

điểm. Điểm trung bình của sức khỏe thể chất là $68,5 \pm 14,6$ điểm và sức khỏe tinh thần là $77,6 \pm 13,3$ điểm. Kết quả đánh giá về chất lượng cuộc sống của người bệnh UTĐTT sau phẫu thuật 3 tháng với 2,5% đối tượng ở mức kém, 7,5% đối tượng ở mức trung bình kém, 56,5% ở mức trung bình khá và 33,5% ở mức khá tốt. Nam giới, tuổi trẻ, nhóm đối tượng có nghề nghiệp ổn định, nhóm người bệnh giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) và nhóm người bệnh cắt u đại tràng nổi ngay có liên quan đến điểm số CLCS cao với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray, F., et al.,** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018. 68(6): p. 394-424.
2. **Samohýl, M., et al.,** Quality of life in patients with colorectal cancer in the Slovak Republic: A pilot study. Kontakt, 2018. 20(1): p. e37-e41.
3. **Siegel, R.L., et al.,** Colorectal cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2020. 70(3): p. 145-164.
4. **Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017). 2018. 8(8): p. tr 7-12.
5. **Kuipers, E.J., et al.,** Colorectal cancer. Nature Reviews Disease Primers, 2015. 1(1): p. 15065.
6. **Võ Thị Tâm,** Chất lượng cuộc sống của người bệnh cổ hầu môn nhân tạo vĩnh viễn sau mổ ung thư trực tràng. 2020, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Näsval, P., et al.,** Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. Quality of Life Research, 2017. 26(1): p. 55-64.
8. **Trentham-Dietz, A., et al.,** Health-Related Quality of Life in Female Long-Term Colorectal Cancer Survivors. The Oncologist, 2003. 8(4): p. 342-349.

BẤT THƯỜNG XUẤT PHÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI: KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT 60 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Doãn Vương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bệnh tim bẩm sinh bất thường xuất phát động mạch vành trái từ động mạch phổi tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp:** Từ tháng 6 năm 2011 đến tháng 1 năm 2021, tổng số 60 bệnh nhân được chẩn đoán bất thường xuất phát động mạch vành trái từ động mạch phổi được phẫu thuật chuyển động mạch vành trái trực tiếp về động mạch chủ tại Bệnh viện Nhi Trung ương được tiến hành nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Cân nặng trung bình và tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 5.8 ± 2.1 kg và 6.8 ± 12.4 tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 25/35. Có 4 bệnh nhân (6.7%) có bất thường trong tim phổi hợp bao gồm 2 bệnh nhân tứ chứng Fallot, 1 bệnh nhân thông liên thất và 1 bệnh nhân màng ngăn nhĩ trái-hẹp eo động mạch chủ. Kết quả siêu âm trước phẫu thuật cho thấy có 21 bệnh nhân hở van hai lá mức độ từ trung bình-nặng đến rất nặng, chức năng tâm thất trái trước mổ trung bình là $39.5 \pm 15.7\%$ (14%-76%). Có 48 trường hợp (80%) động mạch vành trái xuất phát từ xoang Valsalva đối diện, 7 trường hợp (11.7%) động

mạch vành trái xuất phát từ xoang không vành của động mạch phổi, và 5 trường hợp (8.3%) động mạch vành trái xuất phát từ thân động mạch hoặc gốc động mạch phổi. Thời gian chạy máy trung bình, thời gian cấp động mạch chủ trung bình của nghiên cứu lần lượt là 112.6 ± 38.3 phút và 65.5 ± 26.2 phút. Có 51 bệnh nhân (85%) được trồng trực tiếp động mạch vành trái vào động mạch chủ, và 9 bệnh nhân (15%) cần tạo đường hầm ngoài động mạch phổi. Có 3 bệnh nhân (5%) tử vong sớm tại bệnh viện. Có 4 bệnh nhân cần mổ lại trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật (7%). Khám lại tại thời điểm cuối cùng cho thấy các bệnh nhân đều ổn định, có 3 bệnh nhân có NYHA 2, và 54 bệnh nhân còn lại đều không có triệu chứng của suy tim sau mổ. **Kết luận:** Kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bệnh bất thường xuất phát động mạch vành trái từ động mạch phổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương là rất tốt. Cần tiếp tục theo dõi dài hạn và đánh giá sâu hơn nữa về tiến triển của chức năng tim và tình trạng hở van hai lá sau phẫu thuật.

