

cứu của Lê Xuân Dương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có 55,2% bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não, 36,8% bệnh nhân đột quỵ chảy máu não, 8,0% bệnh nhân có cơn thiếu máu não thoáng qua [2].

Về phía liệt, bên trái và bên phải có tỷ lệ gần bằng nhau. Hơn 50% bệnh nhân liệt độ I, liệt độ II chiếm 23,2%, liệt độ III là 21,7%, chỉ có 4,4% bệnh nhân liệt độ IV. So với nghiên cứu của Vũ Thị Tâm, nghiên cứu cho thấy 53,9% bệnh nhân liệt trái và 46,1% bệnh nhân liệt phải [5].

Di chứng thường gặp nhất là rối loạn giấc ngủ (59,4%), sau đó đến di chứng rối loạn cảm giác nông với biểu hiện tê bì (16,7%), sau đến rối loạn thần kinh thực vật (5,8%), di chứng ít gặp nhất là rối loạn cảm giác sâu (0,7%). So với nghiên cứu của Lê Xuân Dương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có 28,1% bệnh nhân có rối loạn ý thức, 33,2% bệnh nhân có rối loạn cảm giác nửa người, 83,1% bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ. Có sự khác biệt về kết quả của hai nghiên cứu trên do thời điểm tác giả Lê Xuân Dương khảo sát là khi người bệnh mới nhập viện, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh đang trong giai đoạn phục hồi chức năng sau đột quỵ não [5].

Bệnh nhân ra viện với tình trạng đỡ chiếm tỷ lệ rất cao (97,2%), 2,9% bệnh nhân có tình trạng không thay đổi, 3,5% bệnh nhân có tình trạng diễn tiến nặng phải chuyển viện.

V. KẾT LUẬN

Đột quỵ não là một bệnh có tỷ lệ tái phát cao, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh nền về tim mạch, chuyển hóa. Do đó cần nâng cao công tác truyền thông, giáo

dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh trong việc kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ cũng như bệnh lý nền để dự phòng đột quỵ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Trung Anh, Hoàng Bùi Hải, Mai Duy Tôn (2021)**, "Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa kim ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị tiêu huyết khối". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 498 (1), tr. 126 – 131.
2. **Lê Xuân Dương, Phạm Quang Trinh, Nguyễn Đức Ninh và cộng sự (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 6.007 bệnh nhân đột quỵ não cấp tính, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2018-2019", Tạp chí Y học Quân sự, Số 360 (2022), tr. 29 – 33.
3. **Lê Minh Hải, Võ Thị Xuân Hạnh (2018)**, "Mức độ phục hồi chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TBMN trước và sau điều trị phục hồi chức năng tại bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 22, tr. 320-326.
4. **Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2008)**, Tai biến mạch máu não, Nhà xuất bản Y học, tr. 70 -75.
5. **Vũ Thị Tâm, Lê Thị Tuyết Chinh, Vũ Thị Hồng Anh, Vi Thị Thập Lan (2021)**, "Khảo sát thực trạng bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não tại bệnh viện Y học cổ truyền Cao Bằng", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 498 (2), tr. 17 – 22
6. **Chuah, C. (2019)**. Acute ischemic stroke: management approach. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed. official publication of Indian Society of Critical Care Medicine, 23(Suppl 2), S140.
7. **Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... & Hamidi, S. (2021)**. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology, 20(10), 795-820.

SỰ THAY ĐỔI CHIẾN LƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP KẾT QUANG NỘI MẠCH (OCT)

Huỳnh Trung Cang¹, Trần Minh Trung¹, Võ Thành Nhân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chụp cắt lớp kết quang nội mạch (OCT) là phương pháp hình ảnh đánh giá hình thái tổn

thương trước và sau can thiệp giúp cho kết quả can thiệp tối ưu. **Mục tiêu:** Đánh giá hình thái tổn thương động mạch vành bằng OCT và sự thay đổi chiến lược can thiệp mạch vành dựa trên OCT so với chụp mạch cản quang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân có bệnh động mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang thời gian từ tháng 01/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Dựa vào hình thái tổn thương đánh giá trên OCT có 20,5% tổn thương huyết khối, 60,3% tổn thương có vỏ mỏng (TCFA), 55,1% tổn thương có hồ lipid và 6,4% tổn thương canxi hóa nặng, 44,3% tổn thương

