

nào giữa yếu tố thời gian phục vụ trong lực lượng với các chỉ số của RLCH lipid máu. Heath G. Gasier [7] cũng nhận thấy rằng không có sự khác biệt về nồng độ HDL-C trước và sau khi đi tàu 3 tháng trở về trên cùng nhóm thủy thủ, thậm chí thấy có sự giảm ý nghĩa triglycerid và LDL-C. Tác giả cho rằng sở dĩ có giảm lipid máu là vì có giảm các yếu tố gây viêm mà cơ chế chưa rõ ràng và thấy rằng sau khi đi tàu về còn có sự tốt hơn về mặt chuyển hóa. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được nghỉ ngơi thời gian dài sau khi đi tàu ngầm 3 tháng/ 1 năm nên mỗi liên quan với thời gian phục vụ không rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 290 thủy thủ tàu ngầm thuộc đơn vị M9 đánh giá mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với một số đặc điểm môi trường trên cho thấy:

- Không có mối tương quan giữa nồng độ Triglycerid, LDL-C, HDL-C với tình trạng căng thẳng thường xuyên

- Ở nhóm dưới tàu có mối tương quan thuận, yếu giữa tình trạng căng thẳng thường xuyên với nồng độ cholesterol ($r=0,153$, $p<0,05$). Trong khi đó, nhóm trên bờ không thấy mối tương quan với nồng độ cholesterol.

- Không có mối tương quan giữa chỉ số Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL -C với thời

gian phục vụ trong lực lượng tàu ngầm của nhóm dưới tàu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Quốc Phòng (2013)** Thông tư Quy định tiêu chuẩn định lượng ăn, quần trang nghiệp vụ, quần trang tăng thêm; trang bị nhà ăn nhà bếp, dụng cụ cấp dưỡng và nhu yếu phẩm của lực lượng Tàu ngầm chiến dịch". Số 76/2013/TT-BQP ngày 06/6/2013.
- Hội Tim mạch học Việt Nam (2008)** Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, tr. 476-501.
- Bùi Thị Hà (2002)** Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động và các rối loạn bệnh lý có tính chất nghề nghiệp của thuyền viên vận tải xăng dầu đường biển. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội, tr. 49-84.
- Nguyễn Hoàng Luyện (2017)** Nghiên cứu điều kiện lao động và sức khỏe thủy thủ tàu ngầm. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y. tr.132-140.
- Weekes N., Lewis R., Patel F. et al (2006)** Examination stress as an ecological inducer of cortisol and psychological response to stress in undergraduate student, *Stress*, 9 (4), pp. 199 - 206.
- Bennett S., Pisaniello D (2006)** Oberon Class Submarine Occupational Hygiene Project, Final report, Conducted by Center for Military & Veteran Health, University of Queensland, University of Adelaide Nodes, pp. 1 - 89
- Heath G. Gasier et al (2016)** Cardiometabolic Health in Submariners returning from a 3-Month Patrol, *Nutrients*, 8, 85.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT MẠCH MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2017 - 2022

Nguyễn Duy Thắng^{1,2}, Nguyễn Anh Huy¹,
Nguyễn Duy Gia¹, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Vũ Ngọc Tú^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang gồm 328 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 02 năm 2022. Số bệnh nhân phẫu thuật mạch máu chi dưới có số lượng nhiều nhất là 112 trường hợp (chiếm 47,1%), trong đó 36 trường hợp là bệnh mạch lý mạch máu. Số phẫu thuật mạch máu vùng cổ và nền cổ là 40, trong đó phẫu thuật động mạch cảnh là 23. Phẫu thuật mạch máu vùng ổ bụng có 46 trường hợp với bệnh lý phồng

động mạch chủ chậu chiếm tỉ lệ nhiều nhất (23). Có 18 trường hợp phẫu thuật bóc lộ động mạch tạo đường vào để thực hiện các can thiệp tim mạch qua da và 20 trường hợp phẫu thuật xử lý các biến chứng sau chọc mạch để thực hiện các can thiệp qua da này. Đa phần các phẫu thuật được thực hiện với kết quả tốt, phục vụ cho điều trị bệnh mạch máu cũng như điều trị bệnh lý chính từ các nơi khác (tim, động mạch chủ, suy thận, suy tim phổi nặng).

