dưỡng của miệng nối được tốt hơn. Điều này đã được minh chứng ở kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như trong một nghiên cứu mới công bố gần đây của các tác giả Nhật Bản.[7]

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày trong phẫu phẫu thuật nội soi cắt thực quản là khả thi. Kỹ thuật thực hiện dễ và vẫn đảm bảo được nguyên tắc điều trị ung thư. Không xảy ra tai biến trong mổ và không gặp các biến chứng nghiêm trọng sau mổ. Là một phương pháp an toàn giúp giảm tỷ lệ rò miệng nối một cách hiệu quả và cho kết quả chung sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, Luketich JD.** Oesophageal carcinoma. The Lancet. 2013;381(9864):400-412. doi:10.1016/s0140-6736(12)60643-6
3. **Watanabe M, Otake R, Kozuki R, et al.** Recent progress in multidisciplinary treatment for patients with esophageal cancer. Surgery today. Jan 2020;50(1):12-20. doi:10.1007/s00595-019-01878-7
4. **Harada K, Rogers JE, Iwatsuki M, Yamashita K, Baba H, Ajani JA.** Recent advances in treating oesophageal cancer. F1000Research. 2020;9doi:10.12688/f1000research.22926.1
5. **Fabbi M, Hagens ERC, van Berge Henegouwen MI, Gisbertz SS.** Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment. Diseases of the esophagus: official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus. Jan 11 2021;34(1)doi: 10.1093/dote/doaa039
6. **Pu S, Chen H, Zhou C, et al.** Major Postoperative Complications in Esophageal Cancer After Minimally Invasive Esophagectomy Compared With Open Esophagectomy: An Updated Meta-analysis. The Journal of surgical research. Jan 2021;257:554-571. doi:10.1016/j.jss.2020.08.011
7. **Yoshida K, Tanaka Y, Imai T, et al.** Subtotal stomach in esophageal reconstruction surgery achieves an anastomotic leakage rate of less than 1%. Annals of gastroenterological surgery. Jul 2020;4(4):422-432. doi:10.1002/ags3.12336
8. **Xu QL, Li H, Zhu YJ, Xu G.** The treatments and postoperative complications of esophageal cancer: a review. Journal of cardiothoracic surgery. Jul 6 2020;15(1):163. doi:10.1186/s13019-020-01202-2

KẾT QUẢ ÁP DỤNG KỸ THUẬT TIM PHỔI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN PHẢN VỆ KHÔNG ĐÁP ỨNG THUỐC VẬN MẠCH – TRỢ TIM LIỀU CAO

Nguyễn Anh Tuấn[1], Nguyễn Công Tấn[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả cải thiện tuần hoàn, hô hấp và chức năng tạng của kỹ thuật tim phổi nhân tạo (ECMO) ở bệnh nhân phản vệ không đáp ứng thuốc vận mạch – cường tim liều cao và hoặc ngừng tuần hoàn. Nghiên cứu mô tả loạt bệnh trên 19 bệnh nhân chẩn đoán phản vệ tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, phải can thiệp ECMO. Các thông tin về đặc điểm chung, tình trạng phản vệ, đặc điểm suy tuần hoàn của bệnh nhân trước khi ECMO và các chỉ số nghiên cứu đánh giá kết quả ECMO được thu thập. Kết quả cho thấy, tỷ lệ cai ECMO thành công (73,7%) và tỷ lệ bệnh nhân sống ra viện (68,4%) cao. Kỹ thuật tim phổi nhân tạo có hiệu quả cải thiện chức năng tuần hoàn, hô hấp và chức năng tạng trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch – cường tim liều cao và hoặc ngừng tuần hoàn.