Từ khoá: Động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi, phẫu thuật chuyển động mạch vành về động mạch chủ, bệnh tim bẩm sinh

SUMMARY

ANOMALOUS ORIGIN OF LEFT CORONARY ARTERY FROM PULMONARY ARTERY: SURGICAL OUTCOMES OF 60 PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Evaluate the midterm outcomes of surgical repair for patients diagnosed with anomalous

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

origin of the left coronary artery from pulmonary artery (ALCAPA). **Methods:** From June 2011 to January 2021, a consecutive of 60 patients diagnosed with ALCAPA who underwent surgical repair using direct reimplantation of the left coronary artery to the aorta at Vietnam National Children's Hospital were retrospectively reviewed. **Results:** The mean weight and mean weight of patients in our study were 5.8 ± 2.1 kg and 6.8 ± 12.4 months. The gender of patients was 25 male/35 female. There were 4 patients (6.7%) associated with intracardiac lesions included: tetralogy of Fallot (2 patients), ventricular septal defect (1 patient), and coratrium-coarctation of the aorta (1 patient). Preoperative echocardiography showed 21 patients had more than moderate mitral valve regurgitation, and mean left ventricular ejection fraction of $39.5 \pm 15.7\%$ (14%-76%). Intraoperative anatomy showed 48 patients (80%) had the left coronary artery origin from the facing sinus of Valsalva, 7 patients (11.7%) origin from the non-facing sinus, and 5 patients (8.3%) origin from the main pulmonary trunk or the right pulmonary artery. Direct implantation of the left coronary artery to the aorta was performed in 51 patients (85%), and an autologous extrapulmonary tunnel was created in 9 patients (15%). There were 3 patients (5%) died in hospital, and no late mortality. Four patients (7%) required cardiac reoperation during follow-up, with 3 patients having NYHA 2, and the remaining 54 patients having NYHA 1. **Conclusions:** Midterm outcomes of ALCAPA repair at Vietnam National Children's Hospital were excellent. Further investigations with longer follow-up of myocardial contractility and mitral valve function are necessary.

Keywords: anomalous of the left coronary artery from the pulmonary artery, left coronary artery transferred to the aorta, congenital heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi là bất thường tim bẩm sinh hiếm gặp, còn được gọi là hội chứng Bland-White-Garland do 3 nhà khoa học cùng tên mô tả ca bệnh đầu tiên vào năm 1933 (1). Kể từ khi bệnh lý này được phát hiện cho tới ngày nay, kết quả điều trị bệnh lý này đã đạt được nhiều tiến bộ với tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật trên 90% đối với nhiều nghiên cứu (2)(3)(4)(5). Tại Việt Nam, có rất ít báo cáo về bệnh lý tim bẩm sinh hiếm gặp này với số lượng bệnh nhân ít, chủ yếu là các ca lâm sàng (6). Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý bất thường xuất phát động mạch vành trái từ động mạch phổi tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6 năm 2011 đến tháng 1 năm 2021, tổng số 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bất thường xuất phát

động mạch vành trái từ động mạch phổi được phẫu thuật điều trị tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cho bệnh lý tim bẩm sinh hiếm gặp này. Các bệnh nhân được theo dõi định kỳ bằng khám lâm sàng, chụp X-quang ngực, điện tâm đồ và siêu âm tim. Bệnh án nghiên cứu thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ của các bệnh nhân trong quá trình nằm viện cũng như kết quả khám lại tại lần cuối cùng trước khi thời gian nghiên cứu kết thúc. Dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị với tối đa và tối thiểu và tần suất tương thích. Các biến định lượng được phân tích với khi bình phương test, các biến định tính được phân tích với Fisher test. Tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật cũng như tỷ lệ mổ lại sau phẫu thuật được tính toán dựa trên phương pháp Kaplan Meier.

