

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU CHỦ VÀNH CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019 – 2022

Nguyễn Minh Diệp², Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu chủ vành kinh điển có dùng tim phổi máy và ngừng tim ở bệnh nhân mổ có kế hoạch điều trị bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, theo dõi dọc các bệnh nhân được mổ bắc cầu chủ vành có kế hoạch và theo phương pháp kinh điển tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 09/2019 đến tháng 09/2022. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Gồm 64 bệnh nhân với tuổi trung bình $66 \pm 7,51$ tuổi (48 - 82), nam giới chiếm 76,56%. Euroscore II trung bình là 2,45. Bệnh phổi hợp thường gặp như tăng huyết áp chiếm 75%, đái tháo đường gần 30%, suy thận gần 30%, chức năng thất trái (EF) thấp $\leq 50\%$ chiếm hơn 23%. Thời gian kẹp động mạch chủ, thời gian chạy máy trung bình lần lượt là 78 phút (35 – 158) và 114 phút (56 – 238). Thời gian thở máy trung bình 47 giờ (6 – 336) và thời gian nằm hồi sức trung bình 9,61 ngày (4 – 22). Có 4 bệnh nhân tử vong trong thời gian chu phẫu (6,25%). Biến chứng thường gặp sau mổ là thở máy kéo dài (26,56%), tràn dịch màng phổi - phải dẫn lưu (7,81%), nhiễm trùng chung (6,25%). Trong số 60 bệnh nhân còn sống ra viện, không có trường hợp nào tử vong cho đến thời điểm nghiên cứu, với thời gian theo dõi trung bình 21 tháng, lâm sàng cải thiện rõ rệt. Siêu âm tim so sánh tại thời điểm trước mổ, ra viện và khám lại chỉ số EF cải thiện ở nhóm bệnh nhân EF thấp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu chủ vành có kế hoạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2019 – 2023 hầu hết vẫn theo phương pháp kinh điển, cho kết quả ngắn và trung hạn tốt với tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp.

Từ khóa: Bắc cầu chủ vành, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ

SUMMARY

RESULTS OF PLANNED CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY AT VIET-DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2019 - 2022

Objectives: To evaluate the results of classic coronary artery bypass graft surgery using cardiopulmonary bypass and cardiac arrest in patients undergoing planned surgery to treat ischemic heart

diseases at Viet-Duc University Hospital in the period 2019 – 2022. **Methods:** Retrospective descriptive study, longitudinal follow-up of patients undergoing planned and classical coronary artery bypass surgery at Viet-Duc University Hospital, from September 2019 to September 2022. Analyze and process data using SPSS 20.0 software. **Results:** Including 64 patients with mean age 66 ± 7.51 years (48 – 82), male taken 76.56%. The average Euroscore-II was 2.45. Common comorbidities such as hypertension taken for 75%, diabetes nearly 30%, renal failure nearly 30%, left ventricular function (EF) low $\leq 50\%$ taken for more than 23%. Time of aortic clamp and cardiopulmonary bypass was 78 minutes (35 – 158) and 114 minutes (56 – 238), respectively. The mean time of mechanical ventilation was 47 hours (6 – 336) and the average length of stay in the ICU was 9.61 days (4 – 22). There were 4 patients who died during the perioperative period (6.25%). Common complications after surgery were prolonged mechanical ventilation (25,56%), pleural effusion - must be drained (7.81%), general infection (6.25%). Among 60 patients who were discharged alive, there was no death up to the time of the study, with an average follow-up of 21 months, clinical improvement was evident. Comparative echocardiography at the time of surgery, hospital discharge and re-examination of EF improved in the group of patients with low EF, statistically significant with $p < 0,05$. **Conclusion:** The planned coronary artery bypass surgery at Viet Duc University Hospital in the period of 2019 – 2023 mostly still follows the classic method, giving good short and medium-term results with low complication rate.

