

viêm cân mạc hoại tử type 1 thường gặp đa vi khuẩn bao gồm cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí, viêm cân mạc hoại tử type 2 thường do một loại tác nhân gây bệnh như Streptococci hoặc Staphylococci hoặc phối hợp cả hai loại này. Viêm cân mạc hoại tử type 1 thường gặp ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, còn bệnh nhân viêm cân mạc hoại tử type 2 thường không có cơ địa suy giảm miễn dịch.

Nhận diện sớm và bắt đầu kháng sinh liều cao kết hợp cắt lọc mô giúp cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỷ lệ tử vong. Những trường hợp nhẹ có thể đáp ứng với kháng sinh liều pháp đơn thuần. Bởi vì thuyên tắc mạch máu, kháng sinh có thể không đến tới vị trí nhiễm trùng. Vì vậy, liệu pháp kháng sinh phải được phối hợp với phẫu thuật cắt lọc kịp thời của mô nhiễm trùng. Liệu pháp kháng khuẩn chuẩn nên bao gồm phối hợp kháng sinh beta-lactam, như penicillin hoặc cephalosporin và clindamycin. Benzyl penicillin thì hiệu quả chống lại GABHS. Thêm kháng sinh ức chế tổng hợp protein giống như clindamycin tăng thêm hiệu quả điều trị. Nó giảm sản xuất của độc tố và enzyme của liên cầu khuẩn thâm chí dưới nồng độ ức chế. Viêm cân mạc hoại tử type 1 yêu cầu thêm kháng sinh aminoglycosides và/ hoặc metronidazole. Phẫu thuật cắt lọc làm giảm tải lượng vi khuẩn và sản xuất acid hyaluronic, điều này cho phép tách vi khuẩn ra khỏi mô liên kết và giúp giảm tỷ lệ tử vong. Sau phẫu thuật, triệu chứng đau kéo dài sau phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 5/15 (33,3%) trường hợp.

V. KẾT LUẬN

Viêm cân mạc hoại tử vùng mặt và quanh ổ mắt là bệnh lý không gặp thường xuyên. Tuy nhiên, diễn tiến của bệnh rất nhanh, nặng nề và có thể tử vong. Do đó, việc chẩn đoán cần xác định sớm đúng bệnh và điều trị tích cực nội khoa và ngoại khoa để có thể ngăn chặn diễn tiến nặng và giúp bệnh nhân hồi phục sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Banerjee A. R., Murty G. E., Moir A. A. (1996), Cervical necrotizing fasciitis: a distinct clinicopathological entity? J Laryngol Otol, 110 (1), 81-6.
2. Dickenson A. J., Yates J. (2002), Bilateral eyelid necrosis as a complication of pseudomonas septicaemia. Br J Oral Maxillofac Surg, 40 (2), 175-6.
3. Gates R. L., Cocke W. M., Rushton T. C. (2001), Invasive streptococcal infection of the periorbital and forehead. Ann Plast Surg, 47 (5), 565-7.
4. Hu V., Turner S., Robinson F. (2008), Non-progressive periorbital necrotising fasciitis. Orbit, 27 (1), 59-62.
5. Ngô V. C., & Trương, M. T. (2023), Khảo sát giá trị tiên lượng của thang điểm Irinec ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp Chí Y học Việt Nam, 526 (1B), 367-371.
6. Shimizu T., Tokuda Y. (2010), Necrotizing fasciitis. Intern Med, 49 (12), 1051-7.
7. Stamenkovic I., Lew P. D. (1984), Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis. The use of frozen-section biopsy. N Engl J Med, 310 (26), 1689-93.
8. Wilson B. (1952), Necrotizing fasciitis. Am Surg, 18 (4), 416-31.

BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG: HAI TRƯỜNG HỢP TẮC ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN ĐƯỢC CAN THIỆP NỘI MẠCH THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Lê Cao Phương Duy¹, Bùi Thế Hòa¹,
Võ Thành An¹, Võ Duy Quan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh lý thiếu máu cục bộ (TMCB) động mạch mạc treo tràng (MTT) mạn tính được đặt stent

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Lê Cao Phương Duy

Email: duycardio@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Phương pháp:** Báo cáo mô tả qua 2 trường hợp lâm sàng. **Bàn luận:** Bài viết bàn luận về cách tiếp cận chẩn đoán và hiệu quả điều trị của phương pháp đặt stent. **Kết luận:** Thiếu máu cục bộ mạn tính động mạch MTT trên là bệnh lý dễ bị bỏ sót, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán là chụp động mạch kỹ thuật số xóa nền. Điều trị bằng can thiệp nội mạch đặt stent đã dần thay thế phẫu thuật mở mổ như là chiến lược điều trị đầu tay hiện nay.

Từ khóa: thiếu máu cục bộ, mạc treo tràng, thuyên tắc, xơ vữa, stent.

SUMMARY

SERIES CASES REPORT: TWO CASES OF

SUPERIOR MESENTERIC ARTERY OBSTRUCTION WERE SUCCESSFULLY TREATED WITH ENDOVASCULAR INTERVENTION AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Introduction: Superior mesenteric artery thrombotic occlusion (SMAO) is a medical condition caused by the obstruction of blood vessels in the small and large intestines, leading to intestinal ischemia and potentially fatal consequences. The exact frequency of this disease has not been accurately documented, estimated to be approximately 0,1-0,2% among all hospitalized patients. SMAO can result from various factors, including embolism, atherosclerosis, compression, or vascular inflammation, with atherosclerosis being the leading cause within the category of chronic diseases and the primary focus of this article. We conducted this research with the aim of investigating the initial symptoms and outcomes of endovascular interventions in patients with chronic superior mesenteric artery stenosis. **Methods:** Clinical description through 2 clinical cases. **Discussion:** The article will discuss the diagnostic approaching and treatment effectiveness of the endovascular interventions method. **Conclusion:** Chronic ischemia of the superior mesenteric artery is a condition often overlooked. the gold standard for diagnosis is digital subtraction angiography (DSA). Revascularization by endovascular interventions such as stenting is the primary treatment strategy.

Keywords: Localized ischemia, mesenteric arteries, stenosis, atherosclerosis, stent

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhóm bệnh lý thiếu máu cục bộ (TMCB) động mạch mạc treo tràng (MTT) gồm hai thể bệnh là cấp và mạn tính; trong đó thể bệnh cấp tính là bệnh lý gây ra do sự tắc nghẽn đột ngột của các mạch máu nuôi ruột, gây ra hiện tượng nhồi máu ruột dễ dẫn đến tử vong; còn thể bệnh mạn tính có triệu chứng mơ hồ, chỉ biểu hiện rõ khi xơ vữa diễn tiến hẹp nặng. Tần suất bệnh chưa được thống kê chính xác nhưng có thể gặp khoảng 0,1 – 0,2% trong tổng số bệnh nhân nhập viện[1]. TMCB động mạch MTT do các nguyên nhân: thuyên tắc, xơ vữa, chèn ép hoặc viêm mạch; trong đó, xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu của nhóm bệnh lý mạn tính và sẽ là yếu tố chính của bài báo này [1, 2,3, 4,]. Chúng tôi mô tả 2 trường hợp lâm sàng tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương với mục tiêu bàn luận về cách tiếp cận chẩn đoán và hiệu quả điều trị của phương pháp đặt stent.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo mô tả loạt ca qua 2 trường hợp lâm sàng, bệnh nhân tắc động mạch mạc treo tràng trên được can thiệp nội mạch thành công tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

III. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

3.1. Ca lâm sàng thứ nhất

Bệnh sử: Cách 4 tháng nhập viện, bệnh nhân đau bụng thượng vị nhiều lần. Bệnh nhân đi khám nhiều bệnh viện, được chỉ định nhiều cận lâm sàng khác nhau nhưng chưa tìm thấy nguyên nhân và triệu chứng đau bụng thượng vị không giảm. Tiền căn bệnh nhân và gia đình không ghi nhận các bệnh lý tim mạch do xơ vữa, bệnh nhân hút thuốc lá.

