV không dùng THNCT hay có THNCT đã là chủ đề nóng trong phẫu thuật tim người lớn từ những năm 2000. Nhiều nghiên cứu đã so sánh 2 phương pháp trên tuy nhiên khó có thể đưa ra kết luận cuối cùng, các nghiên cứu đã đưa ra những nhận định chung rằng kết quả phẫu thuật của 2 phương pháp đều rất tốt. Tuy nhiên PTBCDMV không dùng THNCT có xu hướng ít cần truyền máu hơn, ít biến chứng thần kinh nếu không đụng chạm vào động mạch chủ, ít ảnh hưởng đến chức năng thận hơn, ít rung nhĩ hơn, tránh được các tác dụng phụ của tuần hoàn ngoài cơ thể.

Thử nghiệm ROOBY là nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm đầu tiên so sánh giữa 2 kỹ thuật này, 2023 bệnh nhân chia ngẫu nhiên 2 nhóm có THNCT và không THNCT. Nghiên cứu thấy rằng không có sự khác nhau về tỷ lệ tử vong trong viện và cho thấy PTBCDMV không dùng THNCT chất lượng mạch ghép thấp hơn. Tuy nhiên trong nghiên cứu ROOBY thì phẫu thuật viên bao gồm các bác sĩ nội trú, các phẫu thuật viên tim mạch chung (không phải các chuyên gia phẫu thuật mạch vành với số lượng lớn) và cả các trung tâm ít làm kỹ thuật không dùng THNCT. Chính vì điều này cho thấy tỷ lệ chuyển đổi tử không chạy THNCT sang THNCT trong mổ cao (12,4%) và kết cục lâm sàng kém [8].

Nghiên cứu CORONARY đa trung tâm thực hiện ở 4700 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tử vong trong viện như nhau giữa PTBCDMV có và không dùng THNCT, tuy nhiên không THNCT giảm đáng kể tỷ lệ truyền máu, mổ lại do chảy máu, suy thận cấp và biến chứng hô hấp [4]. Nghiên cứu phân tích gộp của Kowalewski cho kết luận: PTBCDMV không dùng THNCT làm giảm đáng kể tỷ lệ tai biến mạch máu não so với có THNCT. Hơn thế nữa ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao PTBCDMV không dùng THNCT càng cho thấy lợi ích làm giảm tỷ lệ tử vong, nhồi máu cơ tim, đột quy [3].

Một phân tích gộp của 37 nghiên cứu RCT (n = 3449) và 22 nghiên cứu quan sát được điều chỉnh yếu tố nguy cơ theo mô hình hồi quy tuyến tính hoặc so sánh điểm xu hướng (PSM) (n = 293617) được thực hiện bởi Wijesundera cho thấy các kết cục tốt khác biệt giữa

PTBCDMV không dùng THNCT và có dùng THNCT là không đáng kể trong các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên, trong khi PTBCDMV không dùng THNCT lại được tìm thấy là vượt trội hơn đáng kể trong các nghiên cứu quan sát. Trong thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên, mặc dù không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong, tuy nhiên không dùng THNCT giảm đáng kể tỷ lệ rung nhĩ và truyền máu. Ngược lại, trong nghiên cứu quan sát thì tỷ lệ tử vong, đột quy, nhồi máu cơ tim, rung nhĩ ở nhóm không dùng THNCT đều tỏ ra ít hơn. Xét về khía cạnh đạo đức thì trong thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên thì những bệnh nhân phải đồng ý cả hai phương pháp mổ mới được đưa vào nghiên cứu nên các đối tượng có xu hướng là những trường hợp có nguy cơ thấp. Mặt khác, trong các nghiên cứu quan sát thì sẽ có nhiều trường hợp nguy cơ cao hơn vì tùy tình hình thực tế những bệnh nhân trong khoảng thời gian quan sát nên sẽ thiết thực hơn và do đó cho kết quả vượt trội hơn đối với PTBCDMV không dùng THNCT [9]. Hơn nữa, Puskas và cộng sự so sánh PTBCDMV có và không dùng THNCT ở bệnh nhân có STS cao thì tác giả nhận thấy rằng trong các trường hợp có điểm STS cao, tỷ lệ tử vong và nhập viện lại thấp hơn đáng kể đối với kỹ thuật không dùng THNCT [7].