Keywords: Coronary artery bypass surgery, Viet-Duc University Hospital, ischemic heart disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) là phương pháp điều trị bệnh hẹp động mạch vành do xơ vữa với ưu điểm là kết quả trung và dài hạn tốt, được khuyến cáo lựa chọn cho những trường hợp tổn thương nặng nhiều động mạch, nhất là trường hợp tổn thương cả 3 thân động mạch vành chính¹. Về kỹ thuật ngoại khoa, BCCV kinh điển là phẫu thuật có sử dụng tim phổi máy và ngừng tim. Có một số thay đổi kỹ thuật được cho là để khắc phục các hạn chế của phương pháp kinh điển, như BCCV tim đập có hoặc không dùng tim phổi máy, BCCV ít xâm lấn. Mặc dù can thiệp qua da ngày càng được chỉ định rộng rãi, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật có lợi hơn so với can thiệp qua da ở nhóm bệnh nhân tổn thương nặng nhiều mạch, bệnh nhân có nhiều bệnh nền như đái tháo đường, suy thận...². Với sự phát triển của xã hội,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ước

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

mô hình bệnh tật Việt Nam đã dần chuyển theo mô hình của các nước công nghiệp phát triển với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm³. Vì vậy số ca bệnh mạch vành ngày càng tăng.

Trung Tâm tim mạch và Lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cơ sở lớn về phẫu thuật tim mạch. Phẫu thuật BCCV theo phương pháp kinh điển đã được thực hiện thường quy hàng chục năm nay, và đã có một số báo cáo kết quả. Nghiên cứu này nhằm cập nhật kết quả phẫu thuật BCCV kinh điển (có sử dụng tim phổi máy, cặp động mạch chủ và ngừng tim) tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn từ 09/2019 – 09/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, theo dõi dọc các bệnh nhân mổ BCCV có kế hoạch theo phương pháp kinh điển, tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 09/2019 đến tháng 09/2022. Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 64 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, với các đặc điểm lâm sàng trước mổ được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật (N=64)

Đặc điểm chung		N	%
Tuổi	Trung bình (năm)	66±7,51	(48–82)
Giới	Nam	49	76,56
	Nữ	15	23,58
Tiền sử bệnh	THA	48	75
	Đái tháo đường	19	29,69
	TBMMN	3	4,69
	NMCT	9	14,06
	Mổ cũ ngoài tim	9	14,06
	Đặt giá đỡ ĐMV trước mổ	11	17,19
	Hẹp tắc động mạch cảnh	21	31,25
	Hẹp tắc mạn tính chi dưới	10	15,63
Dịch tễ	Hút thuốc lá	39	60,94
BMI	< 18,5	10	15,63
	18,5 - 23	26	40,63
	23 – 25	17	26,56
	> 25	11	17,19
EuroScore II	Trung bình	2,45±3,34 (0,57–27,01)	

Ghi chú: THA – Tăng huyết áp; TBMMN – Tai biến mạch máu não; NMCT – Nhồi máu cơ tim; ĐMV – Động mạch vành

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật sử dụng

tuần hoàn ngoài cơ thể và ngừng tim. Số lượng cầu nối trung bình là 2,56 (ít nhất là 1 cầu và nhiều nhất là 4 cầu) trong đó số miệng nối lên động mạch chủ trung bình 1,7 miệng nối. Tuyệt đại đa số bệnh nhân được lấy tĩnh mạch làm cầu nối (63/64), 44 bệnh nhân (68,75%) được lấy động mạch ngực trong làm cầu nối và không có bệnh nhân nào sử dụng động mạch quay làm cầu nối. Các biến số trong mổ được trình bày ở bảng 2 và 3.

Bảng 2: Các biến số chính trong phẫu thuật

Biến số	Min	Trung bình	Max
Thời gian THNCT (phút)	56	115 ± 38	238
Thời gian cặp ĐMC (phút)	35	78 ± 27	158
Thời gian mổ (phút)	180	317 ± 71	500

Bảng 3: Các phẫu thuật kèm theo được thực hiện cùng BCCV (N=64).

Phẫu thuật đi kèm	Số lượng (%)
Sửa van hai lá	10 (15,63)
Sửa van ba lá	6 (9,38)
Thay van động mạch chủ	3 (4,69)
Thay van hai lá	2 (4,69)
Sửa van động mạch chủ	2 (3,12)
Tạo hình thất trái	1 (1,56)

4 bệnh nhân tử vong trong giai đoạn hậu phẫu, đều do suy đa tạng (suy tim, suy thận, sốc nhiễm trùng). Trong đó 2 trường hợp phải đặt bóng đối xung, 1 trường hợp phải sử dụng ECMO sau mổ. 60 bệnh nhân còn lại ổn định ra viện, với thời gian điều trị thở máy trung bình 47,23 ± 55,8 giờ (sớm nhất là 6 giờ và dài nhất là 336 giờ), thời gian nằm điều trị trung bình ở khoa hồi sức tích cực là 9,62 ± 3,73 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 17 ngày.