¹Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

²Bệnh viện Vinmec thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Trung Cang

Email: bshuynhtrungcang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

chia đôi. Sau khi đánh giá OCT làm thay đổi chiến lược 79,7% so với chụp mạch vành. Số lượng stent tăng lên 23,7%, độ dài stent tăng 45,8%, kích thước stent tăng lên 58,3%, số lượng bóng tăng lên 54,2%. Sau can thiệp tỷ lệ bóc tách các đầu stent thấp 8,5% (6/71), tỷ lệ không áp sát sau lần đầu đặt stent chiếm đến 42,3% cần phải thêm bóng nữa áp lực cao nong lại, có đến 43,7% không bung stent đủ diện tích > 80% sau lần đặt stent cần dùng bóng áp lực cao nong lại. **Kết luận:** Can thiệp mạch vành dưới hướng dẫn OCT giúp hiểu rõ hơn về bản chất hình thái của tổn thương, sự phân bố tổn thương trong lòng động mạch vành một cách chi tiết từ đó có chiến lược can thiệp mạch vành phù hợp và có kết quả can thiệp mạch vành tối ưu. **Từ khóa:** động mạch vành, OCT, chiến lược can thiệp mạch vành.

SUMMARY

CHANGING STRATEGY FOR CORONARY ARTERY INTERVENTION UNDER THE GUIDANCE OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY

Background: Intravascular contrast tomography (OCT) is an imaging method to assess lesion morphology before and after intervention to help optimize intervention results. **Objective:** Evaluate the morphology of coronary artery lesions using OCT and the change in coronary intervention strategy based on OCT compared with contrast angiography. **Materials and methods:** cross-sectional descriptive study on 69 patients with coronary artery disease at Kien Giang General Hospital from January 2023 to December 2023. **Results:** Based on lesion morphology assessed on OCT, 20.5% of lesions were thrombotic, 60.3% of lesions had thin capsules (TCFA), 55.1% of lesions had lipid lakes and 6.4% Severe calcified lesions, 44.3% of lesions split in half. After evaluation OCT changed strategy 79.7% compared to coronary angiography. The number of stents increased by 23.7%, stent length increased by 45.8%, stent size increased by 58.3%, and number of balloons increased by 54.2%. After intervention, the rate of stent tip dissection was low at 8.5% (6/71), the rate of non-attachment after the first stent placement was up to 42.3%, requiring another high-pressure balloon to re-expand. 43.7% did not expand the stent to a full area of > 80% after stent placement and needed to use a high-pressure balloon to re-expand. **Conclusion:** Coronary intervention under OCT guidance helps better understand the morphological nature of the lesion, the distribution of lesions within the coronary artery, thereby creating optimal intervention strategies and results. **Keywords:** coronary artery, OCT, coronary intervention strategy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chụp mạch vành (CMV) vẫn là phương pháp thường quy đánh giá bệnh động mạch vành trong chẩn đoán cũng như trong can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD). Tuy nhiên vẫn còn nhiều hạn chế đã được chứng minh. Hình ảnh học trong lòng mạch vành trong can thiệp mạch

