

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 Thục<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Dũng<sup>1</sup>,  
Trần Hoài Ân<sup>1</sup>, Trần Thanh Thái Nhân<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

ngoại lồng ngực tim mạch BVTW Huế từ năm 2012 đến năm 2021

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 96 bệnh nhân được phẫu thuật Bentall tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch BVTW Huế từ năm 2012 đến năm 2021. Các số liệu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm Medcal.

**Chỉ định phẫu thuật Bentall:** Bóc tách động mạch chủ typ A kèm theo hở van ĐMC không bảo tồn được

Bệnh lý van ĐMC cần thay van nhân tạo kèm giãn bulbe động mạch chủ lên trên 45mm

Bệnh lý van ĐMC cần thay van nhân tạo kèm giãn động mạch chủ lên ở bệnh nhân mắc hội chứng Marfan.

**Kỹ thuật vô cảm:** gây mê toàn thân, theo dõi huyết áp xâm nhập, chuẩn bị sẵn đường động mạch ở bẹn để dự phòng khả năng phải hỗ trợ bóng đối xung trên bàn phẫu thuật với những bệnh nhân suy tim nặng trước mổ.

**Kỹ thuật phẫu thuật:** Bệnh nhân nằm ngửa có độn gối dưới vai, mở ngực giữa xương ức, thiết lập và khởi động tuần hoàn ngoài cơ thể. Vị trí động mạch và tĩnh mạch được lựa chọn để đặt canuyl là tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh nhân cụ thể và các thương tổn kèm theo cần sửa chữa. Hạ thân nhiệt 32 độ C. Phẫu tích tách rời động mạch chủ động mạch phổi, phẫu tích tách rời thân tĩnh mạch cánh tay đầu. Cặp động mạch chủ sau đó chúng tôi mở động mạch chủ phía trên lỗ vành phải khoảng 2cm và làm liệt tim trực tiếp qua 2 lỗ động mạch vành phải và trái bằng dung dịch liệt tim Custadiol. Sau khi kết thúc làm liệt tim, chúng tôi vén động mạch chủ, cắt bỏ các lá van bị tổn thương, tạo hình 2 button động mạch vành phải và trái theo kiểu button Bentall được mô tả bởi Kouchoukos. Cắt bỏ phần động mạch chủ bị thương tổn. Khâu chỉ van động mạch chủ mũi rời có miếng đệm vào vị trí vòng van động mạch chủ của bệnh nhân từ ngoài vào trong. Khâu van động mạch chủ nhân tạo vào ống động mạch chủ lên bằng chỉ đơn sợi 5.0 mũi khâu vắt liên tục. Chúng tôi lựa chọn van động mạch chủ sinh học cho những bệnh nhân trên 65 tuổi do ưu thế của loại van này trong sử dụng thuốc chống đông, bệnh nhân nữ trẻ tuổi có nhu cầu sinh con hoặc những trường hợp khó khăn trong việc tuân thủ sử dụng thuốc chống đông. Sau đó, chúng tôi khâu van kèm ống động mạch nhân tạo vào vòng van và buộc chỉ. Cắm lại 2 button mạch vành vào ống động mạch chủ lên, làm miệng nối trên giữa ống động mạch nhân tạo với đầu xa động mạch chủ bằng chỉ đơn

sợi 4.0. Khâu tăng cường và bơm keo sinh học tăng cường các miệng nối. Sau đó chúng tôi cho tim đập trở lại, giảm ngưng tuần hoàn ngoài cơ thể, đặt dẫn lưu ngực và đóng ngực. Các phẫu thuật kèm theo có thể là bắc cầu mạch vành, phẫu thuật van 2 lá, van 3 lá hoặc chuyển vị các động mạch trên quai động mạch chủ...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình 46 ± 12,7 tuổi, trẻ nhất 33 tuổi và lớn nhất 75 tuổi

Giới: nam 75,8% và nữ 24,2%

**3.2. Đặc điểm tiền sử bệnh nhân**

**Bảng 3.1: Đặc Điểm tiền sử bệnh nhân**

	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	46	47,9
Tiểu đường	15	15,6
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	4	4,1
Bệnh mạch vành	10	10,4
Rối loạn lipid máu	25	26,04

**Nhận xét:** tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tiểu đường lần lượt là các yếu tố nguy cơ thường gặp

**3.3. Đặc điểm hội chứng Marfan**

3 bệnh nhân chiếm 3,1% được chẩn đoán mắc hội chứng Marfan dựa trên kiểu hình.

