BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ, ĐỘ AN TOÀN VÀ SỰ CHẤP NHẬN CỦA SÂM ANGELA TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH

CUNG THỊ THU THỦY - *Đại Học Y Hà Nội*
ĐÀM LÊ HOA - *Bệnh viện phụ sản trung ương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả, sự chấp nhận của sản phẩm Angela ở phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh, đến khám tại BVPSTW từ tháng 8 đến tháng 10 – 2011. kết quả cho thấy Sâm Angela có cải thiện rõ rệt các triệu chứng vận mạch, triệu chứng thần kinh, cải thiện các triệu chứng về hệ tiết niệu, sinh dục, tăng tiết nhờn âm đạo, cải thiện các triệu chứng thần kinh, đau mỏi xương khớp, cải thiện làn da, mịn màng hơn, sâm anggela không có tác dụng phụ, 98% rất hài lòng và hài lòng khi sử dụng sâm angela. Như vậy sâm Angela có tác dụng tốt để cải thiện các triệu chứng trong điều trị tiền mãn kinh và mãn kinh, phụ nữ khi có những biểu hiện của các triệu chứng rối loạn không có lợi cho sức khỏe đã rất hài lòng khi được dùng sản phẩm này. Từ đó có thể kết luận Sâm Angela có hiệu quả trong điều trị các biểu hiện rối loạn thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh, sâm Angela không có tác dụng phụ và được chấp nhận với tỷ lệ cao

Từ khóa: *Tiền mãn kinh, mãn kinh*

SUMMARY

Objective of the study was Firstly estimate the effectiveness and acceptability of Angela in premenopause and menopause women at NHOG Augto Oct in 2011.

The results showed that Angela ginseng has significantly improved vasomotor and neurological symptoms, improve the symptoms of urinary system, reproductive symptoms (increase vaginal secretions), improve the neurological symptoms, joint pain, improve skin (more smooth), Angela ginseng has no side effects, 98% satisfied and very satisfied with using Angela. Thus, Angela ginseng is effective in the manegement of premenopause and menopause

Vị Trí phổ biến nhất của PMNG là ở vị trí chia đôi gặp trong 75%. Phần lớn túi phình có kích thước nhỏ < 10 mm 83,6% (40 bệnh nhân), túi phình có kích thước > 10 mm chỉ có16,7% (8 bệnh nhân).

4. Đặc điểm phẫu thuật

Mổ sớm trước 3 ngày trong mẫu của chúng tôi có 8 ca (16,7%), mổ muộn sau 3 ngày có 40 ca (83,3%). Mổ trong giai đoạn được cho là co mạch sau XHDN từ ngày 3 đến ngày 14 của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao 25 ca (55,6%). Nhìn chung tỉ lệ mổ sớm còn rất khiêm tốn

Kẹp tạm: Trong 20 ca có kẹp tạm chiếm tỉ lệ 41,7% có 14 ca kẹp sau khi túi phình vỡ và 6 ca kẹp tạm túi phình không vỡ để việc bóc tách túi phình được an toàn. Thời gian kẹp tạm trung bình là 10 phút 86 giây. Ngắn nhất là 5 phút và dài nhất là 13 phút

Các biến chứng thần kinh sau mổ

Bảng 5: Phân bố các biến chứng thần kinh sau mổ

Thần kinh	Số ca	Tỉ lệ %
Không dấu TK	28	58,3%
Yếu 1/2 người	5	11,1%
Nói khó	4	8,3%
Động kinh	4	8,3%
Khuyết thị trường	7	13,9%
Tổng cộng	48	100,0%

Biến chứng thần kinh sau mổ còn rất cao (41,9%) so với các túi phình ở vị trí khác

5. Kết quả chung.

Bảng 6: Phân bố kết quả chung

GOS chung	Số ca	Tỉ lệ %
GOS = 1	4	9,1%
GOS = 2	0	0%
GOS = 3	2	3%
GOS = 4	5	12,1%
GOS = 5	33	75,8%
Tổng cộng	44	100,0%

Chúng tôi theo dõi và đánh giá bằng cách hẹn bệnh nhân tái khám thực hiện được trên 44 ca chiếm tỉ lệ 91,7%; thời gian theo dõi từ 1 đến 24 tháng. Trong 44 ca khám lại được, có 1 ca lúc ra viện đời sống thực vật GOS = 2 đã tử vong làm tăng số tử vong lên 9,1%; có 6 ca lúc ra viện GOS = 4 sau đó trở về bình thường GOS = 5, tỉ lệ kết quả tốt thực sự (không di chứng) của chúng tôi lúc này là 75,8%; tỉ lệ di chứng 15,1%

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

Theo kết quả của chúng tôi, mốc tuổi mà tính từ đó cho thấy tình trạng lâm sàng trước mổ xấu hơn cũng như nguy cơ dẫn đến kết quả xấu sau mổ cao hơn là 60 tuổi, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu túi phình động mạch não trong nước của Nguyễn Sơn kết quả xấu ở bệnh nhân từ 55 trở lên cao gấp 3,8 lần bệnh nhân dưới 55 tuổi

Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi tại BVCR và ĐHYD trên 48 ca, tỉ lệ mổ kẹp túi phình sớm còn rất thấp 16,7% (08/48 ca); so với các tác giả khác tỉ lệ này trên 60%. Nguyên nhân khiến tỉ lệ mổ sớm còn thấp trong nghiên cứu của chúng tôi do bệnh nhân thường được nhập viện ở tuyến trước trước khi đến BV. Mặc khác, khi đến BV bệnh nhân thường không được chụp DSA sớm. Thêm vào đó, khả năng nhận thức của người dân cũng như cán bộ nhân viên y tế tuyến trước về loại tai biến này là còn rất thấp. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân có tình trạng quá nặng nề (Hunt-Hess grade V) và không có khối choáng chổ đáng kể thì tác động có lợi của phẫu thuật sớm không rõ ràng.

2. Đặc điểm phẫu thuật.