vành qua giúp khắc phục tất cả hạn chế này như IVUS, OCT. OCT cho hình ảnh chi tiết hơn IVUS, làm thay đổi hơn 50% quyết định trước thủ thuật, hỗ trợ sau đặt stent cho kết quả tối ưu ít nhất 27%, xác định bóc tách mép stent, sự áp sát, sự bung stent tối ưu. Nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng ILUMEN IV cho kết quả can thiệp dưới hướng dẫn OCT vượt trội hơn chụp mạch vành cản quang về diện tích stent tối thiểu sau can thiệp. Nghiên cứu OCTOBER sau 2 năm cho thấy MACE nhóm can thiệp tổn thương phân nhánh dưới hướng dẫn OCT thấp hơn nhóm chụp mạch có cản quang có ý nghĩa thống kê [4]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá hình thái tổn thương động mạch vành bằng OCT và sự thay đổi chiến lược can thiệp mạch vành dựa trên OCT so với chụp mạch cản quang bằng mô hình MLD MAX.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân có bệnh động mạch vành gây hẹp ý nghĩa $\geq 70\%$ đường kính đo bằng chụp mạch cản quang có triệu chứng mà không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu; hoặc bệnh nhân có bằng chứng thiếu máu cục bộ cơ tim bằng đo FFR hoặc bệnh nhân mắc hội chứng động mạch vành cấp có tổn thương trung gian không rõ ràng tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, từ tháng 01/2023 đến 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: chọn tất cả các bệnh nhân thuộc đối tượng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Từ tháng 01/2023 đến 12/2023 có tổng 69 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính và phân loại hội chứng mạch vành.
- Đặc điểm tổn thương động mạch vành bằng OCT: số lượng nhánh; loại động mạch mạch vành; vị trí tổn thương; loại tổn thương.
- Sự thay đổi chiến lược can thiệp mạch vành dựa trên OCT: chiến lược thay đổi so với chụp mạch cản quang được định nghĩa là sự thay đổi chiến lược can thiệp hoặc thay đổi kích thước, độ dài, số lượng của stent hoặc bóng cũng như chuẩn bị tổn thương bằng đánh giá hình thái học qua OCT.

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm Stata for Window phiên bản 10.0. Biến số định lượng được tính giá trị trung

binh, biến số định tính được tính theo tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

+ Tuổi: 69 bệnh nhân có tuổi trung bình $64,5 \pm 10,9$ tuổi.

+ Giới tính: 48/69 (9,6%) bệnh nhân là nam; 21/69 (30,4%) bệnh nhân là nữ.

+ Phân nhóm hội chứng mạch vành: có 3 nhóm trong nghiên cứu, bao gồm:

Đau thắt ngực ổn định không đáp ứng điều trị với 45/69 bệnh nhân chiếm 65,2%.

Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên với 22/69 bệnh nhân chiếm 31,9%.

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với 2/69 bệnh nhân chiếm 2,9%

- Đặc điểm tổn thương động mạch vành bằng OCT:

+ Số lượng nhánh tổn thương theo bệnh nhân: 20/69 (29%) bệnh nhân tổn thương 1

nhánh và 28/69 (40,6%) bệnh nhân tổn thương 2 nhánh và 21/69 (30,4%) bệnh nhân tổn thương 3 nhánh đã tham gia trong nghiên cứu.

+ Phân loại động mạch vành: động mạch quay xa với 64/69 (92,7%) và chỉ có 5/69 (7,3%) động mạch quay gần

+ Vị trí tổn thương:

Bảng 1. Vị trí tổn thương mạch vành

Vị trí tổn thương	Số lượng (n = 79)	Tỷ lệ (%)
LMCA	16	20,3
LAD	37	46,8
LCx	10	12,7
RCA	13	16,4
D1	3	3,8

Nhận xét: Tổn thương nhánh LAD chiếm nhiều nhất 46,8%, tổn thương LMCA đáng kể chiếm 20,3%.

+ Loại tổn thương và phương pháp can thiệp

Bảng 2. Loại tổn thương và phương pháp can thiệp

Loại tổn thương	n (%)	Phương pháp can thiệp	n (%)
Tái hẹp trong stent	1/79 (1,3)	Đặt stent trực tiếp	37/72 (51,2)
Tổn thương dài ≥ 30 mm	53/79 (67,1)	Rotalator	3/72 (4,2)
Tổn thương chia đôi	35/79 (44,3)	Chuẩn bị tổn thương bằng bóng	32/72 (44,4)
Tổn thương canxi hóa nhẹ-trung bình	74/79 (93,7)	FFR	4/79 (5,1)
Tổn thương canxi hóa nặng ≥ 3 điểm	5/79 (6,3)	Stent tự tiêu	5/72 (6,9)
Tổn thương huyết khối hay bóc tách	16/79 (20,2)	Điều trị nội khoa	7/79 (8,9)
Tổn thương vỏ mỏng	47/79 (59,5)	Kỹ thuật Culotte	6/35 (17,1)
Tổn thương node canxi	8/79 (10,1)	Provisional stenting	29/35 (82,9)
Hỗ lipid	43/79 (54,4)		

Nhận xét: Trong các loại tổn thương, dạng tổn thương canxi hóa nhẹ - trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (93,7%), tái hẹp trong stent thấp nhất với 1,3%. Về phương pháp can thiệp, 82,9% bệnh nhân thực hiện kỹ thuật provisional stenting.

