

- the Rotator Cuff: Pathogenesis, Diagnosis, and Management. J Am Acad Orthop Surg. 1997 Jul;5(4):183–91.
4. **Yoo JC, Park WH, Koh KH, Kim SM.** Arthroscopic treatment of chronic calcific tendinitis with complete removal and rotator cuff tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA. 2010 Dec;18(12):1694–9.
 5. **Kim MS, Kim IW, Lee S, Shin SJ.** Diagnosis and treatment of calcific tendinitis of the shoulder. Clin Shoulder Elb. 2020 Nov 27;23(4):210–6.
 6. **Harvie P, Pollard TCB, Carr AJ.** Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(2):169–73.
 7. **Riley GP, Harrall RL, Constant CR, Chard MD, Cawston TE, Hazleman BL.** Tendon degeneration and chronic shoulder pain: changes in the collagen composition of the human rotator cuff tendons in rotator cuff tendinitis. Ann Rheum Dis. 1994 Jun;53(6):359–66.
 8. **Speed CA, Hazleman BL.** Calcific tendinitis of the shoulder. N Engl J Med. 1999 May 20;340(20):1582–4.
 9. **Rochwerger A, Franceschi JP, Viton JM, Roux H, Mattei JP.** Surgical management of calcific tendinitis of the shoulder: an analysis of 26 cases. Clin Rheumatol. 1999;18(4):313–6.
 10. **Jerosch J, Strauss JM, Schmiel S.** Arthroscopic treatment of calcific tendinitis of the shoulder. J Shoulder Elbow Surg. 1998;7(1):30–7.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BỐC NỘI MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG DO XƠ VỮA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hữu Ước¹, Phạm Quốc Đạt², Lê Hữu Công¹,
Ngô Gia Khánh², Vũ Anh Tuấn², Đồng Minh Hùng²,
Mạc Thế Trường^{1,2}, Phùng Văn Thắng², Đặng Thị Hoa¹,
Nguyễn Văn Minh², Hoàng Vũ², Trần Lê Công Thắng², Lê Khả Bách²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh do xơ vữa là một trong các nguyên nhân chính gây ra đột quỵ nhồi máu não. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh là một phương pháp đã được chứng minh giúp làm giảm tỉ lệ đột quỵ nhồi máu não. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh tại khoa Phẫu thuật lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2023. Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh. **Kết quả:** tổng số gồm 104 bệnh nhân, với 111 lượt phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (7 bệnh nhân phẫu thuật 2 bên); 87 bệnh nhân nam (chiếm 83,7%); 17 bệnh nhân nữ (chiếm 16,3%), tuổi trung bình là $69,1 \pm 8,3$ tuổi, 68 bệnh nhân (65,4%) hẹp động mạch cảnh có triệu chứng. Bóc nội mạc và phục hồi bằng miếng vá PTFE có 39 lượt phẫu thuật (34,1%), lột nội mạc động mạch cảnh có 72 lượt phẫu thuật (64,9%). **Kết quả sớm:** 100% bệnh nhân động mạch cảnh lưu thông tốt, không có hẹp tồn lưu. Tử vong sớm 2 trường hợp

(chiếm 1,9%) trong đó, một trường hợp do đột quỵ chảy máu não, một trường hợp tử vong do tai nạn giao thông. Tỷ lệ tai biến mạch máu sớm trong 30 ngày chiếm tỷ lệ 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa. **Từ khóa:** đột quỵ, bóc nội mạc động mạch cảnh, hẹp động mạch cảnh do xơ vữa.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF CAROTID ENDARTERECTOMY FOR TREATMENT INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS CAUSING BY ATHEROSCLEROSIS AT BACH MAI HOSPITAL

Background: The internal carotid artery stenosis is one of the main cause of ischemic stroke. Carotid endarterectomy for treatment of carotid artery stenosis is a proven to help reduce the rate of ischemic stroke. **Objectives:** Evaluate early outcomes of carotid endarterectomy for treatment internal carotid artery stenosis causing by atherosclerosis at Bach mai hospital. **Subjects and methods:** All patients undergoing carotid endarterectomy at Department of Thoracic and Vascular Surgery, Bach Mai Hospital from 1/2022 to 9/2023. Retrospective case series. **Results:** 104 patients, including 87 men (83.7%) and 17 women (16.3%), the average age is 69.1 ± 8.3 , 68 patients (65.4%) were symptomatic, 7 patients had carotid endarterectomy 2 times. Conventional endarterectomy with PTFE patch in 39 arteries (34.1%), eversion carotid endarterectomy in 72 arteries (65.9%). 100% of patients had patent