Trong 48 ca của chúng tôi, phần lớn áp dụng kỹ thuật tiếp cận túi phình từ đầu gần khe Sylvian 86% (41/48 ca) vì đây là cách tiếp cận an toàn nhất (kiểm soát được nguồn chảy máu trước khi bộc lộ túi phình). Cách tiếp cận trực tiếp từ đầu xa khe Sylvian hoặc xuyên võ não vào hồi thái dương trên ít được sử dụng trong lô nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, có 14% (7/48 ca) chúng tôi chọn cách đi xuyên võ não vào hồi thái dương trên vì đây đều là những trường hợp có máu tụ trong não thùy thái dương lượng nhiều, não căng cứng, nếu áp dụng phương thức khác chắc chắn sẽ làm tổn thương khe sylvian cũng như các động mạch đậu vận.

Mẫu của chúng tôi có 20 trường hợp cần dùng clip tạm, chiếm tỉ lệ 41,7%. Trong đó, vỡ túi phình trong lúc mổ là 13 ca, 07 ca còn lại chúng tôi dùng clip tạm do tính chất phức tạp của phức hợp túi phình cần phải bóc tách rõ ràng trước khi quyết định kẹp clip vĩnh viễn. Tỉ lệ sử dụng clip tạm trong lúc mổ của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác như tác giả Douglas Chyatte là 34%; tác giả Yasargil chỉ 11,4%, có lẽ do kỹ thuật bóc tách túi phình của chúng tôi còn hạn chế, tỉ lệ vỡ trong lúc mổ cao 30,6% (14/48 ca) so với những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm đối với túi phình động mạch não giữa như Heros là 12%; Suzuki và Yasargil chỉ 10%. Thời gian kẹp clip tạm của chúng tôi tối đa là 13 phút, nhanh nhất là 5phút và trung bình là 10 phút 86 giây. Thời gian này là trong giới hạn cho phép của các tác giả khác.

3. Kết quả phẫu thuật.

Theo y văn, yếu tố tiên lượng kết quả sau mổ quan trọng nhất là tình trạng lâm sàng trước mổ, cụ thể là phân độ Hunt-Hess. Nghĩa là những bệnh nhân có tình trạng lâm sàng trước mổ nặng (Hunt-Hess 3,4) sẽ có kết quả phẫu thuật xấu hơn những bệnh nhân có tình trạng trước mổ tốt (Hunt-Hess 1,2). Điều này cũng được kiểm chứng trong nghiên cứu của chúng tôi. Thực vậy với nhóm 34 ca trước mổ lâm sàng tốt (Hunt-Hess 1,2) cho kết quả tốt thu được GOS= 4, 5 là 88,2% (30/34 ca), ngược lại nhóm 14 ca lâm sàng trước mổ nặng (Hunt-Hess 3,4) thì tỉ lệ kết quả tốt chỉ 60% (8/14 ca). Khác biệt có ý nghĩa thống kê, nghĩa là lâm sàng trước mổ tốt sẽ cho kết quả phẫu thuật tốt hơn

Nếu điểm đặc trưng của túi phình động mạch não giữa khác với các túi phình khác trong sọ do kèm theo tình trạng máu tụ trong não thái dương thì sự khác biệt này có ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật hay không? Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, các di chứng sau mổ như yếu □ liệt nữa người, nói khó, khuyết thị trường và động kinh liên quan có ý nghĩa thống kê với máu tụ trong não thái dương. Nghĩa là nếu bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của máu tụ trong não thái dương trước mổ thì các khiếm khuyết về thần

động mạch thiết yếu xuất phát từ ĐMNG gây ra những biến chứng trầm trọng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ túi phình động mạch não giữa, được điều trị vi phẫu thuật tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2006 đến tháng 01/2008 và khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Đại Học Y Dược từ tháng 01/2008 đến tháng 01/2011

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được chẩn đoán vỡ túi phình ĐMNG dựa trên các triệu chứng lâm sàng, chụp CT-Scan có hình ảnh XHDN và hoặc máu tụ trong não, chụp động mạch não (DSA) hoặc CTA xác định rõ vị trí túi phình ở ĐMNG

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp đa túi phình, trong đó có TPĐMNG.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả tiền cứu hàng loạt ca

Kỹ thuật mổ

Mở sọ đường thóp bên trước (Pterional approach) kinh điển:

Rạch da đường chếch từ trán □ thái dương sau đường chân tóc, cơ thái dương được bóc tách kéo xuống dưới ra trước sau khi đã cắt có chừa lại một phần nhỏ cơ thái dương dọc theo đường thái dương trên để tiện cho việc khâu cố định lại lại nắp sọ về sau

Việc cắt sọ được tiến hành nhờ vào các lỗ khoan sọ ở xương trán, xương thái dương trên cung gò má, sau khi mở sọ tiến hành mài cánh bé xương bướm để tối ưu hoá việc bộc lộ.

Màng cứng được mở theo hình vòng cung có cuống phía dưới ở vị trí của mấu giường trước. Kính vi phẫu được đưa vào đúng vị trí trường mổ. ống hút được giữ bên tay trái PTV và có thể sử dụng với cả chức năng vén não, trong khi đó bipolar, kéo vi phẫu được giữ bên tay phải PTV. Trong quá trình bộc lộ, chúng tôi điều chỉnh kính vi phẫu sao cho phù hợp với phẫu trường.

Hầu hết các trường hợp chúng tôi tiến hành bộc lộ túi phình theo hướng từ trong ra ngoài để đảm bảo việc kiểm soát chảy máu tốt nhất, trừ một số ít trường hợp não căng cứng (xuất huyết cấp hoặc máu tụ trong não lượng nhiều) chúng tôi bộc lộ túi phình theo hướng từ ngoài vào trong (bộc lộ túi phình trước khi kiểm soát được nguồn chảy máu) để tránh tối đa các thao tác kéo vén não.

Với các túi phình ở đầu gần ĐMNG, vị trí chia đôi của ĐMNG, hay ĐMNG có đoạn M1 ngắn, chúng tôi bóc tách khe Sylvian từ trong ra ngoài. Bể cảnh thị sẽ được tiếp cận theo hướng sàn sọ vùng trán và được mở ra trước tiên để dịch não tủy được dẫn ra ngoài, làm não xẹp bớt cũng như làm tăng diện tích phẫu trường. Thùy trán được kéo vén nhẹ nhàng, tiến dần đến bước bộc lộ vị trí chia đôi của ĐM cảnh trong bằng cách mở rộng dần bể cảnh thị. Bóc tách tiếp theo sẽ được thực hiện dọc theo chiều dài của đoạn M1. Tiếp tục mở rộng khe Sylvian từ trong ra ngoài đến khi tìm được túi phình. Hạn chế tối đa tổn thương các nhánh xuyên tại vị trí chia đôi của ĐMNG và các nhánh xuyên ở thành trong của đoạn M1.

