

6. **Sharma S, Deepak P, Vivek S, Ranjan Dutta S.** Palatogingival Groove: Recognizing and Managing the Hidden Tract in a Maxillary Incisor: A Case Report. *J Int Oral Health.* 2015 Jun;7(6): 110-4. PMID: 26124612; PMCID: PMC4479763.
7. **Simring M, Goldberg M.** The Pulpal Pocket Approach: Retrograde Periodontitis. *J Periodontol*

1964;35:22-48.

<https://doi.org/10.1902/jop.1964.35.1.22>.

8. **Withers JA, Brunsvold MA, Killoy WJ, Rahe AJ.** The Relationship of Palato-Gingival Grooves to Localized Periodontal Disease. *J Periodontol* 1981; 52:41-4. <https://doi.org/10.1902/jop.1981.52>.

PHẪU THUẬT TIM KẾT HỢP CẦU NỐI ĐỘNG MẠCH CHỦ - ĐỘNG MẠCH ĐÙI HAI BÊN: KẾT QUẢ NGẮN HẠN

Văn Hùng Dũng¹, Hồ Khánh Đức², Trần Đỗ Anh Vũ²,
Phạm Thanh Bình², Nguyễn Doãn Thái Hưng³, Châu Chí Linh¹,
Lê Hoàng Văn², Nguyễn Hoàng Huy², Nguyễn Minh Trung², Hoàng Niên Nhâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: bệnh van tim hoặc mạch vành kết hợp với bệnh mạch máu chủ-chậu tuy ít gặp nhưng rất nặng. Chúng tôi báo cáo kết quả ngắn hạn của 5 trường hợp phẫu thuật một thì cho bệnh tim và cầu nối ngoài giải phẫu động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả 5 trường hợp phẫu thuật tim kết hợp cầu nối động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên một thì. **Kết quả:** 2 trường hợp thay van và 3 trường hợp bắc cầu mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể đi kèm cầu nối động mạch chủ lên -hai động mạch đùi qua đường hầm trước phúc mạc. Ống ghép Dacron chữ Y với kích cỡ 14/7 được sử dụng. Trước phẫu thuật cả 4 đều ở phân loại Fontaine giai đoạn 4 và TASC II 3C/D. Chụp mạch máu cản quang thấy tắc hoàn toàn động mạch chủ-chậu. Không có tử vong và biến chứng trong thời kỳ hậu phẫu. Theo dõi đến 6 tháng và chụp lại CT cho thấy cầu nối thông tốt, bệnh nhân hết đau chi dưới và đi lại bình thường. **Kết luận:** Cầu nối ngoài giải phẫu động mạch chủ lên-động mạch đùi hai bên là một giải pháp hữu hiệu, dễ thực hiện và an toàn trong các trường hợp cần phẫu thuật tim cùng lúc với bệnh động mạch chủ-chậu cấp tính. **Từ khóa:** cầu nối động mạch chủ lên-hai động mạch đùi; bệnh động mạch chủ-chậu; bắc cầu động mạch vành

SUMMARY

COMBINED CARDIAC SURGERY AND EXTRA-ANATOMIC ASCENDANT AORTA-BIFEMORAL BYPASS: SHORT-TERM RESULTS

Background: Valvular or coronary artery disease associated with aorto-pelvic vascular disease is uncommon but very severe. We report the short-term results of 5 cases of single-stage surgery performed cardiac surgery and extra-anatomic ascendant aorta-

bifemoral shunt. Methods: retrospectively describe 5 cases of cardiac surgery combined with single-stage ascendant aorta-bifemoral artery bypass. **Results:** 2 case of valve replacement and 3 cases of coronary bypass without extracorporeal circulation accompanied by ascending aorta-bifemoral artery bypasses through the anterior peritoneal tunnel. Dacron Y-grafts with size 14/7 are used. Before surgery, all 4 were in Fontaine's classification stage 4 and TASC II grades 3C/D. Contrast angiography showed complete occlusion of the aorta-pelvis (just below the renal artery). There were no deaths or complications in the postoperative period. Follow-up up to 6 months and CT scan showed good patency of bypass, the patient no longer of pain in lower extremities and walking normally. **Conclusion:** Extra-anatomic ascendant aorta-bifemoral artery bypass is an effective, easy-to-implement, and safe solution in cases requiring cardiac surgery at the same time as an acute iliac aortic disease. **Keywords:** Extra-anatomic ascendant aorta-bifemoral bypass, aorto-pelvic vascular disease, coronary artery bypass

