

nhân, tỷ lệ sinh thiết phổi lại chiếm 50,6%; xét nghiệm cellblock dịch màng phổi chiếm 8,6%; sinh thiết gan 8%; sinh thiết xương 5,5%. Việc sinh thiết lại tổn thương nhằm đánh giá mô bệnh học cũng như tìm hiểu cơ chế gen kháng thuốc có vai trò quan trọng, chỉ những trường hợp khó tiếp cận u tiến triển hoặc nguy cơ cao khi sinh thiết, hoặc bệnh nhân từ chối thì việc xét nghiệm sinh thiết lỏng mới được đặt ra, bởi vì ngoài cơ chế kháng thuốc do xuất hiện gen mới, còn có tỷ lệ thấp trường hợp chuyển dạng tế bào nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR thường gặp bệnh nhân trung niên, không hút thuốc. Triệu chứng thường gặp là ho, đau ngực và khó thở với tần suất hay gặp di căn xương và phổi đối bên tại thời điểm tiến triển thuốc kháng EGFR thế hệ 1, 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA. Cancer J. Clin. 2021, 71, 209–249, doi:10.3322/caac.21660.
- Davis, F.; Dolecek, T.; McCarthy, B.; Villano, J. *Toward Determining the Lifetime Occurrence of Metastatic Brain Tumors Estimated from 2007 United States Cancer Incidence Data*. Neuro-Oncol. 2012, 14, 1171–1177, doi: 10.1093/neuonc/nos152.
- Rosell, R.; Carcereny, E.; Gervais, R.; Vergnenegre, A.; Massuti, B.; Felip, E.; Palmero, R.; Garcia-Gomez, R.; Pallares, C.; Sanchez, J.M.; et al. *Erlotinib versus Standard Chemotherapy as First-Line Treatment for European Patients with Advanced EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer (EORTC): A Multicentre, Open-Label, Randomised Phase 3 Trial*. Lancet Oncol. 2012, 13, 239–246, doi:10.1016/S1470-2045(11)70393-X.
- Mok, T.S.; Wu, Y.-L.; Thongprasert, S.; Yang, C.-H.; Chu, D.-T.; Saijo, N.; Sunpaweravong, P.; Han, B.; Margono, B.; Ichinose, Y.; et al. *Gefitinib or Carboplatin–Paclitaxel in Pulmonary Adenocarcinoma*. N. Engl. J. Med. 2009, 361, 947–957, doi:10.1056/NEJMoa0810699.
- Sequist, L.V.; Yang, J.C.-H.; Yamamoto, N.; O’Byrne, K.; Hirsh, V.; Mok, T.; Geater, S.L.; Orlov, S.; Tsai, C.-M.; Boyer, M.; et al. *Phase III Study of Afatinib or Cisplatin Plus Pemetrexid in Patients With Metastatic Lung Adenocarcinoma With EGFR Mutations*. J. Clin. Oncol. 2013, 31, 3327–3334, doi:10.1200/JCO.2012.44.2806.
- Nguyễn Thanh Hoa, Đ.H.K. *Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Bước Một Của Thuốc Erlotinib Trên Bệnh Nhân Ung Thư Phổi Tại Bệnh Viện K. Học Thực Hành 2019*, 1106(8), 10–12.
- Xu, Q.; Liu, H.; Meng, S.; Jiang, T.; Li, X.; Liang, S.; Ren, S.; Zhou, C. *First-Line Continual EGFR-TKI plus Local Ablative Therapy Demonstrated Survival Benefit in EGFR-Mutant NSCLC Patients with Oligoprogressive Disease*. J. Cancer 2019, 10, 522–529, doi:10.7150/jca.26494.
- Kim, H.-R.; Lee, J.C.; Kim, Y.-C.; Kim, K.-S.; Oh, I.-J.; Lee, S.Y.; Jang, T.W.; Lee, M.K.; Shin, K.-C.; Lee, G.H.; et al. *Clinical Characteristics of Non-Small Cell Lung Cancer Patients Who Experienced Acquired Resistance during Gefitinib Treatment*. Lung Cancer 2014, 83, 252–258, doi:10.1016/j.lungcan.2013.11.008.
- Barrón, F.; Cardona, A.F.; Corrales, L.; Ramirez-Tirado, L.-A.; Caballe-Perez, E.; Sanchez, G.; Flores-Estrada, D.; Zatarain-Barrón, Z.L.; Arrieta, O.; for the Study of Lung Cancer (CLICaP), on behalf of L.A.C. *Characteristics of Progression to Tyrosine Kinase Inhibitors Predict Overall Survival in Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Harboring an EGFR Mutation*. 2018 2018, 10, 2166–2178.
- Westover, D.; Zugazagoitia, J.; Cho, B.C.; Lovly, C.M.; Paz-Ares, L. *Mechanisms of Acquired Resistance to First- and Second-Generation EGFR Tyrosine Kinase Inhibitors*. Ann. Oncol. 2018, 29, i10–i19, doi:10.1093/annonc/mdx703.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA ĐOẠN M2