Sau khi bộc lộ được cổ túi phình, các nhánh chính được xác định và tách thật kỹ khỏi cổ túi phình. Sau khi kẹp clip, chúng tôi bộc lộ đáy túi phình và kiểm tra lại clip. Khi clip đã kẹp hết cổ túi phình, PTV phá túi phình bằng kéo hoặc bipolar và đảm bảo rằng không có bất kỳ sự tắc nghẽn nào ở thân chính ĐMNG và các nhánh chính của nó.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dịch tễ

Trong 48 bệnh nhân nữ chiếm 62% (30 bệnh nhân), nam chiếm 38% (18 bệnh nhân)

Tuổi: trung bình: 51,3 ± 9,8. Nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 71 tuổi

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng1: Phân bố các triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Lâm sàng	Số ca	Tỉ lệ %
Đau đầu dữ dội, nôn ói ± dấu màng não (I)	41	85,4
Yếu liệt nữa người (II)	13	27,1
Nói khó (III)	8	16,7
Tăng huyết áp (IV)	9	19,4
Khuyết thị trường (V)	8	16,7
Động kinh (VI)	5	8,3

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu kèm nôn ói có hoặc không dấu màng não (85,5%). Hội chứng yếu liệt nửa người đứng hàng thứ 2 (gần 30%). Khuyết thị trường và nói khó chiếm tỉ lệ cũng khá cao. ít gặp nhất là triệu chứng động kinh

Bảng 2: Lâm sàng theo Hunt-Hess lúc nhập viện

Hunt-Hess	Số ca	Tỉ lệ %
Độ 1	14	31,1
Độ 2	18	41,7
Độ 3	8	16,7
Độ 4	3	5,6
Độ 5	3	5,6
Tổng cộng	48	100,0

Tình trạng lâm sàng trước mổ được cho là tốt (Hunt-Hess độ 1, 2) chiếm tỉ lệ khá cao 73%

3. Đặc điểm hình ảnh học

Đặc điểm CTscan:

Bảng 3: Phân bố các thương tổn trên CTscan

CT scan	Số ca	Tỉ lệ %
XHDN lan toả nền sọ	42	88,89
MTTN TD	20	41,67
MTTN trán-TD	4	8,33
XH não thất	4	5,56
Giãn não thất	4	8,33
Phù não	7	11,11

Xuất huyết dưới nhện là dấu hiệu phổ biến nhất trên CTScant (89%). Điểm nổi bật trên CTscan là tỉ lệ máu tụ trong não thái dương rất thường gặp (42%)

Đặc điểm DSA:

Bảng 4: Phân bố vị trí túi phình so với sự chia đôi của ĐMNG

Vị trí	Số ca	Tỉ lệ %
Trước chia đôi	8	16,7
Chia đôi	36	75
Sau chia đôi	4	8,3
Tổng cộng	48	100

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA ĐÃ VỠ

VÕ TẤN SƠN - *Đại Học Y Dược Tp.HCM*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Túi phình động mạch não giữa vỡ là nguyên nhân thường gặp trong xuyết huyết dưới nhện, thường gây ra tình trạng trầm trọng hơn, cũng như dễ dẫn đến di chứng nhiều hơn so với các túi phình ở vị trí khác của tuần hoàn trước. Nghiên cứu chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật các trường hợp túi phình não giữa đã vỡ

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca. Trong thời gian từ tháng 01/2006 đến tháng 01/2011, chúng tôi có 48 trường hợp vỡ túi phình động mạch não giữa ở được điều trị phẫu thuật tại Bệnh Viện Chợ Rẫy và Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp.HCM.

Kết quả: Trong 48 bệnh nhân, có 30 nữ (62%), 18 nam (38%); tuổi trung bình 51,3 (từ 40-60), tỉ lệ máu tụ trong nhu mô não là 42 %. Vị trí phổ biến nhất là nơi chia đôi (bifurcation) của động mạch não giữa, cổ rộng. Túi phình thường có kích thước nhỏ hoặc trung bình 4-15 mm (83%). Phần lớn áp dụng kỹ thuật tiếp cận túi phình từ đầu gần khe Sylvian 86% (41/48); có 20 trường hợp cần dùng clip tạm (41,7%). Trong đó, vỡ túi phình trong lúc mổ là 13 ca, 7 ca còn lại chúng tôi dùng clip tạm do tính chất phức tạp của phức hợp túi phình. Kết quả tốt của chúng tôi là 75,8%, tỉ lệ tử vong là 9,1% và di chứng là 15,1%

Kết luận: Vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình động mạch não giữa đã vỡ là phương pháp điều trị hiệu quả nhất vì vị trí ở ngoại biên, cổ rộng, thuận lợi cho tiếp cận phẫu thuật; kỹ thuật tiếp cận túi phình từ đầu gần khe sylvian là cách tiếp cận an toàn nhất. Mặc dù đây là loại phẫu thuật đòi hỏi khá nhiều kỹ năng, bệnh nhân thường vẫn có kết quả kém vì tỉ lệ cao của máu tụ trong não kết hợp.

Từ khóa: *Xuất huyết dưới nhện, Máu tụ trong não, động mạch não giữa, túi phình động mạch não giữa, khe Sylvian.*

SUMMARY

Background: Middle cerebral artery aneurysms, a common source of subarachnoid hemorrhage and usually causing more serious conditions as well as leading higher morbidity and mortality than other aneurysms in the anterior circulation. This study aimed at evaluating the rerults of microsurgical clipping of ruptured middle cerebral aneurysms (MCAAs).

Method: From 01/2006 to 01/2011, we have performed 48 cases of MCAAs in Cho Ray hospital and in University Medical Center at Ho Chi Minh City, prospectively analyzed.

Results: in 48 cases, female: 30 cases (62%) and male: 18 cases (38%); the mean age: 51yrs (from 40 to 60); the frequency of intracerebral hematoma was 42%. The most predominant location of MCAAs were at the main bifurcation of MCA, wide necks, usally small sizes to average sizes (from 4mm to 15mm).We have approached the aneurysms approximately 86% via the Proximal Sylvian Fissure Approach because this is the safest techniques. There were 20 patients (42%) need temporary clip because of aneurym rupture during dissection (13 cases) and the need to manipulate the sac for proper clip application (7 cases). The results of good outcome is 75.8%; mortality: 9.1% and morbidity: 15.1%.