Từ khóa: tim phổi nhân tạo, ECMO, phản vệ

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023
Ngày duyệt bài: 2.3.2023

SUMMARY

RESULTS OF USING EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION IN PATIENTS UNRESPONSIVE TO VASOACTIVE – INOTROPIC DRUGS

This study was conducted to evaluate the results of the improvement of circulation, respiratory and organ function of patients with anaphylactic shock not responding to high dose vasopressors- inotropes and/or circulatory arrest by using extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). This case series was performed on 19 patients diagnosed with anaphylactic shock at the intensive care unit of Bach Mai Hospital, requiring ECMO intervention. Information on general characteristics, anaphylaxis, and circulatory failure characteristics of the patient prior to ECMO and ECMO outcome evaluation study indicators were collected. Results showed that the rate of successful ECMO

withdrawal was 73.7% and the high rate of hospital discharge patients was 68.4%. ECMO was effective in improving circulatory function, respiratory function, and organ function in support of the treatment of anaphylactic patients not responding to high dose vasopressors - inotropes and/or circulatory arrest.

Keywords: Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO, anaphylaxis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [1]. Tiến triển của phản vệ có thể diễn biến nhanh chóng, đôi khi khó có thể tiên lượng, diễn biến suy hô hấp hoặc ngừng tuần hoàn và tử vong có thể xảy ra trong vòng vài phút [2, 3]. Sử dụng Adrenalin là thuốc đầu tay cấp cứu phản vệ đã được viết rõ ràng trong phác đồ thông tư 51 của Bộ y tế, nó có tác dụng đảo ngược ngay lập tức tiến triển của phản vệ, cải thiện ngay tình trạng hô hấp, tuần hoàn và các dấu hiệu ngoài da [4]. Trong trường hợp phản vệ không đáp ứng với adrenalin, thuốc cường tim vận mạch và các biện pháp hồi sức thông thường gây suy tuần hoàn/hô hấp cấp đe dọa tính mạng. Vì hầu hết những bệnh nhân này có tình trạng suy tuần hoàn rất nặng cần điều trị khẩn cấp, nên lựa chọn sự hỗ trợ phải được thực hiện nhanh chóng và dễ dàng. Kỹ thuật tim phổi nhân tạo Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) là biện pháp có hiệu quả trong điều trị các trường hợp suy hô hấp và/hoặc suy tuần hoàn cấp tính có khả năng hồi phục. ECMO hỗ trợ sớm và phù hợp được áp dụng trước bất kỳ tổn thương nội tạng tiến triển thành không hồi phục, đã cho kết quả khả quan [5]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm *"Đánh giá kết quả cải thiện tuần hoàn, hô hấp và chức năng tạng của kỹ thuật tim phổi nhân tạo ở bệnh nhân phản vệ không đáp ứng thuốc vận mạch – cường tim liều cao và hoặc ngừng tuần hoàn".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trong các hồ sơ hồi cứu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Phản vệ theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ 1/2017 đến hết tháng 6/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu:

❖Tiêu chuẩn thuốc vận mạch cường tim liều cao theo tiêu chuẩn của tác giả Jentzer và cộng sự: thuốc vận mạch – cường tim được coi là liều cao khi bệnh nhân phải dùng liều thuốc vận mạch – cường tim tương đương adrenalin hoặc noradrenalin liều 0,5µg/kg/phút trở lên.

❖Tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch – cường tim liều cao phải can thiệp VA-ECMO: Bệnh nhân sử dụng thuốc vận mạch cường tim liều cao (chỉ số vận mạch tương đương IE ≥50)

❖Có một trong số các dấu hiệu không hiệu quả hoặc dấu hiệu nguy hiểm sau: Cấp cứu ngừng tuần hoàn; Loạn nhịp nguy hiểm: rung thất, nhanh thất, block nhĩ thất cấp III, loạn nhịp phức tạp kèm theo tụt huyết áp; Suy thất trái nhanh hoặc trầm trọng (LVEF <25%); Lactat máu >5 mmol/l và không cải thiện trong vòng 90 phút; tụt huyết áp kéo dài dù dùng liều rất cao thuốc vận mạch – cường tim (IE ≥100).

