

Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp động mạch cảnh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nguyễn Đức Hoàng, Đoàn Quốc Hưng
Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Hữu Ước

Khoa Phẫu thuật Tim mạch lồng ngực - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Hẹp động mạch cảnh do Vữa xơ Động mạch (VXĐM) là bệnh mạch máu thường gặp có thể gây hậu quả nặng nề (nhồi máu não). Mặc dù gần đây có sự phát triển kỹ thuật can thiệp nội mạch tuy nhiên phẫu thuật bóc nội mạc ĐM cảnh vẫn là phương pháp ưu việt phòng tai biến mạch máu não. Phẫu thuật được thực hiện theo 2 kỹ thuật: Mở dọc động mạch bóc nội mạc sử dụng miếng vá nhân tạo và lộn mạch bóc nội mạc. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang đặc điểm trước mổ, kỹ thuật và kết quả mổ của bệnh nhân hẹp động mạch cảnh từ 2006- 2014.

Kết quả: 59 bệnh nhân 50 nam và 9 nữ với 65 lần mổ (6 BN mổ 2 bên), tuổi trung bình $69,3 \pm 8,3$, có triệu chứng chiếm 83,08%. Kỹ thuật mở dọc động mạch bóc nội mạc là 63,1%, lộn mạch 36,9%. Biến chứng chảy máu 3,1% (2 TH), khàn tiếng 4,6% (3 TH), tử vong sau ra viện 30 ngày 4,6% (3TH), không có tử vong và mổ lại trong thời gian nằm viện ngay sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật là lựa chọn an toàn, hiệu quả đối với điều trị hẹp động mạch cảnh.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu cho thấy 80% các trường hợp tai biến mạch máu não (TBMMN) là nhồi máu não, nguyên nhân do hẹp động mạch (ĐM) cảnh là 15-30%. Tại Hoa Kỳ khoảng 730.000 trường hợp bị TBMMN mỗi năm và chi phí cho các bệnh nhân này lên đến 40 tỉ đô la [1],[2],[3]. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh làm giảm nguy cơ TBMMN. Hiệu quả của phẫu thuật đã được chứng minh nhiều năm nay trên thế giới, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về đề tài này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân hẹp ĐM cảnh được phẫu thuật tại BV Việt Đức từ 2006-2014. Phân tích các thông số về lâm sàng, trong và sau mổ theo 2 phương pháp mổ mở vá mạch (cCEA) và lộn mạch (eCEA). Số liệu được xử lý, so sánh đối chiếu với các phương pháp điều trị khác đã được công bố.

KẾT QUẢ

Từ 1/2006 đến 6/2014 có 59 BN hẹp động mạch cảnh trong với 65 lần mổ (6 BN mổ hai bên) mổ tại Bệnh viện Việt Đức đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ BN nghiên cứu (N=59)

Các thông số (nhập viện)	Kết quả
Tuổi (năm)	69,29 ± 8,29
Giới (Nam/ Nữ)	50 nam / 9 nữ
Tăng huyết áp	87,7%
Đái tháo đường	35,4%
Hút thuốc lá	4,5%
Rối loạn mỡ máu	23,1%

Bảng 2. Phân bố theo chỉ định mổ (dấu hiệu thần kinh) (n=65)

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Không triệu chứng	11	16,9
Đau đầu	11	16,9
TBMMN thoáng qua	22	33,8
TBMMN cố định	31	47,7
Tổng số	65	100

Bảng 3. Thương tổn ĐM cảnh trên Siêu âm, chụp mạch và cắt lớp vi tính

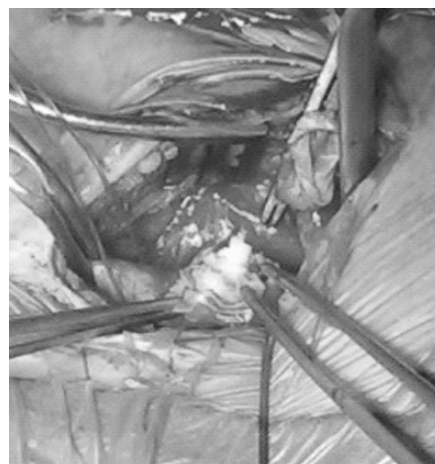
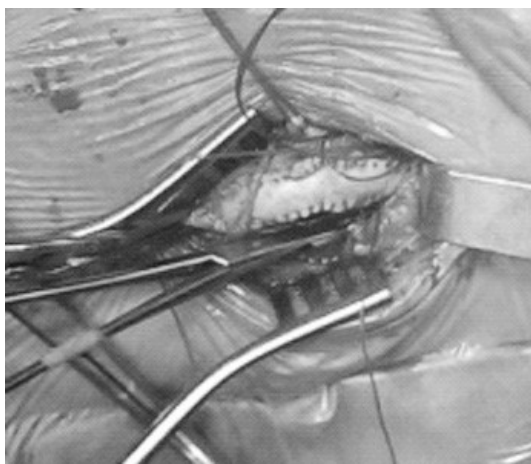
Mức độ hẹp %	Siêu âm		Chụp mạch (DSA)		Cắt lớp vi tính MSCT	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
< 70 %	1	1,5	1	1,5	2	3,1
70-90%	48	73,8	10	15,4	28	43,1
≥ 90 %	16	24,7	6	9,2	11	16,9
Không chụp	0	o	48	73,9	24	36,9
Tổng số	65	100%	65	100%	65	100%