Kỹ thuật phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành phẫu thuật theo phương pháp trồng lại động mạch vành trái vào động mạch chủ (trồng lại trực tiếp hoặc sử dụng ống cuộn tự thân). Phương pháp Takeuchi và thắt động mạch vành không được áp dụng tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. Các bệnh nhân được sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể với hạ thân nhiệt chỉ huy ở nhiệt độ trung tâm 26°C - 28°C với cannul động mạch chủ và hai cannul tĩnh mạch và cannul dẫn lưu tim trái. Sau khi truyền dung dịch liệt tim vào gốc động mạch chủ, động mạch phổi được mở ngang thân và dung dịch liệt tim tiếp tục được truyền qua động mạch vành trái xuất phát bất thường từ động mạch phổi. Động mạch vành trái xuất phát bất thường được thu hoạch từ động mạch phổi với cúc áo động mạch vành đủ lớn. Động mạch vành trái sau đó được bóc tách rộng khỏi bề mặt thượng tâm mạc của tim nhằm giải phóng và tạo độ di động tối đa, nhưng vẫn phải đảm bảo không cắt đứt các tuần hoàn bàng hệ xung quanh đường đi của động mạch vành trái. Động mạch chủ được mở ngang, và một đường rạch hình chữ J được mở tại xoang Valsalva đối diện với động mạch phổi. Động mạch vành trái được trồng lại trên động mạch chủ của bệnh nhân bằng cách nối trực tiếp kiểu cửa lật với chỉ polypropylene 8.0 khâu vắt. Động mạch chủ được đóng lại. Khuyết hổng trên động mạch phổi được tái tạo bằng miếng vá màng tim tươi tự thân không qua xử lý. Trong trường hợp động mạch vành trái xuất phát từ xoang Valsalva không đối diện với động mạch chủ, chúng tôi sử dụng thành động mạch phổi tự thân của bệnh

nhân để tạo ống mạch nối động mạch vành trái với động mạch chủ. Chúng tôi không chủ trương phẫu thuật sửa van hai lá thì đầu, mà chỉ tiến hành sửa van khi vòng van hai lá giãn quá mức, và mức độ hở van hai lá quá nặng nhằm giúp giảm tình trạng suy tim sau phẫu thuật cũng như rút ngắn thời gian thở máy của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng số 60 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật chuyển động mạch vành trái về động mạch phổi tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 25/35. Cân nặng trung bình và tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 5.8 ± 2.1 kg và 6.8 ± 12.4 tháng. Có 4 bệnh nhân (6.7%) có bất thường trong tim phổi hợp bao gồm 2 bệnh nhân được chẩn đoán tứ chứng Fallot, 1 bệnh nhân thông liên thất và 1 bệnh nhân màng ngăn nhĩ trái-hẹp eo động mạch chủ. Kết quả siêu âm trước phẫu thuật cho thấy có 21 bệnh nhân hở van hai lá mức độ từ trung bình-nặng đến rất nặng, với chức năng tâm thất trái trước mổ trung bình là $39.5 \pm 15.7\%$ (14%-76%). Đặc điểm bệnh nhân trước mổ được mô tả trong **Bảng 1**.

Bảng 1: Thông tin trước phẫu thuật

Đặc điểm chung	n(%), mean±SD
Tuổi (ngày)	6.8 ± 12.4
Giới, n (%)	
Nam	25 (41,7 %)
Nữ	55 (58,3 %)
Tổng	35
Cân nặng (kg)	5.8 ± 2.1
Mức độ hở van hai lá trước mổ	
Không hở	4 (6,7 %)
Hở nhẹ	11 (18,3 %)
Hở vừa	24 (40 %)
Hở nặng	19 (31,7 %)
Hở rất nặng	2 (3,3%)
Z-score đường kính tâm tương thất trái	8,2 ± 4,1
Đường kính tâm tương thất trái trung bình (mm)	36,6 ± 6,5
EF trung bình trước phẫu thuật (%)	39,4 ± 15,7
Thương tổn khác trong tim phổi hợp	4 (6,7 %)
Tứ chứng Fallot	2 (3,3 %)
Thông liên thất	1 (1,7 %)
Màng ngăn nhĩ trái+hẹp eo động mạch chủ	1 (1,7 %)

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được áp dụng phương pháp trồng trực tiếp động mạch vành vào động mạch chủ. Thời gian chạy máy trung bình là $112,6 \pm 38,3$ phút, và thời gian cạo động mạch chủ trung bình là $75,7 \pm 26,2$ phút. Có 51 bệnh nhân (85%) được trồng trực tiếp động mạch vành trái vào động mạch chủ, và 9 bệnh nhân (15%) còn lại được trồng trực tiếp động mạch vành trái vào động mạch chủ qua ống nối mạch tự thân ngoài phổi. Kết quả trong phẫu thuật được mô tả trong **Bảng 2**.