- Thay đổi quyết định chiến lược can thiệp dựa trên OCT

Bảng 3. Hình thái tổn thương ảnh hưởng đến quyết định chiến lược can thiệp bởi OCT

Thay đổi chiến lược	n (%)	Thay đổi chiến lược	n (%)
Hình thái tổn thương/morphology	63/79 (79,7)	Chiều dài stent	
Chuẩn bị tổn thương (nong bóng, rota..)	35/72 (48,6)	Tăng	33/72 (45,8)
Chiến lược		Giảm	8/72 (11,1)
Thay đổi	63/79 (79,7)	Không đổi	31/72 (43,1)
Thay đổi tăng lên	44/79 (55,7)	Đường kính stent	
Thay đổi xuống	19/79 (24,1)	Tăng	42/72 (58,3)
Số lượng stent		Giảm	2/72 (2,8)
Tăng	17/72 (23,7)	Không đổi	28/72 (38,9)
Giảm	3/72 (5,5)	Post-PCI	
Không đổi	51/72 (70,8)	Bóc tách đầu stent	6/72 (8,3)
Số lượng bóng (n=72)		Không áp stent	30/72 (41,7)
Tăng	39/72 (54,2)	Không bung đủ stent (với áp lực 18 bar)	31/72 (43,1)
Giảm	10/72 (13,9)		
Không đổi	23/72 (31,9)		

Nhận xét: Dựa vào hình thái tổn thương đánh giá trên OCT có 20,5% tổn thương huyết khối, 60,3% tổn thương có vỏ mỏng (TCFA), 55,1% tổn thương có hồ lipid và 6,4% tổn thương canxi hóa nặng, 44,3% tổn thương chia đôi. Các tổn thương này được đánh giá rõ ràng trên OCT, đánh giá sự phân bố mảng xơ vữa quanh tổn thương chia đôi, góc của tổn thương chia đôi, chọn lựa kích thước stent, vị trí đặt stent tối ưu bị thay đổi. Sau khi đánh giá OCT làm thay đổi chiến lược 79,7% so với chụp mạch vành. Số lượng stent tăng lên 23,7%, độ dài stent tăng 45,8%, kích thước stent tăng lên 58,3%, số lượng bóng tăng lên 54,2%. Sau can thiệp tỷ lệ bóc tách các đầu stent thấp 8,3% (6/72), tỷ lệ không áp sát sau lần đầu đặt stent chiếm đến 42,1% cần phải thêm bóng nữa áp lực cao nong lại, có đến 43,1% không bung stent đủ diện tích > 80% sau lần đặt stent cần dùng bóng áp lực cao nong lại.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này bệnh nhân có chỉ định can thiệp mạch vành được chụp mạch vành cản quang (máy Siemens) và quyết định can thiệp mạch vành với chiến lược dựa vào hình ảnh mạch vành cản quang để quyết định chiến lược đặt stent như đặt trực tiếp hay chuẩn bị bằng nong bóng trước hay dùng rotator hay kỹ thuật 1 stent hay hay stent hay... Chọn lựa đường kính, độ dài, số lượng stent và bóng. Sau đó dùng OCT (Optis™ Mobile) đánh giá hình thái và dựa vào hình thái tổn thương (M: morphology), đo đường kính (D: Diameter), độ dài (Length) mạch vành tham khảo để quyết định chiến lược cũng như chọn lựa stent, bóng. Áp lực bung stent ở mức tối thiểu 16 bar. Sau đặt stent dùng OCT đánh giá bóc tách (M: Medial dissection), áp sát (A: Apposition), độ bung của stent (X: eXpansion) gọi tắt MLD MAX. Nong lại bằng bóng NC sau đặt stent với áp lực tối thiểu 18 bar khi đánh giá OCT cho thấy stent chưa bung đủ MSA < 80%. Các chỉ tiêu theo dõi bao gồm:

Hình thái học: tổn thương lipid, tổn thương sợi, tổn thương vôi hóa nhẹ - trung bình (từ 0-2 điểm), nặng (≥ 3 điểm); tổn thương huyết khối trắng, tổn thương huyết khối đỏ, tổn thương bóc tách tự phát, tổn thương cấp mỏng (TCFA), tổn thương chia đôi.