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý mạch máu ngoại biên ở người lớn tuổi đi kèm bệnh lý động mạch vành có thể gặp trong 21-72% số trường hợp [1]. Nặng nhất là tình trạng hẹp hoặc tắc ĐMC bụng-chậu đi kèm với hẹp mạch vành hoặc bệnh van tim cần can thiệp khẩn. Cầu nối động mạch chủ -động mạch đùi (Aorto-Femoral Bypass-AFB) đã được sử dụng trên lâm sàng từ thập niên 1950 cho việc điều trị tắc động mạch chủ (ĐMC)- động mạch chậu (aorto-iliac occlusive disease-AIOD). Tuy nhiên, nếu vừa phẫu thuật tim đồng thời với mở bụng để làm cầu nối động mạch chủ -động mạch đùi thì rất nặng nề, tỷ lệ tử vong cao [2, 3]. Một giải pháp khác nhẹ nhàng hơn là tận dụng mở ngực đường giữa để làm cầu nối ĐMC lên- ĐM đùi hai bên (Ascending Aorto-Bifemoral bypass-AABF). Chúng tôi báo cáo kết quả ngắn hạn của 5 trường hợp cầu nối động mạch chủ lên -hai động mạch đùi (AABF) kết hợp với phẫu thuật

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

³Bệnh viện quân đội 175

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungdung@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

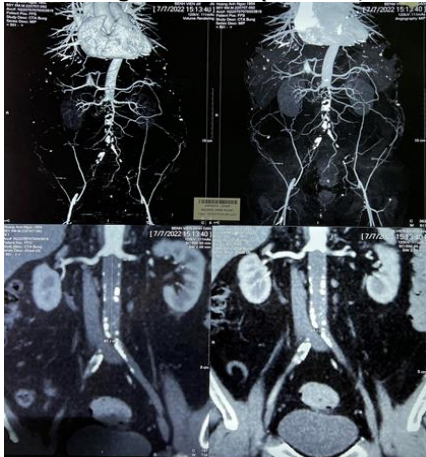
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

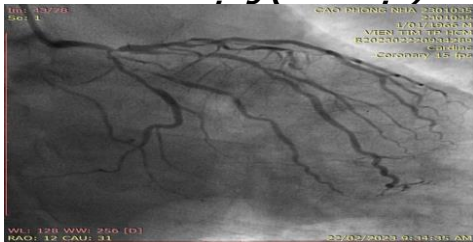
van tim hoặc bắc cầu động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể (OFFPUMP) và điếm lại y văn nhằm chia sẻ kinh nghiệm về chỉ định, chống chỉ định cũng như kỹ thuật thực hiện.

II. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

Cả 5 bệnh nhân (BN) đều được gây mê toàn thân, Tư thế nằm ngửa, bộc lộ hai vùng ben-đùi. Bước 1, mở ngực đường giữa, thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể nếu can thiệp van hai lá (BN số 1, 5) hoặc tiến hành bắc cầu ĐM vành không cần tuần hoàn ngoài cơ thể (BN số 2, 3 và 4).



Hình 1: Tắc ĐMC bụng (dưới thận) - chậu

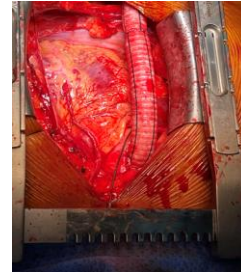


Hình 2: hẹp 2 thân ĐM vành (BN số 2)

Bước hai, bộc lộ hai ĐM đùi hai bên (ĐM đùi chung, ĐM đùi nông và ĐM đùi sâu đều cần bóc tách và kiểm soát) và tạo đường hầm từ ngực - bụng xuống khoang đùi hai bên. Đường hầm đi trước phúc mạc từ đầu dưới vết mổ ngực đến hai chỗ mở đùi. Rạch da dưới rốn để dễ dàng tạo đường hầm đi sau cơ thẳng bụng.

Bước ba, nối đầu gần ống ghép chữ Y size 14/7 hoặc 16/8 vào thành bên ĐMC lên sau đó

lưu thông ống ghép vào đường hầm đã tạo sẵn (hình 3). Kiểm tra chắc chắn ống ghép không bị xoắn trên toàn bộ đường đi sau đó nối tận-bên hai đầu ống ghép vào hai ĐM đùi chung (lột nội mạc trước khi nối nếu cần). Mở kẹp và kiểm tra cầu nối bằng siêu âm Doppler. Siêu âm tim qua thực quản kiểm tra chức năng tim và hoạt động của van tim trước khi chuyển bệnh sang khoa hồi sức tích cực. Heparine liều 3mg/kg nếu có tuần hoàn ngoài cơ thể và 1,5mg/kg nếu không có tuần hoàn ngoài cơ thể.