Cao Đại Dương³, Mai Duy Tôn^{1,2,3},
Đào Việt Phương^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,3}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn

Email: tonresident@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M2 tại Trung tâm Đột Quy bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M2, điều trị tại Trung tâm Đột Quy Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022. Chúng tôi theo dõi và đánh giá điểm NIHSS tại thời điểm 24 giờ sau điều trị và điểm mRS tại thời điểm sau 90 ngày điều trị. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 105 người bệnh, tỷ lệ nam/nữ = 1,1/1. Tuổi trung bình: $68,0 \pm 12,4$, nhóm tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ lớn nhất 31%. Số người bệnh nhập viện trước 4,5 giờ đầu sau khởi phát chiếm tỷ lệ lớn nhất 49,5%. Thời gian từ lúc nhập viện đến được dùng thuốc tiêu sợi huyết trung bình $39,5 \pm 22,1$ phút, thời gian từ khi nhập viện đến khi lấy huyết khối trung bình là $110,6 \pm 63,5$ phút. Phân loại theo TOAST, nguyên nhân mạch máu lớn chiếm tỷ lệ cao nhất 55,2%, thuyên tắc mạch từ tim chiếm tỷ lệ cao 20%. Tại thời điểm ra viện 90 ngày, bệnh nhân điều trị tái tưới máu phục hồi tốt có điểm mRS 0-2 chiếm 59,7%, tỷ lệ chảy máu nội sọ có triệu chứng chiếm 8%. **Kết luận:** Nghiên cứu những người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch não giữa đoạn M2 được tái tưới máu tại Trung tâm Đột quy Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022 cho thấy tỷ lệ hồi phục tốt. Việc điều trị tái tưới máu đã cải thiện NIHSS 24 giờ sau điều trị và MRS sau 90 ngày so với nhóm điều trị nội khoa tối ưu, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ chảy máu có triệu chứng còn cao.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FEATURES AND OUTCOME OF ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS DUE TO M2-SEGMENT OCCLUSION

Objectives: This study aimed to find out the clinical characteristics, imaging features and treatment results of acute ischemic stroke (AIS) patients due to M2-segment occlusion at Bach Mai Stroke Center. **Methods:** We conducted a descriptive cross-sectional study which enrolled acute ischemic stroke patients due to M2-segment occlusion at Bach Mai stroke center from January of 2021 to May of 2022. Reperfusion therapies were carried out in patients who met criteria for thrombolysis and/or thrombectomy. NIHSS score was collected at admission, after 24 hours and mRS score was collected after 90 days. **Results:** 105 AIS patients due to M2-segment occlusion were enrolled, in which the male/female ratio = 1.1/1. Mean age was 68.0 ± 12.4 , age group 70 - 79 accounted for the largest proportion (31%). The number of patients admitted to the hospital within 4.5 hours after onset accounted for the largest proportion (49.5%). The average door-to-needle time was 39.5 ± 22.1 minutes, and the mean door-to-groin-puncture time was 110.6 ± 63.5 minutes. According to TOAST classification, large arterial

