

- xuất bản Đại học quốc gia Hà Nội, Hà Nội, 2012.
4. **Phạm Thanh sơn**, Nghiên cứu bệnh lý viêm xoang hàm mạn tính đôi chiếu nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Đại Học Y Hà Nội: Luận văn thạc sỹ y học, 2006.
 5. **Bùi Văn Te, Bùi Thị Xuân Nga, Ngô Vương Mỹ Nhân**, Sự tương quan giữa nội soi mũi xoang và CTscan trong viêm mũi xoang mạn, Kỷ yếu Hội Nghị Khoa học Bệnh viện An Giang, Khoa TMH, tháng 10-2013, Bệnh viện An Giang, 2013, pp. 129-137.
 6. **Lê Huyền Trân, Nguyễn Đăng Huy**, Các cấu trúc bất thường giải phẫu vùng mũi xoang trên

hình ảnh nội soi, CTs ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn từ 10 đến 16 tuổi, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2012, pp. 149-155.

7. **Dubin MG, Kuhn FA, Melroy CT**, Radiographic resolution of chronic rhinosinusitis without polyposis after 6 weeks vs. 3 weeks of oral antibiotics. Ann Allergy Asthma Immunol 2007;98:32-35
8. **Fokkens W, Lund V, Mullol J**, European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. Rhinology, 2012, 50(23), 5-216.
9. **Fokkens W, Lund V, Mullol J**, "European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps group" Rhinology, 2007, 20:1-136. 15.

BÍT DÙ ỐNG ĐỘNG MẠCH QUẢ ỐNG THÔNG TRÊN BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH TẠI BV CHỢ RẪY

Nguyễn Thượng Nghĩa*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả dài hạn về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật bít dù còn ống động mạch bằng dụng cụ trên BN trưởng thành sau 5 năm can thiệp từ 2005 -2010 tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Cơ sở nghiên cứu: Hiện nay còn ống động mạch vẫn là bệnh tim bẩm sinh thường gặp ở người lớn tại Việt Nam. Điều trị kinh điển từ trước từ phẫu thuật cột hoặc cắt ống động mạch. Gần đây bít dù còn ống động mạch bằng dụng cụ là một kỹ thuật mới thực hiện tại trên thế giới. Tại Việt Nam số liệu về kỹ thuật này thực hiện trên BN trưởng thành mắc bệnh còn ống động mạch còn hạn chế.

Phương pháp nghiên cứu: Từ 2005-2010, 68 bệnh nhân được bít dù còn ống động mạch (PDA) bằng dụng cụ tại Bệnh viện Chợ Rẫy qua kỹ thuật dùng ống từ tĩnh mạch đùi phải (P). Các bệnh nhân được đánh giá kết quả qua siêu âm tim và thông tim, chụp động mạch chủ cản quang trước và sau thủ thuật. Các bệnh nhân được theo dõi tại phòng khám Tim Mạch Can Thiệp tối thiểu 1 năm với các ghi nhận về lâm sàng và siêu âm tim.

Kết quả nghiên cứu – Bàn luận

- Tỷ lệ thành công thủ thuật: 97,1% (66/68 bệnh nhân)
- Tỷ lệ biến chứng thấp: 2,9% (2/68 bệnh nhân), chủ yếu là bầm máu chỗ đâm kim
- Hai ca thất bại: 1 ca do ống động mạch quá lớn, 1 ca bệnh nhân có ống động mạch dạng đĩa nên dùng dụng cụ ADO 16/14 vẫn còn luồng thông tim lưu khá lớn. Còn 2 ca bị biến chứng xuất huyết bầm máu nhẹ tại đùi phải (P).
- Tỷ lệ bệnh nhân dùng dụng cụ lò xo xoắn (coils): 3% (2/66 bệnh nhân)
- Tỷ lệ bệnh nhân dùng dụng cụ ADO: 97% (64/66 bệnh nhân)

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biên khoa học: 30.3.2020

Ngày duyệt bài: 3.4.2020

- Kích thước ống động mạch trên siêu âm tim: $7,7 \pm 2,3\text{mm}$ (4,5-14mm) lớn hơn kích thước ống động mạch trên chụp động mạch chủ: $6,4 \pm 2,5\text{mm}$ (1-15mm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

- Luồng thông tồn lưu sau thủ thuật: 39,7% với mức độ nhẹ, nhưng sau 1 tháng kết quả rất tốt với tỉ lệ luồng thông tồn lưu trên siêu âm tim bằng 0%.