Các tai biến biến chứng hậu phẫu được ghi nhận trong bảng 4.

Bảng 4: Các biến chứng hậu phẫu

Các biến cố (trong thời gian nằm viện)	Số lượng (%)
Thở máy kéo dài (> 48 giờ)	17 (26,56)
TDMP (Phải DLMP)	5 (7,81)
Tử vong	4 (6,25)
Nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết...)	4 (6,25)
Suy thận	3 (4,69)
Chảy máu mổ lại	1 (1,56)
Nhiễm trùng vết mổ/Xương ức	1 (1,56)
Tai biến mạch máu não	0

Ghi chú: TDMP – Tràn dịch màng phổi; DLMP – Dẫn lưu màng phổi.

Trong số 60 trường hợp bệnh nhân ổn định ra viện đều được khám lại tại thời điểm nghiên cứu, có 2 bệnh nhân (3,33%) tai biến mạch máu

não, trong đó 1 ca di chứng yếu nửa người và 1 ca còn lại xuất hiện tai biến thoáng qua, không có bệnh nhân tử vong, nhồi máu cơ tim cấp hay can thiệp mạch vành trong quá trình theo dõi. Thời gian theo dõi trung bình là 21 tháng. Có 80% bệnh nhân không có đau ngực tái phát, trong số còn lại thì 15% được xác định là đau do hội chứng chứng sau mổ ngực. Tỷ lệ NYHA ở mức độ III, IV giảm từ 23,44% xuống không còn bệnh nhân nào có triệu chứng tương đương NYHA III, IV.

Kết quả siêu âm tim trước mổ, sau ra viện và khi khám lại tại thời điểm nghiên cứu được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5: Kết quả siêu âm tim trước mổ, sau ra viện và khám lại tại thời điểm nghiên cứu

EF	Trước mổ (1)(n=64)	Ra viện (2)(n=60)	Khám lại (3)(n=56)	P
31 – 50%	15 (23,44%)	7 (11,67%)	6 (10,71%)	P ¹⁻² = 0,02
>50%	49 (76,56%)	53 (88,33%)	50 (89,29%)	P ²⁻³ > 0,05
X±SD	58±13	60±11	60±10	

Phân suất tổng máu thất trái sau mổ được cải thiện có ý nghĩa ngay sau mổ ở nhóm bệnh nhân EF thấp trước mổ (p = 0,02), và khá ổn định cho tới thời điểm khám lại của nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới có gần 400.000 ca phẫu thuật BCCV được thực hiện trong một năm, đây là một trong các cuộc phẫu thuật lớn phổ biến nhất, nhưng xu hướng phẫu thuật đã giảm thay thế bằng can thiệp mạch vành qua da dần tăng lên¹. Tuy nhiên phẫu thuật BCCV đã được chứng minh trong gần 50 năm là phương pháp điều trị cho kết quả lâu dài tốt và toàn diện nhất².

4.1. Đặc điểm trước phẫu thuật

4.1.1. Tuổi và giới: Kết quả nghiên cứu về các đặc điểm trước phẫu thuật ở bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình 66 ± 7,51. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới như là Tam và CS là 66 ± 10 (tại Ontario, Canada năm 2020), Nagendran và CS là 65,6 ± 9,5 (tại Alberta, Canada năm 2018), Yamaji và CS 67,5 ± 9 (tại Japan năm 2016), Zalweska – Adamiec và CS là 66 ± 10,2 (tại Phần Lan năm 2013)².

