

hôn có điểm số MMSE thấp hơn [6].

- **Quá trình phát triển tâm thần:** Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- **Triệu chứng loạn thần hiện tại:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở trạng thái loạn thần (tức là có hoang tưởng, ảo giác) có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Talreja (2013) cũng chỉ ra mối liên quan giữa các triệu chứng dương tính và suy giảm trí nhớ được tìm thấy là có ý nghĩa thống kê. Suy giảm khả năng chú ý cũng có liên quan đến các triệu chứng dương tính [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tương đối cao

- Bệnh nhân nữ, trình độ học vấn dưới THPT, không có gia đình riêng là các yếu tố nguy cơ của SGNT ở bệnh nhân TTPL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McGrath J., Saha S., Chant D. và cộng sự.

(2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, **30**, 67–76.

2. James S.L., Abate D., Abate K.H. và cộng sự. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, **392(10159)**, 1789–1858.

3. Vuong D.A., Van Ginneken E., Morris J., et al. (2011). Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services. *Asian J Psychiatry*, **4(1)**, 65–70.

4. Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F. và cộng sự. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*, **44(6)**, 1195–1203.

5. Han M., Huang X.-F., Chen D.C. và cộng sự. (2012). Gender differences in cognitive function of patients with chronic schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, **39(2)**, 358–363.

6. Talreja B.T., Shah S., và Kataria L. (2013). Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Ind Psychiatry J*, **22(1)**, 47–53.

7. Noel J., Viswanathan S.A., và Kuruvilla A. (2021). Nature and Correlates of Executive Dysfunction in Schizophrenia: An Exploratory Study. *Indian J Psychol Med*, **43(1)**, 16–23.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU CHỦ VÀNH Ở BỆNH NHÂN TỪ 75 TUỔI TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Minh Ngọc*, Nguyễn Sinh Hiền*,
Nguyễn Thái Minh*, Nguyễn Hoàng Hà*, Hà Đức Linh*

TÓM TẮT

63 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên được phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) tại bệnh viện Tim Hà Nội trong giai đoạn 2019-2020. Tuổi trung bình 78,13 ± 3,42 tuổi (lớn nhất 88 tuổi). Nam giới chiếm 73,1%. Euroscore II trung bình là 6,36%. 38,1% có triệu chứng đau ngực nặng, 20,6% có EF < 40%. Số cầu nối trung bình là 3,38, trong đó cầu nối bằng động mạch trung bình 1,41. Tỷ lệ tử vong sớm là 4,7%. Thời gian theo dõi trung bình là 15,78 ± 6,22 tháng (6 – 29 tháng), trong thời gian theo dõi có 5% bệnh nhân tử vong là 6,7% có các biến cố tim mạch.

SUMMARY

RESULTS OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY IN 75 YEARS AND OLDER

*Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Ngọc

Email: ngocnguyen89@hotmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021

PATIENTS IN HANOI HEART HOSPITAL

In the period of 2019-2020, 63 patients from 75 years old underwent coronary bypass grafting (CABG) surgery in Hanoi Heart Hospital. Mean age 78,13 ± 3,42 years (oldest patient was 88 years). 73,1% of case was male. Mean Euroscore II was 6,36%. 38,1% of patients had severe angina, 20,6% had low EF% (<40%). Mean number of grafts was 3,38, and mean arterial graft was 1,41. Early mortality rate was 4,7%. Mean follow-up time was 15,78 ± 6,22 months (6-29). Mortality and cardiovascular events rate in follow-up time were 5% and 6,7%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với những bệnh nhân cần được phẫu thuật tim mạch nói chung và phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) nói riêng, mốc tuổi 75 được coi là điểm "cut-off" hợp lý để phân loại những bệnh nhân lớn tuổi, đi kèm với sự gia tăng các yếu tố nguy cơ và cần được đánh giá kỹ trước phẫu thuật¹. Theo thống kê của Hội Tim Mạch Hoa Kỳ, 25% bệnh nhân được phẫu thuật BCCV ở độ tuổi