- Áp lực động mạch phổi ước lượng trên siêu âm tim nhỏ hơn trên thông tim có ý nghĩa thống kê với $p < 0,02$

- Áp lực động mạch phổi sau bít dù giảm có ý nghĩa thống kê 32-39% so với áp lực động mạch phổi trước bít dù với $p < 0,0001$

- Tất cả bệnh nhân đều cải thiện triệu chứng và sinh hoạt bình thường sau một năm với kết quả siêu âm tim gần như bình thường.

Kết luận: Bít dù còn ống động mạch (PDA) bằng dụng cụ qua da trên bệnh nhân trưởng thành là một kỹ thuật hiệu quả và an toàn với kết quả dài hạn sau 5 năm rất tốt.

SUMMARY

TRANSCATHETER CLOSURE OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS IN ADULTS BY DEVICE AT CHO RAY HOSPITAL: EFFECTIVENESS & SAFETY AFTER 5 YEAR

Study objectives: Evaluation effectiveness and safety of the transcatheter closure of patent ductus arteriosus technique after 5 years from 2005-2010 at Cho Ray Hospital.

Background: Currently, patent ductus arteriosus is common congenital heart disease in adults in Vietnam. Treatment of patent ductus arteriosus is classically surgery for ligation or cut off the ductus. Recently, transcatheter closure of patent ductus arteriosus is a new technique implemented in the world. In Vietnam this data about this technique performed on adolescents and adults with patent ductus arteriosus is limited.

Methods: From 2005-2010, 68 patients with PDA devices are closed at the Cho Ray Hospital by retrograde transvenous technique via right femoral vein. The patients were evaluated by echocardiogram

and cardiac catheterization, contrast angiography before and after all procedures. The patients were followed at the outpatient department of Interventional Cardiology for at least one year with the recordings of clinical and echocardiography.

Results – Discussion:

Procedure success rate: 97.1% (66/68 patients)

Low complication rate: 2.9% (2/ 68 patients)

Two cases of failure: one have too large patent ductus arteriosus to fix with the biggest ADO 14/16, one case "window type" PDA with so residual shunt is quite severe post deployment. There were 2 cases of mild ecchymosis in the right thigh.

The proportion of patients using spring coils: 3,0% (2/66 patients)

The proportion of patients using ADO devices: 97,0% (64/66 patients)

The size of the ductus arteriosus on echocardiography: $7.7 \pm 2.3\text{mm}$ (4,5-14mm) larger than that one on angiogram: $6.4 \pm 2.5\text{mm}$ (1-15mm). The difference is statistically significant with $p < 0.0001$.

Residual shunt immediately after the closure: 39,7% but they are tiny, not significant. After one month the results are very good with residual flow rate of 0% by echocardiogram. Pulmonary artery pressure estimated on echocardiography is less than significantly that one on cardiac catheterization ($p < 0.02$)

Pulmonary arterial pressure after closure decrease 32-39% over the previous pulmonary arterial pressure before closure ($p < 0.0001$)

All patients had improved symptoms and normal activities after one year.

Their echocardiogram results are almost normal after 5 year follow-up

Conclusion: Transcatheter Closure of the patent ductus arteriosus (PDA) in adults is an effective technique and safety. The initial results are very good, even after 5 year follow-up.

Key word: PDA percutaneous closure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay còn ống động mạch vẫn là bệnh tim bẩm sinh thường gặp ở người lớn tại Việt Nam. Điều trị kinh điển từ trước từ phẫu thuật cột hoặc cắt ống động mạch. Gần đây bít dù còn ống động mạch bằng dụng cụ là một kỹ thuật mới thực hiện tại trên thế giới. Tại Việt Nam số liệu về kỹ thuật này thực hiện trên người trưởng thành mắc bệnh còn ống động mạch còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả dài hạn sau 1 năm của tất cả các bệnh nhân được bít dù ống động mạch bằng dụng cụ qua da trong 5 năm thực hiện tại BV Chợ Rẫy từ năm 2005 – 2010.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Còn ống động mạch (PDA) là 1 bệnh tim bẩm sinh thường gặp, chiếm tỉ lệ 5-10%[1].