Thời điểm tiếp nhận bệnh nhân: Bệnh nhân nam 52 tuổi nhập viện vì đau bụng thượng vị 2 giờ sau bữa ăn no nhiều dầu mỡ, đau âm ỉ liên tục, không sốt, tiêu tiểu bình thường. Thăm khám lâm sàng ghi nhận ấn đau thượng vị, không dấu đề kháng, không vàng da vàng mắt, chỉ số khối cơ thể (BMI) là 25,8 kg/m².

Các xét nghiệm thường quy ban đầu ghi nhận trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng chỉ ghi nhận tình trạng gan nhiễm mỡ, chưa ghi nhận bất thường khác. Bệnh nhân được nội soi thực quản dạ dày tá tràng ghi nhận viêm sung huyết hang vị, điều trị với thuốc ức chế bơm proton và trung hòa axit dạ dày. Tuy nhiên, tình trạng đau bụng không giảm, bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính (MSCT) ổ bụng có cản quang để chẩn đoán. Kết quả ghi nhận xơ vữa gây hẹp động mạch thân tạng và hẹp nặng động mạch MTT trên.

Can thiệp: Chụp mạch kỹ thuật số xóa nền (DSA) hệ động mạch MTT cho thấy hẹp 95% lỗ xuất phát động mạch MTT trên. Hệ động mạch vành hẹp không ý nghĩa. Bệnh nhân được can thiệp nội mạch động mạch MTT trên, tiến đặt stent kích thước 4,0-18mm và nong lại bằng bóng cứng kích thước 5,0-18mm, stent nở tốt, dòng chảy TIMI 3.

Sau thủ thuật, bệnh nhân được sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép với Aspirin, Clopidogrel và Atorvastatin. Tình trạng đau bụng của bệnh nhân khỏi hoàn toàn, bệnh nhân được xuất viện sau 3 ngày. Bệnh nhân tái khám, theo dõi định kỳ trong vòng 6 tháng, không còn đau bụng và sức khỏe ổn định.



Hình 1: Ảnh chụp mạch máu bệnh nhân số 1

3.2. Ca lâm sàng thứ hai

Bệnh sử: Cách 3 tháng nhập viện, bệnh

nhân sụt 2 kg, thỉnh thoảng đau nhẹ vùng thượng vị. Bệnh nhân đã khám và điều trị ở một bệnh viện quận, triệu chứng không khỏi hẳn. Tiền căn tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường típ 2, không hút thuốc lá.

Thời điểm tiếp nhận bệnh nhân: Bệnh nhân nam 58 tuổi nhập viện vì đau bụng thượng vị sau bữa ăn, đau quặn cơn dữ dội, kèm buồn nôn nhưng không nôn, không sốt, tiêu tiểu bình thường. Thăm khám lâm sàng ghi nhận bụng chướng hơi, ấn đau thượng vị, không dấu đề kháng, không vàng da vàng mắt, BMI 20 kg/m².

Các xét nghiệm thường quy ban đầu trong giới hạn bình thường. Ghi nhận tình trạng rối loạn mỡ máu, chỉ tăng triglyceride (1,75 mmol/L) và HbA1c là 7,6%. Siêu âm ổ bụng chưa ghi nhận bất thường ổ bụng. Bệnh nhân được chỉ định chụp CT ổ bụng có cản quang do tình trạng đau bụng dữ dội, ghi nhận xơ vữa vôi hóa rải rác thành động mạch chủ bụng và động mạch chậu, xơ vữa gây hẹp nặng đoạn gốc động mạch thân tạng, động mạch MTT trên và dưới.

Bệnh nhân được hội chẩn và chỉ định chụp và can thiệp động mạch MTT qua da. Kết quả động mạch MTT trên đường kính 7,0 mm hẹp 90% ngay lỗ xuất phát, động mạch chậu chung và MTT dưới xơ vữa hẹp khoảng 40%.

Can thiệp: Chụp DSA động mạch MMT cho thấy hẹp 95% lỗ xuất phát động mạch MMT trên, hệ động mạch vành hẹp không ý nghĩa. Bệnh nhân được tiến hành can thiệp nội mạch động mạch MTT trên, bệnh nhân được nong bóng và đặt stent kích thước 7,0-25mm tại vị trí hẹp của động mạch MTT trên, sau thủ thuật stent nở tốt, dòng chảy TIMI 3. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị với Aspirin và Clopidogrel, Atorvastatin và thuốc kiểm soát đường huyết, huyết áp.