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh án không đủ dữ liệu nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện lựa chọn 19 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4. Quy trình nghiên cứu:

- Hồi cứu: lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ có can thiệp ECMO tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Các thông tin, chỉ số nghiên cứu theo thiết kế nghiên cứu được hồi cứu từ bệnh án của bệnh nhân.

- Tiến cứu: lựa chọn tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ, đủ tiêu chuẩn và được can thiệp ECMO tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai vào nghiên cứu. Bệnh nhân sẽ được theo dõi, các thông tin, chỉ số nghiên cứu theo thiết kế nghiên cứu được ghi nhận hàng ngày.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung và tiền sử: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, đặc điểm phản vệ và xử trí.

- Đặc điểm suy tuần hoàn của bệnh nhân trước khi ECMO: nhịp tim, huyết áp trung bình, loạn nhịp tim, ngừng tuần hoàn, phù phổi cấp, thiểu niệu/vô niệu, các chỉ số Lactat, Pro BNP, Troponin T, chỉ số phân số tống máu thất trái (LVEF).

- Các chỉ số nghiên cứu đánh giá kết quả ECMO: tình trạng cai ECMO và tỷ lệ bệnh nhân sống (%); diễn biến tuần hoàn, hô hấp và chức năng tạng của bệnh nhân trong quá trình ECMO (ghi nhận tại thời điểm T0 (trước khi ECMO), T1 sau khi vào ECMO 3 giờ, T2 sau khi vào ECMO 6h, sau đó 6h/lần trong ngày đầu tiên và 12 giờ ở các ngày tiếp theo đến ngày thứ 6 và thời điểm trước kết ECMO).

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được phân tích và xử lý trên phần mềm thống kê Y học.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Bệnh nhân vẫn nhận được sự điều trị theo phác đồ của khoa phòng và bệnh viện. Toàn bộ thông tin thu thập sẽ được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

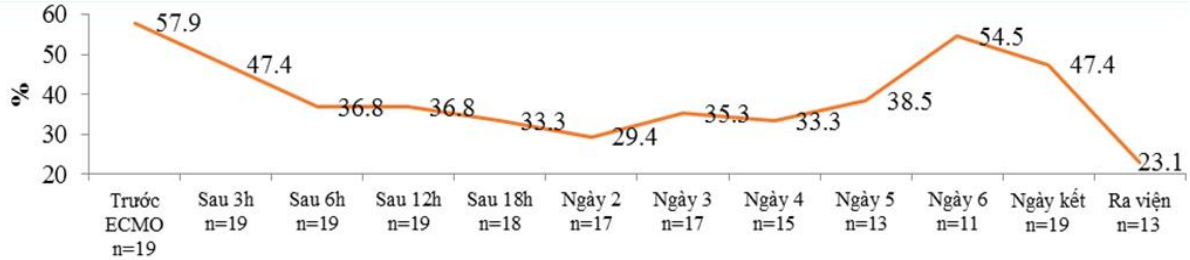
Tổng cộng có 19 hồ sơ bệnh nhân, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là giới nữ với độ tuổi trung bình là 32,2 ± 9,8.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian từ lúc phản vệ đến khi được can thiệp ECMO trung bình là 21 giờ. Hầu hết bệnh nhân được can thiệp ECMO sớm từ khi vào khoa HSTC, chỉ có 2 bệnh nhân can thiệp ECMO sau 24 giờ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian can thiệp ECMO giữa nhóm sống và nhóm tử vong. Thời gian chạy ECMO trung bình của nhóm nghiên cứu là 133 giờ. Thời gian chạy ECMO của nhóm sống dài hơn nhóm tử vong. Thời gian điều trị tại khoa HSTC của nhóm nghiên cứu là 15 ngày. Thời gian nằm khoa HSTC của nhóm bệnh nhân tử vong là ngắn hơn so với nhóm sống. Tỷ lệ bệnh nhân cai ECMO thành công của bệnh nhân trong nghiên cứu này rất cao là: 73,7%. Có 13 bệnh nhân (68,4% BN) sống ra viện. Có 5 bệnh nhân cai ECMO thất bại và tử vong, 1 bệnh nhân cai ECMO thành công nhưng sau đó vẫn tử vong, tổng số bệnh nhân tử vong là 6 bệnh nhân (31,6%).

