

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH CHE PHỦ KHUYẾT PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT MẠCH XUYÊN

Trần Thiết Sơn², Nguyễn Đức Thành^{1,2}, Đinh Trường Sinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay là giải pháp linh hoạt để tái tạo các khuyết phần mềm của ngón tay. Vật đáp ứng đầy đủ các yêu cầu của quá trình tạo hình mà không làm tổn thương trực mạch chính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng được tiến hành trên 31 bệnh nhân với 39 tổn khuyết ngón tay được tạo hình bằng vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay tại bệnh viện Việt Tiệp từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2023. **Kết quả:** Trong tổng số 39 vật không có trường hợp chảy máu nơi cho và nhận vật, không có hiện tượng nhiễm khuẩn nơi cho vật, có 1 trường hợp bị nhiễm khuẩn nơi nhận vật, có 2 vật bị hoại tử 1 phần dưới 1/3 diện tích và có 2 vật bị hoại tử $\geq 1/3$ diện tích vật. Có 28 vật có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch tạm thời tại vật. Vật có kích thước lớn nhất là vật mạch xuyên của động mạch gian cốt mu tay với kích thước 2.5*6cm. **Kết luận:** Vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay là giải pháp đáng tin cậy để che phủ các tổn khuyết vừa và nhỏ ở ngón tay. **Từ khóa:** Khuyết phần mềm ngón tay, vật mạch xuyên

SUMMARY

ASSESSMENT OF RECONSTRUCTION RESULTS OF SOFT TISSUE DEFECTS OF FINGER USING DORSAL METACARPAL ARTERY PERFORATOR FLAP

Background: The dorsal metacarpal artery perforator flap is a versatile solution for resurfacing soft-tissue defects of finger. It is very suitable for shaping to cover skin defects in long fingers because or the material and position of the flap, dose not affect hand function. **Subject and methods:** A prospective and retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 31 patients who were reconstructed by transpalpation of the finger at Viet Tiep Hospital from January 2018 to May 2023. **Results:** Out of the total 39 flaps, there were no cases of bleeding at the donor and recipient sites; no infection at the donor site; 1 case of infection at the receiving site; 2 flaps were partially necrotic in less than 1/3 of the area; and 2 flaps were completely necrotic. There were 28 cases of temporary venous stasis in the flap. The largest flap is the perforating flap of the dorsal interosseous artery, with dimensions of 2.5*6cm. **Conclusion:** The transpalmar flap is a reliable solution for

covering small and medium finger defects. **Keywords:** Finger soft-tissue defects, perforator flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay, đặc biệt là các ngón tay là bộ phận tinh tế nhất của hệ vận động tham gia vào hầu hết các hoạt động trong lao động và trong sinh hoạt hàng ngày, thực hiện chức năng vận động tinh vi và xúc giác tinh tế. Đây là bộ phận tiếp xúc trực tiếp với công cụ lao động nên các chấn thương, vết thương bàn ngón tay trong đó có tổn thương khuyết phần mềm ngón tay là tổn thương thường gặp. Mặc dù các tổn thương khuyết phần mềm ngón tay thường không ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân nhưng nếu điều trị không đúng sẽ dẫn đến ngón tay không còn khả năng đảm nhiệm chức năng vận động tinh vi, xúc giác tinh tế và biến dạng hình thái của ngón tay.

Vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay được thiết kế để che phủ khuyết phần mềm ngón tay hiện nay được sử dụng khá rộng rãi, dựa vào nguồn cấp máu phong phú bởi các động mạch xuất phát từ cả hai phía mu tay và gan tay, có thể thiết kế được nhiều vật mạch xuyên từ vùng bàn ngón tay. Đây là bước phát triển mới nhất của phẫu thuật chuyển vật. Tuy nhiên việc sử dụng vật mạch xuyên cũng có những hạn chế nhất định như thời gian phẫu tích, bóc tách vật lâu, vật sẽ yếu tỉ lệ thuận với lượng nhánh mạch bị tổn thương trong quá trình bóc tách, tỉ lệ sống của vật cũng là câu hỏi đáng để quan tâm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả tạo hình che phủ khuyết phần mềm ngón tay bằng vật mạch xuyên*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 31 bệnh nhân bị vết thương khuyết phần mềm ngón tay được tạo hình che phủ tổn khuyết bằng vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2018- tháng 05/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bao gồm tất cả các người bệnh có tổn thương khuyết phần mềm ngón tay do các nguyên nhân khác nhau dẫn đến tình trạng lộ gân xương, hay các khuyết phần mềm quanh vị trí các khớp ngón tay các khuyết phần mềm này yêu cầu phải được tạo hình bằng vật mạch xuyên