Nghiên cứu phân tích gộp dựa trên Cochrane Database 2012 trong 68 nghiên cứu cho thấy rằng PTBCDMV không dùng THNCT có số cầu nối trung bình ít hơn, làm tăng nguy cơ tử vong khi theo dõi dài hạn (p = 0.04). Tuy nhiên nghiên cứu lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên đa trung tâm của Lemma (2012) trên 400 bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao (Euroscore >6). Kết cuộc nghiên cứu gộp bao gồm tử vong, nhồi máu cơ tim, đột quy, suy thận, mổ lại cầm máu và hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) trong vòng 30 ngày sau mổ cho thấy tỷ lệ kết cuộc thấp hơn (P = 0,01) ở nhóm không dùng THNCT (5,8% so với 13,3%). Nguy cơ gặp các kết cuộc chính ở nhóm dùng THNCT cao hơn (OR=3.07; 95% CI là 1,32-7,14; P=0,009)[8]. Nghiên cứu lớn của David P.Taggart 2020 về kết cục 10 năm Arterial Revascularization Trial cho thấy giữa có và không dùng THNCT không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong, nhồi máu cơ tim, tái thông lại. Tuy nhiên kỹ thuật không dùng THNCT thực hiện bởi các phẫu thuật viên mổ off-pump số lượng ít thì có sự khác biệt đáng kể về số lượng cầu nối, tăng tỷ lệ chuyển on-pump trong mổ, tăng nguy

cơ tử vong tim mạch (HR 2,39, CI 1,28-4,47, $p=0,006$)[1]. Chính vì điều này càng khẳng định hơn nữa ảnh hưởng của phẫu thuật viên đến kết quả phẫu thuật. Tại bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã bắt đầu thực hiện PTBCDMV không THNCT từ năm 2010 chính vì thói quen của phẫu thuật viên và dựa vào những lợi ích mà các nghiên cứu đã ủng hộ nên chúng tôi thực hiện đại đa số phẫu thuật không dùng THNCT cho bệnh nhân.

Số cầu nối trung bình trong nghiên cứu là $3,2 \pm 0,5$ cầu. Tỷ lệ số lượng cầu nối nhiều nhất là 3 cầu nối (76%), kế đến là 4 cầu nối (18,7%). Điều này chứng tỏ rằng PTBCDMV không dùng THNCT vẫn có thể tái thông toàn bộ mạch vành. Hơn thế nữa hạn chế được các biến chứng do chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể thì việc này mang ý nghĩa lớn và tích cực hơn trong việc tái tuần hoàn cho hệ vành giúp cơ tim hoạt động tốt hơn và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân, bên cạnh đó nó còn thể hiện kinh nghiệm và tay nghề của phẫu thuật viên đối với phương pháp này.

Tỷ lệ tử vong ở các nghiên cứu khác là 1-3,5%. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ tử vong là 2,8%. Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi và rối loạn nhịp (chủ yếu là rung nhĩ) tuy nhiên đây là biến chứng được xem là lành tính vì hầu hết các trường hợp phục hồi nhịp xoang với điều trị nội khoa thuốc amiodarone. Trong PTBCDMV không dùng THNCT tránh được việc dùng THNCT nên chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân suy thận sau mổ phải lọc thận thấp và chỉ có 1 bệnh nhân có tai biến thần kinh.

Theo ACC/AHA 2004 biến chứng thần kinh sau PTBCDMV là một biến chứng rất đáng sợ, có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả sớm và muộn sau phẫu thuật và đáng ngại nhất là ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau khi xuất viện. Bệnh cảnh lâm sàng của tai biến thần kinh đa dạng, có thể chia thành 2 loại: loại 1 là những thương tổn thần kinh khu trú, đột quỵ; loại 2 là các rối loạn nhận thức như rối loạn trí nhớ, mất định hướng, sa sút trí tuệ... Nguyên nhân của đột quỵ trong giai đoạn chu phẫu bao gồm: thuyên tắc, giảm tưới máu, giảm oxy máu, chảy máu và bất thường về chuyển hóa. Đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây tử vong sau suy tim cung lượng thấp. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ xét khiếm khuyết thần kinh loại 1 là đột quỵ. Đột quỵ sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp đột quỵ do nhồi máu não sau mổ. Bệnh nhân này trong nhóm dùng tĩnh mạch hiển và có kẹp bán phần động mạch chủ.