≥ 75 tuổi². Đặc điểm của nhóm bệnh nhân này là tuổi cao, thể trạng yếu đi kèm nhiều bệnh lý nền và yếu tố nguy cơ, bên cạnh đó chức năng tim và mạch máu suy giảm theo thời gian, do đó tỉ lệ tử vong và biến chứng ở nhóm bệnh nhân này cũng cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 75 tuổi. Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả phẫu thuật khả quan, với tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp^{2,3}. Tại Việt Nam, tỉ lệ những bệnh nhân trong nhóm tuổi này được phẫu thuật BCCV cũng ngày càng tăng do những tiến bộ trong chăm sóc y tế và tăng tuổi thọ trung bình. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu từ 01/2019 đến 12/2020. Liên hệ khám lại vào 06/2021. Các BN được lựa chọn có tuổi từ 75 tuổi trở lên, được phẫu thuật BCCV đơn thuần (cả mổ theo chương trình và mổ cấp cứu) tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Số liệu được thu thập dựa theo bệnh án mẫu. Tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến liên tục. Tính tần số và tỷ lệ phần trăm (%) cho các biến rời rạc. Số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 63 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $78,13 \pm 3,42$ tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 88 tuổi. Nam giới chiếm 73,1%. Các yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật của bệnh nhân được thể hiện theo bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm trước phẫu thuật

Các yếu tố	n	%
ĐTĐ type II	16	25,4
THA	56	88,9
Hút thuốc lá	18	28,6
Rối loạn lipid	22	34,9
TBMMN	5	7,9
NMCT	3	4,8
Béo phì (BMI >25)	8	12,7
Bệnh phổi mạn tính	12	19
Tiền sử can thiệp mạch vành	10	15,9
Bệnh mạch máu ngoại vi	26	38,1
NYHA 3-4	21	33,3
CCS 3-4	24	38,1
NMCT cấp ST chênh	14	22,2
Mổ cấp cứu	16	25,0

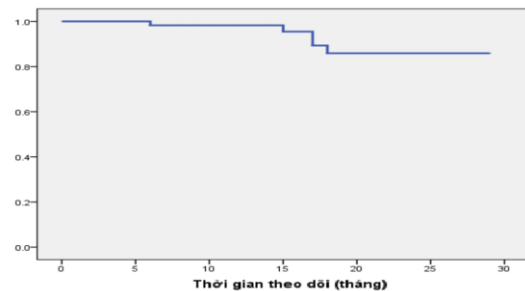
Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh phổi mạn tính và bệnh mạch máu ngoại vi là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Hơn 1/3 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ở mức độ nặng. Điểm Euroscore trung bình là $6,36 \pm 5,19$ %,

bệnh nhân có điểm cao nhất là 22,93%.

Về kết quả cận lâm sàng: có 20,6% bệnh nhân có EF thấp <40%, tổn thương mạch vành chủ yếu là bệnh 3 thân với 85,7%, 46% bệnh nhân có tổn thương thân chung.

Hầu hết các bệnh nhân được phẫu thuật dưới tuần hoàn ngoài cơ thể, chỉ có 1 bệnh nhân có xơ vữa mạch hệ thống nặng được phẫu thuật không THNCT. Thời gian cặp ĐMC trung bình $61,54 \pm 18,83$ phút (34-117 phút), thời gian chạy THNCT trung bình $86,06 \pm 26,18$ (49-178 phút). Số cầu nối trung bình là $3,38 \pm 0,91$ cầu nối, Hầu hết các bệnh nhân đều được sử dụng ĐM ngực trong (98,4%), trong đó có 8 bệnh nhân (12,7%) được sử dụng 2 ĐM ngực trong. Số cầu nối động mạch trung bình trên 1 bệnh nhân: $1,41 \pm 0,87$. Chỉ 1 bệnh nhân 88 tuổi (lớn tuổi nhất trong nghiên cứu) được sử dụng mạch ghép hoàn toàn bằng tĩnh mạch.

Có 3 trường hợp tử vong sớm, 1 trường hợp do suy tim nặng và 2 trường hợp shock nhiễm khuẩn. Thời gian thở máy trung bình là $43,45 \pm 44,33$, thời gian hồi sức trung bình $4,82 \pm 2,20$ và thời gian nằm viện trung bình là $13,93 \pm 6,11$.