Bảng 2: Thông tin trong phẫu thuật

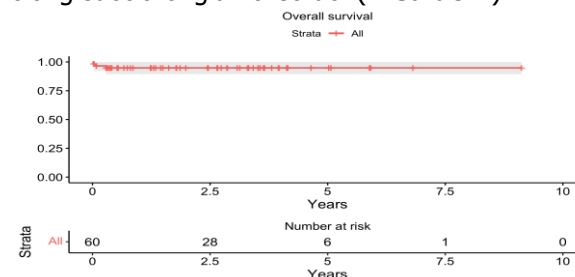
Đặc điểm chung	n(%), mean±SD
Thời gian cạo động mạch chủ (phút)	75,7±26,2
Thời gian chạy máy (phút)	112,6±38,3
Giải phẫu vị trí xuất phát động mạch vành trái	
Xuất phát từ bên phải sinus đối diện	39 (65 %)
Xuất phát từ bên trái sinus đối diện	9 (15 %)
Xuất phát từ xoang không đối diện	7 (11,7 %)
Xuất phát từ thân động mạch phổi	5 (8,3 %)
Phương pháp phẫu thuật	
Nối trực tiếp	51 (85 %)
Nối trực tiếp bằng ống mạch ngoài phổi	9 (15 %)

Các biến chứng trong quá trình điều trị sau phẫu thuật được mô tả trong **Bảng 3**.

Bảng 3: Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	n(%)
Rối loạn nhịp phải dùng thuốc	1 (1,7%)
Rối loạn nhịp phải pace tạm thời	1 (1,7%)
Shock điện tại hồi sức	3 (5%)
Thâm phân phúc mạc	2 (3,3%)
Suy gan	1 (1,7%)
Cấy máu ra vi khuẩn	2 (3,3%)
Cấy nội khí quản ra vi khuẩn	4 (6,7%)
Nhiễm trùng xương ức	1 (1,7%)
ECMO sau mổ	1 (1,7%)
Liệt hoành sau mổ	2 (3,3%)
Tổn thương thần kinh sau phẫu thuật	3 (5%)
Tử vong sớm	3 (5%)

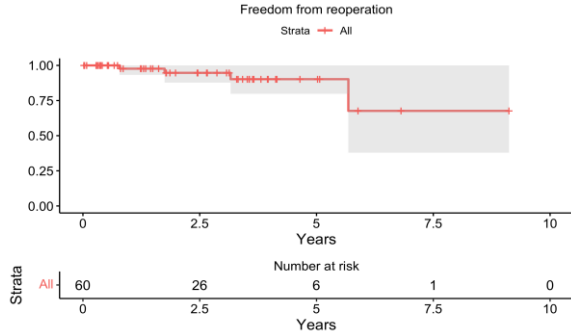
Có 3 bệnh nhân (5%) tử vong sớm tại bệnh viện, không có bệnh nhân nào tử vong muộn trong suốt thời gian theo dõi (**Biểu đồ 1**)



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật

trồng lại động mạch vành trái

Một bệnh nhân tử vong sau mổ do nhiễm trùng huyết và tử vong trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng. Một bệnh nhân tử vong sau mổ do tình trạng hạ Natri máu quá nhanh, gây phù não và chết não mặc dù tim hoạt động ổn định. Trường hợp còn lại có sốc tim ngay khi mở ngực, bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm quá nặng (EF 19%), bệnh nhân được hồi sinh tuần hoàn ngay tại phòng mổ và được phẫu thuật trồng lại động mạch vành. Sau phẫu thuật bệnh nhân có tình trạng suy thận, suy gan, bệnh nhân được hỗ trợ ECMO nhưng không hồi phục. Có 4 bệnh nhân (6,7%) cần mổ lại sau phẫu thuật, trong đó có 3 bệnh nhân cần sửa van hai lá và 1 bệnh nhân mổ lại do hẹp đường ra thất phải/tứ chứng Fallot (**Biểu đồ 2**).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sống sót không cần mổ lại sau phẫu thuật

Kết quả kiểm tra sau phẫu thuật cho thấy hầu hết các bệnh nhân trở về chức năng tim bình thường sau phẫu thuật, trừ 1 trường hợp. Kích thước buồng thất trái trên siêu âm sau mổ tại thời điểm cuối cùng cho thấy trở về gần như bình thường (Z-score trung bình = $1,6 \pm 2,4$) so với trước phẫu thuật (Z-score trung bình = $8,2 \pm 4,1$).