**3.4. Đặc điểm suy tim theo NYHA**

**Bảng 3.2: Phân độ suy tim theo NYHA**

NYHA	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
I	5	5,2
II	57	59,4
III	33	34,3
IV	1	1,1

**Nhận xét:** Số bệnh nhân suy tim độ II,III chiếm ưu thế

**3.5. Đặc điểm chỉ định phẫu thuật**

**Bảng 3.3: Chỉ định phẫu thuật**

	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
Cấp cứu	35	36,45
Chương trình	61	63,55

**Nhận xét:** phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được phẫu thuật chương trình

**3.6. Đặc điểm về thương tổn van động mạch chủ và gốc động mạch chủ lên**

**Bảng 3.4: Thương tổn gốc động mạch chủ**

Thương tổn gốc động mạch chủ	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ %
Phình dẫn gốc động mạch chủ lên	61	63,55

Bóc tách động mạch chủ typ A	35	36,45
------------------------------	----	-------

**Nhận xét:** 36,45% bệnh nhân bóc tách typ A phải làm phẫu thuật Bentall. Trong đó, 31 trường hợp bóc tách gây hở chủ cấp nặng, 3 trường hợp bóc tách kèm tổn thương valsava không bảo tồn được và 1 trường hợp bóc tách trên bệnh nhân phình gốc động mạch chủ trước đó gây dẫn vòng van.

**Bảng 3.5: Thương tổn van động mạch chủ**

Hở van động mạch chủ	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ %
Độ I	0	0
Độ II	2	2,08
Độ III	23	23,95
Độ IV	71	73,95

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân có hở van động mạch chủ do dẫn vòng van

**3.7. Đường kính của gốc động mạch chủ.** Đường kính gốc động mạch chủ trung bình:  $6,2 \pm 11,8$  cm

**3.8. Bệnh lý trên tim khác kèm theo**

**Bảng 3.6: bệnh lý trên tim khác kèm theo**

Bệnh lý trên tim khác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hở van 2 lá	7	7,2
Hẹp van 2 lá	0	0
Hở van 3 lá	10	10,4
Bệnh lý mạch vành	3	3,1

**Nhận xét:** hở van 3 lá và hở van 2 lá là 2 bệnh lý trên tim khác thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu

**3.9. Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật**

**3.9.1. Thời gian phẫu thuật.** Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể:  $163,5 \pm 34,2$  phút

Thời gian cặp động mạch chủ:  $130,7 \pm 25,4$  phút

**3.9.2. Vị trí đặt canuyl động mạch**

**Bảng 3.7: Vị Trí đặt canuyl động mạch**

Vị trí canuyl động mạch	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ %
Động mạch chủ lên	68	70,8
Thân động mạch cánh tay đầu	5	5,2
Động mạch nách phải	16	16,6
Động mạch đùi	7	7,4

**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân được canuyl động mạch vào động mạch chủ lên cao nhất 70,8 %

**3.9.3. Đặc điểm về ống động mạch nhân tạo, van động mạch chủ nhân tạo**

**Bảng 3.8: Ống động mạch và van động mạch chủ nhân tạo**

	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
--	---------------------	-----------

Cỡ ống động mạch nhân tạo	Số 26	Số 24	85	11	88,54	11,46
Van động mạch chủ nhân tạo	Số 24	Số 22	85	11	88,54	11,46
Loại van động mạch chủ	Cơ học	Sinh học	92	4	95,83	4,17

**Nhận xét:** 88,54% bệnh nhân sử dụng ống động mạch chủ số 26 kết hợp van động mạch chủ số 24. 4,17% bệnh nhân được sử dụng van ĐMC sinh học

**3.9.4. Đặc điểm về kỹ thuật tạo hình và cắm lại mạch vành vào ống động mạch nhân tạo.** 100% bệnh nhân của chúng tôi được cắm lại 2 động mạch vành phải và trái bằng kỹ thuật button Bentall có tăng cường keo sinh học.