Bảng 1. Huyết áp, mức hỗ trợ adrenalin và vận mạch tương đương IE trước và sau ECMO

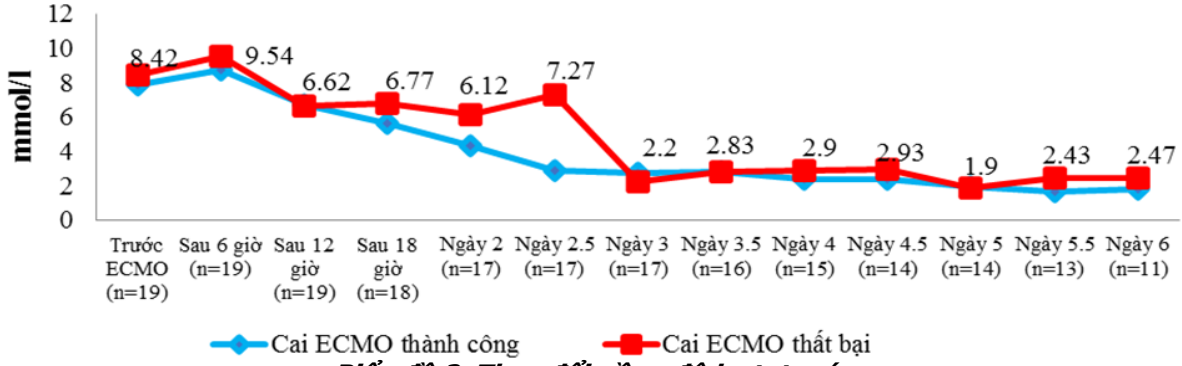
Thời điểm	Huyết áp trung bình (mmHg)		Huyết áp hiệu số (mmHg)		Mức hỗ trợ adrenalin (µg/kg/phút)		Vận mạch tương đương IE	
	Cai ECMO thành công	Cai ECMO thất bại	Cai ECMO thành công	Cai ECMO thất bại	Cai ECMO thành công	Cai ECMO thất bại	Cai ECMO thành công	Cai ECMO thất bại
Trước ECMO	51,85	57,17	33	30	1,18	1,91	165	331
Sau 3h	84,54	77,17	24	24,8	0,58	1,75	65	290
Sau 6h	82,54	73,5	23,6	23,2	0,39	1,47	41	183
Sau 12h	86,92	79	25,1	18,4	0,24	1,32	26	162
Sau 18h	89,08	81	26,2	14	0,2	1,16	20	148
Ngày 2	88,31	88,25	22,9	14,7	0,16	0,54	16	56
Ngày 2,5	93,54	86,5	26,9	17,3	0,08	0,54	9	56
Ngày 3	96,31	75,75	24	19,3	0,06	0,71	6	96
Ngày 3,5	86	86,33	32,8	31,5	0,03	0,06	4	9
Ngày 4	84,75	82	36,2	25	0	0	6	0
Ngày 4,5	85	83,67	34,6	34	0	0	0	0
Ngày 5	85,45	84,33	34,3	30,5	0	0	0	0
Ngày 5,5	85,4	86,67	37	31	0	0	0	0
Ngày 6	82,38	91,67	37,5	33,5	0	0	0	0