Từ khóa: phẫu thuật mạch máu; bóc nội mạc động mạch cảnh; bắc cầu động mạch cảnh - dưới đòn; bắc cầu đùi - khoeo; bắc cầu động mạch chủ - đùi; lấy huyết khối mạch máu.

Viết tắt: ĐM: động mạch; ĐMC: động mạch chủ; PT: phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF VASCULAR SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2017 - 2022

The study was conducted using a cross-sectional descriptive method of 328 patients who underwent surgery between January 2017 and February 2022. The number of patients with lower limb vascular surgery had 112 cases (47.1%), of which 36 cases were vascular diseases. The number of vascular surgeries in the neck region is 40, of which carotid artery surgery is 23. Abdominal vascular surgery had 46 cases with 23 (50%) abdominal aortic aneurysms. There were 18 cases of arterial exposure to performing transcatheter cardiovascular interventions and 20 cases of surgery for post-puncture complications to perform these transcatheter interventions. The majority of surgeries are performed with good results, serving for the treatment of vascular disease as well as the treatment of major pathologies from elsewhere (heart, aorta, kidney failure, severe cardiopulmonary failure).

Keywords: vascular surgery; carotid endarterectomy; femoropopliteal bypass; aortoiliac bypass; carotid subclavian bypass; embolectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh lý tim và mạch máu liên quan đến chuyển hóa ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó, các phương tiện chẩn đoán ngày càng tiến bộ cũng giúp chẩn đoán sớm và chính xác hơn bệnh lý này.⁷ Mặc dù gần đây các kỹ thuật can thiệp qua da điều trị bệnh mạch máu rất phát triển nhưng phẫu thuật mạch máu vẫn được thực hiện ngày càng tăng với nhiều kỹ thuật mới và qua đó kết quả điều trị cũng được cải thiện.^{1,3} Phẫu thuật mạch máu đã được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ khi được thành lập nhưng tăng lên từ khoảng 5 năm trở lại đây, là cơ sở để thành lập Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực từ tháng 6/2019.⁶ Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá kết quả sớm, qua đó đúc rút kinh nghiệm thực tế phẫu thuật mạch máu, làm cơ sở cho sự phát triển chuyên môn của Bệnh viện cũng như đào tạo chuyên ngành của Trường Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các phẫu thuật mạch máu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 1/ 2017 đến tháng 2/2022, bao gồm các phẫu thuật mạch máu ở trong ổ bụng, vùng cổ - nền cổ và các chi, có

đầy đủ thông tin, hồ sơ phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phẫu thuật của ĐMC ngực và ĐM vành.

2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả các trường hợp được phẫu thuật mạch máu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 2/2022.

Các biến số nghiên cứu: các phẫu thuật mạch máu được phân chia theo từng vùng giải phẫu và các đặc điểm bệnh lý: cấp tính, mạn tính, chấn thương, vết thương hay các biến chứng.

Kết quả sớm được đánh giá mức độ như sau:

- Với các phương pháp điều trị cho bản thân mạch máu được phẫu thuật:

+ Tốt: không có biến chứng, bệnh nhân ra viện với triệu chứng lâm sàng cải thiện và kết quả cận lâm sàng tốt.

+ Khá: có biến chứng và xử lý được, bệnh nhân ra viện với triệu chứng lâm sàng cải thiện và kết quả cận lâm sàng tốt.

+ Kém: bệnh nhân tử vong hoặc có biến chứng nặng không xử lý được (cắt cụt chi, hôn mê ...)

- Với các phẫu thuật hỗ trợ điều trị các bệnh chính khác

+ Tốt: Đáp ứng tốt yêu cầu kỹ thuật điều trị bệnh chính

+ Khá: Đáp ứng được một phần yêu cầu kỹ thuật điều trị bệnh chính hoặc có biến chứng xử lý được.