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Đạt

Email: dr.phamquocdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

carotid artery, no residual stenosis. There were 2 deaths (1.9%) of which, one case: cerebral hemorrhage, one case: traffic accident. The rate of 30 days stroke was 2.8%. **Conclusion:** Carotid endarterectomy is a safe and effective method for treatment of carotid artery stenosis causing by atherosclerosis. **Keywords:** stroke, carotid endarterectomy, carotid artery stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp động mạch cảnh do xơ vữa là tình trạng lòng mạch bị hẹp lại do hình thành các mảng xơ vữa dẫn đến giảm lưu lượng máu lên não, chiếm hơn 90% các nguyên nhân gây hẹp động mạch cảnh.¹ Hậu quả chính của hẹp động mạch cảnh là gây ra biến chứng đột quỵ nhồi máu não. Trong các bệnh nhân tai biến mạch máu não thì 80% là do nguyên nhân tắc mạch, trong đó hẹp mạch cảnh chiếm 15-30%². Biến chứng đột quỵ não gây ra những hậu quả nghiêm trọng không chỉ ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh (tàn tật, mất khả năng lao động...) mà còn là gánh nặng kinh tế lớn cho gia đình và xã hội. Tại Hoa Kỳ, có 795.000 người đột quỵ mỗi năm và chi phí ước tính cho điều trị và chăm sóc lên đến 56,5 tỷ đô la³. Tại Việt Nam, hằng năm có hơn 200.000 người bị đột quỵ và là căn nguyên gây tử vong và tàn phế hàng đầu.

Điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa bên cạnh điều trị nội khoa là nền tảng, thì phẫu thuật bóc nội mạc và can thiệp đặt giá đỡ động mạch cảnh là hai biện pháp giải quyết triệt để tình trạng hẹp. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh nhằm mục đích là giảm nguy cơ nhồi máu não. Hiệu quả của phẫu thuật đã được chứng minh từ nhiều năm nay, nhất là trên những bệnh nhân có triệu chứng. Các nghiên cứu lớn, dài hạn cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa về tỉ lệ tử vong và tai biến mạch máu não ở nhóm được phẫu thuật so với nhóm không phẫu thuật.

Tại Việt Nam đã có nhiều trung tâm tim mạch triển khai phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh, nhưng các nghiên cứu tổng kết về kết quả phẫu thuật vẫn còn hạn chế về số lượng bệnh nhân cũng như thời gian theo dõi nghiên cứu. Khoa Phẫu thuật lồng ngực và Mạch máu, bệnh viện Bạch Mai đã tiến hành triển khai phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa từ năm 2019. Tuy nhiên, chưa có một báo cáo nào tổng hợp, đánh giá kết quả sớm kết quả phẫu thuật được thực hiện tại khoa. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh lý hẹp động mạch cảnh bằng phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân hẹp động mạch cảnh trong được điều trị phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh tại khoa Phẫu thuật lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: gồm 104 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

Quy trình kỹ thuật phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

Bệnh nhân nằm ngửa với gối được kê ở dưới vai, đầu nghiêng qua đối diện với bên phẫu thuật.

Đường mổ rạch da theo bờ trước của cơ ức đòn chũm, hơi cong ra phía sau hướng về phía tuyến nước bọt dưới hàm. Bộc lộ chạc ba động mạch cảnh. Heparin liều 50 IU/kg cân nặng được tiêm vào tĩnh mạch trước khi kẹp động mạch cảnh. Dựa vào vị trí, kích thước đoạn hẹp, thói quen của phẫu thuật viên mà có thể sử dụng một trong các kỹ thuật sau để bóc nội mạc động mạch và phục hồi lưu thông:

- Bóc nội mạc động mạch cảnh theo phương pháp lộn ngược.

- Mở dọc động mạch cảnh, bóc nội mạc, khâu trực tiếp hoặc tạo hình bằng miếng vá nhân tạo.