Còn ở nhóm dùng vật liệt toàn động mạch không có bệnh nhân nào đột quỵ sau mổ. Osawa và cộng sự nghiên cứu về tỷ lệ đột quỵ liên quan đến vấn đề thao tác trên động mạch chủ lên. Có 2/451 bệnh nhân (0,47%) thực hiện phẫu thuật PTBCDMV không dùng THNCT với kỹ thuật không thao tác trên động mạch chủ (không kẹp động mạch chủ) bị đột quỵ sau mổ, trong khi đó 1/9 bệnh nhân PTBCDMV không dùng THNCT có kẹp bán phần động mạch chủ để thực hiện miệng nối đầu gần bị đột quỵ sau mổ[6], số dĩ chỉ có 9 bệnh nhân kẹp bán phần động mạch chủ vì trong 108 bệnh nhân dùng tĩnh mạch hiển thì có 99 bệnh nhân nối đầu gần bằng dụng cụ nên không cần kẹp bán phần động mạch chủ. Tác giả kết luận rằng không kẹp động mạch chủ có lẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ đột quỵ và khuyến khích nên dùng cầu nối toàn động mạch hoặc dùng tĩnh mạch hiển nhưng làm miệng nối gần bằng dụng cụ. Kobayashi cũng báo cáo rằng không có tỷ lệ tử vong hay đột quỵ nào xảy ra khi sử dụng kỹ thuật không chạm vào động mạch chủ[2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không dùng tuần hoàn ngoài cơ thể tại BV Chợ Rẫy bước đầu cho thấy an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tử vong chấp nhận được so với các nghiên cứu thế giới. Bên cạnh đó chúng tôi thấy rằng PTBCDMV không dùng THNCT là kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, đường cong huấn luyện đóng vai trò rất quan trọng. Tương lai bệnh nhân mạch vành nguy cơ cao sẽ ngày càng tăng, PTBCDMV không dùng THNCT sẽ là phương pháp được lựa chọn nhiều và phẫu thuật viên trẻ cần được tiếp cận, đào tạo kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David P. Taggart, Mario F. Gaudino, Stephen Gerry, Alastair Gray, Belinda Lees, Lokeswara R. Sajja, Vipin Zamvar, Marcus Flather, Umberto Benedetto, 2020.** Ten-year outcomes after off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting: Insights from the Arterial Revascularization Trial, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, ISSN 0022-5223, <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2020.02.035>.
2. **Kobayashi J 79, Sasako Y, Bando K, Niwaya K, et al, (2002),** "Multiple off-pump coronary revascularization with "aorta no-touch" technique using composite and sequential methods", *The heart surgery forum*, 5 pp. 114-118.
3. **Kowalewski M, Pawlitzak W, Malvindi PG, et al.** Off-pump coronary artery bypass grafting improves short-term outcomes in high-risk patients compared with on-pump coronary artery bypass

- grafting: meta-analysis. J Thorac Cardiovasc Surg 2016; 151: 60-77.e1-58.
4. Lamy A, Devereaux PJ, Prabhakaran D, et al. Off-pump or on-pump coronary-artery bypass grafting at 30 days. N Engl J Med 2012; 366: 1489-97.
 5. Marczin, Nandor, AND Raja, Shahzad G.. "Off-pump coronary artery bypass grafting" AME Medical Journal [Online], Volume 5(24 March 2020)
 6. Osawa H 89, Inaba H, Kinoshita O, Akashi O, et al, (2011), "Off-pump coronary artery bypass grafting with an aortic nonclamping technique may reduce the incidence of cerebral complications", General Thoracic and Cardiovascular Surgery, 59 (10), pp. 681.
 7. Puskas JD, Mack MJ, Smith CR. On-pump versus off-pump CABG. N Engl J Med 2010; 362, 851; author reply 853-4.
 8. Shroyer AL, Grover FL, Hattler B, et al. On-pump versus off-pump coronary-artery bypass surgery. N Engl J Med 2009; 361: 1827-37.
 9. Wijesundera DN, Beattie WS, Djaiani G, et al. Off pump coronary artery surgery for reducing mortality and morbidity: meta-analysis of randomized and observational studies. J Am Coll Cardiol 2005; 46: 872-82. 21) Puskas JD, Thourani VH, Kilgo P, et al. Off-pump coronary artery bypass disproportionately benefits high-risk patients. Ann Thorac Surg 2009; 88: 1142-7.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỔ VÀ MỐI TƯƠNG QUAN TỚI ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC UNG THƯ KHOANG MIỆNG