Hình 3: Mối đầu gần vào ĐMC lên



Hình 4: Cầu nối AABF hoàn chỉnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

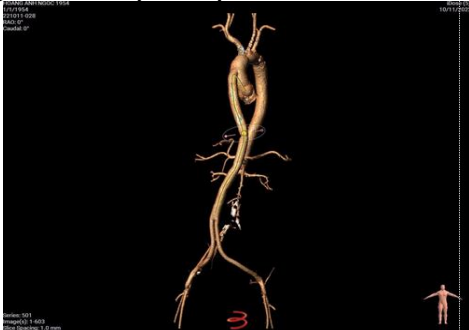
Trong thời gian 6/2022- 6/2023 chúng tôi đã phẫu thuật cho 5 trường hợp (TH) cầu nối ĐMC lên- ĐM đùi hai bên (AABF) đi kèm phẫu thuật thay van tim (2 TH) và bắc cầu ĐMV không tuần hoàn ngoài cơ thể (3 TH). Cả 5 TH đều là nam giới và đều ở phân độ TASC II nhóm 3 C/D và đều có biểu hiện thiếu máu chi dưới trầm trọng. 2 BN đã có loét loét do thiếu máu. 2 TH phải mổ bán khẩn và 3 TH có thể tiến hành mổ chương trình.

Một số đặc điểm trước mổ và phẫu thuật được trình bày trong bảng 1

BN số, tuổi	Bệnh nền	Bệnh van tim/ mạch vành	Bệnh mạch máu chủ-chậu AIOD	Phẫu thuật	Kết quả
BN số 1, 60t	Tăng huyết áp, RLCH lipid	Hẹp van hai lá nặng MVA#0.6cm2 SPAP: 60mmHg	Tắc ĐMC bụng-chậu TASCII 3C	Thay van hai lá SH + cầu nối AABF số 14/7	Sống, không biến chứng
BN số 2, 63t	Tăng huyết áp, đái tháo đường	Hẹp 3 thân chính	TASCII 3D	Bắc 2 cầu ĐMV OFFPUMP + cầu nối AABF số 16/8	Sống, không biến chứng

BN số 3, 65t	Tăng huyết áp, RLCH lipid, đái tháo đường	Hẹp 2 thân chính	TASCII 3C	Bắc 1 cầu ĐMV OFFPUMP + cầu nối AABF 14/7	Sống, còn đau chân nhẹ
BN số 4, 68t	Tăng huyết áp, RLCH lipid	Hẹp 3 thân chính	TASCII 3D	Bắc 2 cầu ĐMV OFFPUMP + cầu nối AABF 14/7	Sống, không biến chứng
BN số 5, 66t	Tăng huyết áp, RLCH lipid	Hẹp hở van hai lá MVA# 0.9cm2	TASC II 3D	Thay van hai lá SH + cầu nối AABF số 14/7	Sống, không biến chứng

Tất cả các BN đều sống và không có biến chứng tim mạch cũng như biến chứng tại chỗ. 4 BN hết đau hai chi dưới khi xuất viện, 1 BN còn đau chi dưới nhẹ khi xuất viện và hết đau chi hoàn toàn sau 4 tuần. Vết mổ hai đùi lành tốt, không nhiễm trùng, không dò dịch bạch huyết. Cả 5 BN đều được chụp CTA cản quang sau mổ 1- 2 tháng sau mổ cho thấy cầu nối AABF hoạt động hoàn hảo (hình 5)



Hình 5: Cầu nối ngoài giải phẫu AABF trên CTA sau 3 tháng (BN số 1)

IV. BÀN LUẬN

Cầu nối ngoài giải phẫu ĐMC-ĐM chậu thường được thực hiện từ ĐMC bụng xuống ĐM đùi hoặc ĐM chậu, đi sau phúc mạc. Tuy nhiên kỹ thuật thực hiện khá phức tạp và ít nhất cần có một đoạn ĐMC trên thận còn đủ dài và đủ tốt để thực hiện miệng nối gần. Một chọn lựa khác là thực hiện cầu nối ngoài giải phẫu từ ĐMC lên hoặc ĐMC xuống tới hai ĐM đùi. Thuận lợi là ĐMC lên ít khi bị vôi hóa và có thể kết hợp với phẫu thuật van tim hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch vành khi BN mắc bệnh tim mạch cần can thiệp. Nhược điểm là phải mở ngực đường giữa và cần phối hợp hai chuyên khoa phẫu thuật tim và phẫu thuật mạch máu. Chỉ định thực hiện loại cầu nối này khi không thể can thiệp nội mạch trong các trường hợp sau: (1) Hẹp hoặc tắc ĐM chậu hoặc ĐMC bụng nặng, có triệu chứng cấp; (2) Đau cách hồi không đáp ứng điều trị nội hoặc hoại tử, loét chi dưới không lành hoặc thiếu máu chi dưới trầm trọng (đau cả lúc nghỉ, đau cách hồi nặng); (3) Bất lực. Trước khi tiến hành phẫu thuật, cần ngưng hút thuốc, giảm cân, điều trị bệnh nền và sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu. Theo Indes và cộng sự