Chỉ số nghiên cứu: Các đặc điểm trước mổ, trong mổ và sau mổ được ghi nhận trên tất cả các bệnh nhân. Kết quả sớm được đánh giá qua kết quả siêu âm Doppler mạch cảnh sau mổ và biến cố tử vong hoặc tai biến mạch máu não trong 30 ngày sau mổ.

Xử lý số liệu: Các phép tính thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS.

2.3 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

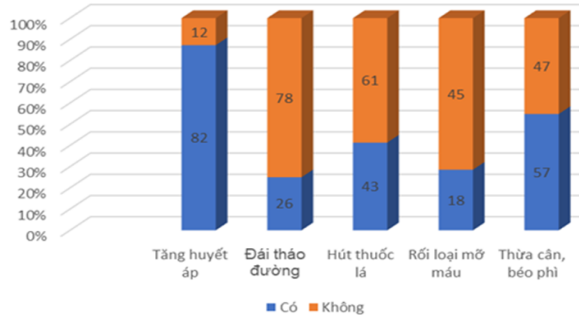
3.1. Đặc điểm chung. Tổng số có 104 bệnh nhân, trong đó có 7 bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh 2 bên. Tổng số lượt phẫu thuật là 111 lần. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,13 \pm 8,3$ tuổi. Tuổi bệnh nhân thấp nhất là 33 tuổi, tuổi cao nhất là 89 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 60-74 tuổi, chiếm 58,7% số bệnh nhân. Số lượng bệnh nhân là nam giới chiếm 83,7%, cao hơn số lượng nữ giới (chiếm 17,3%). Tỷ lệ Nam/Nữ $\approx 5/1$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Lý do vào viện

Lý do vào viện (n=104)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến mạch máu não hoặc tai biến mạch máu thoáng qua	68	65,4%
Đau ngực, khó thở	12	11,5%
Đau cách hồi chi dưới	5	4,8%
Khác	19	18,3%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn lý do vào viện để phẫu thuật là bệnh nhân có các triệu chứng thần kinh như sau tai biến mạch máu não hoặc tai biến mạch máu thoáng qua, chiếm tỷ lệ 65,4%. Các bệnh nhân không có triệu chứng thần kinh chiếm 34,6%, trong đó bao gồm 11,5% có biểu hiện đau ngực, khó thở, 4,8% có triệu chứng của đau cách hồi chi dưới và 18,3% bệnh nhân có triệu chứng không đặc hiệu khác như đau đầu, chóng mặt hoặc đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện bệnh (Bảng 3.1).



Biểu đồ 3.1. Các yếu tố nguy cơ xơ vữa mạch

Yếu tố nguy cơ gây xơ vữa mạch máu thường gặp nhất trong nghiên cứu là tăng huyết áp với 82 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 78,8%; tiếp đến là các yếu tố như thừa cân, béo phì, hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu (Biểu đồ 3.1)

Bảng 3.2. Các bệnh lý mạch máu phối hợp

Bệnh lý mạch máu phối hợp (n=104)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh động mạch vành	27	25,9%
Bệnh động mạch chi dưới	33	31,7%
Bệnh động mạch thận	7	6,7%
Bệnh động mạch chủ bụng	2	1,9%

Hẹp động mạch cảnh có thể phối hợp với tổn thương ở nhiều động mạch khác, trong đó bệnh động mạch chi dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (31,7%), tiếp theo là bệnh mạch vành, mạch thận và động mạch chủ bụng (Bảng 3.2).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật. Trong nghiên cứu có 104 bệnh nhân, trong đó có 7 bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh 2 bên, tương đương 111 lượt phẫu thuật. Trong đó, phương pháp bóc nội mạc theo phương pháp

lộn ngược chiếm phần lớn (64,9%), còn lại là sử dụng phương pháp mở dọc động mạch cảnh và vá bằng miếng vá nhân tạo (35,1%). Có 32,4% bệnh nhân có sử dụng shunt tạm trong mổ (Bảng 3.3).