Điều trị còn ống động mạch (PDA) về kinh điển đã được bắt đầu từ năm 1938 với phẫu thuật cột hoặc cắt ống động mạch.

1967 Porstmann (Đức) lần đầu tiên đã điều trị bít dù ống động mạch bằng dụng cụ[2]. Hơn thập kỷ vừa qua, với sự phát triển nhanh của kỹ thuật điều trị bằng ống thông, nhiều loại dụng cụ mới đã được nghiên cứu thử nghiệm trên thế giới như : dụng cụ Rashkind, lò xo xoắn, nút lò xo xoắn NOC, dụng cụ nút bít dù ADO (Amplatzer Ductus Occluder) với kết quả rất khả quan và an toàn. Các ống động mạch nhỏ được bít dù với các dụng cụ lò xo xoắn: Gianturco, Cook, Nút lò xo xoắn PFM,... Các ống động mạch lớn được đóng bằng các dụng cụ khác: Nút Raskin, Nút Sideris. Gần đây, Masura và cs. đã báo cáo một loại dụng cụ bít dù ống động mạch kích thước trung bình – lớn bằng dụng cụ nút bít dù Amplatzer ADO với kết quả rất tốt [3].

Tại Việt Nam, bệnh nhân còn ống động mạch trưởng thành được bít dù bằng dụng cụ cũng khá nhiều nhưng số liệu còn khiêm tốn. Từ năm 2004, khoa tim mạch can thiệp BV Chợ Rẫy đã tiến hành thực hiện bít dù ống động mạch bằng dụng cụ qua da trên các bệnh nhân thiếu niên và người lớn với kết quả tốt. Hiện tại, các bệnh nhân này vẫn được theo dõi ngoại trú định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, thống kê mô tả, theo dõi theo thời gian.

Từ năm 2005-2010, tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy, 68 bệnh nhân còn ống động mạch (PDA) đã được chỉ định bít dù bằng dụng cụ, chủ yếu với dụng cụ nút bít dù ADO. Tất cả các bệnh nhân được ký bản cam kết đồng ý làm thủ thuật. Tất cả bệnh nhân đều được thu nhận các dấu hiệu lâm sàng (Suy tim theo phân loại NYHA, Phù, tím tái, Tĩnh mạch cổ nổi,) dấu hiệu phì đại thất trái trên điện tâm đồ và các thông số trên siêu âm tim (kích thước thất trái (T), áp lực động mạch phổi, đường kính ống động mạch trên và chức năng tim EF %). Các bệnh nhân được bít dù bằng kỹ thuật ngược dòng qua đường tĩnh mạch đùi phải, được bít dù bằng lò xo khi đường kính PDA < 3mm và được bít dù bằng dụng cụ nút ADO khi đường kính PDA \geq 3mm. Kích cỡ nút ADO được chọn dựa vào hình dạng và kích thước PDA với đường kính nút ADO \geq 1-2mm đường kính nhỏ nhất PDA (hoặc kích thước PDA ở đầu Động mạch phổi).

Kỹ thuật thực hiện: Thủ thuật được thực hiện trong phòng thông tim, các bệnh nhân được gây tê tại chỗ vùng bẹn (P) và an thần. Các bệnh nhân đều được bít dù còn ống động mạch (PDA) ngược dòng qua đường tĩnh mạch đùi (P). Các bệnh nhân được đặt một sheath 5F vào động

mạch đùi P và một sheath 8F vào tĩnh mạch đùi P. Kích thước ống động mạch (PDA) được đo qua chụp động mạch chủ ở ngang ống động mạch (PDA) ở tư thế nghiêng (T) 90°-100° với ống thông đuôi heo có đánh dấu (marker pigtail). Giải phẫu, kích thước cũng được đánh giá qua tư thế này. Ống động mạch được phân loại theo Krichenko theo 6 type A,B,C,D,E,F. Các thông số ghi nhận bao gồm: đường kính ống động mạch nhỏ nhất (hoặc đường kính ống động mạch đầu động mạch phổi), đường kính ống động mạch đầu động mạch chủ, chiều dài ống động mạch. Bệnh nhân được thông tim đo áp lực động mạch phổi trước và sau bít dù bằng dụng cụ.

