

chức bộ máy, nhân sự và tài chính của Bệnh viện Trường ĐHYK Vinh giai đoạn 2020-2022" quy mô giường bệnh của Bệnh viện theo lộ trình cụ thể như sau: 100 giường (năm 2020), 150 giường (năm 2021), 150 giường (năm 2022) [4]. Trước cơ hội, cũng là thách thức mới, việc lựa chọn mô hình chăm sóc phù hợp là cần thiết nhằm mang lại hiệu quả trong công việc, tăng cường phối hợp điều dưỡng với Bác sĩ trong CSNB, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước chuẩn bị trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 62.5% và 79.25%. Tỷ lệ ĐTNC tiến hành các bước thực hiện trong quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 68.3% và 84.3.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trung bình điểm sau khi áp dụng quy trình phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với khoảng tin cậy 95% từ 2.9 đến 3.9 ($p < 0.05$).

Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB của các nhóm yếu tố cá nhân như: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, vị trí được phân công chăm sóc với ($p < 0.05$).

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trung bình điểm trước, sau cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng trong CSNB trên mô hình phân công chăm sóc: điều dưỡng chăm sóc chính ($p < 0.05$). Trung bình điểm mức độ phối hợp CSNB sau can thiệp cải tiến quy trình phối hợp bác sĩ và điều dưỡng cao hơn trước can thiệp 3.4 đơn vị điểm theo thời gian (từ 12.8 lên 16.2) với $p < 0.05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 về việc Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, Hà Nội.
2. Trần Ngọc Trung (2012), Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
3. UBND tỉnh Nghệ An (2018), Quyết định về việc thành lập Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, số 2808/QĐ-UBND ngày 5/7/2018 của UBND tỉnh Nghệ An.
4. UBND Tỉnh Nghệ An (2020), Quyết định số 3973/QĐ-UBND, ngày 09 tháng 11 năm 2020, "V/v phê duyệt phương án tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, nhân sự và tài chính của Bệnh viện Trường ĐHYK Vinh giai đoạn 2020-2022".
5. A. Ozdemir & et al (2008), "Gender and career: Female and male nursing students' perceptions of male nursing role in Turkey", Health Science Journal® All Rights Reserved, 2(3), pg. 153-161.

BẤT THƯỜNG XUẤT PHÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI TỪ XOANG VÀNH TRÁI TRÊN CLVT 256 DÂY: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Đình Minh*

TÓM TẮT

Bất thường xuất phát của động mạch vành phải từ xoang vành trái là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp. Động mạch vành phải xuất phát bất thường chạy giữa động mạch chủ và động mạch phổi nên bị chèn ép khi hoạt động gắng sức có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng như ngất xỉu, nhồi máu cơ tim hay đột tử. Chẩn đoán bệnh thường dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính mạch vành. Đa số các trường hợp được điều trị bảo tồn. Điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch được chỉ định đối với các trường hợp có nguy cơ. Chúng tôi

trình bày hai trường hợp có bất thường xuất phát động mạch vành phải từ xoang vành trái phát hiện tình cờ khi chụp cắt lớp vi tính mạch vành và điểm y văn về quan điểm chẩn đoán và điều trị đối với dị tật này.

Từ khóa: bất thường động mạch vành, cắt lớp vi tính, đột quỵ tim mạch.

SUMMARY

ABNORMAL ORIGIN OF THE RIGHT CORONARY ARTERY FROM THE LEFT CORONARY SINUS ON 256-SLICE MSCT: CASE REPORTS

Abnormal origin of the right coronary artery from the left coronary sinus is a rare congenital anomaly. The right coronary artery has an abnormal origin and runs between the aorta and the pulmonary trunk, so it is compressed when physical activity causing these symptoms such as syncope, myocardial ischemia, and sudden cardiac death.. Diagnosis is usually based on MDCT coronary angiography. In most

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhhd24@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022

cases, conservative treatment is indicated. Surgical treatment or endovascular intervention is indicated for cases at risk. We present two cases with anomalous origin of right coronary artery from the left coronary sinus that was discovered incidentally and review the literature on the diagnostic and therapeutic point of view for this malformation.