Sau đó, tình trạng đau bụng của bệnh nhân cải thiện, không còn buồn nôn. Bệnh nhân được xuất viện sau 3 ngày. Bệnh nhân tái khám và duy trì thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép, Atorvastatin và các thuốc điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường. Theo dõi định kỳ trong 6 tháng, tình trạng đau bụng sau ăn không còn xuất hiện và bệnh nhân tăng 3kg.



Hình 2: Ảnh chụp mạch máu bệnh nhân số 2

IV. BÀN LUẬN

Tần suất của bệnh TMCB động mạch MTT trong dân số chung xấp xỉ 1/100.000 mỗi năm. Ở những bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh lý xơ vữa thì tần suất có thể tăng lên từ 8% đến 70%[5]. Đối với bệnh lý cấp tính do tắc nghẽn huyết khối dẫn đến nhồi máu ruột, biểu hiện rầm rộ với triệu chứng đau bụng lan tỏa và tỉ lệ tử vong cao từ 70% đến 90% dù điều trị ngay lập tức bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Ngược lại, bệnh lý TMCB động mạch MTT mạn tính do tình trạng hẹp hoặc tắc động mạch, trong hầu hết trường hợp là trên 2 động mạch, lại không thường gặp và dễ bị chẩn đoán sót. TMCB động mạch MTT mạn tính có triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu chẳng hạn như tình trạng đau bụng lan tỏa sau bữa ăn, tiêu chảy và sụt cân không rõ lý do. Do đó, bệnh sẽ phát triển âm thầm trong nhiều năm. Điều này được lý giải vì với một hoặc thậm chí hai động mạch MMT bị hẹp, cơ thể vẫn có thể dung nạp nhờ vào hệ tuần hoàn bàng hệ dồi dào giữa động mạch thân tạng, động mạch MTT trên và động mạch MTT dưới kèm với sự thông nối phía sau của động mạch MTT dưới với các nhánh của động mạch chậu chung trong. Xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu của bệnh chiếm 95% các trường hợp, điển hình là những bệnh nhân có tình trạng xơ vữa hệ thống bao gồm cả động mạch vành. Một vài nguyên nhân khác bao gồm: hội chứng dây chằng cung giữa – Hội chứng Dunbar, loạn sản xơ cơ, viêm mạch máu,... [6],[7].

Do triệu chứng không rõ ràng và không đặc hiệu, chẩn đoán bệnh là một thách thức và tùy từng trường hợp để đưa ra được các chỉ định cận lâm sàng phù hợp. Bệnh nhân thường được chẩn đoán sơ bộ lâm với các bệnh lý ác tính đường tiêu hóa, viêm túi mật, loét dạ dày, viêm tụy mạn hoặc bệnh viêm loét đại tràng. Các xét nghiệm thường dùng như tổng phân tích tế bào máu, điện giải đồ, tổng phân tích nước tiểu và các phương tiện xác định chẩn đoán như máu ẩn trong phân, siêu âm ổ bụng và nội soi đại tràng. Tuy nhiên, nếu chưa chẩn đoán xác định được bệnh trên các xét nghiệm ban đầu và bệnh TMCB động mạch MTT được nghĩ tới thì xét nghiệm chuyên biệt nên được cân nhắc thực hiện như là chụp MSCT mạch máu (CTA) (độ nhạy 100%, độ chuyên biệt 95%) hoặc hình ảnh học siêu âm Duplex (DUS) (độ nhạy 72-100%, độ chuyên biệt 77-90%). Trong đó, CTA là phương tiện hình ảnh học được ưa chuộng hơn do có độ nhạy và độ chuyên biệt cao và mang tính ổn định, khách quan hơn. Chụp mạch máu xóa nền (DSA) vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn

đoán bệnh khi các phương tiện CTA và DUS không kết luận được [6]. Hai ca lâm sàng của chúng tôi đều được thực hiện những xét nghiệm máu thường quy và siêu âm ổ bụng 2D, khi chẩn đoán không rõ bệnh nhân được chỉ định chụp MSCT ổ bụng có cản quang để vừa khảo sát được hình ảnh các tạng để loại trừ một số chẩn đoán và phần mềm được tích hợp được dùng để dựng được hình CTA khi cần. Nhờ vậy giúp chẩn đoán được bệnh sớm để có hướng điều trị thích hợp.