Kết quả bảng 1 cho thấy, trước khi tiến hành ECMO huyết áp trung bình của hầu hết các bệnh nhân nghiên cứu đều rất thấp. Trong quá trình tiến hành ECMO tại hầu hết các thời điểm nghiên cứu, huyết áp trung bình của các bệnh nhân đều lớn hơn mục tiêu 65 mmHg. Trong quá trình ECMO, huyết áp hiệu số của nhóm cai ECMO thành công luôn có xu hướng cao hơn so với nhóm cai ECMO thất bại. Tại thời điểm kết ECMO, nhóm cai ECMO thất bại huyết áp hiệu số rất thấp 8,6 mmHg. Kết quả cũng cho thấy, trước khi tiến hành ECMO liều vận mạch adrenalin và chỉ số vận mạch của các bệnh nhân rất cao. Ngay sau khi tiến hành ECMO hầu hết các bệnh nhân đều giảm được liều adrenalin và chỉ số IE của đa số các bệnh nhân giảm dần.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân vô niệu

Biểu đồ 1 cho thấy, trước khi can thiệp ECMO, có 11 bệnh nhân chiếm 57,9% bệnh nhân có tình trạng vô niệu, tỷ lệ này giảm trong quá trình ECMO.

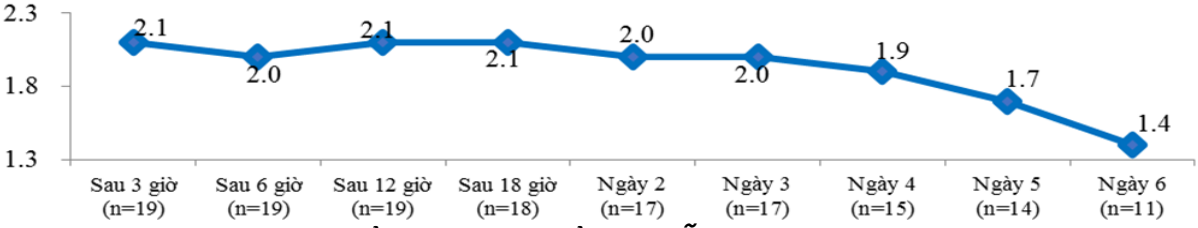


Biểu đồ 2. Thay đổi nồng độ lactat máu

Biểu đồ 2 cho thấy, trước khi ECMO, nồng độ lactat trung bình cứu rất cao và giảm dần nồng độ lactat trong quá trình can thiệp ECMO. Nhóm cai ECMO thất bại có xu hướng lactat xu hướng giảm ít hơn, có những thời điểm xu hướng tăng lên. Biểu đồ 4 và biểu đồ 5 cho thấy chỉ số CI-ECMO và nồng độ troponin T trung bình có xu hường giảm dần từ ngày thứ 2 đến ngày kết thúc ECMO.

Bảng 2. Thay đổi chức năng tâm thu thất trái và oxy hóa máu

Thời điểm	LVEF (%)	p(T_x-T_0)	Tỷ lệ PaO_2/FiO_2	
Trước ECMO	32,2 ± 12,6	-	95,7 ± 66,1	-
Trước kết ECMO	46,0 ± 9,6	P <0,05	381,1 ± 62,7	<0,05
Ra viện	57,0 ± 8,4	P <0,05	402,8 ± 65,2	<0,05



Biểu đồ 3. Thay đổi mức hỗ trợ CI-ECMO

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hầu hết các bệnh nhân lúc vào khoa hồi sức tích cực trong tình trạng rất nặng và được can thiệp ECMO sớm, trong đó có 11/19 bệnh nhân can thiệp trong vòng 6 giờ. Chỉ có 2 bệnh nhân can thiệp ECMO sau 24 giờ. Trong nghiên cứu này có 14 bệnh nhân (73.7%) cai ECMO thành công trong đó 13 bệnh nhân (68.4%) sống ra viện. Tỷ lệ bệnh nhân cai ECMO thành công và tỷ lệ bệnh nhân sống ra viện trong nhóm nghiên cứu rất cao. Điều này cho thấy đối với bệnh nhân phản vệ, cho dù tình trạng nặng, thậm chí ngừng tuần hoàn nhưng nếu điều trị hợp lý thì vẫn có khả năng hồi phục rất cao.