Đo độ dài tổn thương: chọn vị trí động mạch vành tham khảo bình thường, đo từ đoạn xa đến đoạn gần. Đo đường kính động mạch vành: chọn vị trí động mạch vành tham khảo bình thường, đo đường kính trung bình từ lớp ngoài trung mạc

nếu thấy rõ (EEL), hoặc đo đường kính lòng mạch. Xác định bóc tách (medial dissection): xác định bóc tách mép gần và xa của stent, bóc tách ý nghĩa khi bóc tách đến lớp trung mạc và kéo dài hơn $\frac{1}{4}$ cung động mạch vành. Độ áp sát stent (Apposition): stent không áp sát vào thành mạch vành khi khoảng cách từ thanh stent đến thành động mạch vành $\geq 0,3\text{mm}$ và kéo dài > 3mm. Đo độ bung stent (eXpansion): khi diện tích trong stent tối thiểu (MSA) $\geq 80\%$ diện tích lòng mạch tham khảo gọi là stent bung tốt, khi MSA $\geq 90\%$ gọi là stent bung tối ưu. Kết quả can thiệp động mạch vành tối ưu khi: sau đặt stent không bóc tách các mép, stent áp sát và MSA $\geq 80\%$ [1],[2],[6].

Phân nhóm hội chứng mạch vành cấp tính: có 3 nhóm trong nghiên cứu, bao gồm: Đau thắt ngực ổn định không đáp ứng điều trị với 45/69 chiếm 65,2%; Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên với 22/69 chiếm 31,9%; Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với 2/69 bệnh nhân chiếm 2,9%. Các hội chứng này liên quan đến thiếu máu mạch vành cấp tính và được phân biệt dựa trên các triệu chứng, phát hiện ECG, và mức tăng men tim. Sẽ rất hữu ích để phân biệt các hội chứng vì tiên lượng và điều trị khác nhau.

Chiến lược thay đổi so với chụp mạch cản quang được định nghĩa là sự thay đổi chiến lược can thiệp hoặc thay đổi kích thước, độ dài, số lượng của stent hoặc bóng cũng như chuẩn bị tổn thương bằng đánh giá hình thái học qua OCT. Nghiên cứu này cho thấy OCT làm thay đổi chiến lược điều trị đến 79,7% thấp hơn nghiên cứu của Bergmark, có đến 48,6% tổn thương cần phải chuẩn bị trước can thiệp, kết quả này cao hơn của tác giả Bergmark do mẫu nghiên cứu chưa nhiều. Có 8,3% tổn thương bị bóc tách sau đặt stent và có đến 41,7%, 43,1% lần lượt cho stent không áp và bung không đủ. Điều này làm tăng tỷ lệ sử dụng bóng áp lực cao cũng như bóng bán áp lực cao sau can thiệp. Tác giả Bergmark nghiên cứu trên 1328 tổn thương có 10% stent không áp và 25% stent bung không đủ qua đánh giá OCT [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy số lượng stent, chiều dài stent, đường kính stent, số lượng bóng đủ để bao phủ tổn thương và tránh tổn thương nguy cơ đều tăng lên. Nhiều nghiên cứu cho thấy tránh đặt stent ở vị trí nguy cơ cao như hồ lipid, mảng xơ vữa có vỏ mỏng (độ dày vỏ < 65 μm), nếu đặt đầu stent tại vị trí nguy cơ này làm tăng bóc tách động mạch vành gấp 6 lần [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương có vỏ mỏng chiếm đến 60,3%, hồ lipid chiếm 55,1%. Tổn thương