**3.9.5. Cách khâu van.** 100% bệnh nhân được khâu van bằng chỉ đa sợi có miếng đệm mũi rời từ ngoài vào trong vòng van động mạch chủ của bệnh nhân.

**3.9.6. Phẫu thuật tim khác kèm theo**

**Bảng 3.9: Các phẫu thuật khác kèm theo**

Loại phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sửa van 2 lá	5	5,2
Sửa van 3 lá	10	10,4
Cầu nối chủ vành	1	1,04
Bắc cầu các động mạch trên quai động mạch chủ	1	1,04

**Nhận xét:** bệnh nhân sửa van 3 lá kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 10,4%. 1 bệnh nhân phải kết hợp bắc cầu các động mạch trên quai động mạch chủ do cửa vào lan rộng đến quai để can thiệp stentgraft quai động mạch chủ và động mạch chủ ngực xuống.

**3.9.7. Biến chứng và tử vong trong mổ.** Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng và tử vong trong mổ

**3.10. Kết quả sớm sau mổ**

**Bảng 3.10: Kết quả sớm sau mổ**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	2	2,08%
Số ngày nằm hồi sức trung bình	$7,5 \pm 1,4$	
Số ngày hậu phẫu trung bình	$13 \pm 4,6$	

**Nhận xét:** 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,08% tử vong trong giai đoạn hậu phẫu: 1 bệnh nhân hội chứng Marfan, suy tim rất nặng trước mổ (EF 27%) tử vong ngày thứ 20 sau mổ do biến

chứng suy đa tạng, 1 bệnh nhân bị bóc tách động mạch chủ typ A tử vong ngày thứ 30 sau mổ do biến chứng viêm phổi thở máy kéo dài.

**Bảng 3.11: Biến chứng sớm sau mổ**

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=96)	Tỷ lệ (%)
Mổ lại do chảy máu	0	0
Tràn dịch, khí màng phổi	2	2,08
Tràn dịch màng tim	0	0
Bập bênh xương ức	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Suy tim	5	5,20
Suy thận	2	2,08
Suy đa tạng	1	1,04
Viêm phổi	1	1,04
Tai biến mạch não	0	0

**Nhận xét:** 5 bệnh nhân (5,2%) có hội chứng giảm cung lượng tim sau mổ, 2 bệnh nhân (2,08%) có suy thận sau mổ.

**3.11. So sánh kích thước và phân suất tổng máu thất trái trước và sau phẫu thuật**

**Bảng 3.12: Kích thước và phân suất tổng máu thất trái trước và sau phẫu thuật**

	Trước mổ (n=96)	Sau mổ (n=96)	p
LVEDD (mm±SD)	47,68±9,67	39,72±11,53	0,003
LVEDD (mm±SD)	65,48±12,58	53,71±14,92	0,0015
EF (%)	52,83±12,91	48,65±17,39	0,15

**Nhận xét:** đường kính tâm thu và tâm trương thất trái sau mổ giảm hơn so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với p < 0,005.

**IV. BÀN LUẬN**

Phẫu thuật Bentall được thực hiện lần đầu tiên tại Anh vào năm 1968. Bentall và De Bono mô tả phương pháp thay toàn bộ gốc ĐMC trong những trường hợp phình gốc có kèm theo vòng van ĐMC bị dẫn. Các tác giả đã khâu ống mạch nhân tạo vào van cơ học rồi thay van ĐMC, gốc ĐMC của bệnh nhân. Các lỗ động mạch vành sau đó được khâu vào thành của ống mạch nhân tạo và đầu xa của ống mạch này được nối với ĐMC lên [2]. Trong những năm về sau, do sự cải tiến và phát triển trong kỹ thuật mổ, tình trạng chảy máu trong mổ tại 2 miệng nối lỗ mạch vành cũng như xuất hiện biến chứng giả phình trong giai đoạn muộn đã giảm đi đáng kể [1],[3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xuất hiện tình trạng chảy máu tại 2 miệng nối lỗ mạch vành trong mổ và sau mổ tương tự với nghiên cứu của Silva và cs. Hiện nay, đây là phẫu thuật được lựa chọn và coi như là tiêu