Conclusions: Microsurgical clipping is the most effective treatment of these aneurysms because of their peripheral location, wide necks and straightforward surgical anatomy. The Proximal Sylvian Fissure Approach is the safe method. Despite the moderate technical requirements of this type of surgery, patients with ruptured MCAAs often have poor outcomes because of the high incidence of intracerebral hematomas.

Keywords: *subarachnoid hemorrhage, intracerebral hematoma, middle cerebral artery, middle cerebral artery aneurysms, Sylvian Fissure.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch não giữa (TPĐMNG) là một trong những dạng túi phình phổ biến (20%-30% túi phình trong sọ vỡ, 75% trường hợp bệnh nhân có đa túi phình trong não) hình thành chủ yếu ở vị trí chia đôi của động mạch não giữa (ĐMNG), là nguyên nhân thường gặp trong xuyết huyết dưới nhện

Một khi TPĐMNG vỡ, thường gây ra tình trạng trầm trọng hơn, cũng như dễ dẫn đến di chứng nhiều hơn so với các túi phình ở vị trí khác trong sọ. Điều này có thể lý giải một phần do biểu hiện lâm sàng của nó thường gặp nhất là chảy máu dưới nhện và máu tụ trong não. Chính khối máu tụ này là nguyên nhân góp phần đưa đến tri giác xấu, tình trạng yếu-liệt nữa người, động kinh□; Do đó, mục tiêu điều trị đặt ra không chỉ đơn thuần là loại bỏ túi phình mà còn phải giải quyết cả khối máu tụ trong nhu mô não.

Nếu như các túi phình ở vị trí khác của vòng đa giác Willis khá thích hợp với việc điều trị bằng can thiệp nội mạch thì TPĐMNG hầu như không thích hợp cả về vị trí giải phẫu (vị trí nông ở ngoại biên, thuận lợi cho phẫu thuật hơn can thiệp nội mạch) cũng như thường kèm khối máu tụ lớn trong nhu mô não cần được loại bỏ. Do vậy, vi phẫu thuật kẹp túi phình động mạch não giữa là phương pháp điều trị tối ưu nhất, phổ biến nhất hiện nay.

Mặc dù với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh học (CTA, DSA□) cũng như kỹ thuật mổ, các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trên thế giới vẫn cho rằng đây là loại phẫu thuật còn nhiều thử thách, cũng như kết quả phẫu thuật còn hạn chế. Với tính chất phức tạp đó, một lời khuyên được các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trên thế giới rút ra là phẫu thuật viên thần kinh phải thật vững vàng về giải phẫu học ĐMNG, lượng giá kỹ về hình ảnh học trước mổ, quan sát thật kỹ trước khi quyết định kẹp túi phình vì rất dễ phạm vào các nhánh

Cefotaxime	12	2	16,7	5	41,7	5	41,7
Cefepime	8	6	75,0	2	25,0		
Trime+Sulfa	2	1	50,0			1	50,0
Amikacine	12	2	16,7			10	83,3
Ofloxacine	5	2	40,0	1	20,0	2	40,0
vancomycine	8	6	75,0	2	25,0		
Erythromycine	3	3					
Azithromycine	8	3	37,5				
Doxycycline	7			1	14,3	6	85,7
Ciprofloxacine	13	1	7,7	2	15,4	10	76,9

Nhận xét: Amo + Clavulanic có độ nhạy đối với vi khuẩn là 92,3%

BÀN LUẬN

Theo GOLD, hết đợt bùng phát được xác định khi bệnh nhân ổn định lâm sàng trong 12-24 giờ, khoảng thời gian giữa 2 lần phải xịt thuốc kéo dài >4 giờ, hoạt động thể lực được phục hồi như trước đợt bùng phát.

Kết quả nghiên cứu cấy vi khuẩn dịch rửa phế quản cuối đợt bùng phát bênh nhân BPTNMT của chúng tôi cho thấy Không mọc vi khuẩn: 23/30 bệnh nhân (76,7%), số vi khuẩn dương tính chiếm 7/23 (23,3 %). Trong đó vi khuẩn chỉ mọc streptococcus pneumoniea.

Trong số 30 bệnh nhân soi phế quản có 23 mẫu cấy khuẩn dịch rửa âm tính chiếm 76,7%. Đối chiếu các triệu chứng lâm sàng, những bệnh nhân này lâm sàng ổn định (không ho khạc đờm, không sốt, phổi hết ran). 07 bệnh nhân cấy khuẩn dịch rửa dương tính, các triệu chứng lâm sàng biểu hiện: Sốt nhẹ 37 đến 38 độ, ho khạc đờm đục số lượng ít, phổi còn ít ran ẩm, ran nổ, bạch cầu máu ngoại vi trên 7,5 x 10^9/l.

Kết quả xét nghiệm công thức bạch cầu dịch rửa phế quản của 30 bệnh nhân cho thấy: neutrophil 51,7 ± 14,5%; lymphocyte 34,7 ± 13,1%, đại thực bào 12,2 ± 9,7% eosinnophil 1,4 ± 1,1 %.

Như vậy, mặc dù số lượng nghiên cứu chưa nhiều (30 bệnh nhân) song có thể nói, ngoài đợt bùng phát có một nhóm bệnh nhân (23,3%) có vi khuẩn tồn tại ở đường hô hấp dưới. Tuy nhiên, có thể do số lượng và độc tính của vi khuẩn cũng như sức đề kháng của cơ thể còn tốt nên những vi khuẩn này không gây các triệu chứng lâm sàng rõ rệt, chỉ thấy: Sốt nhẹ, ho khạc đờm đục số lượng ít, phổi còn ít ran ẩm, ran nổ, bạch cầu máu ngoại vi không tăng. Các biểu hiện này không khác biệt nhiều so với các triệu chứng của BPTNMT ngoài đợt bùng phát giai đoạn III và IV, làm cho bệnh nhân dễ bỏ qua, không đi khám bác sỹ và không dùng kháng sinh.. chính sự tồn tại của các vi khuẩn này sẽ luôn kích thích các phản ứng viêm, tăng huy động bạch cầu đa nhân trung tính tới phổi và giải phóng các cytokine gây viêm làm nặng hơn tổn thưởng pgooir trong BPTNMT.