Khi chẩn đoán TMCT động mạch MTT được xác định, chỉ định điều trị tái thông mạch máu cần được đặt ra ngay lập tức. Tuy nhiên, với những bệnh nhân không phù hợp can thiệp sẽ được điều trị bảo tồn, kháng kết tập tiểu cầu phối hợp với liệu pháp statin được khuyến cáo. Lợi ích của kháng kết tập tiểu cầu kép hay đơn vẫn chưa rõ ràng. Những bệnh nhân này cần được theo dõi sát nguy cơ diễn biến nặng cấp tính và triệu chứng hiện hữu ngày càng nặng hơn do tình trạng hoại tử ruột và nhiễm trùng. Đối với những bệnh nhân phù hợp điều trị can thiệp thì cần được thực hiện nhanh chóng vì tỉ lệ tử vong 5 năm của những bệnh nhân TMCT động mạch MTT có triệu chứng không được điều trị là 100% [6], [8]. Có hai phương pháp để điều trị tái thông là phẫu thuật hở và can thiệp nội mạch bằng nong bóng và đặt stent. Phẫu thuật hở mang tính lịch sử, tuy nhiên trong vòng thập kỉ qua thì can thiệp nội mạch cũng cho thấy nhiều ưu thế. Dữ liệu tại Hoa Kỳ cho thấy can thiệp nội mạch có những ưu thế như giảm thời gian nằm viện, giảm biến cố về tim và não nội viện và các biến chứng tổng hợp nội viện với OR = 0,20 (95% CI 0,17–0,24) [8]. Mặc khác, tỉ lệ can thiệp nội mạch thành công đạt 86-96%, duy trì tình trạng giảm được triệu chứng từ 5 đến 10 năm. Tỉ lệ tái hẹp trong stent đạt 40% và cần can thiệp lại [6]. Trong khi đó phẫu thuật hở tạo cầu nối mạc treo khả năng tái thông mạch máu tuyệt đối, tỷ lệ tái can thiệp thấp hơn và không có các triệu chứng tái phát tốt hơn [8]. Đến hiện tại vẫn chưa có một nghiên cứu RCT nào so sánh đối đầu giữa hai phương pháp, can thiệp nội mạch đã được sử dụng nhiều hơn và dần thay thế phẫu thuật hở để trở thành phương pháp điều trị tái thông đầu tay do đường vào đơn giản hơn và giảm thời gian nằm viện, giảm được các biến cố nội viện; phẫu thuật hở chỉ dùng để cứu vãn khi thất bại với can thiệp nội mạch, tắc nghẽn dài, vôi hóa hoặc thủ thuật gặp nhiều khó khăn [6],[8]. Hai ca lâm sàng của chúng tôi đều được thực hiện can thiệp nội mạch sớm sau khi xác định chẩn đoán và được tái thông thành công bằng việc nong bóng kèm với đặt stent, dù

kỹ thuật có khó khăn do tình trạng hẹp mạn tính lâu ngày nên sau khi nong bóng kèm đặt stent, stent chưa nở tốt cần được nong lại bằng bóng cứng lần 2. Sau thủ thuật, cả hai bệnh nhân giảm triệu chứng nhanh chóng, khỏi hẳn và được xuất viện sau 48-72 tiếng, rút ngắn thời gian nằm viện.