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi dao động từ nhỏ nhất là 48 tuổi và lớn nhất là 82 tuổi. So sánh với kết quả báo cáo toàn cầu thì độ tuổi trung bình giao động được thu hẹp hơn từ 53 đến 75 tuổi². Nguyên nhân khác biệt có thể do: thứ nhất là các quốc gia được

đưa vào nghiên cứu là những nước phát triển nên khả năng tiếp cận y tế, các dịch vụ chăm sóc tốt hơn và tuổi thọ cao hơn; thứ hai là bệnh tim mạch đang tăng cao và ngày càng trẻ hoá ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 82,28% số bệnh nhân có độ tuổi > 60, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Park và CS (2017) với bệnh nhân > 60 tuổi là 81,1%; ngoài ra kết quả cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân < 60 tuổi có tỷ lệ tử vong chung thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân > 60 tuổi⁴. Có 4/64 (6,25%) trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu sau phẫu thuật, tất cả các trường hợp đều > 60 tuổi.

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 76,56% - cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới đã so sánh ở trên, như của Tam và CS là 77,9% (2020), Nagendran và CS là 80% (2018), Yamaji và CS 72% (2016), Zalweska – Adamiec và CS là 72,8% (2013)². Mặc dù tuyệt đại đa số các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm trên 2/3 tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu, nhưng kết quả sau phẫu thuật của phụ nữ lại cho kết quả kém hơn và tỷ lệ biến chứng cao hơn³.

4.1.2. Tiền sử bệnh và dịch tễ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ các bệnh lý và yếu tố dịch tễ đi kèm bao gồm: Tăng huyết áp chiếm 75%, đái tháo đường 26,69%, tai biến mạch máu não 4,69%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Reiche và CS (2019) với tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 74,5%, đái tháo đường 32,8%, tai biến mạch máu não 2,6%⁵.

Mặc dù cho đến nay, nghiên cứu về mối quan hệ giữa béo phì (dựa vào chỉ số BMI) và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật bắc cầu chủ vành còn cho thấy nhiều kết quả gây tranh cãi. Nghiên cứu của Protopapas và CS (2016), hay nghiên cứu của Gao và CS (2021)⁶ cho thấy tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu sau phẫu thuật tăng cao ở hai nhóm bệnh nhân bao gồm nhóm cân nặng thấp (BMI < 18,5) và nhóm béo phì (BMI > 25 với phân loại của Châu Á – Thái Bình Dương hoặc > 30 với phân loại của WHO). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả là trong 4 bệnh nhân tử trong 30 ngày đầu sau mổ (6,25%): 1 ca thuộc nhóm bình thường (BMI từ 18,5 – 23) và 3 ca thuộc nhóm thừa cân (BMI từ 23 – 35).

4.2. Biến cố trong quá trình phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian kẹp chủ trung bình là 78 ± 27 phút. Trong đó thời gian kẹp chủ ≥ 75 phút là 35 trường hợp (54,69%), trong đó có 3 trường hợp tử vong

trong 30 ngày đầu chiếm 8,57%. Thời gian cấp chủ < 75 phút là 29 trường hợp (45,31%), trong đó 1 trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu - chiếm 3,45%. Theo nghiên cứu của Ruggieri và CS tại 12 trung tâm tim mạch của các quốc gia Châu Âu (2018) thời gian cấp chủ trung bình 58 ± 25 phút và tỷ lệ tử vong với thời gian cấp chủ > 75 phút và < 75 phút lần lượt là 2,9% và 1,7%⁷. Thời gian cấp chủ và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu của chúng tôi lớn hơn do thực hiện các phẫu thuật đi kèm (gần 1/2 trường hợp với thời gian cấp chủ > 75 phút có các phẫu thuật khác đi kèm). Mặt khác BCCV yêu cầu sự tỉ mỉ và cần có kinh nghiệm với một số lượng lớn bệnh nhân mới rút ngắn được thời gian thực hiện, trong khi phẫu thuật BCCV không chiếm tỷ lệ lớn trong các phẫu thuật tim hở tại bệnh viện chúng tôi trong vài năm gần đây - với sự nở rộ của nhiều trung tâm mổ tim khác.