Bảng 3.3. Các đặc điểm trong mổ

Kỹ thuật sử dụng trong mổ (n=111)	
Kỹ thuật bóc nội mạc động mạch cảnh theo phương pháp lộn ngược (n,%)	72(64,9%)
Kỹ thuật mở dọc thành động mạch cảnh, bóc nội mạc (n,%)	39(35,1%)
Sử dụng shunt tạm thời (n,%)	36(32,4%)
Thời gian phẫu thuật (n=111)	
Thời gian mổ trung bình (phút)	100,2 phút
Thời gian thiếu máu não (phút)	24,5 phút

3.4. Kết quả sớm sau mổ. Kết quả ngắn hạn phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: 100% bệnh nhân không có hẹp tồn lưu sau mổ. Hai trường hợp tử vong sau 30 ngày được ghi nhận trong đó có 1 trường hợp tử vong vào ngày thứ 18 sau khi ra viện, nguyên nhân là do đột quỵ xuất huyết não với mức huyết áp khi vào viện là 180mmHg. Còn một trường hợp tử vong do tai nạn giao thông. Tỷ lệ tai biến mạch máu trong vòng 30 ngày là 2,8%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh hẹp động mạch cảnh được xem là có triệu chứng khi có biểu hiện thiếu máu thần kinh cục bộ (thiếu máu não thoáng qua hoặc đột quỵ) xảy ra trong vòng 6 tháng liên quan đến hẹp động mạch cảnh có ý nghĩa về mặt huyết động, sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác. Hầu hết những bệnh nhân được phẫu thuật đều thuộc nhóm có triệu chứng chiếm 65,4%. Khoảng 1/3 số bệnh nhân thuộc nhóm không có triệu chứng mà chỉ có các biểu hiện của bệnh lý mạch máu khác như mạch vành, mạch chi hoặc các triệu chứng không đặc hiệu khác như đau đầu, chóng mặt, đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện bệnh (Bảng 3.1). Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 78,8%. Theo các khuyến cáo, kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch là nền tảng trong điều trị bệnh lý hẹp động mạch cảnh do xơ vữa. Điều trị nội khoa tối ưu bao gồm sử dụng statin và thuốc kháng tiểu cầu một cách nghiêm ngặt và tuân thủ, điều trị tăng huyết áp và tiểu đường, cũng như thay đổi lối sống lành mạnh đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và phòng ngừa đột quỵ. Chỉ định phẫu thuật tuân theo các tiêu chuẩn được khuyến nghị bởi các thử nghiệm đa trung tâm. Phẫu thuật

bóc nội mạc động mạch cảnh được chỉ định đối với bệnh nhân có triệu chứng khi mức độ hẹp trên 50%, đối với các bệnh nhân không có triệu chứng chỉ định khi mức độ hẹp trên 70%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bóc nội mạc động mạch cảnh được thực hiện bằng 2 kỹ thuật gồm: kỹ thuật mở dọc động mạch, bóc nội mạc, tạo hình mạch cảnh bằng miếng vá và kỹ thuật bóc nội mạc kiểu lộn ngược. Các nghiên cứu khẳng định hai phương pháp bóc nội mạc động mạch cảnh có sử dụng miếng vá và bóc nội mạc động mạch cảnh kiểu lộn ngược không có sự khác biệt về biến chứng quanh phẫu thuật (chảy máu, đột quỵ và tử vong), cũng như các kết quả lâu dài (đột quỵ, tái hẹp, tử vong)⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kỹ thuật mở dọc và bóc lộn ngược lần lượt là 35,1% và 64,9%. Việc sử dụng kỹ thuật nào phụ thuộc vào vị trí tổn thương, đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp cũng như thói quen của phẫu thuật viên.

Đã có một số báo cáo về phẫu thuật 2 bên đồng thời cho kết quả đáng khích lệ, nhưng trong nghiên cứu, chúng tôi chưa thực hiện ca phẫu thuật đồng thời cho cả 2 bên hẹp do lo ngại biến chứng nguy hiểm, như tai biến mạch não, tổn thương cả 2 dây thần kinh thanh quản quặt ngược hoặc dây thần kinh hạ thiệt, có thể gây tử vong. Theo đó, trong trường hợp cần phải tái tưới máu cả hai bên, để an toàn hơn chúng tôi tiến hành phẫu thuật bên có biểu hiện triệu chứng hoặc bên có mức độ hẹp mạch cảnh nhiều hơn trước, sau đó tiến hành phẫu thuật bên còn lại sau 4-6 tuần.