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy trong đợt bùng phát căn nguyên nhiễm khuẩn chiếm > 60%. Chủ yếu là vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae, Heamophylus influenza, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus.aureus, Enterobacteriaceae*, *Enterococcus*. Tuy nhiên tần suất của các loại vi khuẩn còn khác nhâu ở các nghiên cứu.

Kết quả kháng sinh đồ dịch rửa phế quản với vi khuẩn *Streptococcus.pneumoniae*: Nhạy cảm với kháng sinh Amociclin/ Clavulanic 6/6 (100%), Cefepime 1/3, và kháng với kháng sinh Cefuroxine 3/2, Cefotaxim 5/6 Ciprofloxacin 4/5 (80%) và vi khuẩn kháng hoàn toàn với Doxyclin là 100%. Như vậy, bước đầu có thể nhận định, kết quả kháng sinh đồ *Streptococcus.pneumoniea* trong dịch rửa phế quản bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt bùng phát không có sự khác biệt về mức độ nhạy và kháng của chủng vi khuẩn này trong đợt bùng phát như báo cáo của một số tác giả trong và ngoài nước: *Streptococcus pneumoniea* nhạy cảm với các kháng sinh Amociclin/Clavulanic là 92,3%,Vancomicin, Cefepime 75%, trime+ Sulpa 50%, Ofloxacin 40%. Nhóm Amociclin/Clavulanic và Vancomicin còn khá nhậy cảm với vi khuẩn, tỷ lệ kháng là 0%, tỷ lệ nhậy 92,3%. Nhóm kháng sinh bị kháng cao nhất với vi khuẩn là Doxyclin, Ciprofloxacin, Ceftrixone từ 40 đến 85,7%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn ở đường thở dưới ngoài đợt bùng phát của bệnh phổi tắc nghẽn mạn chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Vi khuẩn trong dịch rửa phế quản ngoài đợt bùng phát: tỷ lệ âm tính cao chiếm: 76,7%, vi khuẩn dương tính: 7/30 chiếm 23,3%. Trong nghiên cứu này mới gặp *Streptococcus.pneumoniea và còn* nhạy cảm với kháng sinh Amociclin/ Clavulanic và kháng nhiều kháng sinh như Doxyclin, Amikacin, Ciprofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Bích (2007) *"Nghiên cứu giá trị của phương pháp cấy đờm tìm vi khuẩn trong chẩn đoán nguyên nhân nhiễm khuẩn hô hấp"* Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II. HVQY.

2. Ngô Quý Châu (2002) *"Tình hình chẩn đoán và điều trị BPTNMT tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch mai trong 5 năm (1996 – 2000)* Thông tin Y học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học t 50 t 57.

3. Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Đình Tiến (2006) *"Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn trong đờm và tính nhạy cảm kháng sinh của chúng ta trong Đợt bùng phát cuả COPD"* tạp chí y học lâm sàng 108, tháng 2/ 2007.

4. Nguyễn Thanh Hồi (2003) *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học mắc phải ở cộng đồng do vi khuẩn hiếu khí điều trị tại khoa hồi sức hô hấp – Bệnh viện Bạch mai"* Luận văn Bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Văn Thành 2004 *"Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn gây bệnh viêm phổi cấp tính ở người lớn điều trị tại bệnh viện đa khoa cần thơ"* Luận án tiến sỹ Y học HVQ Y. 2004.

6. Hoàng Thuỷ (2007) *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cấy khuẩn đờm định lượng vi khuẩn trong đợt bùng phát của Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"*. Luận văn thạc sỹ y học, HVQY.

7. Đỗ Quyết, Mai Xuân Khẩn (2005) "Một số kết quả về hình ảnh nội soi hệ thống khí phế quản và tế bào học dịch rửa phế quản, phế nangngười trưởng thành khoẻ mạnh Việt Nam". Báo cáo khoa học hội nghị toàn quốc 2005.

8. Đinh Ngọc Sỹ (2010), "Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng, điều trị." *Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp nhà nước.*

Có 1 cas nằm viền > 8 ngày do mổ lại là 18 ngày chiếm 1,28 %.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu 78 BN được điều trị khâu lỗ thủng qua phẫu thuật nội soi có 77 nam 01 nữ điều này là hoàn toàn phù hợp bởi tỷ lệ bệnh lý thủng ổ loét DD □ TT tỷ lệ nam/nữ là 9/1 [8] tuổi gặp từ 21 □ 60 chiếm 79.1%, tuổi trung bình là 43,14 của Trần Thiện Trung [4] tuổi trung bình là 51,05.

Trong 78 trường hợp khâu lỗ thủng nội soi có 61,29% được phẫu thuật trong vòng 12 □ 24 giờ kể từ khi bắt đầu đau, 93,55% co cứng thành bụng, 77,42% sốt khi nhập viện, 80,65% Đau bụng dữ dội □ đột ngột, 100% có dịch ổ phúc mạc và 54,84% dấu hơi ổ phúc mạc trên siêu âm.

Trần Thiện Trung [3],[4] trong 170 trường hợp là 22,60% được phẫu thuật trong vòng 12 □ 24 giờ, 89,56% co cứng thành bụng, 86,95% sốt khi nhập viện, 100% đau bụng đột ngột □ dữ dội, có hơi tự do là 30,43% và có dịch tự do là 30,43%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 72± 9,51. Trần Ngọc Tông là 75,2 ± 10,8 Nguyễn Hồng Minh là 70 phút, Phạm văn Năng 120 phút, như vậy thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác.

Vị trí ổ loét 43,58% gặp ở hành tá tràng.58.3% kích thước lỗ thủng gặp 0.6- 1cm, 61,53 % tình tạng ổ loét mềm mại. Trong phẫu thuật có 2cas bi tràn khí dưới da (2,56%), không có BN nào bị tổn thương ruột, tổn thương cuống gan và tắc mạch do khí CO_2. Sau phẫu thuật 100% BN được đặt dẫn lưu ổ phúc mạc, 8.3% đau vết mổ nhưng không có BN nào phải dùng thêm thuốc giảm đau sau mổ và 80,76% BN trung tiện trở lại từ 12- 24 giờ sau mổ. Biến chứng bục chỗ khâu thủng 1ca (1,28%) Trần Ngọc Thông tỉ lệ biến chứng dò chỗ khâu là 2,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 5,68 ± 2,75 ngày. Nằm viện từ 5 ngày trở xuống chiếm 47,42 %. Có 1 cas nằm viền > 8 ngày là 18 ngày chiếm tỷ lệ 1,28 %.