IV. BÀN LUẬN

Trong những nghiên cứu gần đây, kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý bất thường xuất phát của động mạch vành trái từ động mạch phổi tại các trung tâm trên thế giới là khả quan. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật trong các nghiên cứu dao động từ 2%-9% (2)(4)(5). Nguyên nhân tử vong chủ yếu liên quan tới tình trạng suy tim nặng trước phẫu thuật và không hồi phục bất chấp tưới máu của động mạch vành trở lại bình thường sau phẫu thuật (3)(5). Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong tại bệnh viện do tình trạng suy tim nặng trước phẫu thuật và không hồi phục mặc dù được hỗ trợ ECMO sau mổ. Một nguyên nhân tử vong khác cũng được nhắc tới trong y văn đó là tai biến thần kinh sau

phẫu thuật (2). Một bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có liên quan tới tổn thương thần kinh nghiêm trọng sau phẫu thuật do tình trạng hoà loãng máu quá mức gây hạ Natri máu quá nhanh dẫn tới tổn thương phù não và mất não sau mổ. Biến chứng này có thể xảy ra đối với những bệnh nhân có nhiều tuần hoàn bàng hệ, gây rửa trôi nhanh chóng dung dịch liệt tim và bắt buộc phải liệt tim nhiều lần trong cuộc mổ. Chúng tôi chủ động hạ thân nhiệt của các bệnh nhân xuống 22°C-24°C và ngừng tuần hoàn nếu cần thiết để tránh hoà loãng máu cũng như tránh phải làm lại nhiều lần dung dịch liệt tim.

Đối với các bệnh nhân sau phẫu thuật chuyển động mạch vành trái về động mạch chủ, phần lớn biến chứng sau phẫu thuật có liên quan tới can thiệp lại trên van hai lá (2)(3)(4). Mặc dù trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân hở van hai lá nặng là khá cao trong nhóm bệnh nhân bất thường xuất phát của động mạch vành trái từ động mạch phổi, nhưng phần lớn tổn thương van hai lá trên các bệnh nhân sau phẫu thuật sẽ hồi phục sau một thời gian từ 6-18 tháng sau mổ. Một số ít bệnh nhân vẫn tồn tại tình trạng hở nặng van hai lá thực thể sau mổ và không đáp ứng điều trị nội khoa sẽ được cân nhắc phẫu thuật sửa hoặc thay van hai lá. Chính vì vậy, chúng tôi chủ trương không can thiệp chủ động trên van hai lá trong thời điểm phẫu thuật trồng lại động mạch vành. Ngoài ra, có một số nghiên cứu sử dụng kỹ thuật Takeuchi làm đường hầm trong động mạch phổi để tái tưới máu động mạch vành khi theo dõi lâu dài cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cần mổ lại do hẹp đường hầm hoặc rò đường hầm vào động mạch phổi chiếm một tỷ lệ đáng kể (2)(3). Với chủ trương của chúng tôi không sử dụng kỹ thuật Takeuchi mà trực tiếp trồng lại động mạch vành vào động mạch chủ, các biến chứng này có thể tránh được, có thể giúp giảm tỷ lệ mổ lại cho các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả trung hạn phẫu thuật điều trị bệnh bất thường xuất phát động mạch vành trái từ động mạch phổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương là rất tốt. Cần tiếp tục theo dõi dài hạn và đánh giá sâu hơn nữa về tiến triển của chức năng tim và tình trạng hở van hai lá sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bland EF, White PD, Garland J.** Congenital anomalies of the coronary arteries: report of an unusual case associated with cardiac hypertrophy.

- Am Heart J 1933;8:787–801
2. **Naimo PS.** Surgical Intervention for Anomalous Origin of Left Coronary Artery From the Pulmonary Artery in Children: A Long-Term Follow-Up. *Ann Thorac Surg.*
 3. **Zhang C, Zhang H, Yan J, Hua Z, Song Y, Sun H, et al.** Mid-Term Outcome for Anomalous Origin of the Left Coronary Artery From the Pulmonary Artery. *Heart Lung Circ.* 2020 May; 29(5):766–71.
 4. **Ben Ali W, Metton O, Roubertie F, Pouard P, Sidi D, Raisky O, et al.** Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery: late results with special attention to the mitral valve☆. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009 Aug;36(2):244–9.
 5. **Hu R, Zhang W, Yu X, Zhu H, Zhang H, Liu J.** Midterm Surgical Outcomes for ALCAPA Repair in Infants and Children. *Thorac Cardiovasc Surg.*
 6. **Hiền NS, Tuấn TH.** Kết quả điều trị phẫu thuật bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ CÁC THỂ TỔN THƯƠNG SỤN VIỀN Ổ CHẢO BẰNG CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP VAI CÓ BƠM ĐỐI QUANG NỘI KHỚP CÓ ĐỐI CHIẾU VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI

Đặng Thị Bích Nguyệt¹, Hoàng Đình Âu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các thể tổn thương sụn viền ổ chảo bằng cộng hưởng từ (CHT) khớp vai có bơm đối quang nội khớp (ĐQNK). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân tổn thương khớp vai trên lâm sàng, được chụp CHT khớp vai có bơm ĐQNK và được phẫu thuật nội soi khớp vai sẽ được đưa vào nghiên cứu. Tổn thương sụn viền ổ chảo được chẩn đoán trên CHT có bơm ĐQNK sẽ được đối chiếu với kết quả phẫu thuật nhằm đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán của phương pháp này. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân tổn thương khớp vai được chụp CHT khớp vai có bơm ĐQNK và được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến tháng 9/2022. Trong số này, có 20 bệnh nhân có tổn thương sụn viền thể Bankart, chiếm 40%. Có 11 bệnh nhân có tổn thương phức hợp sụn viền bờ trên ổ chảo (SLAP) chiếm 22% và có 2 bệnh nhân có rách sụn viền sau, chiếm 4%. Đối chiếu với phẫu thuật, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng của cộng hưởng từ có bơm ĐQNK lần lượt là 100%, 96,8% và 98% đối với tổn thương Bankart; lần lượt là 100%, 90,7% và 92% đối với tổn thương SLAP; lần lượt là 92%, 100% và 96% đối với rách sụn viền sau. **Kết luận:** CHT có ĐQNK là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao các thể của tổn thương sụn viền ổ chảo khớp vai.

Từ khóa: Tổn thương sụn viền ổ chảo, cộng hưởng từ có bơm đối quang nội khớp, SLAP, Bankart.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TYPES OF GLENOID LABRUM LESION ON SHOULDER MR-ARTHROGRAPHY: COMPARISON TO ENDOSCOPIC SHOULDER SURGERY

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.4.2023

Purposes: To evaluate the types of glenoid labrum lesions on MR- arthrography in comparison to endoscopic shoulder surgery (ESS). **Material and Method:** The patients who diagnosed the shoulder lesion, underwent the shoulder MR- arthrography and ESS were included in this study. Then, the glenoid labrum lesion that diagnosed on MR- arthrography was compared to the ESS to evaluate the sensibility, specificity and accurate diagnosis of this method. **Results:** From 1/2016 to 9/2022, fifty patients who underwent the shoulder MR- arthrography and ESS at Hanoi Medical University Hospital. Among them, twenty patients were diagnosed the Bankart lesion, account for 40%. Eleven patients had a SLAP lesion, account for 22% and two patients had the posterior labrum tears, account for 4%. Compared to the ESS, the sensibility, specificity and accurate diagnosis of MR- arthrography were 100%, 96, 8% and 98%, respectively for the diagnosis of Bankart lesion; 100%, 90,7% and 92%, respectively, for the diagnosis of SLAP lesion; 92%, 100% and 96%, respectively, for the diagnosis of posterior labrum tears; **Conclusion:** Shoulder MR- arthrography was the high value method for the diagnosis of the types of glenoid labrum lesion.

Keywords: Glenoid labrum lesion, Bankart lesion, SLAP lesion, MR arthrography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn viền là một cấu trúc dính với sụn khớp ổ chảo xương vai bằng vùng sụn sợi, là phần tiếp khớp với chỏm xương cánh tay. Sụn viền vừa là nơi các dây chằng bao khớp neo bám vào ổ chảo, vừa có tác dụng làm sâu thêm ổ chảo vì vậy làm tăng diện tích tiếp xúc giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo¹.

Tổn thương sụn viền ổ chảo xương vai có nhiều thể: 1) tổn thương Bankart là tổn thương sụn viền từ vị trí 3 giờ đến 6 giờ (hình 1), 2) tổn thương phức hợp bờ trên ổ chảo (SLAP: Superior Labral Anterior to Posterior) và 3) tổn thương rách sụn viền sau². Do khi rách sụn viền, ổ chảo