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Trường Sinh

Email: truongsinhdt97@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

vùng bàn ngón tay.

- Các bệnh nhân có khuyết phần mềm ngón tay sau khi điều trị nhiễm trùng đã ổn định.
- Các bệnh nhân có khuyết phần mềm ngón tay sau phẫu thuật cắt sẹo giải phóng cơ kéo do di chứng bỏng, di chứng chấn thương...

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có các tổn thương cấp cứu ngoại khoa đe dọa đến tính mạng cần phải ưu tiên can thiệp trước, người bệnh bị rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân có khuyết phần mềm ngón tay không được tạo hình che phủ bằng vật mạch xuyên vùng bàn ngón tay.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và khoa điều trị theo yêu cầu bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 05/2023

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng

2.2.3. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Quá trình nghiên cứu trên 31 bệnh nhân với 39 vật mạch xuyên chúng tôi thu được các kết quả nghiên cứu sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 65 tuổi, thấp tuổi nhất là 19 tuổi, trong nhóm tuổi từ 20-39 chiếm tỉ lệ cao nhất với 15 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 48.39%, tiếp theo là bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 40-59 tuổi chiếm tỉ lệ 35.48%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân ở nhóm < 20 tuổi. Trong số 31 bệnh nhân của chúng tôi có 26 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 83.87% và 5 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 16.13%. Nguyên nhân gây vết thương bàn tay phổ biến nhất là tai nạn lao động 20/31 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 64.52%.

Đặc điểm tổn thương:

Bảng 3.1: Mô tả đặc điểm tổn thương theo đơn vị bàn, ngón tay

Ngón	Bàn tay		Tổng	P
	Trái	Phải		
1	6(66,67%)	3(33,33%)	9(23,08%)	0,105
2	6(66,67%)	3(33,33%)	9(23,08%)	

3	7(63,64%)	4(36,36%)	11(28,21%)
4	2(33,33%)	4(66,67%)	6(15,38%)
5	2(50%)	2(50%)	4(10,26%)
Tổng	23(58,97%)	16(41,03%)	39(100%)

Nhận xét: Tỉ lệ bàn tay trái có vết thương khuyết phần mềm ngón tay chiếm tỉ lệ cao hơn bàn tay phải (58.97% so với 41.03%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0.105 (> 0.05).

Về phân loại tổn thương theo đơn vị ngón tay thì ngón III hay bị tổn thương nhất (28.21%), ngón ít bị tổn thương nhất là ngón V (10.26%).

3.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vật nhỏ nhất kích thước là 2cm², vật kích thước lớn nhất là 15cm². Khả năng di chuyển của vật ngắn nhất là 4mm và dài nhất là 22mm, trung bình vật di chuyển được 9,2mm. Loại vật được sử dụng nhiều nhất là vật mạch xuyên của động mạch gan ngón riêng 21/39 vật chiếm tỉ lệ 53.85%.