Keywords: anomalous coronary artery origin, computed tomography, sudden cardiac death.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường giải phẫu vị trí xuất phát động mạch vành (ĐMV) được phát hiện trên chụp mạch vành thay đổi từ 0,3% đến 1,3%^{1,2}. Trong đó bất thường xuất phát ĐMV phải từ xoang vành trái là một dạng hiếm gặp với khoảng 0,026% - 0,25% dân số^{2,3}. Phần lớn các bất thường này là lành tính về mặt lâm sàng; tuy nhiên, một số dị tật có thể gây nên những hệ quả nghiêm trọng như đột tử, nhồi máu cơ tim, ngất xỉu^{2,4}. Nguyên nhân được cho là do ĐMV bất thường nằm kẹt giữa động mạch chủ và động mạch phổi, lồng vào có dạng khe hẹp, góc xuất phát với động mạch chủ nhỏ và có đoạn chạy trong thành động mạch chủ nên dễ bị chèn ép khi hoạt động gắng sức⁵. Chúng tôi mô tả 2 trường hợp trên lâm sàng không có biểu hiện thiếu máu mạch vành, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) mạch vành phát hiện thấy ĐMV phải phát sinh từ xoang vành trái. Chúng tôi bàn luận về mức độ nguy hiểm của dị tật này và xem xét các tài liệu hiện nay liên quan đến quan điểm và xử trí.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân thứ nhất. Nam 76 tuổi, đến viện vì được chẩn đoán u dạ dày, có tiền sử cao huyết áp. Bệnh nhân được chụp CLVT mạch vành trước phẫu thuật. Tiền sử bệnh nhân không có biểu hiện bất thường về tình trạng sức khỏe trước đó. Hiện tại, cao huyết áp nhưng hiện đã ổn định nên không dùng thuốc thường xuyên, không có biểu hiện đau ngực hay khó thở. Trên lâm sàng,

bệnh nhân tỉnh táo, huyết áp 135/70mmHg, nhịp tim 73ck/phút. Trên hình ảnh CLVT 256 dãy mạch vành không thấy có vôi hóa. ĐMV phải xuất phát bất thường từ xoang vành trái cạnh gốc động mạch vành trái, chạy sang phải, đi giữa động mạch chủ lên và động mạch phổi. Đoạn đầu ĐMV phải chạy phía trước động mạch chủ có hình bầu dục, hẹp khoảng 46%, kích thước trước-sau 1,5mm trên đoạn 12mm, đoạn sau thành đều có kích thước 4,3mm. Động mạch vành trái có hình ảnh trong giới hạn bình thường, đường kính 5,5mm. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày không có biến chứng gì đặc biệt trong phẫu thuật và hậu phẫu. Bệnh nhân ra viện sau 1 tuần và được hướng dẫn theo dõi sức khỏe tại nhà.



Bệnh nhân thứ hai. Nữ 45 tuổi, xuất hiện hồi hộp, tiền sử gia đình có bệnh tim mạch nên đi kiểm tra sức khỏe, được chỉ định chụp CLVT mạch vành. Trên lâm sàng, bệnh nhân tỉnh táo, huyết áp 115/65mmHg, nhịp tim 76ck/phút. Trên hình ảnh CLVT 256 dãy mạch vành không thấy vôi hóa thành mạch. ĐMV phải xuất phát từ xoang vành trái ngay cạnh gốc động mạch vành trái, chạy giữa động mạch chủ lên và động mạch phổi sang phải. Đoạn đầu ĐMV phải có hình bầu dục, ôm quanh phía trước động mạch chủ, kích thước trước-sau là 1,2mm trên đoạn hẹp khoảng 10mm, đoạn sau thành đều với kích thước 2,9mm. ĐMV trái đường kính 4,6mm, trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chỉ định theo dõi sức khỏe tại nhà, tránh các hoạt động gắng sức.