Lê Văn Quảng^{1,2}, Ngô Quốc Duy¹, Lê Thế Đường¹, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và mối tương quan tới đặc điểm bệnh học ung thư khoang miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 158 BN chẩn đoán ung thư khoang miệng giai đoạn cT1-4N0-2M0 điều trị tại bệnh viện K từ 2017 - 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 56,1 ± 10,1 (25 - 83). Nam chiếm đa số (73,4%). Tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 32,9%, trong đó di căn hạch tiềm ẩn là 21,5%. Không có mối tương quan giữa tình trạng di căn hạch với tuổi và giới (p>0,05). Tình trạng di căn hạch có mối tương quan chặt chẽ với kích thước u (p < 0,001, CI 95% 2,3-9,5), độ xâm lấn sâu (p<0,001; CI 95% 2,7 - 14,9) và giai đoạn T sau mổ (p<0,001). **Kết luận:** Tình trạng di căn hạch cổ có mối tương quan chặt chẽ với kích thước u, độ xâm lấn sâu và giai đoạn T sau mổ.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, di căn hạch cổ.

SUMMARY

EVALUATION OF CERVICAL LYMPH NODES METASTASIS AND ITS RELATIONSHIP WITH FEATURES OF ORAL CAVITY CANCER

Objective: To evaluate the rate of cervical lymph nodes metastasis and its relationship with characteristics of oral cavity cancer. **Patients and method:** Restrospective analysis of 158 patients with cT1-4N0-2M0 oral cavity cancer were diagnosed and treated at K hospital from 2017 to 2019. **Results:** Median age was 56,1 ± 10,1 (25 - 83). The rate of male was 73,4%. The proportion of cervical lymph nodes metastasis was 32,9% while the rate of patients with cN0 was 21,5%. There were significant

relations between cervical lymph nodes metastasis and tumor size (p < 0,001, CI 95% 2,3-9,5), DOI (p<0,001; CI 95% 2,7 -14,9) và pT stage (p<0,001). respectively. **Conclusion:** Cervical lymph nodes metastasis was associated with tumor size, DOI and postoperative T stage.

Keywords: Oral cavity cancer, cervical lymph nodes metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng (UTKM) là một trong những bệnh phổ biến, chiếm khoảng 30 - 40% các ung thư của vùng đầu cổ. Theo GLOBOCAN 2020, hằng năm có khoảng 377.713 ca mới mắc và 177.757 ca ca tử vong do ung thư khoang miệng [1]. Điều trị UTKM là điều trị đa mô thức, đòi hỏi sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau trong đó phẫu thuật có vai trò quan trọng nhất. Xạ trị, hoá chất thường có vai trò bổ trợ.

Di căn hạch cổ là yếu tố tiên lượng quan trọng của ung thư khoang miệng. Hiện nay các nghiên cứu về ung thư khoang miệng nói chung và tình trạng di căn hạch cổ tại Việt Nam còn hạn chế, do đó chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và mối liên quan tới đặc điểm bệnh học ung thư khoang miệng"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 158 BN chẩn đoán ung thư khoang miệng giai đoạn cT1-4N0-2M0 điều trị tại bệnh viện K từ 2017 - 2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN

+Chẩn đoán ung thư khoang miệng giai đoạn CT1-4n0-2m0

+Được phẫu thuật cắt lưỡi bán phần và vét hạch cổ, điều trị xạ trị hoặc hóa xạ trị bổ trợ nếu có.

+Mô bệnh học sau mổ: ung thư biểu mô vảy.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quảng

Email: lequang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.1.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2021

Ngày duyệt bài: 12.3.2021