Luồng thông tồn lưu được đánh giá sau khi bít dù bằng chụp động mạch chủ cản quang và siêu âm tim sau thủ thuật. Sau đó trước khi bệnh nhân xuất viện, bệnh nhân được kiểm tra áp lực động mạch phổi và luồng thông tồn lưu qua siêu âm tim. Các bệnh nhân đều được theo dõi, kiểm tra siêu âm tim lúc 1 tháng, 6 tháng và sau 1 năm sau thủ thuật về: luồng thông tồn lưu, áp lực động mạch phổi, đường kính buồng tim và các biến chứng nếu có.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

66/68 bệnh nhân đã được bít dù còn ống động mạch (PDA) thành công bằng dụng cụ không biến chứng, chiếm tỉ lệ 97,8%. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình 29,62 ± 9,34 tuổi (nhỏ nhất: 11 tuổi, lớn nhất 51tuổi). Trong đó, giới nữ chiếm tỉ lệ khá cao 95,6%. Đa số bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng suy tim nhẹ NYHA II (91,2%) chỉ có 1 bệnh nhân bị tím đầu chi dưới khi gắng sức nhẹ. Dấu hiệu phì đại thất trái trên điện tâm đồ chỉ có ở 50% bệnh nhân.

Đường kính buồng thất trái dẫn nhẹ trên siêu âm tim 53,44 ± 6,6mm (40-70mm).

Áp lực động mạch phổi ước lượng trên siêu âm tim tăng mức độ nhẹ: 33,03 ± 18,61 mmHg (15 - 120 mmHg).

Đường kính ống ĐM (PDA) trên siêu âm trung bình 7,68 ± 2,29mm, dao động từ 4,5-14mm, lớn hơn khi đo trên chụp động mạch chủ cản quang: 6,47 ± 2,54mm dao động từ 1-15mm.

Bảng 1: Đặc điểm dân số (n=68 bệnh nhân)

| Đặc điểm LS, Cận LS N=68 | Số BN | Tỉ lệ % (Trung bình ± độ lệch chuẩn) |
|--------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Tuổi | 29,62 ± 9,34 | (11-51) |
| Phái nam | 3/68 | 4,4% |
| Phái nữ | 65/68 | 95,6% |
| Tím tái | 1/68 | 1,5% |
| Suy tim NYHA 0 | 4/68 | 5,9% |

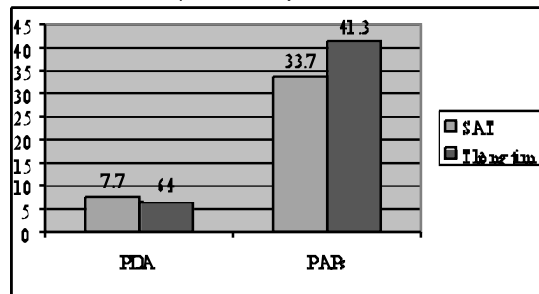
| | | |
|------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| Suy tim NYHA I | 2/68 | 2,9% |
| Suy tim NYHA II | 62/68 | 91,2% |
| Dấu hiệu lớn nhĩ trái/ECG | 1/66 | 1,5% |
| Dấu hiệu phì đại thất trái/ECG | 33/66 | 50% |
| Đường kính nhĩ trái /SAT | 30,75 ± 5,75mm (18-44) | |
| Đường kính thất trái/SAT | 53,44 ± 6,6mm (40-70) | |
| Áp lực động mạch phổi tâm thu (PAPs)/SAT | 33,03 ± 18,61mmHg (15-120) | |
| Đường kính PDA/SAT | 7,68 ± 2,29mm (4,5-14mm) | |
| Phản suất tổng máu EF% | 63,9 ± 6,8% (45-79) | |

(SAT: siêu âm tim, PDA: còn ống động mạch, ECG: điện tâm đồ, LS: lâm sàng)

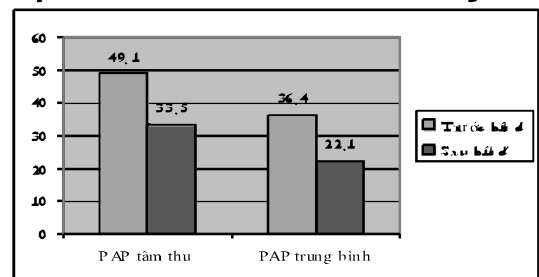
Bảng 2: Đặc điểm thủ thuật Bít dù Còn ống ĐM (PDA) bằng dụng cụ

| Đặc điểm thủ thuật (n=68) | Số BN | Tỉ lệ % |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Tỉ lệ thành công về thủ thuật | 66/68 | 97,1% |
| Tỉ lệ thất bại | 2/68 | 2,9% |
| Tỉ lệ biến chứng | 2/68 | 2,9% |
| Tỉ lệ dùng lò xo xoắn (coils) | 2/66 | 3,0% |
| Tỉ lệ dụng cụ nút ADO | 64/66 | 97,0% |
| Thời gian thủ thuật | 63,2 ± 27,3 phút (25-160 phút) | |