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật và bệnh phổi hợp (n=65)

Cách thức mổ	Trung bình (phút)		Số BN	Bệnh phổi hợp	
	Thời gian mổ	Thời gian kẹp ĐM cảnh		Mạch vành	Mạch chi
cCEA	117,0	32,9	41	15 BN (23,7%)	5 BN (8,5%)
eCEA	105,5	29,6	24		
Chung	112,8	31,7	65		

Bảng 5. Biến chứng sớm (trong vòng 30 ngày sau mổ)

Biến chứng	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	2	3,08
Tai biến mạch máu não	3	4,61
Tổn thương thần kinh	3	4,61
Nhiễm trùng	0	0
Mổ lại	0	0
Tử vong	3	4,61



Hình 1. Hai kỹ thuật bóc nội mạc động mạch: Kỹ thuật mở vá động mạch (bên trái) và Kỹ thuật lộn mạch (bên phải)

Bảng 6. Kết quả khám lại và siêu âm kiểm tra (n=52)

Vị trí	% Hẹp	Hẹp < 30%	Hẹp 30-50%	Hẹp >50%
	Bên đã mổ		42 (64,6 %)	6 (9,2 %)
Bên đối diện		35 (53,9%)	10 (15,4%)	7 (10,8%)

BÀN LUẬN

Dịch tễ và yếu tố nguy cơ

Độ tuổi của nhóm nghiên cứu trung bình là 69,3±8,3; ít nhất là 50 và lớn nhất là 86 tuổi. Đặc điểm này tương đồng với những nghiên cứu khác (NASCET, ECST, CREST)[1]. Bệnh hẹp ĐM cảnh nằm trong bệnh cảnh VXĐM toàn thân nói chung vì vậy độ tuổi mắc bệnh của bệnh nhân khá cao và thường kèm theo bệnh mạch máu khác: mạch vành, mạch chi, mạch chủ bụng... Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành phải can thiệp hoặc mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,73% (15BN), với mạch chi là 8,5% (5BN)[4],[5],[6].

-Tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, ... là các yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh lý VXĐM nói chung cũng như bệnh hẹp mạch cảnh nói riêng. Cứ 10 mmHg huyết áp tăng lên, nguy cơ TBMMN tăng từ 30% đến 45% [7], đái tháo đường phối hợp với nhiều yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ với tăng độ dày nội trung mạc động mạch cảnh [8],[9]. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ TBMMN từ 25% đến 50%. Tại nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá lần lượt là 87,7%, 35,4% và 41,5% tương tự với các nghiên cứu khác NASCET, ACAS

Lý do vào viện và chỉ định mổ

83% BN vào viện trong tình trạng có triệu chứng thần kinh [bảng 2]. 47,7% BN có biểu

hiện về thần kinh rõ (liệt ½ người, liệt mặt, thất ngôn). Tỷ lệ này cao hơn so với các kết quả nghiên cứu trên thế giới, phản ánh trình độ nhận thức về bệnh tật của BN và chăm sóc sức khỏe ban đầu ở nước ta chưa được tốt. Không ít BN trong số này mặc dù có TBMMN thoáng qua, hoặc TBMMN thực sự đã được qua điều trị tại cơ sở y tế tuyến dưới nhưng không phát hiện ra bệnh mạch cảnh.

Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính đa dãy là phương tiện chính xác và tiện lợi nhất để chẩn đoán cũng như theo dõi hẹp ĐM cảnh trước và sau mổ. Độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm theo Filis KA và cộng sự là 84,3% và 99,3%. Chụp ĐM cảnh, động mạch đốt sống xóa nền (DSA) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hẹp ĐM cảnh, tuy nhiên là thăm dò chảy máu nên có hạn chế. Với ưu thế về giá thành, mức độ xâm lấn ít, độ nhạy và độ đặc hiệu cao siêu âm ngày càng được ứng dụng phổ biến. Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được siêu âm hệ thống trước và sau mổ, cũng như theo dõi sau này.