+ Kém: Không đáp ứng được yêu cầu kỹ thuật điều trị bệnh chính hoặc có biến chứng nặng là nguyên nhân làm điều trị bệnh chính thất bại.

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0

3. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân và người nhà đại diện được thông báo và đồng ý bằng văn bản tham gia vào nghiên cứu. Thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến tháng 2/2022 có 238 trường hợp đáp ứng được các tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu với tuổi trung bình là $51,2 \pm 20$ (cao nhất: 91 tuổi, nhỏ nhất: 6 tuổi)

Bảng 1: Phân loại các phẫu thuật mạch máu theo vùng giải phẫu (N = 238)

PT theo vùng giải phẫu	Bệnh lý	n	Tổng
PT mạch máu vùng cổ - nền cổ	Bệnh hẹp động mạch cảnh	23	40 (16,8%)
	Bệnh hẹp động mạch dưới đòn	4	
	Tạo đường vào thực hiện can thiệp qua da	1	
	Chuyển vị mạch (cho phẫu thuật hybrid ĐMC ngực)	1	
	Chấn thương - vết thương	6	

	Khác (u máu, bạch mạch ...)	5	
PT mạch máu chi trên	Bệnh động mạch chi trên	4	40 (16,8%)
	Tạo thông động tĩnh mạch để chạy thận	7	
	Chấn thương – vết thương	21	
	Khác (u máu, bạch mạch ...)	8	
PT mạch máu ổ bụng	Phồng động mạch chủ/ chậu	23	46 (19,3%)
	Tắc động mạch chủ/ chậu	10	
	Bệnh tĩnh mạch chủ	2	
	Bệnh động mạch tạng	8	
	Chấn thương – vết thương	3	
PT mạch máu chi dưới	Bệnh động mạch chi dưới	36	112 (47,1%)
	Bệnh tĩnh mạch hiển	6	
	Tạo đường vào ECMO	6	
	Tạo đường vào can thiệp qua da	18	
	Chấn thương – vết thương	32	
	Khác (u máu, bạch mạch...)	14	

Bảng 2: Phẫu thuật mạch máu vùng cổ - nền cổ

Bệnh lý	Phẫu thuật	n	Kết quả
Hẹp động mạch cảnh (N = 23)	Bóc nội mạc phương pháp lộn mạch	10	Tốt (22)
	Bóc nội mạc kèm vá mở rộng	11	Kém (1): Tử vong do XH não
	Cắt đoạn – ghép mạch (trực tiếp, tĩnh mạch hiển)	2	
Hẹp động mạch dưới đòn (N = 4)	Chuyển vị ĐM dưới đòn vào ĐM cảnh	2	Tốt (4)
	Bắc cầu đm cảnh – dưới đòn	2	
Đột quỵ não	Mở động mạch cảnh (Tạo đường vào thực hiện can thiệp qua da)	1	Tốt (1)
ĐMC ngực	Bắc cầu đm cảnh – cảnh – dưới đòn trái (phẫu thuật hybrid ĐMC ngực)	1	Tốt (1)