chuẩn vàng ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật tim để giải quyết các bệnh lý liên quan đến van ĐMC, gốc ĐMC và ĐMC lên. Để cầm lại 2 lỗ mạch vành vào ống động mạch nhân tạo có 2 kỹ thuật được sử dụng thường quy, hoặc là theo kiểu cải tiến của Kouchoukos và cs là cắt rời hoàn toàn hai lỗ vành thành hai núm rồi phẫu tích tự do ra khỏi tổ chức liên kết xung quanh để nối vào động mạch chủ lên nhân tạo [7], trong những trường hợp khó khăn trong di động 2 lỗ mạch vành thường gặp do túi phình động mạch chủ lên lớn hoặc mổ lại lần 2 kỹ thuật của Cabrol và cs được lựa chọn, khâu 2 lỗ vành vào với một ống mạch nhân tạo số 8, rồi nối ống này vào ống động mạch chủ lên nhân tạo [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được cầm lại 2 lỗ động mạch vành theo kỹ thuật button Bentall và chúng tôi chưa gặp bất kỳ biến chứng nào liên quan đến mạch vành sau mổ: nhồi máu cơ tim, dò miệng nối mạch vành...

Về ống động mạch nhân tạo và van ĐMC, chúng tôi lựa chọn kỹ thuật khâu van vào ống mạch nhân tạo bằng chỉ đơn sợi nylon 5.0 mũi khâu vắt liên tục cho toàn bộ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Với cách làm này, chi phí giá thành cuộc phẫu thuật giảm đi rất nhiều so với việc sử dụng ống mạch nhân tạo có gắn sẵn van. Việc lựa chọn van ĐMC cơ học hay sinh học cũng tương tự như trong các trường hợp thay ĐMC đơn thuần: tuổi, nhu cầu sinh con, ý thức về việc sử dụng thuốc chống đông... Theo nghiên cứu của Etz CD, Bischoff MS và cộng sự trên 597 BN được phẫu thuật Bentall cho thấy tỷ lệ sử dụng ống van sinh học chiếm nhiều hơn với 307 BN trong khi 290 BN dùng ống van cơ học [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 4 bệnh nhân được sử dụng van sinh học, 100% đều trên 65 tuổi.

Về kỹ thuật khâu ống động mạch mang van nhân tạo vào vòng van động mạch chủ, 100% bệnh nhân của chúng tôi được khâu bằng chỉ van động mạch chủ 2.0 có miếng đệm từ ngoài vào trong vòng van ĐMC của bệnh nhân. Sau khi hoàn thành miệng nối ở gốc động mạch chủ và 2 miệng nối mạch vành chúng tôi tăng cường cầm máu bằng keo sinh học. Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình 163,5 ± 34,2 phút, thời gian cặp ĐMC trung bình 130,7 ± 25,4 phút ngắn hơn tác giả Etz CD và cộng sự nghiên cứu trên 597 bệnh nhân thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và cặp ĐMC lần lượt là 252 ± 60 phút và 176 ± 49 phút [3], ngắn hơn tác giả Hyun-Chel J nghiên cứu gồm 218 bệnh nhân trong vòng 28 năm lần lượt là 210 ± 78 phút và

146 ± 51 phút [4]

Mổ lại do chảy máu sau phẫu thuật Bentall gặp với tỷ lệ 3,4% đến 9,6% tùy theo từng trung tâm [5],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào chảy máu phải mổ lại. Điều này giúp tránh những biến chứng do truyền máu, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ, rút ngắn thời gian hậu phẫu của bệnh nhân.