(ADO: Amplatzer Duct Occluder)



Hình 1: So sánh đường kính ống ĐM (PDA), áp lực ĐMP trên siêu âm tim và trên thông tim



Hình 2: So sánh áp lực động mạch phổi trước và sau bít dù

Bảng 3: Kết quả thủ thuật Bít dù còn ống ĐM (PDA)

| Kết quả bít dù còn ống động mạch | Trung bình ± độ lệch chuẩn |
|-------------------------------------------|----------------------------------|
| Đường kính PDA/SAT | 7,68 ± 2,29mm (4,5-14mm) |
| Đường kính PDA/thông tim | 6,47 ± 2,54mm (1-15mm) |
| Áp lực ĐMP tâm thu trước bít/thông tim | 40,97 ± 24,98mmHg (0-122mmHg) |
| Áp lực ĐMP trung bình trước bít/thông tim | 32,31 ± 17,85 (13-88mm) |
| Áp lực ĐMP tâm thu sau bít/thông tim | 34,24 ± 19,45mm (16-104) |
| Áp lực ĐMP trung bình sau bít/thông tim | 22,95 ± 12,12 (10-61) |

(PDA: còn ống động mạch, SAT: siêu âm tim, ĐMP: động mạch phổi)

IV. BÀN LUẬN

Bít dù ống động mạch bằng dụng cụ ngày nay trở thành một kỹ thuật thường được sử dụng trong điều trị. Ở các nước tiên tiến, với sự chăm sóc sức khỏe tim mạch ban đầu tốt, bệnh tim bẩm sinh còn ống động mạch thường được bít dù ngay thời kỳ tuổi thơ. Ở Việt Nam, bệnh nhân người lớn mắc bệnh còn ống động mạch (PDA) cũng khá nhiều như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu này có triệu chứng suy tim khi nhập viện (hơn 50%). Điều trị bệnh còn ống động mạch kinh điển vẫn là phẫu thuật cột hoặc cắt ống động mạch mang nhiều biến cố. Từ sau năm 1967 Porstmann bít dù thành công cao ống động mạch đầu tiên với nút Ivalon tới nay [2], thì có rất nhiều dụng cụ được nghiên cứu ứng dụng trên người với tỉ lệ thành công rất cao và tỉ lệ biến chứng thấp như: Dù Rashkind, Nút Sideris, ... Dù Rashkind khi mới được chế tạo ra thì được chấp nhận rộng rãi, nhưng do giá thành khá cao, dụng cụ tương đối lớn, tỉ lệ luồng thông tồn lưu sau bít 15-20% và nguy cơ hẹp động mạch phổi trái khá cao khi dùng dụng cụ kích thước lớn nên sau đó không còn được sử dụng nữa. Các dạng lò xo xoắn (Giantuco, Flipper) sau đó được dùng để bít dù các ống động mạch có đường kính nhỏ rất hiệu quả với tỉ lệ thành công cao 98%-100% [3],[4]. Mặc dù giá thành chi phí thấp, nhưng dụng cụ lò xo xoắn có tỉ lệ luồng thông tồn lưu khá cao, tỉ lệ tán huyết cao do dòng máu lưu lượng cao qua còn ống động mạch (PDA), và tỉ lệ rơi dụng cụ khá nhiều đặc biệt ở các ống động mạch > 4mm nên dạng lò xo xoắn được cải tiến rất nhiều với dạng được chấp thuận hiện nay là dụng cụ nút lò