Bảng 3: Phẫu thuật mạch máu trong ổ bụng

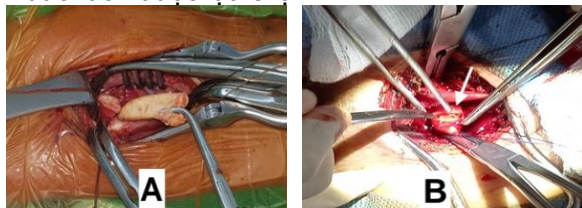
Bệnh lý	Phẫu thuật	n	Kết quả	
Phồng động mạch chủ/ chậu (N = 23; phồng vỡ: 5)	Thay đoạn mạch nhân tạo	21	Tốt: 19; Khá: 2 (tắc mạch, mổ lại lấy huyết khối (1); chảy máu, mổ lại cầm máu (1))	
	Thắt mạch – bắc cầu ngoài giải phẫu	2		
Tắc động mạch chủ/ chậu (N = 10)	Bắc cầu ĐMC – ĐM đùi	10	Tốt: 9; Khá: 1 (cắt cụt cẳng chân do thiếu máu chi tiến triển).	
Động mạch tạng (N = 8)	Phồng/giả phồng	Phục hồi lưu thông(1)-thắt mạch	6	Tốt (6)
	Tăng áp lực tĩnh mạch cửa	Bắc cầu cửa chủ	2	Tốt (1) – Kém (1): tắc cầu nối.
Chấn thương – vết thương (N = 3)	Chấn thương, huyết khối/ Hẹp tắc ĐMC - chậu từ trước	Bắc cầu ĐMC – đùi	1	Kém (Tử vong do thiếu máu không hồi phục chi nặng từ trước mổ)
	Bỏ mạch chậu, mạc treo	Phục hồi lưu thông mạch	2	Tốt (2)

Bảng 4: Kỹ thuật phẫu thuật mạch máu chi dưới

Bệnh lý	Kỹ thuật phẫu thuật	n	Kết quả	
Bệnh ĐM chi dưới (N = 36)	Cấp tính (11)	Lấy huyết khối	8	Tốt: 8; Khá: 1 (mổ lại) Kém: 2 (cắt cụt chi)
		Hybrid (lấy huyết khối + chụp, nong mạch)	3	
	Mạn tính (25)	Bắc cầu (tĩnh mạch hiển: 15; mạch nhân tạo: 6)	21	Tốt: 22 Khá: 3 (tắc cầu)
		Bóc nội mạc Hybrid	1 3	
Chấn thương (N=11)	Cắt đoạn mạch tổn thương, ghép mạch trực tiếp/ tĩnh mạch hiển	11	Tốt: 11	
Vết thương (N=21)	Do vật sắc nhọn	Phục hồi lưu thông/ thắt mạch	7	Tốt: 20 Khá: 2 (hẹp mạch: 1; nhiễm trùng: 1)
	Sau can thiệp	Lấy phồng, phục hồi lưu thông mạch	13	
	Do nghiền chích	Lấy phồng, thắt mạch	1	

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật mạch máu vùng cổ - nền cổ. Phẫu thuật mạch máu ở vùng cổ - nền cổ được sử dụng chủ yếu để điều trị các bệnh lý của ĐM cảnh và dưới đòn. Phẫu thuật bóc nội mạc ĐM cảnh là phương pháp hiệu quả và an toàn, giảm nguy cơ đột quỵ não ở bệnh nhân có hẹp ĐM cảnh ngoài sọ. Hai kỹ thuật chính được sử dụng cho phương pháp này là vá mạch nhân tạo và bóc kiểu lộn ngược (Hình 1A). Kỹ thuật kiểu lộn ngược áp dụng cho hầu hết các thương tổn hẹp ĐM cảnh, thuận lợi cho các trường hợp ĐM cảnh dài hoặc gấp khúc, kích thước tương đối lớn. Chúng tôi sử dụng song song hai kỹ thuật này với tỉ lệ tương đương nhau kèm theo với sử dụng cầu nối (shunt) tạm thời cho những trường hợp hẹp khít/ tắc ĐM cảnh bên đối diện kèm theo (Bảng 1). Trong số được phẫu thuật, có 1 trường hợp tử vong do xuất huyết não cấp, diện rộng. Biến chứng não khá thường gặp sau phẫu thuật hẹp ĐM cảnh do trước mổ người bệnh thường có tổn thương não và bệnh nền tăng huyết áp, hẹp ĐM cảnh trong ổ và sử dụng thuốc chống đông sau mổ.¹ Các trường hợp hẹp ĐM dưới đòn (4 bệnh nhân) được chỉ định phẫu thuật khi có triệu chứng ăn cắp máu hoặc thiếu máu chi. Chúng tôi thực hiện với 2 phương pháp chính là bắc cầu ĐMC cảnh - dưới đòn hoặc chuyển vị ĐM dưới đòn vào ĐM cảnh. Tất cả đều cho kết quả tốt. Chuyển vị ĐM dưới đòn vào ĐM cảnh có thể cho tuổi thọ của cầu nối tốt hơn nhưng thường chỉ thực hiện khi tổn thương ở đoạn đầu ĐM dưới đòn. Khi tổn thương trên đoạn dài, đoạn xa của ĐM dưới đòn thì phương pháp bắc cầu ĐM cảnh - dưới đòn được lựa chọn.