Kết quả sau mổ:

Bảng 3.2: Đặc điểm tình trạng vật sau mổ

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhiễm khuẩn nơi cho vật	Có	0	0
	Không	39	100
Nhiễm khuẩn nơi nhận vật	Có	1	2.56
	Không	38	97.44
Chảy máu nơi cho vật	Có	0	0
	Không	39	100
Chảy máu nơi nhận vật	Có	0	0
	Không	39	100
Ứ máu tại vật	Có	28	71.79
	Không	11	28.21
Mức độ sống của vật	Vật sống hoàn toàn	35	89.74
	Vật hoại tử <1/3	2	5.13
	Vật hoại tử ≥1/3	2	5.13
Liên thương nơi cho vật	Nguyên phát	39	100
	Thứ phát	0	0
Liên thương nơi nhận vật	Nguyên phát	35	89.74
	Thứ phát	2	5.13
Tổng		39	100

Nhận xét: Tại nơi cho vật: 100% không nhiễm khuẩn, không chảy máu, liên thương nguyên phát. Tại nơi nhận vật: 100% không chảy máu, 97.44% không nhiễm khuẩn, liên thương nguyên phát 89.74%. Hiện tượng ứ máu tại vật chiếm 71.79%, 89.74% vật sống hoàn toàn, có 2 vật hoại tử dưới 1/3 diện tích và 2 vật hoại tử ≥ 1/3 diện tích.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả các nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vết thương bàn tay thường gặp ở độ tuổi lao động, đặc biệt là nhóm người lao động trẻ từ 20-39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của: Aboulwafa Ahmed and Emara Sherif (2013)¹. Trong tổng số 116 bệnh nhân tham gia nghiên cứu bệnh nhân ít tuổi nhất là 1 tuổi cao nhất là 67 tuổi, độ tuổi trung bình là 26 tuổi. Theo MD Jung Soo Lee và Yeo Hyun (2019)²: Tuổi trung bình của 50 bệnh nhân có vết thương bàn tay là 47,7 tuổi. Đây là nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất trong dân cư đồng thời là nhóm tuổi đóng vai trò là lực lượng chính trong cơ cấu lao động.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ngón tay bị tổn thương nhiều nhất là ngón III với 11 bệnh nhân tiếp theo là ngón II với 9 bệnh nhân và ít gặp nhất ở ngón V với 4 bệnh nhân. Kết quả này tương đương với Aboulwafa Ahmed and Emara Sherif (2013)¹ tổn thương khuyết phần mềm thường gặp nhất là ngón II,III: trong tổng số 170 búp ngón tay bị tổn thương có 61 búp ngón II, và có 82 búp ngón III, trong khi đó chỉ có 2 búp ngón V. Ngón 2,3 có tỷ lệ tổn thương cao nhất là do khi bị tai nạn theo phản xạ tự nhiên khi bàn tay co ngón cái sẽ được co lại trước để thoát khỏi nguyên nhân nhanh nhất các ngón 2,3 là ngón dài nhất to nhất và, thường sẽ thoát khỏi máy móc, công cụ lao động sau cùng nên dễ bị tai nạn nhất. Ngón 5 vừa nhỏ vừa ngắn vừa ít chức năng nên ít nguy cơ bị tai nạn nhất.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Theo Robert W. Beasley³: Có 3 yếu tố quan trọng khi lựa chọn vật tổ chức để tạo hình khuyết phần mềm ngón tay đó là: Bảo tồn được chức năng xúc giác tinh tế của ngón tay, ít làm tổn hại nơi cho vật và vật áp dụng có tính khả thi và tin cậy có thể dự đoán được trước kết quả phẫu thuật.

Kích thước vật che phủ: Kết quả nghiên cứu cho thấy vật có kích thước nhỏ nhất là vật được cấp máu bởi nhánh mạch xuyên của động mạch gan ngón riêng có kích thước 1x2cm. Vật có kích thước lớn nhất là vật được cấp máu bởi nhánh mạch xuyên của động mạch gian cốt mu tay thứ nhất với kích thước 2.5x6cm là vật da mỡ, bao gồm cả da cân lấy từ khớp liên đốt bàn ngón để che phủ khuyết hồng toàn bộ mặt gan đốt 1,2 ngón II tay trái. Một đường rạch ở cầu da giữa vật và tổn khuyết cho phép vật xoay 180 độ theo chiều kim đồng hồ đến che phủ hết tổn khuyết, nơi cho vật được đóng trực tiếp dễ dàng nhờ sự chun giãn của da mu bàn tay. Kích thước vật mạch xuyên lớn nhất của động mạch