atherosclerosis accounted for the highest rate (55.2%), cardioembolism accounted 20%. After 24 hours, the median NIHSS score of the group of patients who received reperfusion therapies decreased by 4 points while that of the optimal medical treatment group did not change ($p < 0.05$). At 90 days, patients who received reperfusion therapy had better recovery (mRS 0-2: 59.7% vs 42.2% in optimal medical treatment group) and symptomatic intracerebral hemorrhage rate was 8% of 105 AIS patients. **Conclusion:** This study showed some distinguish features of AIS patients due to M2-segment occlusion at Bach Mai stroke center. Reperfusion therapies improved the median NIHSS score after 24 hour and led to better outcome after 90 days in comparison with best medical treatment alone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não chia thành hai thể là đột quy thiếu máu não và đột quy chảy máu não, trong đó nhồi máu não chiếm khoảng 80-85%¹. Xem xét vị trí giải phẫu và đặc điểm của nhánh M2 động mạch não giữa, người ta thường cho rằng kết cục của đột quy do tắc mạch M2 sẽ tốt hơn so với các động mạch lớn do vị trí tắc ở xa hơn và thiếu máu cục bộ ít lan rộng hơn. Trên thực tế, kết quả tồi tệ hơn nhiều nếu không áp dụng các biện pháp tái thông mạch máu². Điều trị tái tưới máu đã cho kết quả tích cực đối với những người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch não lớn³. Việc điều trị tái tưới máu đối với tắc động mạch kích thước trung bình nói chung và M2 nói riêng ngày càng có kết quả khả quan⁴. Tại Việt Nam, nghiên cứu về điều trị tắc mạch M2 đang dần được quan tâm.

Đây là cơ sở để chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch não giữa đoạn M2*" nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của người bệnh nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M2.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đoạn M2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những người bệnh đột quy nhồi máu não vào Trung tâm Đột Quy bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán tắc động mạch não giữa đoạn M2.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán nhồi máu não do tắc đoạn M2 động mạch não giữa với các dấu hiệu thiếu sót về thần kinh rõ ràng trên lâm sàng và định lượng được dựa theo thang điểm NIHSS.

- Có bằng chứng tắc đoạn M2 động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính mạch não hoặc cộng hưởng từ mạch não

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các thiếu sót chức năng về thần kinh và vận động khác ngoài nguyên nhân thiếu máu não: chấn thương, sốc, các nguyên nhân làm cứng khớp khác.

- Người bệnh có tắc các nhánh mạch khác đi kèm: động mạch não trước, động mạch thông trước, các mạch máu thuộc hệ tuần hoàn sau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Thuận tiện

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Đột Quy, bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (N=105)
Đặc điểm chung	
Tuổi trung bình	68,0 ± 12,4
Nam giới (%)	55 (52,4%)
Đặc điểm tiền sử	
Tăng huyết áp	60 (57,1%)
Đái tháo đường	17 (16,2%)
Rung nhĩ	14 (13,3%)
Đột quy não cũ	11 (10,5%)
Thời gian khởi phát đến khi nhập viện	
Trước 4,5 giờ	52 (49,5%)
4,5 – 6 giờ	14 (13,3%)
Trên 6 giờ - 24 giờ	27 (25,7%)
Trên 24 giờ	12 (11,5%)
Triệu chứng lâm sàng	
Rối loạn ý thức	32 (30,5%)
Thất ngôn	76 (72,4%)
Liệt VII trung ương	71 (67,6%)
Rối loạn cảm giác nửa người	30 (28,6%)
Liệt nửa người	98 (93,3%)
Đặc điểm NIHSS lúc nhập viện	
Điểm NIHSS nhập viện Trung vị (tứ phân vị)	12 (2 – 20)
<5 n (%)	7 (6,7%)
5-15 n(%)	82 (78,1%)
16-20 n(%)	16 (15,2%)
Nguyên nhân theo phân loại TOAST	

Bệnh mạch máu lớn	58 (55,2%)
Căn nguyên tim mạch	21 (20%)
Xơ vữa mạch máu nhỏ	0 (0%)
Căn nguyên xác định khác	1 (1%)
Nguyên nhân không xác định	25 (23,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình 68,0 ± 12,4, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 70-79 tuổi, 31%; tiếp sau đó là 60-69 tuổi, chiếm 26,7%. Tỷ lệ nhóm trên 90 tuổi và dưới 40 tuổi chỉ chiếm dưới 1%. Tăng huyết áp là tiền sử hay gặp nhất, chiếm 57,1%. Đa số người bệnh nhập viện trong giờ vàng của tiêu sợi huyết, chiếm 49,5%, có 11,5% số người bệnh nhập viện trên 24 giờ, những người bệnh này được điều trị nội khoa. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là thất ngôn và liệt VII trung ương, lần lượt chiếm tỷ lệ 74,2% và 71%. Rối loạn ý thức cũng chiếm tỷ lệ cao 46,8%. Điểm NIHSS trung vị thời điểm nhập viện là 12, thấp nhất 2 và cao nhất 20 điểm. Nhóm người bệnh có bệnh lý mạch máu lớn chiếm tỷ lệ 55,2%; căn nguyên tim mạch chiếm 20%, có 1 người bệnh (0,95%) tắc mạch do bệnh lý tăng đông khác.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học.