Trần Thiện Trung [1],[4] có 90% lỗ thủng ổ hành tá tràng, 68,69% lỗ thủng < 1cm, 0,58% áp xe dưới cơ hoành, tỷ lệ biến chứng là 4,11% và tử vong là 4,70% [7],[10]. Đỗ Đức Vân [5] với 2481 trường hợp trong 31 năm (1960 - 1990) tử vong theo phương pháp là 1,6 - 13,5% [2],[8].

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng, an toàn và mang nhiều ưu điểm, đau sau mổ ít, vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, không nhiễm trùng vết mổ, hả năng dính tắc ruột ít, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công, Nguyễn Thanh Minh, Phan Minh Trí (2000), "Nhận xét khâu thủng ổ loét dạ dày tá tràng qua ngả soi ổ bụng□, *Ngoại Khoa 2000*, XL, 2, 40 □ 45.

2. Đỗ Sơn Hà, Nguyễn Văn Xuyên (1995). □Đặc điểm lâm sàng và xử trí thủng ổ loét dạ dày tá tràng qua 189 trường hợp tại khoa phẫu thuật bụng viện 103□, *Ngoại Khoa 1995*, 9, 46 □ 50.

3. Phạm Văn Năng 2008 □Khâu lỗ thủng dạ ày tá tràng qua nội soi□, *Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi 2008.* 12

4. Nguyễn Hồng Minh (2008) Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày - tá tràng t ại BV 175, *Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi 2008,* 12

5. Trần Ngọc Thông (2008) □Đánh giá kết quả khâu lỗ thủng da dày-tá tràng bằng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở □*Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi 2008,* 11-12

6. Trần Thiện Trung (2000) □*Xử trí thủng loét dạ dày - tá tràng*□, Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, 1 □ 5.

7. Trần Thiện Trung (2001), □*Kết quả phẫu thuật khâu thủng loét dạ dày - tá tràng kết hợp với điều trị tiệt trừ Helicobacter pylori".* Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

8. Đỗ Đức Vân (1995), □Kết quả điều trị phẫu thuật ổ loét tá tràng thủng trong cấp cứu tại BV Việt Đức□, *Ngoại Khoa 1995*, (9), 32 □ 9.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC TIỂU ĐƯỜNG TYP 2 TRONG NHÓM NGƯỜI 30-69 TUỔI TẠI 4 VÙNG ĐẶC THÙ CỦA TỈNH THÁI BÌNH

NGUYỄN THANH SƠN - *Trường Cao đẳng Y tế Thái Bình*

VŨ HUY CHIẾN - *Trung tâm Y tế dự phòng Thái Bình*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 1880 người từ 30-69 tuổi chưa được chẩn đoán ĐTĐ tại thành phố, thị trấn, thuần nông và làng nghề tỉnh Thái Bình theo phương pháp dịch tễ học mô tả với mục tiêu xác định tỷ lệ mắc ĐTĐ trong nhóm người có nguy cơ tại 4 vùng đặc thù của tỉnh Thái Bình, tìm hiểu mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với bệnh ĐTĐ và áp dụng giải pháp truyền thông phù hợp để phòng ngừa bệnh ĐTĐ cho từng vùng dân cư. Kết quả: tỷ lệ ĐTĐ typ 2 trong độ tuổi 30-69 tại Thái Bình là 4,3%, khu vực thành phố là 6,5%, khu vực làng nghề 5.2%, khu vực thị trấn 3,5% và khu vực thuần nông 2.4%. Tỷ lệ ĐTĐ typ 2 tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi 7,51%. Các yếu tố nguy cơ: Chỉ số BMI >23, Tăng HA, ít vận động thể lực và ăn nhiều đồ ngọt. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ ĐTĐ typ2 là: Gia đình có người bị ĐTĐ, bà mẹ đẻ con trên 4000gr, BMI> 23 và tăng HA.

Từ khóa: *Đái tháo đường, yếu tố nguy cơ.*

SUMMARY

Study was conducted in 1880 people from 30-69 year olds who did not diagnosed diabetes with cross-sectional method. Objectives were identify a rate of diabetes in risk group at 4 specific areas in Thaibinh province, study relationship between risk factors and

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được phẫu thuật khâu lỗ thủng DD □ TT bằng nội soi từ tháng 01/2007 đến 5/2011

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, không so sánh

2.1. Lâm sàng phân tích:

- Tuổi, giới
- Thời gian đau đến PT: < 12h, 12 □ 24h, 25 □ 36h, 37 □ 48h và > 48h.
- Nhiệt độ lúc vào viện: $37,5^0$-38^0, $38,5^0$-39^0 và >39^0.
- Tính chất cơn đau bụng, vết mổ cũ và tiền sử loét
- Triệu chứng: đau dữ dội, buồn nôn □ nôn, đi lỏng, chướng bụng.
- Thực thể: bụng gồng cứng, phản ứng thành bụng và gõ đục vùng thấp.
- Số lượng bạch cầu x 10^9: < 9.0, 9.0-12.0 và >12.0
- Siêu âm: dịch ổ phúc mạc, hơi ổ phúc mạc.
- X quang: có liềm hơi hay không có liềm hơi dưới cơ hoành.
- Phương tiện nghiên cứu: máy nội soi Kall Stort.

2.2. Trong mổ thực hiện:

- Xác định tình trạng ổ bụng: sạch, dịch và giả mạc.
- Xác định tình trạng ổ loét, lỗ thủng: vị trí kích thước và tính chất ổ loét.

Đặt dẫn lưu ổ phúc mạc.

2.3. Đánh giá kết quả

- Thời gian phẫu thuật
- Tình trạng ổ phúc mạc: Sạch (giả mạc, dịch khu trú ở dưới gan). Vừa (giả mạc, dịch ở dưới gan, ở rãnh đại tràng và tiểu khung). Bẩn (nhiều thức ăn và dịch mủ).
- Vị trí lỗ thủng: TMV, BCN, HTT, BCL và phình vị.
- Kích thước lỗ thủng: < 0,5cm, 0,6 □ 1cm và > 1cm.
- Nền quanh ổ loét: mềm mại, xơ chai.
- Các tai biến trong phẫu thuật.