xo NOC. Tuy nhiên chỉ áp dụng cho các ống động mạch có đường kính < 4mm [4]. Nên tác giả Amplatz đã sáng tạo dụng cụ dạng nút ADO phù hợp sinh lý hơn để bít dù PDA. Các nghiên cứu thử nghiệm sau đó đã chứng minh dụng cụ này rất hiệu quả và an toàn để bít dù còn ống động mạch với tỉ lệ thành công từ 98%-100% với tỉ lệ biến chứng rất thấp [5],[6]. Hiện nay dụng cụ này đã được chấp thuận rộng rãi để bít dù các ống động mạch có đường kính lớn. Tại Việt Nam, do chúng ta đi sau thế giới nên chúng tôi áp dụng các kỹ thuật bít dù còn ống động mạch (PDA) bằng dụng cụ nút ADO là chủ yếu trong nghiên cứu này. So sánh với các nghiên cứu nước ngoài, tỉ lệ thành công bít dù còn ống động mạch (PDA) bằng dụng cụ của chúng tôi tương đương với tỉ lệ 97,1%, chủ yếu bằng dụng cụ nút ADO (tỉ lệ sử dụng 97,1%, chỉ có 2 bệnh nhân sử dụng lò xo xoắn) [5],[6].

Cũng như các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy rằng khi sử dụng dụng cụ nút ADO, chúng tôi chọn đường kính nút ADO lớn hơn ≥2mm so với đường kính nhỏ nhất của ống động mạch thì kết quả bít dù bằng nút ADO rất tốt, luồng thông tồn lưu sau bít chỉ còn rất ít hoặc biến mất. Tỉ lệ luồng thông tồn lưu ngay sau bít dù bằng nút của chúng tôi 39,6%, tương tự như của các tác giả Forbes, Brunetti, nhưng luồng thông này rất nhỏ không đáng kể trên siêu âm tim và chụp động mạch chủ cản quang. Sau khi xuất viện thì tỉ lệ luồng thông tồn lưu trong nghiên cứu này hầu như không còn với tỉ lệ 0% thấp hơn nhiều so với các nước nghiên cứu của các tác giả trên [3],[4]. Có lẽ chúng tôi chỉ bít dù ở các bệnh nhân người lớn hoặc thiếu niên khi đó kích thước ống động mạch đã ổn định và ít co giãn nhiều như ở trẻ em nhỏ tuổi, khác biệt với các nghiên cứu nước ngoài là chủ yếu bít dù ở trẻ em. Và 2 ca bệnh nhân mà chúng tôi không bít dù được bằng dụng cụ: một ca bệnh nhân có đường kính ống động mạch (PDA) lớn, dạng cửa sổ nên dùng dù ADO kích cỡ lớn nhất 16/14 vẫn còn luồng thông tồn lưu khá lớn, và 1 ca thì do ống động mạch có dẫn khá nhiều nên dù ADO 16/14 dễ rơi khi thực hiện nghiệm pháp "kéo và đẩy" nhẹ.

Cũng tương tự các nghiên cứu trên, 2 ca dùng lò xo xoắn để bít dù còn ống động mạch (PDA) trong nghiên cứu này được áp dụng cho 2 bệnh nhân có đường kính còn ống động mạch (PDA) nhỏ ≤ 3mm. Do chúng tôi đi sau các tác giả nước ngoài, và dựa trên các nghiên cứu trước nên chúng tôi dùng chủ yếu là nút dù ADO để bít dù còn ống động mạch (PDA). Chúng tôi không dùng dụng cụ lò xo xoắn để bít dù các còn ống động mạch (PDA) lớn ≥4mm bởi vì các

nghiên cứu của tác giả đi trước cho thấy tỉ lệ shunt tồn lưu và biến chứng rơi dụng cụ vào mạch máu lớn chiếm tỉ lệ khoảng 10%[7]. Trong các ca này, chúng tôi dùng dụng cụ ADO. Còn các dụng cụ bit dù còn ống động mạch (PDA) khác như: dù Rashkind, nút Sideris thì chúng tôi không có kinh nghiệm do hầu như trên thế giới hiện nay ít dùng do biến chứng với dù và tỉ lệ luồng thông tồn lưu tồn lưu cao.

Tỉ lệ biến chứng của nghiên cứu của chúng tôi thấp, chủ yếu là biến chứng bầm máu tại chỗ đâm kim. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa bị biến chứng nặng như các tác giả nước ngoài đã có là: tán huyết nặng, hoặc rơi dù gây thuyên tắc mạch. Có lẽ do chúng tôi đã loại 2 ca mà kết quả chụp động mạch chủ cản quang, sau đó chúng tôi phát hiện luồng thông tồn lưu quá nhiều hoặc dù ADO không ổn định với nghiệm pháp "kéo và đẩy" nhẹ.