Huyết áp trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu rất thấp 53,5±11,5 mmHg mặc dù bệnh nhân đã được hỗ trợ các thuốc vận mạch – cường tim với liều rất cao. Ngay khi can thiệp ECMO đa số bệnh nhân có huyết áp trung bình luôn đạt được mục tiêu huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg tại tất cả các thời điểm nghiên cứu, điều này cho thấy hệ thống ECMO có thể thay thế hỗ trợ chức năng tim suy rất nặng, đảm bảo duy trì được áp lực tưới máu tổ chức cho những bệnh nhân này.

ECMO cung cấp 60-80% cung lượng tuần hoàn, 20-40% do chức năng tim nội tại của bệnh nhân cung cấp. Huyết áp hiệu số là một chỉ số cho thấy mức độ hoạt động của tim. Nhóm bệnh nhân cai ECMO thất bại có huyết áp hiệu số thấp hơn nhóm bệnh nhân cai ECMO thành công ở hầu hết các thời điểm nghiên cứu, và huyết áp hiệu số giảm nhiều trong ngày kết ECMO. Điều này cho thấy chức năng tim không cải thiện ở nhóm bệnh nhân này và việc đạt được huyết áp trung bình ở nhóm bệnh nhân này đều nhờ tác dụng của hệ thống ECMO.

Kết quả này cho thấy trước khi tiến hành ECMO chỉ số IE của bệnh nhân rất cao nhưng ngay sau khi tiến hành ECMO chỉ số này đều giảm ở cả hai nhóm, trong đó nhóm cai ECMO

thành công chỉ số này giảm rất nhanh, từ ngày thứ 3 hầu hết đã cắt được vận mạch – cường tim. Nhóm cai ECMO thất bại chỉ số này cũng giảm nhưng giảm chậm và liên tục ở mức cao. Điều này càng chứng minh hệ thống ECMO là thiết bị hỗ trợ huyết động rất tốt. Liều thuốc vận mạch – cường tim được giảm dần trong khi huyết áp trung bình vẫn được đảm bảo, đồng thời đạt được huyết áp hiệu số, các biểu hiện của tình trạng sốc cải thiện là biểu hiệu cho thấy tình trạng tổn thương cơ tim có xu hướng hồi phục và chức năng co bóp cơ tim được cải thiện dần ở nhóm bệnh nhân này.

Lượng nước tiểu của bệnh nhân là biểu hiệu lâm sàng rất có giá trị để đánh giá theo dõi diễn biến tình trạng sốc của bệnh nhân. Bởi vậy lượng nước tiểu >0.5 ml/kg/h đã được coi là một trong những mục tiêu quan trọng trong theo dõi, điều trị các bệnh nhân sốc. Trong nghiên cứu này, trước khi tiến hành ECMO hơn một nửa bệnh nhân (57,9% BN) có biểu vô niệu hoặc thiểu niệu nhưng ngay sau khi can thiệp ECMO phần lớn bệnh nhân có nước tiểu trở lại với lượng >0.5 ml/kg/h điều này cho thấy tình trạng tưới máu thận, tưới máu tổ chức được cải thiện rõ hay có thể nói tình trạng sốc của các bệnh nhân được cải thiện.