Hẹp mạch cảnh trong trên 50%	18 (17,1%)
Xơ vữa mạch	23 (21,9%)
Có rung nhĩ trên điện tâm đồ	22 (20,9%)
Hẹp 2 lá trên siêu âm tim	10 (9,5%)
ASPECT trung vị (min-max)	8 (4-10)
Vị trí nhánh tắc	
Gốc M2	53 (50,5%)
M2 dưới	20 (19%)
M2 trên	32 (30,5%)

Nhận xét: - Tỷ lệ hẹp mạch cảnh trong 50% và xơ vữa mạch lần lượt là 17,1% và 21,9%. Số lượng người bệnh có điện tim rung nhĩ là 17 người bệnh, chiếm 27,4%.

- Đa số người bệnh tắc nhánh M2 từ đoạn gốc, chiếm tỷ lệ 50,5%, tỷ lệ tắc M2 trên và M2 dưới lần lượt 30,5% và 19%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	N = 105
Nội khoa tối ưu	38(36,2%)
Tiêu huyết khối đường tĩnh mạch	14(13,3%)
Tiêu sợi huyết kết hợp lấy huyết khối	16(15,2%)
Can thiệp mạch lấy huyết khối đơn thuần	37(35,3%)
Phương pháp can thiệp mạch não N=53	
Hút đơn thuần qua ống thông	8(15,1%)
Stent kéo huyết khối	11(20,8%)
Solumbra	34(64,1%)

Nhận xét: - Đa số người bệnh được điều trị tái tưới máu (63,8%), trong đó, số người bệnh được lấy huyết khối đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (35,3%).

- Hơn một nửa số người bệnh lấy huyết khối (64,1%) được sử dụng phương pháp kết hợp cả hút huyết khối và dùng stent kéo huyết khối (Solombra). Tỷ lệ người bệnh điều trị bằng phương pháp hút đơn thuần thấp nhất (15,1%)

Bảng 4. Kết cục lâm sàng theo thang điểm đánh giá tàn tật Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau điều trị (n=105)

Điểm mRS	Số người bệnh	Tỷ lệ %
mRS0	13	12,4
mRS 1	26	24,7
mRS2	17	16,2
mRS 3	20	19,1
mRS 4	21	20,0
mRS 5	4	3,8
mRS 6	4	3,8

Nhận xét: Sau 90 ngày điều trị, có 4 người bệnh tử vong (mRS 6 điểm), chiếm 3,8%. Tỷ lệ mRS 0-2 chiếm 53,3%; Tỷ lệ mRS 0-1 chiếm 37,1%.

Bảng 5. Thay đổi điểm NIHSS sau 24 giờ điều trị

	Tái tưới máu Trung vị (min - Max)	Nội khoa Trung vị (min-max)	p
Lúc vào viện	12 (5 - 20)	9 (2 - 20)	0,0030
Sau 24 giờ	8 (0 - 20)	9 (2 - 25)	0,3353
Delta NIHSS	-4 (-12 đến 6)	0 (-10 đến 14)	0,0000

Nhận xét: Điểm NIHSS lúc vào viện của nhóm tái tưới máu là 12, cao hơn so với trung vị NIHSS vào viện của nhóm điều trị nội khoa là 9. Sau 24 giờ điều trị, nhóm tái tưới máu NIHSS giảm 4 điểm, trong khi đó nhóm nội khoa NIHSS gần như không giảm điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 6. Tỷ lệ các biến chứng

Biến chứng	N (%)
Chảy máu có triệu chứng	8 (7,6%)
Huyết khối tĩnh mạch sâu	2 (1,9%)
Không biến chứng	69 (65,7%)