Mục tiêu hàng đầu của việc điều trị can thiệp cho bệnh nhân TMCT động mạch MTT là đạt được hết triệu chứng, tăng cân và phòng ngừa nhồi máu ruột. Sau đó bệnh nhân cần được giáo dục về các yếu tố nguy cơ xơ vữa bao gồm đái tháo đường, hút thuốc lá, tăng huyết áp, khẩu phần ăn nhiều chất béo và ít hoạt động thể lực. Bệnh nhân dù được điều trị bảo tồn hay can thiệp cũng cần theo dõi định kì để tối ưu hóa kết quả điều trị của bệnh nhân, bao gồm tái khám và theo dõi hình ảnh không xâm lấn nhiều lần để đánh giá tình trạng tái hẹp hoặc tái phát [6].

Hai ca lâm sàng trên có nhiều yếu tố nguy cơ xơ vữa tim mạch truyền thống như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu và hút thuốc lá, ngoài ra bệnh nhân còn có chỉ số BMI khá cao. Ca lâm sàng thứ 1 ghi nhận tình trạng thừa cân (BMI = 25,3 kg/m²) và hút thuốc lá nhiều, bệnh nhân được điều trị KKTTC kép, statin liều cao dù không ghi nhận bệnh lí rối loạn mỡ máu, được tư vấn giảm cân và bỏ hút thuốc lá. Bệnh nhân không còn triệu chứng đau bụng và được xuất viện, theo dõi tiếp 6 tháng ổn định, tuy nhiên bệnh nhân không tái khám. Đối với, ca lâm sàng thứ 2 có nhiều bệnh đồng mắc như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp bệnh nhân được điều trị tích cực để duy trì ổn định huyết áp trong khoảng 120/70 đến 130/80 mmHg, HbA1c <6,5% và giảm LDL-C < 70 mg/dl, bệnh nhân được theo dõi tái khám sau đó không còn triệu chứng đau bụng sau ăn, bệnh nhân ghi nhận tăng được 3 kg trong 6 tháng.

Ngoài ra, trên thế giới đã có một nghiên cứu trên bệnh nhân TMCT động mạch MTT mặc dù không ghi nhận các triệu chứng bệnh lý mạch vành hay bệnh động mạch ngoại biên vẫn tiến hành tầm soát xâm lấn diện rộng trên các động mạch vành, động mạch cảnh hay động mạch chi dưới, cho thấy 50 – 60% bệnh nhân TMCT động mạch MTT có bệnh lý tim mạch đồng mắc. Ngoài ra, 43,7% bệnh nhân có bệnh lí hệ động mạch vành ghi nhận có hẹp mạch máu MTT đi kèm, trong đó 20,4% có liên quan đến TMCT động mạch MTT. Ở bệnh nhân của chúng tôi, không ghi nhận các bệnh lý động mạch khác [7].

V. KẾT LUẬN

TMCT mạn tính động mạch MTT trên là bệnh

lí dễ bị bỏ sót. Bệnh ở giai đoạn nặng với sự hẹp có ý nghĩa từ nhiều hơn hai mạch máu sẽ tăng nguy cơ tử vong do các bệnh lí tim mạch do xơ vữa, dù là không triệu chứng. Siêu âm Duplex ổ bụng là công cụ để tầm soát TMCT động mạch MTT, MSCT dựng hình mạch máu là công cụ để xác định chẩn đoán nhưng khi không kết luận được thì tiêu chuẩn vàng chẩn đoán là chụp động mạch kỹ thuật số xóa nền. Khi bệnh được chẩn đoán thì tái thông mạch máu phải được thực hiện sớm. Trong vòng một thập kỉ qua, điều trị tái thông mạch máu bằng can thiệp nội mạch với nong bóng và đặt stent đã dần thay thế phẫu thuật mổ mở như là chiến lược điều trị đầu tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mastoraki, A., et al.** (2016), "Mesenteric ischemia: Pathogenesis and challenging diagnostic and therapeutic modalities", *World J Gastrointest Pathophysiol.* 7(1), p 125-30.
2. **Zezos, P., Kouklakis, G., and Saibil, F.** (2014), "Inflammatory bowel disease and thromboembolism", *World J Gastroenterol.* 20(38), p 13863-78.
3. **Acosta, S.** (2010), "Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications", *Semin Vasc Surg.* 23(1), p 4-8.
4. **Franca, E., Shaydakov, M. E., and Kosove, J.** (2022), "Mesenteric Artery Thrombosis", *StatPearls, Treasure Island (FL).*
5. **Zeller, T., Rastan, A., and Sixt, S.** (2010), "Chronic atherosclerotic mesenteric ischemia (CMI)", *Vasc Med.* 15(4), p 333-8.
6. **Anandan, A. S. and Silva, M.** (2022), "Chronic mesenteric ischemia: Diagnosis & management", *Ann Med Surg (Lond).* 80, p 104138.
7. **Zdanyte, M., et al.** (2021), "Progressive abdominal pain in a 63-year-old man", *Clin Case Rep.* 9(8), p e04543.
8. **Halliday, A. and Bax, J. J.** (2018), "The 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in Collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)", *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 55(3), p 301-302.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TĨNH MẠCH CẢNH TRONG PHẢI TIÊN LƯỢNG TÁI NHẬP VIỆN 30 NGÀY Ở BỆNH NHÂN SUY TIM