Kỹ thuật mổ bóc nội mạc ĐM cảnh

2 kỹ thuật được ứng dụng là mổ mở bóc nội mạc và mạch và lộn mạch bóc nội mạc. Tỷ lệ giữa kỹ thuật cCEA và eCEA là 63,08% và 36,92% [bảng 4]

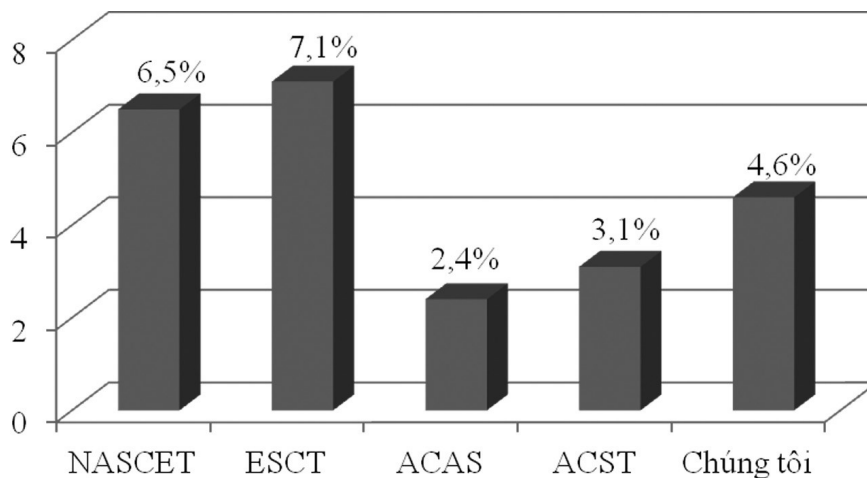
Kỹ thuật cCEA áp dụng cho hầu hết các thương tổn hẹp ĐM cảnh, tuy nhiên giới hạn

trên của thương tổn phía ĐM cảnh trong căn thấp góc hàm. Kỹ thuật lộn nội mạc thuận lợi cho các trường hợp ĐM cảnh dài hoặc gấp khúc, kích thước tương đối lớn. Thời gian phẫu thuật, thời gian kẹp động mạch cảnh của 2 kỹ thuật có sự khác biệt là có ý nghĩa, tuy nhiên sự khác biệt này cũng không ảnh hưởng quá nhiều đến tiên lượng bệnh nhân, biến chứng cũng như lợi ích đạt được của 2 kỹ thuật.

Kết quả

- Kết quả ngay sau mổ và trong thời gian nằm viện: Tử vong hay TBMMN sau mổ là 0 % thấp hơn so với nghiên cứu NASCET, ESCT, CREST (0,5-3% và từ 0,25-3%). Tụ máu vết mổ 3,08% đều điều trị bảo tồn, không cần mổ lại. Liệt dây thần kinh XII 4,61% tương đương với nghiên cứu NASCET, ESCT với tổn thương thần kinh sau mổ khoảng 5,1% giảm còn 3,7% khi xuất viện và sau 4 tháng chỉ còn 0,5%. Siêu âm ngay sau mổ biểu hiện tắc động mạch cảnh cùng bên là 0%, tỷ lệ này là 1,3% (14/1036 trường hợp) theo NASCET. Thời gian nằm viện trung bình là 14,51 +/- 7,59 ngắn nhất là 6 ngày dài nhất là 41 ngày. Thời gian nằm viện cao hơn so với nghiên cứu khác có thể do có các bệnh nhân sau mổ hẹp động mạch cảnh được mổ bệnh hẹp động mạch vành và động mạch chi luôn nên thời gian có xu hướng bị tăng lên.

- Kết quả sau ra viện (30 ngày): Tử vong và TBMMN là 4,61% cao hơn với nghiên cứu ACAS và ACST, thấp hơn so với nghiên cứu của NASCET và ESCT (biểu đồ 1)



Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ tử vong và TBMMN ngoài 30 ngày sau mổ

Xuất huyết não là biến chứng đáng sợ nhất của hội chứng tăng tưới máu sau mổ hẹp ĐM cảnh. 3 BN (4,61%) tử vong (tại bệnh viện tuyến dưới) sau mổ ngoài 30 ngày được xác định là xuất huyết não trên phim chụp cắt lớp vi tính (do huyết áp không khống chế được hoặc do quá liều thuốc chống ngưng tập tiểu cầu). Tỷ lệ ở những nghiên cứu khác là 0,6%- 1,8% [10]. Điều này cho thấy sự theo dõi chưa chặt chẽ cũng như việc kiểm soát huyết áp sau ra viện còn chưa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi

4.6. Kết quả khám lại: Hẹp động mạch cảnh có ý nghĩa chiếm 15,38%, mức hẹp ≥ 50% chiếm

6,15%, tỷ lệ này là 5,2-11,4% theo NASCET [9],[10].