Có thể tránh được sự gián đoạn tạm thời lưu lượng máu não trong quá trình phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh bằng cách sử dụng một shunt qua phần bị kẹp của động mạch cảnh. Tuy nhiên, vẫn chưa có đủ bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để hỗ trợ hoặc bác bỏ việc sử dụng shunt thường quy hoặc chọn lọc trong phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng shunt động mạch cảnh là chọn lọc đối với từng trường hợp bệnh nhân cụ thể. Với những bệnh nhân có hẹp nặng động mạch cảnh hai bên, hẹp động mạch đốt sống, shunt động mạch được chỉ định để giảm tình trạng thiếu máu não. Huyết áp điều chỉnh trong phẫu thuật cũng là điểm then chốt để duy trì áp lực tưới máu não. Tăng huyết áp, hạ đầu thấp giúp tăng lưu lượng tưới máu não, đặc biệt vùng thiếu máu não, tuy nhiên việc tăng huyết áp quá cao lại có tác dụng co mạch và làm tăng sự thiếu máu tại các vùng tổn thương trước đây. Nên duy trì huyết áp ở giới

hạn cao hay huyết áp thích nghi của bệnh nhân là tốt nhất (thường khi kẹp động mạch cảnh nên duy trì huyết áp cao vừa phải 140-150mmHg). Trong quá trình phẫu tích vào động mạch cảnh, mạch chậm và tụt huyết áp có thể xảy ra. Sự phối hợp giữa phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê là rất quan trọng trong duy trì tưới máu não trong thời gian kẹp cảnh.

Các bệnh nhân của chúng tôi đều được lựa chọn phẫu thuật dưới gây mê toàn thân. Một số tác giả cho rằng phẫu thuật cho bệnh nhân gây tê vùng là cách tốt nhất để phát hiện bất kỳ vấn đề nào về não trong quá trình kẹp mạch cảnh. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có sự khác biệt nào được chứng minh giữa gây mê toàn thân và gây tê tại chỗ.⁵ Chúng tôi lựa chọn gây mê toàn thân vì chúng tôi cho rằng bóc nội mạc động mạch cảnh dưới gây tê cục bộ có thể liên quan đến một số vấn đề nhất định. Thời gian phẫu thuật đòi hỏi nhanh hơn và khó khăn hơn về mặt kỹ thuật có thể làm tăng nguy cơ kết quả không tốt từ phẫu thuật. Bệnh nhân có thể phải trải qua cảm giác căng thẳng hoặc đau trong quá trình phẫu thuật có thể khởi phát cơn đau ngực, dẫn đến nhồi máu cơ tim.

Trong nghiên cứu EVA-3S⁶ với bệnh nhân hẹp động mạch cảnh có triệu chứng cho thấy tỷ lệ đột quỵ và tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật bóc nội mạc là 3,9% và sau đặt stent là 9,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đột quỵ sau phẫu thuật là 2,8 %, và tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 1,9%. 2 trường hợp đột quỵ sau mổ thuộc nhóm có triệu chứng với nhiều bệnh lý nền, được phát hiện sớm trong quá trình hậu phẫu. Kết quả khám lại trong 30 ngày, 100% bệnh nhân tái khám cho kết quả lưu thông động mạch cảnh tốt. Tỷ lệ tử vong sớm trong 30 ngày là 1,9% đó chỉ có 1 trường hợp tử vong do xuất huyết não. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu của NASCET⁷, ESCT⁸. Xuất huyết nội sọ là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh và có tỷ lệ tử vong cao. Các nghiên cứu cho thấy, hội chứng tăng tưới máu não là nguyên nhân hàng đầu gây xuất huyết não sau bóc nội mạc động mạch cảnh. Ngoài ra, tình trạng thiếu máu não chu phẫu, nhồi máu não và sử dụng liệu pháp chống đông máu sau phẫu thuật, cũng có thể là nguyên nhân gây ra biến chứng này. Các biến chứng khác là chảy máu sau phẫu thuật và tổn thương dây thần kinh sọ. Sự xuất hiện của cả hai biến chứng này giảm dần khi kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật và bác sĩ gây mê tăng lên. Biến chứng chảy máu sau mổ chủ yếu là do rỉ máu ở mép vết mổ.