Hình 1: Biểu đồ Kaplan-meier biểu hiện sống còn

Các biến chứng khác được thể hiện trong bảng 2

Bảng 2: Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n=63)

Biến chứng	n	%
Phẫu thuật lại do chảy máu	4	6,4
Suy thận lọc máu	4	6,4
Nhiễm khuẩn huyết	5	7,9
Viêm phổi	8	12,7
Tai biến mạch máu não	1	1,6
Bung xương ức	1	1,6
Tử vong	3	4,8

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình $15,78 \pm 6,22$ tháng (06 – 29 tháng). Có 3 trường hợp tử vong muộn, 1 do ung thư, 1 do xuất huyết não và 1 do NMCT. Có 05 bệnh nhân có biến cố tim mạch trong thời gian theo dõi, các biến cố tim mạch bao gồm tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, đau ngực phải can thiệp lại. Đường Kaplan-

Meier thể hiện tỉ lệ sống còn thực tế thể hiện trong hình 1. Lâm sàng tại thời điểm khám lại không còn bệnh nhân nào có NYHA 3-4, có 7 bệnh nhân đau ngực tái phát (17,2%), tất cả đều ở mức độ CCS1-2.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi phẫu thuật, so sánh với một số nghiên cứu khác trên nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên theo bảng 3.

Bảng 3: Độ tuổi trong một số nghiên cứu

Tác giả	Tuổi trung bình	Năm	Tuổi lớn nhất
Christenson ⁴	77,7	1994	83
Diegeler ³	78,5	2013	95
Anderson ⁵	79,2	2020	96
Chúng tôi	78,13	2020	88

Có thể thấy theo thời gian, độ tuổi được phẫu thuật của bệnh nhân càng tăng lên. Điều này cho thấy sự tiến bộ về kỹ thuật, về gây mê hồi sức dẫn đến cải thiện tiên lượng sống của nhóm bệnh nhân lớn tuổi được phẫu thuật BCCV, qua đó mở rộng chỉ định cho những bệnh nhân có tuổi rất cao. Các tác giả đều thống nhất độ tuổi hiện nay không còn là một chống chỉ định đối với phẫu thuật BCCV.

Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu kể trên, với bệnh nhân lớn tuổi nhất là 88 tuổi. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Văn Hùng Dũng và cs trên nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi (n=117), với độ tuổi trung bình là 75,4, tuổi lớn nhất là 83⁶. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tăng dần qua các năm sẽ dẫn đến sự gia tăng số bệnh nhân lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật BCCV.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành như THA, ĐTĐ type II, rối loạn lipid máu ở những bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên đều cao hơn nhóm dưới 75 tuổi. Theo Christenson và cs tỉ lệ tăng huyết áp và rối loạn lipid máu tăng gấp đôi ở nhóm bệnh nhân ≥ 75 tuổi so với nhóm dưới 75 tuổi, còn tỉ lệ ĐTĐ type II tăng gấp 2,5 lần (51%, 42% và 22% so với 26%, 23% và 9%)⁴. Sự lão hóa ở hệ mạch máu dẫn đến giảm đàn hồi thành mạch và tăng khả năng lắng đọng xơ vữa ở người già dẫn đến tỉ lệ THA cao, bên cạnh đó là bệnh lý mạch máu ngoại vi, tiền sử TBMN,... các tổn thương do xơ vữa mạch máu gây ra nhiều khó khăn trong việc điều trị: kém đáp ứng với các thuốc trợ tim, vận mạch trong quá trình gây mê, hồi sức, khó khăn về mặt thiết lập THNCT đối với những bệnh nhân xơ vữa vôi hóa động mạch chủ và mạch máu hệ thống, và khó khăn trong việc làm miệng nối đối với những

nhánh mạch vành xơ vữa nặng. 19% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh lý phổi mạn tính. Bệnh phổi mạn tính với tỉ lệ cao ở người già gây ra những khó khăn trong quá trình gây mê hồi sức, làm tăng nguy cơ thở máy kéo dài và nhiễm khuẩn huyết².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nặng khó thở NYHA 3-4 và đau ngực CCS 3-4 lần lượt là 33,3% và 38,1%. Tỉ lệ suy giảm chức năng thất trái EF dưới 40% trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,6%. 85,7% có tổn thương mạch vành lan tỏa cả 3 thân ĐM vành. Các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥ 75 tuổi có những triệu chứng của suy tim và đau ngực nặng hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, do thể trạng đi xuống cũng như dự trữ cơ bóp cơ tim suy giảm⁷.