mu đốt bàn 2 của động mạch gian cốt mu tay theo nghiên cứu của Gebhard B và Meissl G. (1995)⁴ là: 6,5x3 cm phạm vi cấp máu tối đa của vật này đến mặt mu của khớp liên đốt 1,2 ngón 2. Theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và Cs (2015)⁵: Kích thước vật khoảng: 2x1cm đến 2x1.5 cm đây là vật mạch xuyên của động mạch gan ngón tay riêng. Sau mổ vật có biểu hiện ứ máu tĩnh mạch và hết sau 6 ngày mà không có dấu hiệu hoại tử vật, nơi cho và nhận vật liền thương kỳ đầu. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Michel Saint-Cyr (2009)⁶: Mỗi vật mạch xuyên được cấp máu cho một khu vực nhất định gọi là "Perforasomes" vùng cấp máu này có thể đến một nửa lãnh thổ của vật mạch xuyên liền kề.

Tình trạng chảy máu và nhiễm khuẩn của vật: Vật mạch xuyên cũng là một lựa chọn đáng tin cậy để tạo hình các khuyết phần mềm ngón tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 39 ngón tay được tạo hình bằng vật mạch xuyên không có trường hợp nào phải can thiệp vì tình trạng chảy máu nơi cho và nhận vật. Có 1 trường hợp nhiễm trùng nơi nhận vật do nền tổn thương bản dập nát, sau mổ 2 ngày có hiện tượng chảy dịch mủ tại vật chúng tôi tiến hành cắt chỉ cách, thay bằng nặn dịch vết mổ, tuy nhiên kết quả cuối cùng vật vẫn bị hoại tử và phải làm mòm cụt thì 2. Trong 2 trường hợp liền thương thứ phát nơi nhận vật đều do vật bị hoại tử dưới 1/3 diện tích, 2 trường hợp này đều được chúng tôi chăm sóc tại chỗ để liền thương kỳ 2 mà không cần bất kỳ can thiệp bổ sung nào.

Ứ máu tĩnh mạch vật: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả các vật mạch xuyên dạng xuôi dòng đều không có tình trạng ứ máu tại vật. Có 28 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch vật, thông thường vật bị ứ máu tím nhẹ trong 5-7 ngày, dài nhất là 8 ngày. Sau giai đoạn ứ máu phần lớn các vật xuất hiện tái lập tuần hoàn mà không có bất cứ tổn thương gì. Có 1 vật bị hoại tử > 1/3 và 2 vật bị hoại tử < 30% diện tích, tất cả các vật hoại tử 1 phần đều được chúng tôi chăm sóc và liền thương tự nhiên.

Theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và cộng sự (2015)⁵: Tỷ lệ ứ máu tại mạch xuyên của tác giả gặp 12/15 bệnh nhân, tình trạng này sẽ giảm dần sau 7 ngày trung bình từ 6-12 ngày. Tất cả 12 trường hợp này tác giả phẫu tích bộc lộ nâng vật lên hoàn toàn và chỉ giữ lại các nhánh mạch xuyên của cung búp ngón. Có 3 trường hợp khi phẫu tích giữ lại phần mềm quanh mạch xuyên thì không có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch sau mổ. Tác giả cho rằng nguyên nhân của ứ máu tĩnh mạch là do khả năng dẫn máu về của tĩnh

mạch tùy hành lúc đầu ít hơn so với nguồn cấp máu của động mạch hoặc do hiện tượng ứ máu của tĩnh mạch tùy hành. Mặc dù trong quá trình bóc tách chúng tôi luôn cố gắng giữ lại phần mềm quanh các nhánh mạch xuyên nhưng vẫn có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch, điều đó cho thấy ứ máu tĩnh mạch là do tổng hòa của rất nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó nguyên nhân chính là các tĩnh mạch tùy hành quá nhỏ so với động mạch nên thường không đủ để dẫn lưu máu thoát khỏi vạt, và trong quá trình phẫu thuật không nên khâu vết mổ quá căng sẽ dễ dẫn tới hiện tượng phù nề và ứ máu vạt sau mổ.