4.3. Biến cố sau quá trình phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật bao gồm: Thở máy kéo dài (26,56%), tràn dịch màng phổi - phải dẫn lưu (7,81%), nhiễm trùng khác (6,25%), suy thận (4,69%), mổ lại do chảy máu (1,56%), nhiễm trùng vết mổ (1,56%), đột quy (0%). Nghiên cứu của Jawitz và CS (2020) cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ thường gặp lần lượt là: Thở máy kéo dài (12,3%), suy thận (4,5%), phẫu thuật lại (3,5%), đột quy (1,9%), nhiễm trùng xương ức (0,4%)⁸. Nghiên cứu của Pahwa và CS (2021) có tỷ lệ: Thở máy kéo dài (14,7%), suy thận (4,9%), nhiễm trùng khác (4,7%), mổ lại do chảy máu (4,6%), nhiễm trùng vết mổ (0,6%), đột quy (1,5%)⁹. Các biến chứng thường gặp ở nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên, tuy nhiên tỷ lệ thở máy kéo dài (> 48 giờ) cao hơn.

4.4. Kết quả phẫu thuật. Cải thiện triệu chứng lâm sàng giúp người bệnh trở lại với cuộc sống và hoạt động đời thường là một trong các mục tiêu chính của phẫu thuật bắc cầu chủ vành. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt: tất cả các bệnh nhân còn sống sau ra viện hết đau ngực ngay sau phẫu thuật. Sau 21 tháng theo dõi có 80% bệnh nhân không có đau ngực tái phát (bao gồm 15% bệnh nhân đau do hội chứng chướng sau mổ ngực). Tỷ lệ NYHA ở mức độ III, IV giảm từ 23,44% xuống không còn bệnh nhân nào có triệu chứng tương đương NYHA III, IV. Cải thiện tình trạng đau thắt ngực sau phẫu thuật và tỉ lệ tái phát theo thời gian là vấn đề được quan tâm trong phần lớn các nghiên cứu

về kết quả BCCV. Việc phẫu thuật BCCV có thể làm giảm tỉ lệ đau thắt ngực hiệu quả và giảm bớt việc sử dụng thuốc chống đau thắt ngực, ngoài ra còn cải thiện khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống.

Thiếu máu cơ tim gây rối loạn về chức năng sinh lý và biến đổi giải phẫu của cơ tim (khả năng cơ bóp và rối loạn vận động vùng). Việc tái tưới máu giải quyết tình trạng suy giảm chức năng của tế bào, cải thiện khả năng co bóp của cơ tim. Phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy nhóm bệnh nhân có EF giảm trước mổ đều có sự cải thiện sau khi phẫu thuật. Nghiên cứu của Hwang và CS (2017) cho thấy giá trị EF trung bình trước phẫu thuật, trước khi xuất viện và năm đầu sau phẫu thuật lần lượt là $28,5\% \pm 5,5\%$, $31,6\% \pm 7,7\%$ và $41,1\% \pm 11,6\%$. Sự cải thiện EF (tăng tuyệt đối $\geq 5\%$) chiếm 73% các bệnh nhân ngay sau phẫu thuật¹⁰. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự khác biệt về chỉ số EF được cải thiện có ý nghĩa thống kê đặc biệt ở các bệnh nhân có EF < 50% ngay sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật bắc cầu chủ vành có kế hoạch tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2023 chủ yếu vẫn theo phươg pháp kinh điển, thể hiện tính an toàn và cho kết quả ngắn và trung hạn tốt với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, et al.** 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(2):e21-e129. doi:10.1016/j.jacc.2021.09.006
2. **Caldonazo T, Kirov H, Riedel LL, Gaudino M, Doenst T.** Comparing CABG and PCI across the globe based on current regional registry evidence. *Sci Rep.* 2022;12:22164. doi:10.1038/s41598-022-25853-4
3. **Alamri HM, Alotaibi TO, Alghatani AA, et al.** Effect of Gender on Postoperative Outcome and Duration of Ventilation After Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). *Cureus.* 2023;15(4):e37717. doi: 10.7759/cureus.37717
4. **Park H, Ahn JM, Yoon YH, et al.** Effect of Age and Sex on Outcomes After Stenting or Bypass Surgery in Left Main Coronary Artery Disease. *Am J Cardiol.* 2019;124(5):678-687. doi: 10.1016/j.amjcard.2019.05.061
5. **Reiche S, Mpanya D, Vanderdonck K, Mogaladi S, Motshabi-Chakane P, Tsabedze N.** Perioperative outcomes of coronary artery bypass graft surgery in Johannesburg, South Africa. *J Cardiothorac Surg.* 2021;16:7. doi: 10.1186/s13019-020-01385-8