III. BÀN LUẬN

Bất thường xuất phát của ĐMV phải là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp, có 3 dạng là (1) chạy cao giữa động mạch chủ và động mạch phổi, (2) chạy thấp giữa thất phải và động mạch chủ, (3) bất thường thiếu sản lồng vào ĐMV phải^{6,7}.



Hình 1. Bệnh nhân 1: nam 76t, hình ảnh CLVT- 256 dãy mạch vành dựng hình VR và MPR.

Động mạch vành phải () xuất phát từ xoang vành trái trên ảnh axial (a), bị ép lại () khi chạy giữa động mạch chủ lên và thân động mạch phổi trên dựng hình coronal (b), và trên hình ảnh dựng hình 3D VR (c).

Bất thường xuất phát ĐMV phải có thể gây ra cơn thiếu máu cơ tim do ĐMV phải nằm giữa động mạch chủ và động mạch phổi khiến có nguy cơ bị chèn ép khi hoạt động gắng sức³, khi động mạch chủ giãn ra do tăng cung lượng tim². Ngoài ra, góc xuất phát nhỏ của ĐMV phải từ xoang đối diện sẽ tạo ra một khe trên thành động mạch chủ và có thể bị xẹp xuống khi vận động^{4,8}.

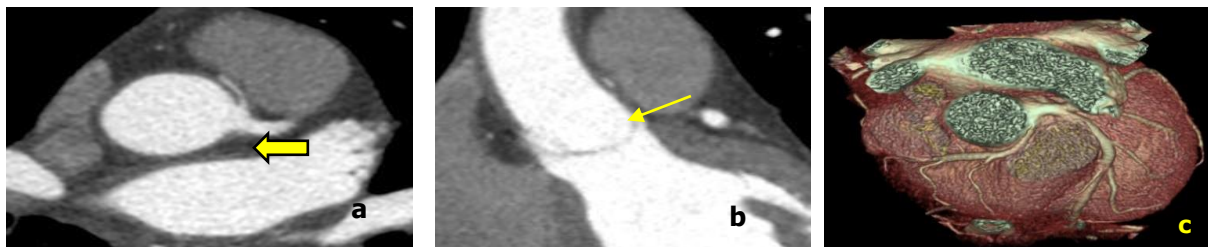
Trên lâm sàng, các triệu chứng có thể biểu hiện ra khi tăng cung lượng tim như trong các hoạt động thể thao gây vượt quá ngưỡng thiếu máu cục bộ^{7,8}. Lâm sàng có thể biểu hiện cơn đau thắt ngực gắng sức, khó thở, loạn nhịp tim hoặc ngất. Nặng nhất là nhồi máu cơ tim cấp hoặc đột tử không có tiền sử xơ vữa ĐMV³. Kiểm tra bằng điện tâm đồ khi nghỉ ngơi hoặc gắng sức không đủ nhạy để phát hiện dị tật bẩm sinh này, cũng như không thể dự đoán khả năng đột tử⁷. Do đó, chẩn đoán sớm các trường hợp bất thường này là rất quan trọng.

Chụp CLVT đa dãy mạch vành được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá các bất thường mạch vành⁹. Chụp mạch vành qua da là thăm khám xâm lấn và thường được chỉ định trong điều trị can thiệp nội mạch. Bệnh nhân có thể

làm thêm nghiệm pháp gắng sức, xạ hình tưới máu cơ tim hoặc chụp cộng hưởng từ tưới máu tim khi biểu hiện lâm sàng không điển hình, để tìm mối liên quan giữa các triệu chứng với bất thường này và hướng tới xử trí.

Trên hình ảnh CLVT 256 dãy mạch vành, chúng tôi đã tái tạo các lát cắt mỏng 0,65mm và lấy ở các chu kỳ tim có hình ảnh rõ nhất, tránh nhiễu ảnh cử động do nhịp tim. Dựng hình lại trên phần mềm máy chủ theo chương trình MIP, VR và MPR để thấy rõ góc xuất phát, đường đi của ĐMV phải và liên quan với thành động mạch chủ hay động mạch phổi. Đo đạc kính thước ĐMV phải để xác định mức độ hẹp, giúp chẩn đoán xác định và phát hiện yếu tố nguy cơ.