Theo nghiên cứu của Haluk Özcanli và cs

(2015)⁵: Khi sử dụng dạng vạt mạch xuyên sẽ có ưu điểm là có nguồn cấp máu độc lập chủ động, sức sống vạt cao, không hy sinh mạch chính, khả năng di chuyển của vạt linh hoạt cho phép che phủ các loại khuyết hồng phần mềm búp ngón tay, phục hồi tốt cả về chức năng và hình thái bàn ngón tay. Tuy nhiên nhược điểm là không chắc chắn sẽ có mạch xuyên, kích thước vạt nhỏ, sẽ có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch tạm thời. Kết quả nghiên cứu một lần nữa khẳng định biến chứng ứ máu tĩnh mạch tạm thời là biến chứng có thể chấp nhận được để đổi lấy các ưu điểm của vạt mạch xuyên.



Hình 1: Vạt mạch xuyên động mạch gian cốt mu tay

Hình A,B: Hình ảnh trước và ngay sau mổ;

Hình C,D: Hình ảnh vạt sau mổ 2 ngày

Hình E,F: Hình ảnh vạt sau mổ 1 tuần;

Hình G,H: Hình ảnh ngón tay sau mổ 3 tháng

Bệnh nhân nam 49 tuổi bị khuyết hồng phần mềm mặt mu và bờ bên đốt 2 ngón III tay trái sau cắt lọc tổ chức hoại tử, bờ tổn khuyết mụn, đáy tổ chức hạt đỏ, ít giả mạc trắng, lộ gân duỗi và xương ngón III. Bệnh nhân được sử dụng doppler cầm tay để xác định các mạch xuyên của động mạch gian cốt mu tay giữa ngón II-III. Vạt được di chuyển ngược dòng nguồn cấp máu cho vạt là nhánh xuyên da tách ra từ động mạch gian cốt mu tay có kích thước 5.5x2.5cm, nơi cho vạt đóng trực tiếp, ghép da trên cuống vạt để tránh tình trạng chèn ép cuống vạt. Sau mổ ngày thứ 2 vạt căng hồng âm, không có hiện tượng ứ máu tĩnh mạch. Sau mổ ngày thứ 7, vạt sống hoàn toàn, da ghép hoại tử 1 phần, sau mổ 2 tuần, da

ghép bong thượng bì, vết mổ nơi cho vạt liền tốt, bệnh nhân được cắt chỉ cách. Kết quả khám lại sau 3 tháng, hình thể ngón tròn đều, vạt sống tốt, màu sắc tương đồng da xung quanh.

V. KẾT LUẬN

Khuyết hồng phần mềm ngón tay thường gặp hầu hết ở nam giới trong độ tuổi lao động. Vạt mạch xuyên vùng bàn ngón tay che phủ khuyết hồng phần mềm ngón tay cho tỷ lệ vạt sống hoàn toàn chiếm 89,74%, thời gian điều trị ngắn, đảm bảo được chức năng che phủ, bảo tồn chiều dài tối đa ngón tay, hạn chế tổn thương nơi cho vạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aboulwafa A, Emara S.** Versatility of Homodigital Islandized Lateral VY Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. In ; 2013.