Nhận xét: Đa số (65,7%) người bệnh không có biến chứng. Chảy máu có triệu chứng (NIHSS tăng từ 4 điểm trở lên so với lần gần nhất, và kết hợp với xuất huyết não phù hợp trên phim CT hoặc MRI) chiếm 8% trong tổng số người bệnh, biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chiếm 2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh. Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 68,0 ± 12,4, trong đó hay gặp nhất ở người bệnh từ 70-79 tuổi (31,4%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Kevin Phan 2018 (69,9)⁵; Atchaneeyasakul năm 2020 (68.6±13.1)⁶. Tỷ lệ nam/nữ gần như nhau, trong đó nam nhiều hơn nữ (1,1/1), kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Adam de Havenon (nam 52,6%; nữ 47,4%)⁷ và Kevin Phan (nam 54,3%; nữ 45,7%)⁵. Đa số người bệnh nhập viện trước 4,5 giờ (49,5%) với triệu chứng hay gặp nhất là liệt nửa người đối bên với tổn thương (93,3%) và thất ngôn (72,4%). Người bệnh thường nhập viện với điểm NIHSS từ 5-15 điểm (78,1%). Tiền sử hay gặp nhất là tăng huyết áp (57,1%). Những kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Kevin Phan⁵; Kunakorn Atchaneeyasakul⁶.

4.2. Đặc điểm hình ảnh học. Vị trí tắc mạch chủ yếu ở gốc M2 (50,5%), tắc nhánh đơn lẻ hay gặp ở M2 trên hơn M2 dưới. Tỷ lệ rung nhĩ phát hiện trên điện tâm đồ là 20,9%, trong khi đó, tiền sử rung nhĩ chỉ phát hiện được ở 13,3% tổng số người bệnh. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ người bệnh rung nhĩ còn thấp hơn nhiều. Tỷ lệ người bệnh rung nhĩ theo nghiên cứu của Kunakorn Atchaneeyasakul là 28,9-40,3%⁶; Kevin Phan là 41%⁵; Adam de Havenon là 43,9%⁷. Điều này có thể giải thích do người bệnh chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ nên những người này không biết chính xác được họ có tăng huyết áp, rung nhĩ từ trước hay không.

4.3. Kết quả điều trị. Điểm NIHSS sau 24 giờ điều trị ở nhóm người bệnh điều trị tái tưới máu giảm từ mức 12 xuống 8. Điểm NIHSS giảm ở hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Benjamin Gory⁸.

Điểm mRS chung ở thời điểm sau 90 ngày điều trị 0-2 đạt mức 53,3%. Nếu xét riêng nhóm điều trị tái tưới máu, mRS 0-2 thời điểm 90 ngày đạt 59,7%. So với nghiên cứu của tác giả nước ngoài cũng có kết quả tương tự Adam de Havenon là 43,9%⁷; Benjamin Gory⁸ là 50%; Kevin Phan là 62%⁵.

Tỷ lệ chảy máu có triệu chứng ở mức 8%, còn cao hơn so với một số nghiên cứu như của Kevin Phan (5,3%)⁵; Benjamin Gory (5,1%)⁸. Nhưng mặt khác, kết quả này lại thấp hơn kết quả của tác giả Kunakorn Atchaneeyasakul (16%)⁶.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu những người bệnh nhồi máu não do tắc động mạch não giữa đoạn M2 được tái tưới máu tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2022 cho thấy tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2: 59,7%). Việc điều trị tái tưới máu đã cải thiện NIHSS 24 giờ sau điều trị và mRS sau 90 ngày so với nhóm điều trị nội khoa tối ưu, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ chảy máu có triệu chứng còn cao (8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đăng.** Tai biến mạch máu não. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2006.
2. **Hernández-Pérez M, Pérez de la Ossa N, Aleu A, et al.** Natural history of acute stroke due to occlusion of the middle cerebral artery and intracranial internal carotid artery. *J Neuroimaging.* 2014;24(4):354-358. doi:10.1111/jon.12062
3. **Goyal M, Menon B, Zwam WV, et al.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *undefined.* 2016. /paper/Endovascular-thrombectomy-after-large-vessel-a-of-Goyal-Menon/28ed2f84063132431b7a625fb786e5bb0d6e2bf3/figure/1. Accessed June 15, 2021.
4. **Kim CH, Kim SE, Jeon JP.** Meta-Analysis of Endovascular Treatment for Acute M2 Occlusion. *J Korean Neurosurg Soc.* 2019;62(2):193-200. doi:10.3340/jkns.2017.0299
5. **Phan K, Maingard J, Kok HK, et al.** Contact Aspiration versus Stent-Retriever Thrombectomy for Distal Middle Cerebral Artery Occlusions in Acute Ischemic Stroke: Meta-Analysis. *Neurointervention.* 2018;13(2):100-109. doi:10.5469/neuroint.2018.00997
6. **Atchaneeyasakul K, Malik AM, Yavagal DR, et al.** Thrombectomy Outcomes in Acute Ischemic Stroke due to Middle Cerebral Artery M2 Occlusion with Stent Retriever versus Aspiration: A Multicenter Experience. *Interv Neurol.* 2020;8(2-6):180-186. doi:10.1159/000500198
7. **Havenon A de, Narata AP, Amelot A, et al.** Benefit of endovascular thrombectomy for M2 middle cerebral artery occlusion in the ARISE II study. *Journal of NeuroInterventional Surgery.* 2021;13(9):779-783. doi:10.1136/neurintsurg-2020-016427
8. **Gory B, Lapergue B, Blanc R, et al.** Contact Aspiration Versus Stent Retriever in Patients With Acute Ischemic Stroke With M2 Occlusion in the ASTER Randomized Trial (Contact Aspiration Versus Stent Retriever for Successful Revascularization). *Stroke.* 2018;49(2):461-464. doi:10.1161/STROKEAHA.117.019598