Tỉ lệ mổ cấp cứu và khẩn cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,4%. Tỉ lệ này tương đương với các tác giả khác. Nhìn chung biểu hiện lâm sàng nặng hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi dẫn đến tỉ lệ mổ cấp cứu cao hơn ở nhóm này so với những bệnh nhân trẻ tuổi hơn^{2,3,8}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Euroscore trung bình là 6,36%, còn tỷ lệ tử vong sớm thực tế là 4,76%. Điểm Euroscore trung bình của nhóm bệnh nhân ≥ 75 tuổi theo các tác giả đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới 75 tuổi^{2,8}.

Chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật BCCV đang ngày càng trở nên an toàn hơn đối với những bệnh nhân cao tuổi. Theo Natarajan, nên lựa chọn phương án tái tưới máu thích hợp dựa trên những đặc điểm của bệnh nhân. Một bệnh nhân lớn tuổi có ít bệnh lý nền, thể trạng tốt và có kỳ vọng sống nhiều năm sẽ hưởng lợi nhiều nhất từ phẫu thuật BCCV. Thực tế là ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân và người nhà vẫn có xu hướng nghiêng về lựa chọn phương pháp tái tưới máu ít xâm lấn hơn. Tuy nhiên Gimbel và cs trong nghiên cứu trên 597 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, trong đó 346 bệnh nhân được can thiệp qua da và 251 bệnh nhân được phẫu thuật BCCV, đưa ra kết luận tỉ lệ tử vong và biến cố tim mạch thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm phẫu thuật BCCV sau 5 năm⁹. Phẫu thuật BCCV không chỉ giảm tỉ lệ tử vong mà còn đảm bảo chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cao tuổi. Theo Anderson, các chỉ số về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ≥ 75 tuổi sau phẫu thuật và trong thời gian theo dõi đều cải thiện so với trước phẫu thuật⁵.

Phẫu thuật BCCV không dùng THNCT (Off-pump CABG) là phương pháp phẫu thuật được

áp dụng rộng rãi hiện nay ở các trung tâm trên thế giới. Tuy nhiên, để thực hiện phẫu thuật BCCV không dùng THNCT yêu cầu có sự chuẩn bị đầy đủ về cơ sở vật chất, dụng cụ chuyên dụng cũng như sự kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân đều được phẫu thuật theo phương pháp có sử dụng THNCT và cặp ĐMC (96,8%). Trong điều kiện không có đầy đủ cơ sở vật chất, dụng cụ chuyên dụng phục vụ phẫu thuật OPCAB còn có giá thành cao, chúng tôi vẫn ưu tiên tiến hành phương pháp phẫu thuật BCCV truyền thống trên nhóm bệnh nhân cao tuổi nhiều nguy cơ. Theo Diegeler không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong cũng như các biến cố tim mạch giữa phẫu thuật BCCV truyền thống và BCCV không dùng THNCT trên nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên³.

Mảnh ghép bằng ĐM ngực trong đã được chứng minh là có tỉ lệ hẹp tắc trên thời gian thấp nhất so với các loại mảnh ghép khác và ngày càng nhiều bệnh nhân được phẫu thuật BCCV với 2 ĐM ngực trong. Tuy nhiên đối với nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, sử dụng 2 ĐM ngực trong cần được cân nhắc do bên cạnh lợi ích cũng đi kèm nguy cơ nhiễm trùng xương ức, đặc biệt nhóm bệnh nhân có ĐTD type II. Xu hướng hiện nay các tác giả vẫn ủng hộ việc sử dụng 2 ĐM ngực trong cho nhóm bệnh nhân lớn tuổi^{2,3}. Theo chúng tôi, lựa chọn mạch ghép trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi cần dựa vào nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, bệnh cảnh cấp cứu hay không cấp cứu, mổ có THNCT hay không THNCT, kì vọng sống còn lại của bệnh nhân, kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên.