Nồng độ lactat máu trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước ECMO rất cao. Sau khi can thiệp ECMO, trong vòng 6 giờ lactat có xu hướng tăng nhẹ nhưng ngay sau đó chỉ số lactat trung bình của bệnh nhân giảm dần. Lactat là một thông số trao đổi chất quan trọng có liên quan đến giảm tưới máu mô và thiếu oxy trong rối loạn chức năng tuần hoàn cấp tính.[6]. Giảm nồng độ lactat trong quá trình hồi sức được cho là có liên quan đến sự thay đổi của phục hồi và được coi là một dấu hiệu của tái tưới máu.[7] Ở nhóm bệnh nhân cai ECMO thành công, chỉ số này giảm rất nhanh và hầu hết trở về giá trị ở giới hạn bình thường, điều này cho thấy tình trạng nợ oxy dẫn đến toan chuyển hóa, chuyển hóa yếm khí được cải thiện rõ rệt hay nói cách khác là tình trạng sốc của nhóm bệnh nhân này được cải thiện. Ở nhóm bệnh nhân cai ECMO thất bại mặc dù chỉ số lactat máu trung bình có giảm nhưng không giảm về mức bình thường và sau ngày thứ 3 chỉ số này lại còn có xu hướng tăng trở lại, đến thời điểm kết ECMO thì lactat trung bình của nhóm này còn cao hơn cả trước khi ECMO điều này cho thấy biểu hiện sốc không cải thiện ở nhóm bệnh nhân này.

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân đều có mức độ hỗ trợ CI-ECMO khá thấp, CI-ECMO trung bình của nhóm nghiên cứu trong ngày đầu trung bình là 2.1. Càng về sau chỉ số hỗ trợ CI-ECMO càng giảm. Có nhiều nguyên nhân trong đó tình trạng giảm co bóp nghiêm trọng của cơ tim, làm giảm thể tích nhát bóp và cung lượng tim là nguyên nhân dẫn đến tình trạng tụt huyết áp, và sốc tiến triển. Chỉ số CI-ECMO giảm đồng nghĩa với sự hỗ trợ của hệ thống ECMO với tuần hoàn của bệnh nhân ở nhóm này được giảm dần trong khi HATB của bệnh nhân vẫn được đảm bảo, tình trạng sốc và suy tạng của bệnh nhân được cải thiện, điều này cho thấy tình trạng tổn thương cơ tim ở nhóm bệnh nhân này có xu hướng được cải thiện dần.

Trước khi can thiệp ECMO phân số tống máu thất trái trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là rất thấp 32.2 ± 12.6%, mặc dù các bệnh nhân đang được hỗ trợ với liều các thuốc vận mạch – cường tim rất cao. Điều này cho thấy chức năng tâm thu thất trái của bệnh nhân giảm nghiêm trọng, phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng tổn thương tim của bệnh nhân. Tại thời điểm trước khi kết ECMO, phân suất tống máu tâm thu thất trái đã tăng lên (46%) cho thấy chức năng của tim dần hồi phục. Và thời điểm ra viện, chỉ số LVEF của bệnh nhân đều trở về giá trị bình thường (57%).

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tim phổi nhân tạo có hiệu quả cải thiện chức năng tuần hoàn, hô hấp và chức năng tạng trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch – cường tim liều cao và hoặc ngừng tuần hoàn. Tỷ lệ cai ECMO thành công (73,7%) và tỷ lệ bệnh nhân sống ra viện (68,4%) cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Estelle R. Simons, Ledit RF Ardusso, M. Beatrice Bilò và các cộng sự.** (2014), "International consensus on (ICON) anaphylaxis", World Allergy Organization Journal, 7(1), tr. 1-19.
2. **Richard S. H. Pumphrey và M. Hazel Gowland** (2007), "Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom, 1999-2006", Journal of Allergy and Clinical Immunology, 119(4), tr. 1018-1019.
3. **Riza Yilmaz, Ozlem Yuksekbas, Zerrin Erkol và các cộng sự.** (2009), "Postmortem Findings After Anaphylactic Reactions to Drugs in Turkey", The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 30(4), tr. 346-349.
4. **Joseph P Wood, Stephen J Traub và Christopher Lipinski** (2013), "Safety of epinephrine for anaphylaxis in the emergency setting", World journal of emergency medicine, 4(4), tr. 245.