Về điều trị, bất thường xuất phát của ĐMV trái thường có nguy cơ cao hơn bên phải nên thường được chỉ định phẫu thuật chỉnh sửa. Do đó, điều trị phẫu thuật cho các trường hợp bất thường xuất phát ĐMV phải còn nhiều tranh cãi vì hầu hết các trường hợp là lành tính⁵. Theo Nagashima và cộng sự thì các trường hợp tuổi <40, nam giới, hoạt động thể thao, không có tiền sử lâm sàng, góc xuất phát hẹp <30° là những yếu tố nguy cơ gây đột tử¹.



Hình 2. Bệnh nhân 2: nữ 45t, chụp CLVT-256 dãy mạch vành dựng hình.

Hình ảnh ĐMV phải (mũi tên vàng) xuất phát từ ĐMV trái, hẹp vị trí xuất phát trên axial (a), hình hẹp theo chiều trước sau (mũi tên nhỏ) đoạn nằm giữa động mạch chủ và động mạch phổi trên dựng hình coronal (b), hình ảnh dựng hình 3D VR (c).

Một số phương pháp phẫu thuật được đề xuất bao gồm chuyển vị trí của ĐMV phải sang động mạch chủ, tạo hình lỗ vào bằng cách cắt bỏ thành chung giữa ĐMV phải và động mạch chủ, ghép nhánh ĐMV phải và kết hợp với thắt gốc động mạch để ngăn cản dòng chảy cạnh tranh². Tác giả Lâm Triều Phát đã báo cáo một trường hợp bất thường xuất phát ĐMV phải từ xoang vành trái đã được phẫu thuật thành công bằng mở rộng lỗ động mạch vành trên thành động mạch chủ⁹.

Bên cạnh đó, nong mạch vành và đặt stent đã được báo cáo là một phương pháp thành công với cải thiện các triệu chứng khi theo dõi trung bình là 5 năm¹⁰. Tuy nhiên, đặt stent cho các trường hợp này là một thách thức về mặt kỹ thuật do khó khăn trong việc tìm kiếm và cố định

đầu ống thông trong lỗ ĐMV. Hơn nữa, mức độ nong stent và lựa chọn loại stent cũng là một vấn đề khó khăn khác⁵.

Mặc dù phẫu thuật và can thiệp mạch có những thành công nhất định, lợi ích lâu dài của các liệu pháp này vẫn còn tranh cãi. Trong trường hợp của chúng tôi, các bệnh nhân tiền sử không có biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng của thiếu máu cơ tim trước đó. Bệnh nhân thuộc nhóm có nguy cơ thấp nên đã được lựa chọn phương thức tự theo dõi tình trạng tim mạch tại nhà.

V. KẾT LUẬN

Bất thường xuất phát ĐMV phải từ xoang vành trái là dị tật bẩm sinh hiếm gặp có nguy cơ gây nên thiếu máu cơ tim, loạn nhịp, ngất hoặc