Kết quả phẫu thuật. Nhìn chung tỉ lệ tử vong và biến chứng sớm vẫn còn cao ở nhóm bệnh nhân ≥ 75 tuổi. Tuy nhiên kết quả phẫu thuật được cải thiện dần theo thời gian do những tiến bộ về kỹ thuật, về gây mê hồi sức. Tỉ lệ tử vong trong các nghiên cứu gần đây hầu hết dưới 5%^{2,3,8}, kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (4,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ các biến chứng sau mổ nhìn chung đều ở mức chấp nhận được, và tương đồng với các nghiên cứu khác. Các triệu chứng lâm sàng sau mổ nhìn chung đều cải thiện. Tại thời điểm khám lại, không còn bệnh nhân nào có triệu chứng khó thở NYHA 3-4 hoặc đau ngực CCS 3-4. 51 bệnh nhân (87,9%) không có đau ngực tái phát. Tỉ lệ tử vong và các biến cố tim mạch trong 1 năm theo các tác giả đều dưới 10%^{2,3,8}. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tương ứng là 5 và 6,7%. Dù vậy thời gian theo dõi của chúng tôi chưa

được dài. Các nghiên cứu có thời gian theo dõi xa hơn cho thấy những kết quả tốt với tỉ lệ sống sau 5 năm đều trên 75%. Theo Gjelo, mặc dù tỉ lệ tử vong sau 5 năm của nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm dưới 75 tuổi, nhưng chỉ số chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân lớn tuổi này trong thời gian theo dõi 5 năm đều cao hơn so với chỉ số chất lượng cuộc sống trước mổ¹⁰. Với tiên lượng xa tốt và sự cải thiện rõ ràng về chất lượng cuộc sống, phẫu thuật BCCV là một lựa chọn hợp lý trên những bệnh nhân cao tuổi, cụ thể là nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực của phẫu thuật BCCV ở nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên về ngắn hạn và trung hạn. Tình trạng của BN trước phẫu thuật (các yếu tố nguy cơ, chức năng tim và tổn thương thực thể trên mạch vành) là những yếu tố cần cân nhắc trước khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Và kể cả trên những bệnh nhân lớn tuổi, vẫn nên làm nhiều cầu nối và sử dụng các cầu nối bằng mảnh ghép động mạch. Nhìn chung BCCV vẫn là lựa chọn tốt và mang lại lợi ích về lâu dài đối với các bệnh nhân cao tuổi và có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Afilalo J, Steele R, Manning WJ, et al.** Derivation and Validation of Prognosis-Based Age Cutoffs to Define Elderly in Cardiac Surgery. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2016;9(4):424-431.
2. **Li Z, Amsterdam EA, Yeo KK, et al.** Coronary artery bypass operations for elderly patients in California, 2003 to 2008. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(4):1167-1172.
3. **Diegeler A, Borgermann J, Kappert U, et al.** Off-pump versus on-pump coronary-artery bypass grafting in elderly patients. *N Engl J Med.* 2013;368(13):1189-1198.
4. **Christenson JT, Schmuziger M, Maurice J, Simonet F, Velebit V.** How safe is coronary bypass surgery in the elderly patient? Analysis of 111 patients aged 75 years or more and 2939 patients younger than 75 years undergoing coronary artery bypass grafting in a private hospital. *Coron Artery Dis.* 1994;5(2):169-174.
5. **Anderson M, Parke R, Jull A.** Effect of Cardiac Surgery on Health-Related Quality of Life in Patients Aged 75 Years or Older: A Prospective Study. *Heart Lung Circ.* 2021;30(2):282-287.
6. **Văn Hùng Dũng, Nguyễn Văn Phan, Phan Kim Phương.** Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cho người già trên 70 tuổi. *Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam.* 2018;20:129-135.
7. **Maruyama Y.** Aging and arterial-cardiac interactions in the elderly. *Int J Cardiol.* 2012;155(1):14-19.
8. **Al-Alao BS, Parissis H, McGovern E, Tolan M, Young VK.** Propensity analysis of outcome in

coronary artery bypass graft surgery patients >75 years old. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012;60(4):217-224.

9. **Gimbel ME, Willemsen LM, Daggelders MC, et al.** Long-term follow-up after bypass surgery or

coronary stenting in elderly with multivessel disease. Neth Heart J. 2020;28(9):467-477.