BẤT THƯỜNG TRỞ VỀ TĨNH MẠCH PHỔI HOÀN TOÀN TRONG TIM THỂ TẮC NGHẼN: KẾT QUẢ TRUNG HẠN PHẪU THUẬT CHUYỂN CÁC TĨNH MẠCH PHỔI VỀ NHĨ TRÁI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Mai Đình Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn sau phẫu thuật chuyển các tĩnh mạch phổi về nhĩ trái đối với các bệnh nhân bất thường trở về tĩnh mạch phổi hoàn toàn thể trong tim có tắc nghẽn tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành với các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bất thường trở về các tĩnh mạch phổi hoàn toàn thể trong tim có tắc nghẽn được phẫu thuật sửa chữa hai thất tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 3 năm 2011 đến tháng 5 năm 2017. **Kết quả:** Có tổng số 17 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 12/5. Tuổi trung bình khi phẫu thuật của các bệnh nhân là 97.7 ± 67.8 ngày, cân nặng trung bình của các bệnh nhân là 4.5 ± 0.9

kg, diện tích da cơ thể trung bình là 0.27 ± 0.1 m². Có 2 bệnh nhân (11.8%) có tình trạng sốc tim khi nhập viện, 15 bệnh nhân (88.2%) có suy hô hấp trước khi tiến hành phẫu thuật, và 6 bệnh nhân (35.3%) cần thở máy trước phẫu thuật. Thủ thuật phá vách liên nhĩ trước phẫu thuật được tiến hành trên 4 trường hợp (23.5%) nhằm ổn định huyết động của bệnh nhân. Thời gian cặp động mạch chủ trung bình là 56.3 ± 32.2 phút, thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là 84.7 ± 38.9 phút. Có 2 bệnh nhân (11.8%) có tổn thương hẹp tại vị trí hợp lưu các tĩnh mạch phổi đổ vào xoang vành cần phải mở rộng lỗ đổ vào xoang vành và sử dụng kỹ thuật sutureless nhằm mở rộng miệng nối, 15 trường hợp (88.2%) còn lại được áp dụng kỹ thuật kinh điển cắt nóc xoang vành và vá lại lỗ thông liên nhĩ. Có 4 bệnh nhân (23.5%) có nhịp chậm xoang sau phẫu thuật cần tạo nhịp nhĩ tạm thời, và 1 bệnh nhân có tình trạng cung lượng tim thấp sau phẫu thuật. Thời gian thở máy trung bình sau phẫu thuật là 18.1 ± 27.7 giờ, có 1 bệnh nhân (5.9%) tử vong sau phẫu thuật và cũng là bệnh nhân cần mổ lại sớm do hẹp miệng nối tĩnh mạch phổi sau phẫu thuật. Kết quả khám lại ở các bệnh nhân sống sót sau phẫu thuật cho thấy các bệnh nhân đều ổn định và 1 bệnh nhân có hẹp nhẹ các tĩnh mạch phổi

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022