Nguyễn Nho Tiến¹, Châu Ngọc Hoa²

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm tăng gánh nặng bệnh tật cũng như nguy cơ tái nhập viện. Đánh giá chính xác tình trạng thể tích trước khi xuất viện của bệnh nhân suy tim có thể làm giảm biến cố tái nhập viện. Chúng tôi chứng minh một phương pháp không xâm lấn và thuận tiện, siêu âm đánh giá tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva, có thể dự đoán áp lực nhĩ phải, phản ánh tình trạng sung huyết tồn lưu. Qua đó, xác định vai trò tiên lượng của siêu âm tĩnh mạch cảnh trong phải với tình trạng tái nhập viện vì suy tim mất bù cấp trong vòng 30 ngày của bệnh nhân suy tim. **Phương pháp và kết quả:** nghiên cứu đoàn hệ tại một trung tâm tim mạch trên những bệnh nhân suy tim được điều trị nội trú từ tháng 10/2020 đến tháng 3/2021. Áp lực nhĩ phải được xác định bằng tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải ở giai đoạn căng và nhĩ của nghiệm pháp Valsalva. Kết quả dương tính được xác định khi tỷ lệ này < 66% (phản ánh áp lực nhĩ phải \geq 12 mmHg). Mục tiêu theo dõi là tình trạng tái nhập viện và / hoặc tử vong trong 30 ngày. Tổng số 333 bệnh nhân được

chọn vào nghiên cứu, có 153 trường hợp (45,9%) được ghi nhận dương tính khi thực hiện siêu âm. Theo dõi trong 30 ngày sau xuất viện, 38 trường hợp (11,4%) tái nhập viện do suy tim mất bù cấp. Siêu âm dương tính là yếu tố dự đoán độc lập biến cố tái nhập viện do suy tim mất bù cấp vào bất kỳ thời điểm nào trong 30 ngày sau khi xuất viện của bệnh nhân suy tim (HR = 2,097). **Kết luận:** Siêu âm xác định tỷ lệ thay đổi diện tích mặt cắt ngang tĩnh mạch cảnh trong phải khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva là phương pháp không xâm lấn và dễ thực hiện để đánh giá áp lực nhĩ phải, phản ánh tình trạng sung huyết và tiên lượng tái nhập viện trong 30 ngày của bệnh nhân suy tim. Phương pháp này giúp hướng dẫn điều trị bệnh nhân suy tim nội trú, giảm tỷ lệ nhập viện.

SUMMARY

THE ROLE OF JUGULAR ULTRASOUND IN THE RIGHT 30-DAY READMISSION PROGNOSIS OF HEART FAILURE PATIENTS

Introduction: Heart failure is the leading causes of increased disease burden as well as the risk of rehospitalization. Accurate assessment of the pre-discharge volume status of patients with heart failure may reduce the event of readmission. We demonstrate a non-invasive and convenient method, ultrasound assesses the rate of change in the cross-sectional area of the right internal jugular vein when performing the Valsalva test, which can predict right atrial pressure, reflecting residual congestion. Thereby, determining the prognostic role of right intravenous ultrasound with readmission for acute decompensated heart failure within 30 days of heart

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nho Tiến

Email: nhotien77@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024