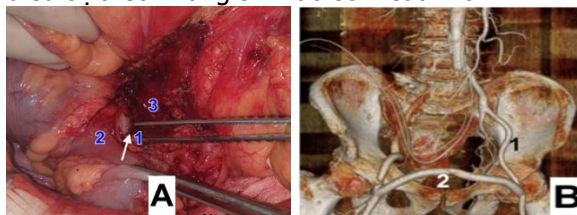


Hình 1: A – Phẫu thuật bóc nội mạc ĐM cảnh kiểu lộn ngược; B – Phẫu thuật khâu vết thương bên ĐM sau can thiệp.

Phẫu thuật mạch máu vùng cổ - nền cổ còn được thực hiện để hỗ trợ các phương pháp điều trị khác như mở động mạch cảnh để thực hiện can thiệp đột quỵ não khi cấu trúc động mạch khó tiếp cận qua đường can thiệp qua da (ví dụ động mạch gấp góc) hoặc chuyển vị các nhánh của quai ĐMC trước khi thực hiện đặt stent graft cho ĐMC xuống. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp phẫu thuật lấy khối phồng và khâu vết

thương bên ĐM cảnh sau can thiệp (Hình 1B) và 1 trường hợp bắc cầu ĐM cảnh – cảnh – dưới đòn trước khi đặt stent graft điều trị lóc ĐMC loại B.

Phẫu thuật mạch máu ổ bụng. Trong nghiên cứu này, phồng ĐMC bụng là bệnh lý được thực hiện nhiều nhất với 23 trong tổng số 46 trường hợp (Bảng 3). Trong số đó, gần 1/4 là phồng vỡ. Điều đó cho thấy việc chẩn đoán và phát hiện sớm bệnh lý này vẫn còn những hạn chế. Đáng chú ý, có 2 trường hợp là phồng nhiễm trùng, trong đó có 1 trường hợp vỡ phồng vào đại tràng (Hình 2). Do đó chúng tôi thực hiện phẫu thuật bằng cách thắt mạch chủ bụng và bắc cầu ngoài giải phẫu để tránh nguy cơ nhiễm trùng vào mạch nhân tạo, song song với điều trị theo kháng sinh đồ sớm sau mổ.



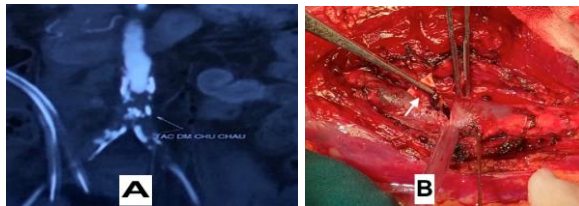
Hình 2: Phẫu thuật phồng ĐM chậu góc phải vỡ vào đại tràng sigma: A - Hình ảnh tổn thương trong ổ: 1- Lỗ thủng đại tràng sigma; 2- Đại tràng sigma, 3- Khối phồng động mạch chậu góc phải; B - Phim chụp cắt lớp mạch máu sau mổ: 1- Động mạch chậu ngoài trái; 2- Cầu nối động mạch đùi – đùi.