Tử vong sớm sau mổ khoảng 1,9% - 7,3% tùy từng tác giả và có sự khác biệt rõ giữa nhóm mổ có chuẩn bị và nhóm mổ cấp cứu do bóc tách typ A[5],[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong trong giai đoạn hậu phẫu là 2,08% thấp hơn so với các trung tâm khác. Cả 2 trường hợp tử vong vào viện trong giai đoạn muộn. Một bệnh nhân mắc hội chứng Marfan suy tim rất nặng trước mổ (EF 27%) sau mổ chức năng tim không cải thiện mặc dù đã được sử dụng thiết bị hỗ trợ cơ học và tử vong trong bối cảnh suy đa tạng. Một bệnh nhân vào viện vì bóc tách typ A và đã có biểu hiện tổn thương nhồi máu não trên CT trước mổ do bóc tách động mạch cảnh. Sau mổ, bệnh nhân tri giác kém kèm yếu liệt 1/2 người trái phải thở máy kéo dài và tử vong trong bối cảnh viêm phổi bệnh viện.

## V. KẾT LUẬN

Qua 96 trường hợp nghiên cứu, phẫu thuật Bentall là tiêu chuẩn vàng, là lựa chọn đầu tay trong điều trị các bệnh lý liên quan đến gốc động mạch chủ và van động mạch chủ không bảo tồn được, cho kết quả tốt với tỷ lệ tai biến, biến

chứng và tử vong thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asano KI, Ando T, Hanada S, Maruyama Y**, Control of bleeding during the Bentall operation. J Cardiovasc Surg (Torino). 1983;24(1):13-4.
2. **Bentall H, De Bono A**, A technique for complete replacement of the ascending aorta. Thorax. 1968;4:338-9.
3. **Cabrol C, Pavie A, Mesnildrey P, Gandjbakhch I, Laughlin L, Bors V et al**, Long-term results with total replacement of the ascending aorta and reimplantation of the coronary arteries. J Thorac Cardiovasc Surg. 1986;91(1):17-25.
4. **Cabrol C, Pavie A, Gandjbakhch I, Villemot JP, Guiraudon G, Laughlin L, et al**. Complete replacement of the ascending aorta with reimplantation of the coronary arteries: new surgical approach. J Thorac Cardiovasc Surg. 1981;81(2):309-15.
5. **Etz CD, Bischoff MS, Bodian C, Roder F, Brenner R, Griep RB, Luozzo GD**. The Bentall procedure: is it the gold standard? A series of 597 consecutive cases. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010;140(6S):64-70.
6. **Hyun-Chel J, Byung-Chul C, Young-Nam Y, Kyung-Jong Y, Lee S**. Clinical experience with the Bentall procedure: 28 years. Yonsei Med J. 2012;53(5):915-923.
7. **Kouchoukos NT, Wareing TH, Murphy SF, Perrillo JB**. Sixteen-year experience with aortic root replacement. Results of 172 operations. Ann Surg. 1991;214(3):308-18.
8. **Matilde MG, Bertha MS, Clotilde FO, Manuel MM, Esteban VM, Fermin RO**. Bentall procedure in ascending aortic aneurysm: hospital mortality. Cir Ciruj. 2010;78:43-49.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Hưng Thịnh<sup>1</sup>, Dương Đình Toàn<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT<sup>8</sup>

**Đặt vấn đề:** Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (HTVKCXĐ) là bệnh có tổn thương hoại tử tế bào xương và tủy xương do thiếu máu nuôi trên chỏm xương đùi. Bệnh thường gặp ở người trung niên, diễn

biến tăng nặng theo thời gian dẫn đến thoái hóa và mất chức năng khớp háng. Phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 77 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 46,45 ± 9,8 (22 - 66 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-50 chiếm 45,5%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 10/1. Đa số bệnh nhân phẫu thuật trong 2 năm đầu chiếm 91%. Rượu và thuốc lá là 2 yếu tố nguy cơ gây bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,3%. Kết quả vận động khớp háng sau mổ đánh giá theo thang điểm Harris: 64,9% đạt kết quả rất tốt, 32,5% đạt kết quả tốt, 2,6% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. Hầu như bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Đà Nẵng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hưng Thịnh

Email: nguyentuanhungthinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024