So sánh mổ với can thiệp nội mạch trong điều trị hẹp động mạch cảnh

+ Với BN <70 tuổi: TBMMN hoặc tử vong trong 30 ngày đầu là 5,1% với nhóm đặt Stent và 4,5% với nhóm mổ.

+ Với BN ≥70 tuổi: Tỷ lệ này là 10,5% nhóm đặt stent và 4,4% nhóm mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi, tai biến mạch máu não là 4,16% trong 30 ngày đầu sau mổ thấp hơn so với nhóm can thiệp 8,9%. Hẹp ĐM >50% sau mổ của chúng tôi là 6,15% tương ứng với các nghiên cứu của NASCET, ECST... và thấp hơn của nhóm can thiệp với tái hẹp trong stent sau 1 năm là 2,7% - 13%.

KẾT LUẬN

Qua 59 BN với 65 lần mổ bóc nội mạc ĐM cảnh từ 2006-2014 chúng tôi thấy: BN nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/ nữ là 4,8. Phần lớn BN nhập viện khi đã có biểu hiện triệu chứng, tỷ lệ này ngày càng giảm dần ở các nước phát triển do sự tiếp cận cũng như chăm sóc sức khỏe ban đầu được nâng cao. Siêu âm và MSCT là phương tiện quan trọng đối với chẩn đoán cũng như theo dõi BN trước và sau mổ. Hai kỹ thuật mổ được áp dụng phổ biến hiện nay là mổ mở bóc nội mạc và động mạch và kỹ thuật lộn mạch bóc nội mạc. Ưu thế của phẫu thuật càng được thể hiện rõ hơn với tỷ lệ tử vong và tai biến trong thời gian nằm viện là 0%, tỷ lệ tái hẹp sau phẫu tương đối thấp 5-11,4%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong sau ra viện 30 ngày lên tới 4,6%, chúng tôi việc chăm sóc và theo dõi BN sau mổ là hết sức quan trọng và cần thiết.

Background: Carotid stenosis caused by atherosclerosis is a common vascular disease and this disease can cause severe consequences. Despite the developing of endovascular technique recently, endarterectomy remains the key solution of treatment. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive of some preoperative characteristics, surgical techniques and postoperative results of endarterectomy in the patients operated from 2006 to 2014. **Results:** 59 patients included 50 males and 9 females with 65 interventions (6 patients with bilateral endarterectomy), mean age was $63,1 \pm 10,9$. Carotid stenosis symptomatic was (83,08%). Classical technique of endarterectomy - extended artery by artificial patch was 63,1%, eversion technique was 36,9%. Bleeding complication was 3,1% (2 cases), hoarseness 4,6% (3 cases), mortality after hospital discharge accounted for 30 days was 4,6% (3 cases). No death was in the hospital. **Conclusion:** Endarterectomy is a safe choice for effective treatment of carotid stenosis. **Keywords:** Internal carotid artery stenosis, endarterectomy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **John Lumley and P. Srodon** (2008), *Carotid Endarterectomy*, *Vascular Surgery*, J.-S. P. Lumley and J.-R. Siewert, Editors. p. 18.
2. **Wolf, P.A., et al** (1999), Preventing ischemic stroke in patients with prior stroke and transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke*, 30(9):1991-4.
3. **White, H., et al** (2005), Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks, and Hispanics: the Northern Manhattan Study. *Circulation*, 111(10):1327-31
4. **Henry, M., et al.** (2005), Bilateral carotid angioplasty and stenting. *Catheter Cardiovasc Interv.* 64(3): 275-82.
5. **Hertzner, N.R., et al.** (1985), Coronary angiography in 506 patients with extracranial cerebrovascular disease. *Arch Intern Med.* **145**(5): 849-52.
6. Craven, T.E., et al. (1990), Evaluation of the associations between carotid artery atherosclerosis and coronary artery stenosis. A case-control study. *Circulation.* **82**(4): 1230-42
7. **Abdel-Rahman O, Fouad M** (1990), Meta-analysis of hypertension treatment trials, *Lancet*, 335(8697): 1092-4.
8. **Franklin, S.S., et al** (2001), Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. *Circulation*, 103(9):1245-9
9. **Đặng Hanh Đệ, Đoàn Quốc Hưng** (2008), *Bóc nội mạc động mạch cảnh, Kỹ Thuật Mổ*, Nhà xuất bản y học: 39-43.
10. **Larry B. Goldstein, MD; Wesley S. Moore, MD; James T. Robertson, MD** (1997), Complication rates for carotid endarterectomy a call to action, *Stroke*, **28**: 889-890.