Các bệnh nhân được theo dõi thường xuyên tại phòng khám Tim Mạch Can Thiệp của chúng tôi tối thiểu 6 tháng với kết quả siêu âm tim sau 6 tháng: luồng thông tồn lưu đều không thấy tồn tại, không ca nào bị hẹp động mạch phổi trái hoặc động mạch chủ trên siêu âm tim Doppler mà có xuất hiện trong các nghiên cứu nước ngoài. Có lẽ số lượng ca của chúng tôi không đủ lớn, và chúng tôi chỉ thực hiện trên các bệnh nhân người lớn.

V. KẾT LUẬN

Bit dù còn ống động mạch bằng dụng cụ với

nút ADO cho các còn ống động mạch (PDA) $\geq 3\text{mm}$ hoặc nút lò xo xoắn cho còn ống động mạch (PDA) đường kính $< 3\text{mm}$ là một kỹ thuật điều trị hiệu quả cao và an toàn trên các bệnh nhân trưởng thành với tỉ lệ thành công cao (97,1%), biến chứng rất hiếm gặp (2,7%) và không có trường hợp nào tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schneider DJ, Moore JW.** Patent ductus arteriosus. *Circulation* 2006; 114: 1873-1882.
2. **Porstmann W, Wierny L, Warnke H.** Closure of persistent ductus arteriosus without thoracotomy. *German Med Monthly* 1967;15:109-203.
3. **Masura J, Walsh KP, Thanopoulos B, et al.** Catheter closure of moderate to large size patent ductus arteriosus using the new Amplatzer duct occluder: immediate and short-term results. *J Am Coll Cardiol* 1998;31:878-82.
4. **Brunetti M.A, Everett AD, et al.** Percutaneous Closure of Patent Ductus Arteriosus: A Multiinstitutional Registry Comparing Multiple Devices. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* (2010) 76:696-702.
5. **Ghasemi A, Thomas J, Forbes, et al.** Trans-Catheter Closure of Patent Ductus
6. **Arteriosus - What Is the Best Device?** *Catheterization and Cardiovascular Interventions* (2010) 76:687-695.
7. **Bilkis A., Alwi M., Ishak Hasanah, et al.** The Amplatzer Duct Occluder: Experience in 209 Patients. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001;37:258-26.
8. **Pass RH, Hijazi Z, Hsu DT, Lewis V, Hellenbrand WE.** Multicenter USA amplatzer patent ductus arteriosus occlusion device trial: Initial and one-year results. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:513-519.

GIÁ TRỊ CÁC ĐẶC ĐIỂM CHÍNH CỦA LI-RADS 2018 TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Duy Huệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) của các đặc điểm chính của phân loại LI-RADS 2018 trên cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 80 bệnh nhân với 93 tổn thương được phát hiện trên CLVT 64 dãy, đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2019 đến tháng 2/2020. Các tổn thương được mô tả các đặc điểm và phân loại theo LI-RADS 2018, sau đó đối

chiếu với kết quả giải phẫu bệnh. Từ đó xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và âm tính của từng đặc điểm chính của phân loại LI-RADS trong chẩn đoán UTBMTBG. **Kết quả:** 93 tổn thương mô tả bao gồm 75 tổn thương ác tính và 18 tổn thương lành tính. Đường kính trung bình của tổn thương là $51,17 \pm 34,8\text{mm}$ (6 – 150mm), Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và âm của đặc điểm ngấm thuốc mạnh thì động mạch lần lượt là 78,8%; 66,7%; 85,2% và 56,3%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và âm của đặc điểm thải thuốc thì tĩnh mạch tương ứng là 68,2%; 81,5%; 90% và 51,2%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và âm của đặc điểm vó ngấm thuốc lần lượt là 25,8%; 92,6%; 89,5% và 33,8%. **Kết luận:** Các đặc điểm chính của phân loại LI-RADS 2018 trên CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán UTBMTBG.

Từ khóa: Gan, ung thư biểu mô tế bào gan, bệnh gan mạn tính, LI-RADS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị hồng Nhung

Email: hongnhung0603@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phân biên khoa học: 27.3.2020

Ngày duyệt bài: 1.4.2020