Sử dụng Aspirin liên tục cho đến ngày mổ giúp giảm nguy cơ tái hẹp và biến chứng nhồi máu não, tuy nhiên tăng tỉ lệ chảy máu. Biến chứng tổn thương dây thần kinh hay gặp phải sau phẫu thuật là liệt dây thần kinh XII với biểu hiện nói khàn. Tuy nhiên, hầu hết tình trạng đều có thể hồi phục hoàn toàn sau 3-6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 111 ca phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh trong do xơ vữa trên 104 bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật lồng ngực- mạch máu Bệnh viện Bạch Mai, có thể thấy phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị hẹp động mạch cảnh với tỉ lệ tử vong, tỉ lệ đột quỵ sớm sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Prasad K.** Pathophysiology and Medical Treatment of Carotid Artery Stenosis. *Int J Angiol.* Sep 2015;24(3):158-72. doi:10.1055/s-0035-1554911
2. **Donkor ES.** Stroke in the 21(st) Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat.* 2018;2018: 3238165. doi:10.1155/2018/3238165
3. **Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* Feb 21 2023;147(8):e93-e621. doi:10.1161/cir.0000000000001123
4. **Schneider JR, Helenowski IB, Jackson CR, et al.** A comparison of results with eversion versus conventional carotid endarterectomy from the Vascular Quality Initiative and the Mid-America Vascular Study Group. *J Vasc Surg.* May 2015;61(5):1216-22. doi:10.1016/j.jvs.2015.01.049
5. **Marsman MS, Wetterslev J, Keus F, et al.** Plexus anesthesia versus general anesthesia for carotid endarterectomy: A systematic review with meta-analyses. *Ann Med Surg (Lond).* May 2021; 65: 102327. doi:10.1016/j.amsu.2021.102327
6. **Endarterectomy vs. Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis (EVA-3S) Trial.** *Cerebrovasc Dis.* 2004;18(1):62-5. doi:10.1159/000078751
7. **Ferguson GG, Eliasziw M, Barr HW, et al.** The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial: surgical results in 1415 patients. *Stroke.* Sep 1999;30(9): 1751-8. doi: 10.1161/ 01.str.30.9.1751
8. **Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST).** *Lancet.* May 9 1998;351(9113):1379-87.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN SỚM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Quang Hoan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư thực quản (UTTQ) giai đoạn sớm điều trị bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc (ESD) tại BV K. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 123 bệnh nhân chẩn đoán UTTQ giai đoạn sớm được điều trị bằng phương pháp ESD tại BV K từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Thời gian can thiệp trung bình là 46 phút. Tai biến trong can thiệp bao gồm: chảy máu (18,7%) và thủng (0,8%). 100% trường hợp đạt en bloc và diện cắt âm tính. Triệu chứng sau can thiệp chủ yếu là đau mức độ nhẹ-vừa (29,2%), tiếp đến là bỏng rát (12,2%), nôn (8,1%). Biến chứng sau can thiệp bao gồm: chảy máu

thực quản (3,3%) và nhiễm trùng (0,8%). Dấu hiệu sinh tồn sau can thiệp đều ổn định ở đa số bệnh nhân, chỉ ghi nhận 3 trường hợp THA thời điểm 1h sau can thiệp. Số ngày nằm viện trung bình là 2,0 ngày; kích thước tổn thương >3cm làm tăng 24,28 lần nguy cơ số ngày nằm viện >2 ($p < 0,001$). Thời gian cho ăn sau can thiệp trung bình là 28,7h; đa số trường hợp cho ăn trong khoảng từ 24-36h sau can thiệp (87,8%). **Kết luận:** Chăm sóc bệnh nhân sau ESD là một quy trình mang lại lợi ích về chất lượng sống cho người bệnh và giảm thiểu nguy cơ dẫn đến các biến chứng sau can thiệp. **Từ khóa:** Cắt tách dưới niêm mạc, chăm sóc điều dưỡng, ung thư thực quản

SUMMARY

RESULTS OF PATIENT CARE AFTER ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION TREATMENT OF EARLY-STAGE ESOPHAGEAL CANCER AND RELATED FACTORS AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of nursing care and some related factors in early-stage esophageal cancer patients treated with endoscopic submucosal

¹Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Hoan

Email: hoan.noisoibvk1@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024