[4], tỷ lệ tử vong ngắn hạn của can thiệp nội mạch và mổ mở là không khác biệt (1.8% vs 2.5%). Mổ mở tạo cầu nối AABF cũng có các chống chỉ định như BN không thể gây mê toàn thể, mới bị tai biến mạch máu não hoặc nhồi máu cơ tim. Thận hình móng ngựa, xơ hóa khoang sau phúc mạc cũng là những chống chỉ định tương đối.

Cầu nối ngoài giải phẫu AABF về mặt sinh lý có thể thay thế hoàn toàn ĐMC bụng- chậu do có kích thước lớn, tưới máu thuận chiều (inflow revascularization) nên đảm bảo đủ lưu lượng cho phần dưới cơ thể và còn có thể tưới máu ngược cho các nhánh ĐM lớn trong ổ bụng. Vì không mở bụng, đi ngoài phúc mạc và đã giải quyết bệnh lý tim đồng thời cho nên loại cầu nối này tránh được các biến chứng nặng có thể gây tử vong như nhồi máu cơ tim (chiếm 50% nguyên nhân tử vong), suy thận (do kẹp ĐMC trên thận kéo dài, làm giảm tưới máu, hoặc do bệnh lý nội tại thận và do truyền tắc). Hơn nữa, có thể thực hiện được ở BN đã mở bụng nhiều lần hoặc đã đặt stentgraft ĐMC bụng-chậu cũng như loại trừ biến chứng dò ống ghép-ruột (aortoenteric fistulas). Các biến chứng muộn có liên quan khác như nhiễm trùng ống ghép, thoát vị thường rất ít gặp.

Theo y văn, Baird báo cáo (năm 1986) 5 trường hợp bắc cầu ĐMV đi kèm cầu nối AABF mà tác giả gọi là "ventral aorta" cho kết quả rất khả quan: không có tử vong, tỷ lệ cầu nối còn thông sau 5 năm là 70% [5]. Tương tự, năm 1994 Jebara, báo cáo 10 trường hợp đều là nam giới, tuổi trung bình 63 được bắc cầu ĐM vành đi kèm cầu nối AABF (có 1 BN tử vong) [6]. Gần đây, nghiên cứu của Bosse và cộng sự trên 8 trường hợp vừa phẫu thuật bắc cầu vừa tạo cầu nối AABF tương tự chúng tôi cũng cho thấy không tử vong phẫu thuật, tỷ lệ cầu nối còn thông và sống còn ở thời điểm 5 năm lần lượt là 86% và 100% [7]. Khác biệt về mặt kỹ thuật là các tác giả này đều dùng ống Gore-tex số 10 có vòng tăng cường nối từ ĐMC lên đi xuống ĐM đùi trái sau đó bắc cầu hai ĐM đùi. Chúng tôi sử dụng ống ghép lớn tương đương với kích thước ĐMC bụng bình thường nhằm mục đích duy trì đủ áp lực và lưu lượng tưới máu cho toàn bộ