2. Lee JS, Kim YH. Factors associated with limited hand motion after hand trauma. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(3):e14183.
3. Beasley RW. Principles of soft tissue replacement for the hand. *The Journal of Hand Surgery*. 1983;8(5, Part 2):781-784.
4. Gebhard B, Meissl G. An extended first dorsal metacarpal artery neurovascular island flap. *J Hand Surg Br*. 1995;20(4):529-531.
5. Ozcanli H, Bektas G, Cavit A, Duymaz A, Coskunfirat OK. Reconstruction of fingertip defects with digital artery perforator flap. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*. 2015;49(1):18-22.
6. Saint-Cyr M, Wong C, Schaverien M, Mojallal A, Rohrich RJ. The perforasome theory: vascular anatomy and clinical implications. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(5):1529-1544.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BENTALL TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thục¹, Nguyễn Đức Dũng¹,
Trần Hoài Ân¹, Trần Thanh Thái Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Bentall từ năm 2012 đến 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả các trường hợp phẫu thuật Bentall từ năm 2012 đến 2021. **Kết quả:** 96 bệnh nhân (73 nam chiếm 75,8% và 23 nữ chiếm 24,2%). Tuổi trung bình $46 \pm 12,7$. 3,1% bệnh nhân mắc hội chứng Marfan, tăng huyết áp 47,9%, đái tháo đường 15% và 26,04% có rối loạn lipid máu. 59,4% bệnh nhân suy tim ở mức độ NYHA II và 34,3% ở mức NYHA III ở thời điểm phẫu thuật. Phẫu thuật cấp cứu chiếm 36,45% và phẫu thuật theo chương trình chiếm 63,55%. Bóc tách typ A chiếm 36,45%. Dẫn vòng van động mạch chủ gặp ở 100% bệnh nhân. Đường kính gốc động mạch chủ trung bình $6,2 \pm 11,8$ cm. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình $163,5 \pm 34,2$ phút và thời gian kẹp động mạch chủ trung bình $130,7 \pm 25,4$ phút. 100% bệnh nhân được cắm lại 2 động mạch vành bằng kỹ thuật Bentall. Thời gian nằm hồi sức trung bình $7,5 \pm 1,4$ ngày và thời gian hậu phẫu trung bình $13 \pm 4,6$ ngày. Tỷ lệ tử vong trung bình 2,08%. **Kết luận:** Phẫu thuật Bentall là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các bệnh lý gốc động mạch chủ kết hợp dẫn vòng van động mạch chủ. Phẫu thuật này an toàn, hiệu quả và tỷ lệ tử vong thấp.

SUMMARY

EVALUATED RESULTS OF BENTALL PROCEDURE AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Objective: Evaluated results of Bentall procedure from 2012 to 2021. **Methods:** A retrospective clinical review of patients undergoing Bentall operation at Hue Cardiovascular Center was performed from 2012 to 2021. **Results:** 96 patients (73 men 75,8% and 23 women 24,2%). The mean age was $46 \pm 12,7$ years. 3,1% patients presented Marfan syndrome. 47,9%

patients had hypertension, 15% had diabetes and 26,04% had dyslipidemia. 59,4% patients were in NYHA II and 34,3% were in NYHA III in the moment of surgery. 36,45% patients were operated in emergency phase and 63,55% in elective phase. Typ A dissection was in 36,45% patients. Annulo-aortic ectasia was presented in 100% patients. The mean diameter aortic bulbe was $6,2 \pm 11,8$ cm. The mean CPB time was $163,5 \pm 34,2$ minutes and the mean cross clamp time was $130,7 \pm 25,4$ minutes. 100% patients were used button Bentall technique to reimplant coronary artery. 95,83% were used mechanical valve. The mean ICU was $7,5 \pm 1,4$ day and the mean post operated was $13 \pm 4,6$ day. The mortality rate was 2,08%. **Conclusion:** The Bentall procedure is a gold standard, the first choice for patients with aortic root disease and important aortic valve insufficiency. This procedure was safe, effective and low mortality rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật Bentall được Hugh Bentall và Anthony De Bono thực hiện lần đầu tiên vào năm 1968 [2]. Cho đến nay, đây vẫn được xem là một phẫu thuật tim hở người lớn tương đối phức tạp, là tiêu chuẩn vàng, được sử dụng để điều trị các trường hợp bệnh lý van động mạch chủ (ĐMC) kết hợp với bệnh lý động mạch chủ lên. Phẫu thuật này bao gồm thay van ĐMC nhân tạo kết hợp thay động mạch chủ lên và cắm lại 2 động mạch vành vào đoạn động mạch chủ lên nhân tạo. Tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch BVTW Huế, phẫu thuật Bentall đã được triển khai từ năm 2012 và đến nay đã được thực hiện một cách thường quy và mang lại kết quả tích cực. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật Bentall giai đoạn 2012 đến 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 96 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật Bentall tại khoa

¹Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thục
Email: nguyenthuc19101986@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 5.3.2024