+ Đặt dẫn lưu ổ phúc mạc.

+ Tình trạng đau vết mổ: ít, vừa và nhiều.

+ Thời gian có lưu thông ruột trở lại: < 12h, 12 □ 24h và > 24h.

+ Các biến chứng sớm sau phẫu thuật:

+ Tình trạng viêm phúc mạc kéo dài

+ Tình trạng chảy máu ổ phúc mạc

+ Bục chỗ khâu thủng DD □ TT

+ Nhiễm trùng vết mổ

+ Áp xe tồn dư ổ phúc mạc

- Thời gian nằm viện: 3 ngày, 4 ngày, 5 ngày, 6 ngày 7 ngày ≥ 8 ngày.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung.

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố thủng DD □ TT theo nhóm tuổi (n = 78)

Tuổi	≤ 20	21 – 40	41 – 60	> 60
n	4	18	50	6
%	5,12	23	64	7,7

– Tuổi gặp nhiều ở độ tuổi 41□ 60 chiếm 64 %.

– Cao tuổi nhất là 85 - Thấp nhất là 17 tuổi

– Tuổi trung bình là 53,14 ± 5,23 tuổi.

– Thời gian khi bắt đầu đau đến phẫu thuật từ 12 □ 24 giờ chiếm 61,29%.

– Có sốt khi nhập viện chiếm 77,42%

– Đau bụng dữ dội □ đột ngột chiếm 80,65%

– Đau bụng 100% BN, 93,55% BN chướng bụng và 3,23% đi cầu lỏng.

– Triệu chứng co cứng thành bụng 93,55%.

– Số lượng BC tăng từ 9,0 x10^9□12,0 x10^9 chiếm 58,06%

– Kết quả SÂ: 100% có dịch ổ phúc mạc, dấu hơi ổ phúc mạc 54,84%

– Kết quả liềm hơi trên X quang chiếm 84,19%

2. Kết quả phẫu thuật.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật (n = 78)

Phút	< 60	60 – 70	71 – 80	81 – 90
n	20	29	23	6
%	25,64	37,17	29,48	7,7

Thời gian phẫu thuật trung bình là 72± 9,51

Giả mạc, dịch ở dưới gan, ở rãnh đại tràng và tiểu khung chiếm 67,74%

Bảng 3. Vị trí lỗ thủng (n = 78)

Lỗ thủng	n	%
Tiền môn vị	28	35,89
Bờ cong nhỏ	12	15,38
Hành tá tràng	34	43,58
Bờ cong lớn	3	3,84
Phình vị	1	1,28

Gặp ở hành tá tràng chiếm 43,58%

Bảng 4. Kích thước lỗ thủng (n = 78)

Kích thước (cm)	< 0,5	0,6 – 1	> 1
n	26	48	4
%	33,33	61,53	5,12

Kích thước lỗ thủng gặp 0,6 - 1cm 61,53%

Tình tạng ổ loét mềm mại gặp 91.7%

1.3. Tai biến trong phẫu thuật.

Có 2 cas bị tràn khí dưới da (2,56%).

Không có tai biến trong phẫu thuật

1.4. Sau phẫu thuật.

Đặt dẫn lưu ổ phúc mạc 100%

Kết quả 8.3 % đau vết mổ.

Bảng 5. Thời gian trung tiện trở lại (n = 78)

Giờ	< 12	12 – 24	> 24
n	11	52	15
%	14,1	66,66	19,23

Kết quả bệnh nhận trở lại trung tiện ≤ 24giờ chiếm 80,76%

Bảng 6. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật (n=78)

Biến chứng	n	%
Chảy máu ổ phúc mạc	0	0
Bục chỗ khâu thủng	1	1,28
Nhiễm trùng thành bụng	0	0
Áp xe tồn dư ổ phúc mạc	0	0

Sau phẫu thuật gặp 1 cas bục chỗ khâu chiếm 1,28%

Bảng 7. Thời gian nằm điều trị tại bệnh viện

Số ngày	≤ 3	4	5	6	7	> 8	Tổng
n	2	8	27	38	2	1	78
%	2,56	10,25	34,61	48,71	2,56	1,28	100

Thời gian nằm viện trung bình là 5,68 ± 2,75 ngày.

Nằm viện từ 5 ngày trở xuống chiếm 47,42 %.

không dùng dây dẫn bảo vệ (DDBV) nhánh bên có 18 bệnh nhân (46,2%), dùng DDBV nhánh bên có 6 bệnh nhân (15,4%), dùng DDBV + nong bóng nhánh bên có 3 bệnh nhân (7,7%), dùng DDBV + nong bóng đồng thời (NBĐT) có 6 bệnh nhân (15,4%), dùng DDBV + stent nhánh bên + NBĐT có 6 bệnh nhân (15,4%).

Trong số 39 bệnh nhân CT mạch vành, có 26 bệnh nhân dùng stent bọc thuốc (67%) như: Endeavor, Cypher, Axxone□ và 13 bệnh nhân dùng stent thường (33%).

2. So sánh kết quả CT tổn thương chia đôi giữa nhóm không dùng DDBV và nhóm dùng DDBV

So sánh các thông số kích thước mạch vành trước CT tương đồng giữa hai nhóm, tuy nhiên nhóm có dùng DDBV phần trăm hẹp nhánh bên nhiều hơn nhóm không dùng DDBV ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích là khi CT, đối với các tổn thương tại chỗ chia đôi động mạch vành có nhánh bên hẹp nhiều và có khả năng bị mất nhánh bên sau CT, các bác sỹ đã đặt dây dẫn nhằm bảo vệ nhánh bên này.