Bệnh hẹp tắc ĐM bụng – chậu được phát hiện và chỉ định phẫu thuật khi có thiếu máu chi dưới với phương pháp chính là bắc cầu ĐM chủ - đùi. Phương pháp này có ưu điểm tái lưu thông dòng máu theo đúng giải phẫu nhưng có nhược điểm là phải mở vào ổ bụng, là một phẫu thuật khá nặng ở những người nhiều bệnh nền, cao tuổi. Do đó, nếu trường hợp nguy cơ phẫu thuật cao, có thể lựa chọn giải pháp bắc cầu ngoài giải phẫu, tránh đi vào ổ bụng như bắc cầu nách – đùi, đùi – đùi, mặc dù các cầu nối dạng này cho kết quả lâu dài không thực sự tốt.⁴

Bệnh lý phồng ĐM tạng ít gặp và có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, nhất là khi khối phồng đã vỡ. Can thiệp mạch qua da là một giải pháp khả thi và ít xâm lấn, có nhiều ưu điểm để người bệnh phục hồi nhanh. Tuy nhiên giải pháp phẫu thuật vẫn là một trong những lựa chọn hàng đầu.² Phẫu thuật vừa có thể xử lý được triệt để khối phồng, vừa đánh giá và xử lý được những tổn thương các cơ quan đích liên quan đến tổn thương các nhánh mạch tạng. Đa phần bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật với phương pháp thắt các

nhánh mạch vì đây là các nhánh mạch nhỏ, có tuần hoàn bàng hệ tốt.

Chấn thương ĐMC bụng là thương tổn có thể gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương phức tạp.⁸ Trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện có tình trạng sốc mất máu, chấn thương bụng kín, vỡ ruột non, vỡ gan phải mổ cấp cứu. Sau mổ phát hiện thiếu máu chi cấp tính nặng, tắc chạc ba chủ chậu. Trong mổ có tổn thương thiếu máu nặng đùi cẳng chân 2 bên (đánh giá qua đường mở cân) và đưng dập, huyết khối trên nền xơ vữa, vôi hóa nặng ngã ba ĐMC chậu (Hình 3). Phẫu thuật bắc cầu ĐMC – đùi hai bên bằng mạch nhân tạo được thực hiện nhưng tiến triển suy đa tạng tiếp tục, người bệnh tử vong. Ở bệnh nhân này tổn thương xơ vữa, vôi hóa sẵn có nên dưới tác động của sang chấn và giảm gia tốc đột ngột khi tai nạn, thành mạch dễ bị lóc, bong màng xơ vữa, dẫn tới hình thành huyết khối gây tắc mạch. Ngoài ra, tình trạng sốc đa chấn thương của người bệnh đòi hỏi phải phẫu thuật ổ bụng khẩn cấp cũng làm khó khăn quá trình chẩn đoán và thiếu máu chi trầm trọng, tiến triển nhanh hơn.



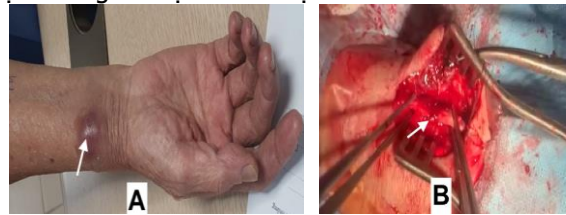
Hình 3: Chấn thương ĐMC bụng – chậu

A – Phim CT trước mổ; B – Tổn thương huyết khối và vôi hóa thành mạch

Phẫu thuật mạch máu chi. Phẫu thuật mạch máu chi chiếm 2/3 tổng số phẫu thuật mạch máu trong nghiên cứu (chi trên chiếm 16,8% và chi dưới chiếm 47,1%) (Bảng 1). Chấn thương và vết thương mạch máu chiếm một tỉ lệ lớn, phù hợp với thực trạng tai nạn giao thông, lao động và bạo lực tại Việt Nam, đã được nêu ra ở nhiều báo cáo trước đây, với các kỹ thuật chính được áp dụng là loại bỏ mạch thương tổn, phục hồi bằng khâu nối mạch trực tiếp hoặc ghép đoạn bằng tĩnh mạch hiển.⁵