đột tử, nhất là khi hoạt động gắng sức. Chụp CLVT đa dãy ĐMV là thăm khám cho chẩn đoán xác định. Điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch được đề xuất với các trường hợp bệnh nhân còn trẻ có biểu hiện triệu chứng, trong khi các trường hợp cao tuổi không có biểu hiện lâm sàng thường được chỉ định điều trị bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nagashima K, Hiro T, Fukamachi D, et al. Anomalous origin of the coronary artery coursing between the great vessels presenting with a cardiovascular event (J-CONOMALY Registry). Eur Heart J Cardiovasc Imaging.2020;21(2):222-230. doi:10.1093/ehjci/jez076
2. Fuglsang S, Heiberg J, Byg J, et al. Anomalous origin of the right coronary artery with an interarterial course and intramural part. Int J Surg Case Rep.2015;14:92-94. doi:10.1016/j.ijscr.2015.07.018
3. Regragui H, El Boussaadani B, Benajiba C, et al. Anomalous origin of right coronary artery with interarterial course revealed by effort angina: case report. Pan Afr Med J.2021;38:327-327. doi:10.11604/pamj.2021.38.327.26266
4. Albuquerque F, de Araújo Gonçalves P, Marques H, et al. Anomalous origin of the right coronary artery with interarterial course: a mid-term follow-up of 28 cases. Scientific Reports.2021;11(1):18666. doi:10.1038/s41598-021-97917-w
5. Vadivelu R, Bagga S. Is endovascular therapy the right choice for treatment of functional compression of anomalous right coronary artery arising from left coronary sinus with interarterial course? BMJ Case Rep.2013;2013:bcr2012007856. doi:10.1136/bcr-2012-007856
6. Ho JS, Strickman NE. Anomalous origin of the right coronary artery from the left coronary sinus: case report and literature review. Tex Heart Inst J.2002;29(1):37-9.
7. Greet B, Quinones A, Srichai M, et al. Anomalous Right Coronary Artery and Sudden Cardiac Death. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology.2012;5(6):e111-e112. doi:10.1161/CIRCEP.112.978635
8. Setianto BY, Hartopo AB, Gharini PP, et al. Anomalous Origination of Right Coronary Artery from Left Sinus in Asymptomatic Young Male Presenting with Positive Ischemic Response on Treadmill Test. Case Rep Cardiol.2016; 2016:7652869. doi:10.1155/2016/7652869
9. Lâm Triều Phát, Nguyễn Thái An, Trần Quyết Tiên, et al. Nhân một trường hợp bất thường lỗ xuất phát động mạch vành phải từ xoang vành trái. Web Page. Thầy thuốc Việt Nam. 6/5/2022, 2022. Accessed 5/6/2022, 2022. <https://thaythuocvietnam.vn/thuvien>
10. Angelini P, Uribe C, Monge J, et al. Origin of the right coronary artery from the opposite sinus of Valsalva in adults: characterization by intravascular ultrasonography at baseline and after stent angioplasty. Catheter Cardiovasc Interv.2015;86(2):199-208. doi:10.1002/ccd.26069

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH HÓA CHẤT SIÊU CHỌN LỌC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Bộ*, Nguyễn Trung Kiên*, Đặng Đình Phúc*,
Nguyễn Xuân Hiền**, Ngô Tuấn Minh***, Nguyễn Xuân Khải***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) tại Bệnh viện K từ tháng 9 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp thực nghiệm lâm sàng không đối chứng trên 50 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan được can thiệp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc. **Kết quả:** Số lần can thiệp trung bình

đối tượng nghiên cứu: $1,44 \pm 0,58$ lần, đa số can thiệp 1 lần 60,0%. Nồng độ AFP và kích thước khối u tại các thời điểm theo dõi sau 1 tháng, 3 tháng giảm rõ rệt ($p < 0,05$ và $p < 0,01$). Đáp ứng khối u theo mRECIST: Sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng tỷ lệ đáp ứng 84%, bệnh tiến triển PD 4,0%. Các yếu tố liên quan tới tỷ lệ đáp ứng khối u theo mRECIST: nồng độ AFP trước can thiệp, kích thước khối u và độ trào TMC trong quá trình can thiệp ($p < 0,05$). Hội chứng tắc mạch sau can thiệp: đau nhẹ 54%, không đau 46,0%. Các triệu chứng khác: mệt mỏi 48,0%; sốt 38,0%, nôn 12,0%. Không ghi nhận trường hợp tử vong hoặc biến chứng nặng trên các cơ quan trong quá trình can thiệp và ngay sau can thiệp. **Kết luận:** Kỹ thuật nút mạch hóa chất siêu chọn lọc tương đối an toàn, ít tai biến, biến chứng và đạt hiệu quả cao trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, nút mạch hóa chất siêu chọn lọc

SUMMARY

*Bệnh viện K Tân Triều

**Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

***Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022