Bảng 1. Các thông số mạch vành trước CT của hai nhóm dùng và không dùng DDBV

Thông số	Nhóm không DDBV (N=18)	Nhóm DDBV (N=6)	p
Chiều dài tổn thương nhánh chính (mm)	19,28 ± 10,18	24,81 ± 6,29	NS
RD nhánh chính (mm)	2,41 ± 0,46	2,39 ± 0,32	NS
MLD nhánh chính (mm)	0,70 ± 0,35	0,47 ± 0,30	NS
% Hẹp nhánh chính	73,56 ± 14,25	79,81 ± 12,61	NS
Chiều dài tổn thương nhánh bên (mm)	6,53 ± 2,79	8,7 ± 5,33	NS
RD nhánh bên (mm)	2,14 ± 0,69	2,13 ± 0,41	NS
MLD nhánh bên (mm)	1,40 ± 0,69	1,0 ± 0,69	NS
% Hẹp nhánh bên	36,06 ± 24,04	55,86 ± 24,12	<0,05

So sánh kết quả CT giữa hai nhóm:

Bảng 2. Các thông số mạch vành sau CT của hai nhóm dùng và không dùng DDBV

Thông số	Nhóm không DDBV (N=18)	Nhóm DDBV (N=6)	p
RD nhánh chính (mm)	2,79 ± 0,43	2,86 ± 0,45	NS
MLD nhánh chính (mm)	2,36 ± 0,35	2,5 ± 0,55	NS
% Hẹp nhánh chính	16,11 ± 6,04	13,67 ± 7,36	NS
Hiệu số MLD nhánh chính (mm)	1,67 ± 0,59	2,03 ± 0,56	NS
RD nhánh bên (mm)	2,19 ± 0,57	2,25 ± 0,52	NS
MLD nhánh bên (mm)	1,24 ± 0,78	1,45 ± 0,87	NS
% Hẹp nhánh bên	44,72 ± 28,57	40,33±27,79	NS
Hiệu số MLD nhánh bên (mm)	-0,16 ± 0,51	0,45 ± 0,86	<0,05

Kết quả sau CT về các thông số khá tương đồng giữa hai nhóm. Tuy nhiên, khi xét hiệu số MLD nhánh bên thì nhóm có dùng DDBV có hiệu số MLD là 0,45 ± 0,86 (mm) lớn hơn hiệu số MLD nhóm không dùng DDBV là -0,16 ± 0,51 (mm) với $p < 0,05$.

3. So sánh kết quả CT tổn thương chia đôi giữa nhóm không dùng NBĐT và nhóm dùng NBĐT ở nhóm có tổn thương chỗ chia đôi thực sự (Medina 111)

Chúng tôi tách riêng 21 bệnh nhân có tổn thương thật sự tại chỗ chia đôi ĐMV (típ 111), loại trừ 6 bệnh nhân có đặt stent nhánh bên và so sánh kết quả can thiệp giữa nhóm không dùng và có dùng NBĐT trong các bệnh nhân này. Kết quả cho thấy:

+ Các thông số ban đầu về mạch vành ở hai nhóm là khá tương đồng trừ chiều dài nhánh bên nhóm dùng NBĐT lớn hơn so với nhóm không dùng NBĐT.

Bảng 3. Các thông số mạch vành trước CT của hai nhóm dùng và không dùng NBĐT (cho tổn thương chia đôi thực sự)

Thông số	Nhóm không NBĐT (N=9)	Nhóm NBĐT (N=6)	p
Chiều dài tổn thương nhánh chính (mm)	24,24±14,94	27,71±17,47	NS
RD nhánh chính (mm)	2,36 ± 0,24	2,37±0,35	NS
MLD nhánh chính (mm)	0,59 ± 0,35	0,56±0,28	NS
% Hẹp nhánh chính	74,82±12,84	75,9±13,66	NS
Chiều dài tổn thương nhánh bên (mm)	5,99±2,87	11,36±6,1	<0,05
RD nhánh bên (mm)	1,92 ± 0,52	2,15 ± 0,32	NS
MLD nhánh bên (mm)	0,82 ± 0,55	0,68 ± 0,29	NS
% Hẹp nhánh bên	59 ± 18,02	69 ± 10,33	NS

+ Kết quả sau CT cho thấy: ở nhóm dùng NBĐT, không có sự khác biệt so với nhóm không dùng NBĐT về các thông số nhánh chính, nhưng đối với nhánh bên có sự cải thiện với MLD lớn hơn ($p<0,05$), phần trăm hẹp mạch vành lớn hơn và hiệu số MLD lớn hơn nhóm không dùng NBĐT với $p<0,01$.

Bảng 4. Các thông số mạch vành sau CT của hai nhóm dùng và không dùng NBĐT(cho tổn thương chia đôi thực sự)

Thông số	Nhóm không NBĐT (N=9)	Nhóm NBĐT (N=6)	p
RD nhánh chính (mm)	2,66 ± 0,29	2,95 ± 0,41	NS
MLD nhánh chính (mm)	2,3 ± 0,4	2,61 ± 0,51	NS
% Hẹp nhánh chính	14,82 ± 7,49	12,80 ± 6,23	NS
Hiệu số MLD nhánh chính (mm)	1,71 ± 0,33	2,05 ± 0,64	NS
RD nhánh bên (mm)	1,95 ± 0,52	2,4 ± 0,55	NS
MLD nhánh bên (mm)	0,76 ± 0,97	1,73 ± 0,92	<0,05
% Hẹp nhánh bên	65,55±24,59	30,52 ± 6,34	<0,01
Hiệu số MLD nhánh bên (mm)	-0,061±0,046	1,05 ± 0,91	<0,01

4. So sánh kết quả CT tổn thương chia đôi giữa nhóm chỉ đặt stent nhánh chính với nhóm đặt stent cả nhánh chính và nhánh bên.

Chúng tôi so sánh kết quả CT tổn thương giữa nhóm chỉ đặt stent nhánh chính với nhóm đặt stent cả nhánh chính và nhánh bên:

+ Các thông số ban đầu tương đối tương đồng giữa hai nhóm, khác biệt chỉ là chiều dài tổn thương của nhánh chính và nhánh bên ở nhóm đặt stent cả hai nhánh lớn hơn ở nhóm chỉ đặt stent nhánh chính với $p<0,05$.

Bảng 5. Các thông số mạch vành trước CT của nhóm đặt stent nhánh chính so với nhóm đặt stent cả nhánh chính và nhánh bên

Thông số	Stent nhánh chính (N=33)	Stent hai nhánh (N=6)	p
Chiều dài tổn thương nhánh chính (mm)	20,27 ± 12,05	3,09 ± 0,26	<0,05
RD nhánh chính (mm)	2,36 ± 0,39	2,75 ± 0,33	NS