10. **Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R.** Survival and quality of life in an elderly cardiac surgery population: 5-year follow-up. Eur J Cardiothorac Surg. 2013;44(3):e182-188.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HAI TRƯỜNG HỢP ÁP XE NÃO DO TAI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Qua hai trường hợp áp xe não do tai, bệnh nhân đều có hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, nôn ói và rối loạn tri giác), hội chứng nhiễm trùng (sốt lạnh run,...) và các triệu chứng của tai (chảy dịch tai). Hai trường hợp trên đều xác định chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và CT scan/ MRI. Một trường hợp điều trị phối hợp nội khoa và ngoại khoa (mở sọ bóc ổ áp xe + khoét rộng đá chũm). Trường hợp còn lại điều trị nội khoa kết hợp khoét rộng đá chũm. Kết quả thành công tốt cả hai ca. Hai trường hợp phục hồi tốt và xuất viện.

Từ khóa: áp xe não do tai, viêm tai xương chũm biến chứng áp xe não.

SUMMARY

DIAGNOSIS & TREATMENT OF TWO CASE WITH OTOGENIC BRAIN ABCESS AT CHO RAY HOSPITAL

The patients have high intracranial pressure syndrome (headache, vomit and metal disorder), infectious syndrome (fever with chill, increasing white blood cell,...) and ear problems (ear pain, discharge, pus in middle ear). Two cases were diagnosed to base on clinical symptoms and images (CT scan/ MRI). After diagnosing, the first case have been combined medical treatment and craniotomy to remove total brain abcess. We performed radical mastoidectomy after craniotomy about 1 week. The second case only cure by medical treatment and radical mastoidectomy. There are nice result with two cases. They can go to their home.

Keywords: otogenic brain abcess, mastoid otoginitis with brain abcess.

I. GIỚI THIỆU

Áp xe não là một tình trạng nhiễm trùng và viêm của nhu mô não. Tình trạng áp xe não thì không phổ biến, nhưng khi bị áp xe não thì tình trạng bệnh sẽ nghiêm trọng và có thể đe dọa đến tính mạng; và cần được can thiệp sớm để giảm

tỷ lệ biến chứng và tử vong [7]. Các nghiên cứu cho thấy áp xe não không phân biệt độ tuổi, nhưng hơn ¼ áp xe não được chẩn đoán ở trẻ em và người già [1]. Những năm gần đây, qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ áp xe não có khuynh hướng giảm do tăng sử dụng kháng sinh [5]. Hiện nay, áp xe não được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời do sự phát triển của CT/ MRI. Do đó, việc hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời áp xe não giúp cứu sống bệnh nhân. Chính vì vậy, qua ca lâm sàng này, giúp cho các Bác sĩ lâm sàng Tai Mũi Họng tổng quan lại bệnh lý áp xe não do tai.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Ngày 1 tháng 8 năm 2018 với bệnh nhân nam, 19 tuổi vào viện vì đau đầu, nôn ói. Với bệnh sử là sốt lạnh run, kèm đau đầu nhiều, nôn ói và thay đổi tri giác khoảng 2 tuần. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn chảy mủ tai trái, dịch hôi và đau tai trái khoảng 3 tuần. Tiền sử: bệnh nhân thường có những đợt chảy mủ tai trái từ nhỏ và kèm theo nghe kém. Được điều trị viêm tai giữa ở phòng mạch địa phương. Khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện: bệnh nhân vẫn còn sốt và ớn lạnh, mạch 105 lần/ phút, huyết áp 110/ 70mmHg và Glasgow 11 điểm (E₃V₄M₄). Khám tai trái: chảy nhiều dịch hôi, thủng ¼ sau trên thượng nhĩ, nhiều mủ thoát ra khi hút. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Kết quả CT scan: có khối giảm đậm độ rõ ở vùng thái dương trái, kích thước 4*3,5 cm, tròn, có vỏ bao cản quang, và có thông với xương chũm. Có hình ảnh giảm đậm độ trên xương chũm và tiêu mất chuỗi xương con, có hình ảnh mòn xương chũm. Được chẩn đoán áp xe não do tai/ viêm tai xương chũm trái cholesteatoma. Bệnh nhân được điều trị nội khoa với kháng sinh, chống phù não, được phẫu thuật mở sọ thái dương bóc trọn áp xe + kết hợp khoét rộng đá chũm trái và chỉnh hình ống tai sau 1 tuần. Sau phẫu thuật tình trạng bệnh nhân ổn định, hồi phục và xuất viện.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021