6. **Lv M, Gao F, Liu B, et al.** The Effects of Obesity on Mortality Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Retrospective Study from a Single Center in China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2021;27:e929912-1-e929912-10. doi:10.12659/MSM.929912
7. **Ruggieri VG, Bounader K, Verhoye JP, et al.** Prognostic Impact of Prolonged Cross-Clamp Time in Coronary Artery Bypass Grafting. *Heart Lung Circ.* 2018; 27(12): 1476-1482. doi: 10.1016/j.hlc.2017.09.006
8. **Jawitz OK, Gulack BC, Brennan JM, et al.** Association of Postoperative Complications and Outcomes Following Coronary Artery Bypass Grafting. *Am Heart J.* 2020;222:220-228. doi: 10.1016/j.ahj.2020.02.002
9. **Pahwa S, Bernabei A, Schaff H, et al.** Impact of postoperative complications after cardiac surgery on long-term survival. *J Card Surg.* 2021;36(6):2045-2052. doi:10.1111/jocs.15471
10. **Hwang HY, Yeom SY, Choi JW, et al.** Cardiac Magnetic Resonance Predictor of Ventricular Function after Surgical Coronary Revascularization. *J Korean Med Sci.* 2017;32(12): 2009-2015. doi:10.3346/jkms.2017.32.12.2009

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 – 2022

Dương Văn Hiếu¹, Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Nguyễn Văn Thắng¹, Lê Hồng Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị bệnh lý hẹp động mạch cảnh trong do xơ vữa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu các đặc điểm trước mổ, kỹ thuật và kết quả sớm của bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018- 2022. **Kết quả:** Có 36 bệnh nhân với 32 nam và 04 nữ. Tuổi trung bình 66,6 ± 6,9 tuổi. 55,6% bệnh nhân có triệu chứng. 69,4% mổ bằng kỹ thuật lớn mạch, mở dọc động mạch bóc nội mạc - 30,6%. Biến chứng chảy máu 0%, khàn tiếng, nuốt vướng 2,8% (1 trường hợp). Không có tử vong và mổ lại trong thời gian nằm viện. Tử vong sau ra viện 30 ngày 01 trường hợp (2,8%). **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là lựa chọn an toàn, hiệu quả đối với điều trị hẹp động mạch cảnh trong do xơ vữa.

Từ khóa: Hẹp động mạch cảnh, bóc nội mạc động mạch cảnh, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF CAROTID ENDARTERECTOMY AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING THE PERIOD 2018-2022

Purpose: The aim of this study is evaluating preliminary results of endarterectomy to treat atherosclerosis internal carotid artery stenosis at Viet Duc University Hospital during the period 2018–2022.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

Methods: This is a retrospective, descriptive, cross-sectional study of preoperative characteristics, techniques, and early results of internal carotid endarterectomy at Viet Duc Hospital in the period 2018–2022. **Results:** There were 36 patients included in this study, with 32 males and 4 females. The average age was 66.6 ± 6.9 years. Symptoms were present in 55.6% of patients. The eversion technique was used in 69.4% of patients, and the longitudinal arteriotomy was used in 30.6% of patients. There were no cases of bleeding (0%) that required reoperation. One patient had hoarseness, swallowing (2.8%) after surgery. There was no death or reoperation during the hospital stay. One patient died after 30 days of discharge (2.8%). **Conclusion:** Carotid endarterectomy at Viet Duc University Hospital is a safe and effective procedure to treat atherosclerosis carotid stenosis.

Keywords: Carotid stenosis, Carotid endarterectomy, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp động mạch cảnh do vữa xơ mạch là nguyên nhân chính gây nhồi máu não để lại những di chứng nặng nề từ tàn tật đến tử vong cho người bệnh. Nhồi máu não chiếm 80-90% các trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN) và hẹp mạch cảnh là nguyên nhân gây ra khoảng 10-15 % các trường hợp đột quỵ não lần đầu do nhồi máu não¹. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (CEA) là một phẫu thuật dự phòng đối với các người bệnh có nguy cơ đột quỵ do vữa xơ gây hẹp nặng động mạch cảnh trong².

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một trung tâm ngoại khoa lớn, CEA điều trị hẹp động mạch cảnh trong do xơ vữa được thực hiện thường quy nhiều năm và đã có một số nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên giai đoạn gần đây chúng