Hiện nay, bên cạnh phẫu thuật, can thiệp mạch máu qua da ngày càng phát triển và được áp dụng ngày càng nhiều để điều trị bệnh mạch máu chi. Trong một số trường hợp, sự phối hợp giữa phẫu thuật và can thiệp (hybrid) mới đem lại hiệu quả tối ưu cho điều trị. Phương pháp hybrid này được áp dụng cả trong bệnh lý cấp tính cũng như mạn tính.³ Đối với tổn thương cấp tính, chúng tôi thường áp dụng biện pháp lấy

huyết khối đồng thời với chụp và nong mạch ở những bệnh nhân có xơ vữa, hẹp mạch kèm theo do ở những bệnh nhân này, thành mạch vô cùng chắc, nếu chỉ sử dụng bóng Forgaty thì không thể tối ưu hóa tái thông lòng mạch. Đối với tình huống thiếu máu chi mạn tính, chúng tôi thường sử dụng phương pháp hybrid cho tổn thương nhiều tầng theo nguyên tắc bắc cầu (bằng mạch nhân tạo hoặc tĩnh mạch hiển) phối hợp với nong hoặc đặt stent cho các tầng tổn thương còn lại. (Bảng 4) Phương thức này tối ưu hóa được hiệu quả tái thông mạch nhưng đồng thời cũng đem lại cho người bệnh mức độ xâm lấn tối thiểu.



Hình 4: giả phình ĐM quay: A – trước mổ; B – trong mổ

Song song với sự phát triển của can thiệp tim mạch qua da, phẫu thuật mạch máu chi dưới trước hết là một giải pháp điều trị phối hợp một bệnh lý mạch máu (kỹ thuật hybrid điều trị thiếu máu chi cấp tính hoặc mạn tính, như đã đề cập ở trên), hoặc để tạo đường vào để thực hiện các can thiệp đặt stent cho ĐMC hay các can thiệp qua da về tim (thay van ĐMC qua da). Tùy vào yêu cầu kỹ thuật của các can thiệp qua da, đường vào có thể được tạo qua một hay cả hai bên ĐM đùi (đặt stent ĐMC bụng – chậu chữ Y cần phải bộc lộ cả hai bên đùi, thay van ĐMC qua hay đặt stent ĐMC ngực bộc lộ một bên). Trong nghiên cứu có tổng số 18 trường hợp thực hiện tạo đường vào, tất cả đều tạo đường vào thuận lợi để can thiệp và không có biến chứng sau mổ. Mặc dù hiện nay kỹ thuật đóng mạch qua da với dụng cụ (Perclose ProGlide) đã được sử dụng khá phổ biến trong can thiệp, tuy nhiên phẫu thuật mở ĐM đùi vẫn là một phương án kinh tế, hiệu quả và an toàn. Ngoài ra, trong nghiên cứu phẫu thuật mạch máu còn giúp xử lý các biến chứng tại chỗ chọc mạch khi can thiệp với 20 trường hợp (14 ở chi dưới, 4 ở chi trên và 2 ở ĐM cảnh). Thường gặp nhất là giả phồng ĐM đùi nông phải và đa phần được thực hiện lấy khối giả phồng, khâu vết thương bên mạch máu (Hình 4). Tuyệt đại đa số đều có kết quả tốt sau phẫu thuật. Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ ben, được tiến hành để hở vết mổ kết hợp với hút áp lực âm liên tục. Vùng ben ở những bệnh nhân béo phì với lớp mỡ dưới da dày có thể làm tăng

nguy cơ rò bạch huyết cũng như nhiễm trùng vết mổ. Ngoài ra có 1 trường hợp bị hẹp khít ĐM đùi nông sau khâu vết thương bên trên nền thành mạch xơ vữa, hẹp trước khi can thiệp, tiến triển thành thiếu máu chi mạn tính, được phẫu thuật hybrid với kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mạch máu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ngày càng phát triển về số lượng cũng như bệnh lý, trải đều ở tất cả các vùng giải phẫu (cổ - nền cổ, ổ bụng, các chi). Phẫu thuật mạch máu không chỉ để điều trị cho bản thân bệnh mạch máu mà còn hỗ trợ điều trị bệnh lý chính ở các cơ quan khác như các can thiệp về tim và ĐMC. Ngoài ra kỹ thuật ngoại khoa này còn góp phần phát triển các kỹ thuật phức tạp và chuyên sâu khác như ECMO. Do đó, phẫu thuật mạch máu ngày càng đóng góp nhiều hơn vào sự phát triển chuyên môn cũng như đào tạo tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Quế, Đào Hồng Quân.** Phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh: Kinh nghiệm 1200 trường hợp tại một trung tâm. Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 2020;30:83-89. doi:<https://doi.org/10.47972/vjcts.v30i.478>
2. **Đỗ Kim Quế, Trần Quý Trường.** Báo cáo ca lâm sàng: điều trị túi giả phình động mạch vị tá tràng dọa vỡ bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Tạp

chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2021;30:78-82. doi:<http://doi.org/10.47972/vjcts.v30i.477>

3. **Nguyễn Duy Thăng, Đoàn Quốc Hưng.** Kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới bằng phẫu thuật phối hợp với can thiệp mạch máu một thì (Hybrid) tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2014 - 2015. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2020;15:10-16. doi:<http://10.47972/vjcts.v15i.156>
4. **Nguyễn Đức Thuyết, Vũ Ngọc Tú, Ngô Gia Khánh, et al.** Kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi - đùi trong điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 - 2020. 2021;94-95:83-90.
5. **Nguyễn Hữu Ước, Chế Đình Nghĩa, Dương Đức Hùng, et al.** Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương - vết thương mạch máu ngoại vi tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006. Ngoại khoa. 2007;(4):12-19
6. **Vũ Ngọc Tú, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Duy Thăng, et al.** Kết quả hoạt động của Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sau 1 năm thành lập. Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 2021;31:53-59. doi:<https://doi.org/10.47972/vjcts.v31i.503>
7. **Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, et al.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. Journal of vascular surgery. 2018;67(1):2-77. e2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.10.044>
8. **Shalhub S, Starnes BW, Tran NT, et al.** Blunt abdominal aortic injury. Journal of Vascular Surgery. 2012;55(5):1277-1285. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jvs.2011.10.132>.

KHẢO SÁT BIẾN THỂ GEN ACE I/D Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Trần Công Duy*, Trương Quang Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tỉ lệ kiểu gen và alen của ACE I/D ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu này được thiết kế cắt ngang, mô tả các bệnh nhân NMCT cấp nhập khoa Nội Tim Mạch và khoa Tim Mạch Can Thiệp, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến 07/2020. Tất cả bệnh nhân được thực hiện phản ứng chuỗi polymerase (PCR) xác định kiểu gen và alen của biến thể ACE I/D. **Kết quả:** 130 bệnh nhân NMCT cấp (tuổi trung bình $65,7 \pm 11,9$; 67,7% là nam giới) được chọn vào nghiên cứu. Rối loạn lipid máu (90,3%) và tăng huyết áp (87,7%) là các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất. Tỉ lệ bệnh nhân NMCT cấp ST chênh

lên là 51,5% và phân độ Killip I chiếm 76,2%. Tỉ lệ kiểu gen II, ID và DD của điểm đa hình ACE I/D lần lượt là 42,3%; 41,5% và 16,2%. Tỉ lệ alen I và D của biến thể này là 59,2% và 40,8%. **Kết luận:** Kiểu gen DD và alen D chiếm tỉ lệ thấp nhất trong biến thể gen ACE I/D của bệnh nhân NMCT cấp.

Từ khóa: kiểu gen, alen, ACE I/D, nhồi máu cơ tim cấp

SUMMARY

A SURVEY OF ACE I/D GENETIC VARIANT IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objects: to assess the genotype and allele proportion of the angiotensin-converting enzyme (ACE) insertion/deletion (I/D) polymorphism in patients with acute myocardial infarction (AMI). **Subjects and methods:** This was a cross-sectional and descriptive study among AMI patients at Department of Cardiology and Department of Invasive Cardiology, Cho Ray Hospital between January 2020 and July 2020. All patients were determined ACE I/D genotypes by polymerase chain reactions. **Results:** A

*Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy

Email: dr.trancongduy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022