5. **Wakkas Tayara, Randall C. Starling, Mohamad H. Yamani và các cộng sự.** (2006), "Improved Survival After Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock With Circulatory Support and Transplantation: Comparing Aggressive Intervention With Conservative Treatment", The Journal of Heart and Lung Transplantation, 25(5), tr. 504-509.
6. **G. Hernandez, A. Bruhn, R. Castro và các cộng sự.** (2012), "The holistic view on perfusion monitoring in septic shock", Curr Opin Crit Care, 18(3), tr. 280-6.
7. **M. E. Mikkelsen, A. N. Miltiades, D. F. Gaieski và các cộng sự.** (2009), "Serum lactate is associated with mortality in severe sepsis independent of organ failure and shock", Crit Care Med, 37(5), tr. 1670-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U HỖN HỢP TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI CÓ BẢO TỒN THẦN KINH MẶT

Nguyễn Hồng Lợi[1], Nguyễn Việt Dũng[2], Trần Xuân Phú[1], Nguyễn Văn Khánh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khối u tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Hơn nữa, các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong một thời gian dài. **Mục tiêu**: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai và được phẫu thuật bọc u có bảo tồn dây thần kinh mặt tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung Ương Huế trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 09/2021. **Kết quả:** Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ ≥ 40-60 tuổi chiếm 38,9%. Giới: nam 41,7%, nữ 58,3%. Thời gian phát hiện u thường 12- 60 tháng chiếm 50%. Vị trí bên trái gặp nhiều hơn bên phải chiếm 52,8%, kích thước khối u 2-4cm chiếm 66,7%, mật độ chủ yếu chắc chiếm 83,3%. U chủ yếu nằm thuỳ nông chiếm 75%. Đặc điểm trên siêu âm 100% khối u giảm âm, 75% đồng nhất. Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính 55,6% thuỳ nông, 63,9% đồng nhất. Kết quả phẫu thuật: kết quả tốt 83,3%, kết quả khá 16,7%. **Kết luận:** Giá trị chẩn đoán siêu âm, phim cắt lớp vi tính có độ chính xác cao đối với khối u vùng tuyến nước bọt mang tai. Phương pháp phẫu thuật bóc u hỗn hợp tuyến nước bọc mang tai bảo tồn dây thần kinh mặt là phương pháp đem lại kết qủa điều trị tốt.

Từ khóa: u hỗn hợp tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh mặt

SUMMARY

ASSESSMENT OF PAROTID MIXED TUMORS SURGICAL TREATMENT WITH PRESERVATION OF FACIAL NERVE

Introduction: Parotid gland tumors are typical tumors about pleomorphism in terms of histology between different tumors or within a tumor. Moreover, the tendency of malignity of the benign mixed tumors can make histological results invalid in long terms. **Aims:** Decribing clinical features, radiography results and assessment of parotid mixed tumors surgical treatment with preservation of facial nerve. **Patients and methods:** 36 patients with diagnosis of parotid mixed tumors and treatment of tumors resection with the preservation of facial nerve at the Odonto-Stomatology Department in Hue Central Hospital during the period of time from January 2020 to September 2021. **Results:** Most common in adults aged 40 and 60 and above, which accounts for 38.9%. Gender: Male: 58.3%, female 41.7%. Tumors detected within 12-60 months make up 50%. Rate of the left sites is 52.8%, tumors size ranged 2-4cm is 66.7%, high density (firm) is 83.3%. Site on the superficial lobe accounts for 75% (most common). Ultrasound features show 100% of hypoecho, 75% of high homogeneity. CT scan features show 55.6% on the superficial lobe, 63.9% of high homogeneity. Treatment outcomes: good 83.3%, fair 16.7%. **Conclusion:** Radiographic techninques such as ultrasound, CT scan have high values of diagnosis with parotid gland tumors. Treatment of tumor resection with the preservation of the facial nerve has good outcomes.

Keywords: Parotid gland mixed tumor, preservation of the facial nerve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u [1]. Hơn nữa, các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong một thời gian dài [1]. Phần lớn số u là lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90%

[1]Trung tâm Răng hàm mặt, Bv Trung ương Huế
[2]Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi
Email: drloivietnam@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 2.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023
Ngày duyệt bài: 3.3.2023