phần dưới cơ thể. Như vậy, cùng với việc sử dụng thuốc kháng đông, với kích cỡ giải phẫu này có thể duy trì hoạt động cầu nối lâu dài. Theo chúng tôi, việc tạo đường hầm đi trước phúc mạc là rất dễ dàng và việc sử dụng ống ghép Y giúp cân bằng lưu lượng cho cả hai ĐM đùi. Một thay đổi kỹ thuật làm cầu nối khác của tác giả Suzer là mở ngực đường giữa, can thiệp trong tim sau đó mở màng tim bên trái để làm cầu nối từ ĐMC ngực xuống động mạch đùi, cầu nối này đi xuyên cơ hoành sau đó đi sau phúc mạc [8]. Theo chúng tôi, kỹ thuật này phức tạp hơn và có thể gây liệt hoành trái. Chúng tôi ngưng không thực hiện cầu nối nách đùi để điều trị cho nhóm bệnh đặc thù này vì tỷ lệ còn thông sau 5 năm khá thấp từ 55-67,7%. Thêm một lý do nữa là tính thẩm mỹ và BN không thể dùng thắt lưng khi mặc quần vì có thể gây xẹp tắc cầu nối. Ngoại trừ 1 TH phải thay van hai lá, còn lại 3 TH chúng tôi tiến hành bắc cầu ĐMV không tuần hoàn ngoài cơ thể, một lợi điểm rất lớn. Nhờ đó giúp hạn chế các biến chứng liên quan đến chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và BN nhanh chóng hồi phục sau mổ. Như vậy có thể thấy cầu nối ngoài giải phẫu ĐMC lên-ĐM đùi hai bên là một giải pháp hiệu quả, dễ thực hiện và phù hợp với những trường hợp đồng thời vừa phải phẫu thuật trên tim vừa phải phẫu thuật tái tưới máu trong bệnh lý chủ-chậu nặng.

V. KẾT LUẬN

Cầu nối ngoài giải phẫu AABF là một giải pháp hữu hiệu, dễ thực hiện và an toàn trong các trường hợp cần phẫu thuật tim cùng lúc với bệnh lý ĐM chủ-chậu cấp tính. Cũng cần thời gian theo dõi dài hơn và số lượng BN lớn hơn để

có thể đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp phối hợp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eksi Duran N, Duran I, Gürel E, Gündüz S, Gökhan Göi, Biteker M, Özkan M.** Coronary artery disease in patients with peripheral artery disease. *Heart & Lung* 2010; 39 (2):116-120.
2. **Chiu KW, Davies RS, Nightingale PG, Bradbury AW, Adam DJ.** Review of direct anatomical open surgical management of atherosclerotic aorto-iliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010 Apr; 39(4):460-71.
3. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, Madenci AL, Arnaoutakis DJ, Menard MT, Ozaki CK, Belkin M.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg.* 2018 Dec;68(6):1796-1804.e2.
4. **Indes JE, Mandawat A, Tuggle CT, Muhs B, Sosa JA.** Endovascular procedures for aorto-iliac occlusive disease are associated with superior short-term clinical and economic outcomes compared with open surgery in the inpatient population. *J Vasc Surg.* 2010 Nov;52(5):1173-9, 1179.e1.
5. **Baird RJ, Ropchan GV, Oates TK, Weisel RD, and Provan JL.** Ascending aorta to bifemoral bypass-a ventral aorta. *J Vasc Surg* 1986; 3: 405-10.
6. **Jebara VA, Fabiani JN, Acar C, Chardigny C, Julia P, Carpentier A.** Combined Coronary and Femoral Revascularization Using an Ascending Aorta to Bifemoral Bypass. *Arch Surg.* 1994;129: 275-279.
7. **Bosse C, Ramadan R, Fabre D, and Guihaire J.** Cardiac surgery combined with bypass from the ascending aorta to the bilateral femoral arteries for severe aorto-iliac occlusion: A case series. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;155:1574-7.
8. **Suzer K, Omay O, Ozker E, Indelen C and Gumus B.** Coronary artery bypass grafting and concomitant descending aorta-to-bifemoral artery bypass via sternotomy. *Cardiovascular J. Africa* 2009; 20(5); <https://hdl.handle.net/10520/EJC23285>.

TỶ LỆ KIẾT SỨC TRONG CÔNG VIỆC Ở NỮ ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA TẠI TP.HCM

Phạm Thanh Hải¹, Nguyễn Long¹, Lê Thị Ngọc Mai¹, Nguyễn Quốc Đạt², Võ Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Hội chứng kiệt sức (Burn-out) xuất hiện ở các thầy thuốc lần đầu tiên được mô tả vào năm 1974 bởi

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

chuyên gia tâm lý học người Mỹ Herbert Freudenberger (1). Đây là một hội chứng liên quan đến công việc rất đặc thù của những người công tác trong ngành y tế, nhất là các bác sĩ – những người trực tiếp tham gia hoạt động khám, chữa bệnh tại các BV và các cơ sở y tế khác. Điều đáng lo ngại hơn là hội chứng kiệt sức gần như là hội chứng khá đặc thù dành riêng cho nhân viên y tế đặc biệt trong lĩnh vực sản phụ khoa. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ nhận xét thấy 4 – 70% nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực Sản phụ khoa có hội chứng kiệt sức (Burn-out) chủ yếu cho áp lực phải chăm sóc hai đối tượng, cũng như