nguy cơ cao do trong nghiên cứu có đến 34,8% bệnh nhân bệnh hội chứng vành cấp. Vì biết rõ sự phân bố mảng xơ vữa trong tổn thương chia đôi nên trong 35 tổn thương chia đôi, có đến 82,9% (29/35) tổn thương can thiệp với kỹ thuật provisional stenting, 6/35 tổn thương can thiệp với kỹ thuật culotte.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp mạch vành dưới hướng dẫn OCT cho chúng ta hiểu rõ hơn về bản chất hình thái của tổn thương cũng như sự phân bố tổn thương trong lòng động mạch vành một cách chi tiết từ đó có chiến lược can thiệp mạch vành phù hợp để có kết quả can thiệp mạch vành tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali Ziad A, Karimi Galougahi K, Mintz Gary S, Maehara Akiko, Shlofmitz Richard A, et al. (2021), "Intracoronary optical coherence tomography: state of the art and future directions". EuroIntervention, 17 (2), pp. e105-e123.
2. Bergmark Brian, Dallan Luis AP, Pereira Gabriel TR, Kuder Julia F, Murphy Sabina A, et al. (2022), "Decision-making during percutaneous coronary intervention guided by optical coherence tomography: insights from the LightLab initiative". Circulation: Cardiovascular Interventions, 15 (11), pp. 872-881.
3. Chamié Daniel, Bezerra Hiram G, Attizzani Guilherme F, Yamamoto Hirotsada, Kanaya Tomoaki, et al. (2013), "Incidence, predictors, morphological characteristics, and clinical outcomes of stent edge dissections detected by optical coherence tomography". JACC: Cardiovascular Interventions, 6 (8), pp. 800-813.
4. Maehara Akiko, Mintz Gary S, Witzentichler Bernhard, Weisz Giora, Neumann Franz-Josef, et al. (2018), "Relationship between intravascular ultrasound guidance and clinical outcomes after drug-eluting stents: two-year follow-up of the ADAPT-DES study". Circulation: Cardiovascular Interventions, 11 (11), pp. e006243.
5. Min Hyun-Seok, Yoo Ji Hyeon, Kang Soo-Jin, Lee June-Goo, Cho Hyungjoo, et al. (2020), "Detection of optical coherence tomography-defined thin-cap fibroatheroma in the coronary artery using deep learning". EuroIntervention: journal of EuroPCR in collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology, 16 (5), pp. 404-412.
6. Osborn Eric A, Johnson Michael, Maksoud Aziz, Spoon Daniel, Zidar Frank J, et al. (2022), "Safety and efficiency of percutaneous coronary intervention using a standardised optical coherence tomography workflow". Eurointervention: Journal of Europcr in Collaboration with the Working Group on Interventional Cardiology of the European Society of Cardiology, pp. EIJ-D.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC - BỤNG CẮT THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Trần Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua hai đường ngực bụng điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả kết quả 84 trường hợp được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản do ung thư tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 02/2020 đến tháng 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số 84 bệnh nhân được phẫu thuật, 100% bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng sấp thì ngực, nằm ngửa, dạng chân ở thì bụng. Thời gian mổ trung bình là 285±42,5 phút, thời gian nằm viện trung bình là 9,2±2,1 ngày. Có 1 trường hợp (1,2%) rách khí quản trái trong mổ phải chuyển mổ mở. Biến chứng rò

miệng nối 11 trường hợp (13,1%), biến chứng viêm phổi 6 trường hợp (7,1%), tử vong sau mổ 2 trường hợp (2,4%). Thời gian sống thêm sau mổ trung bình là 34,02±1,69 tháng, trong đó tỉ lệ sống sau 12 tháng là 92,9%, 24 tháng là 67,7%, 36 tháng là 50,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch hai vùng điều trị ung thư thực quản là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả, sau mổ phục hồi sớm, thời gian sống thêm sau mổ tốt. **Từ khóa:** Cắt thực quản, phẫu thuật nội soi, ung thư thực quản.

SUMMARY

LAPARO - THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY FOR TREATMENT ESOPHAGEAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Aims: The research aims at evaluating the initial result of laparo-thoracoscopy in esophageal cancer treatment at Bach Mai Hospital. **Materials and methods:** Describe the technique and result of laparo-thoracoscopic esophagectomy in esophageal cancer patients who had surgery at the Department of general surgery of Bach Mai hospital. **Results:** A total of 84 patients was performed surgery from 2/2020 to

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024