

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG TOÀN BỘ DẠ DÀY TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN

Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thực quản là một bệnh thường gặp của đường tiêu hóa. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị triệt căn hiệu quả nhất hiện nay. Sau khi cắt thực quản thì việc sử dụng dạ dày tạo hình thay thế đoạn thực quản đã cắt là rất quan trọng và nó quyết định rất lớn đến thành công của phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành phương pháp sử dụng toàn bộ dạ dày để thay thế đoạn thực quản đã cắt mà không thu nhỏ dạ dày lại thành ống như trước đây. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu tiền cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản và tạo hình thực quản thay thế bằng toàn bộ dạ dày. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022 chúng tôi thực hiện mổ nội soi cắt thực quản nạo vét hạch và tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày cho 6 bệnh nhân. Tất cả đều nam giới, độ tuổi trong khoảng từ 55 tuổi đến 65 tuổi, được chẩn đoán ung thư thực quản ngực đoạn 1/3 dưới. Thời gian tạo hình dạ dày để thay thế đoạn thực quản là từ 30 phút đến 45 phút. Không có tai biến trong mổ, 1 bệnh nhân chậm lưu thông dạ dày trong thời gian hậu phẫu. Kết quả tái khám sau mổ một tháng có 1 bệnh nhân bị trào ngược sau ăn. Sau mổ 3 tháng kết quả hoàn toàn tốt. **Kết luận:** Kết quả bước đầu cho thấy sử dụng toàn bộ dạ dày để thay thế đoạn thực quản đã cắt trong phẫu thuật điều trị ung thư thực quản cho kết quả tốt.

Từ khóa: ung thư thực quản, phẫu thuật điều trị ung thư thực quản.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF REPLACING ESOPHAGUS BY USING TOTAL STOMACH IN THORACOSCOPIC ESOPHAGECTOMY TO TREATMENT ESOPHAGEAL CANCER

Background and Objectives: Esophageal cancer is a common disease of the gastrointestinal tract. Surgery is considered to be the most effective curative treatment available today. After esophagectomy, the use of plastic stomach to replace the cut esophagus is very important and it greatly determines the success of surgery. We proceed with the method of using the whole stomach to replace the cut esophagus without shrinking the stomach into a tube like before. **Methods:** This is a prospective study on a group of esophageal cancer patients undergoing

esophagectomy and esophagectomy to replace the whole stomach. **Results:** During the period from June 2021 to May 2022, we performed endoscopic esophagectomy with lymph node dissection and esophagectomy with the entire stomach for 6 patients. All men, aged between 55 and 65 years, were diagnosed with lower third thoracic esophageal cancer. The duration of gastric bypass for esophageal segment replacement is from 30 minutes to 45 minutes. There were no intraoperative complications, 1 patient had slow gastric circulation in the postoperative period. One month after surgery, one patient had reflux after eating. After 3 months of surgery, the results were completely good. **Conclusion:** Preliminary results show that using the whole stomach to replace the cut esophagus in surgery for esophageal cancer gives good results.

Keywords: Esophageal cancer, surgical treatment of esophageal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là một bệnh thường gặp của đường tiêu hóa. Theo thống kê của tổ chức ung thư thế giới thì năm 2020 trên thế giới có khoảng 604.100 bệnh nhân ung thư thực quản được chẩn đoán mới và 544.076 bệnh nhân chết do ung thư thực quản. Tại Việt Nam, ung thư thực quản là bệnh ác tính xếp hạng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới của hệ tiêu hóa và đứng thứ 14 trong tất cả các loại ung thư. Số lượng mắc mới ung thư thực quản năm 2020 là 3.281 ca chiếm 1,8% trong tổng số bệnh ung thư và số ca tử vong năm 2020 là 3.080 ca chiếm 2,5% trong tổng số các trường hợp chết vì bệnh lý ung thư.¹

Ung thư thực quản là một ung thư có tiên lượng xấu, đứng hàng thứ 6 trong các nguyên nhân gây tử vong ở nam giới. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng tỉ lệ sống 5 năm chỉ từ 15% đến 25%.² Tại nhật theo một thống kê cho thấy tỷ sống 5 năm của những bệnh nhân ung thư thực quản thời điểm giữa năm 2006 và 2008 là 37,2% (36,0% nam và 43,9% ở nữ).³ Điều trị hiện nay được tiến hành theo xu hướng điều trị đa mô thức, là sự kết hợp của can thiệp ngoại khoa với hóa xạ trị. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt thực quản nạo vét hạch vẫn đóng vai trò chủ yếu trong điều trị triệt căn, hóa xạ trị chỉ đóng vai trò hỗ trợ. Những năm gần đây điều trị hóa xạ trị trước mổ ngày càng được chú trọng nhằm làm tăng khả năng phẫu thuật triệt căn, cũng như cải thiện tỉ lệ sống thêm của bệnh nhân sau phẫu thuật.^{2,4}

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Phẫu thuật điều trị ung thư thực quản là một phẫu thuật phức tạp, nhiều tầng thì. Để thực hiện được phẫu thuật thành công đòi hỏi trang thiết bị máy móc phải đáp ứng được cuộc mổ, trình độ phẫu thuật và gây mê hồi sức cũng phải đáp ứng được tính phức tạp của cuộc mổ. Ngoài ra việc chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cũng hết sức quan trọng, góp phần không nhỏ trong thành công của phẫu thuật. Ngày nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã làm phẫu thuật cắt thực quản trong điều trị ung thư thực quản nhẹ nhàng hơn, tuy nhiên các biến chứng sau phẫu thuật vẫn nhiều và tỷ lệ tử vong chu phẫu vẫn còn cao. Rò miệng nối thực quản là một trong những biến chứng nghiêm trọng và hay gặp trong phẫu thuật cắt thực quản, tỷ lệ rò miệng nối trong các nghiên cứu báo cáo thay đổi từ 4% đến 21,2% và 2.5% đến 20% nguyên nhân rò là do thiếu máu miệng nối. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ cắt thực quản liên quan đến rò miệng nối là 7.2% – 40%.^{5,6} Gần đây các tác giả Nhật Bản đã chứng minh cho thấy sự nguyên vẹn của dạ dày khi sử dụng thay thế thực quản đã làm cho tỷ lệ rò thực quản giảm xuống dưới 1%.⁷ Vì vậy áp dụng tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày là một trong những chủ đề cần được quan tâm tại các cơ sở phẫu thuật cắt thực quản ở Việt Nam hiện nay, nhằm làm giảm tỷ lệ biến chứng miệng nối sau mổ. Tuy nhiên đây là một kỹ thuật mới có nhiều thay đổi cách thức trong phẫu thuật cũng như chăm sóc hậu phẫu. Do đó, cần được nghiên cứu đánh giá một cách cụ thể khi áp dụng kỹ thuật này cho bệnh nhân trong điều kiện y tế Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bao gồm 6 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản vét hạch điều trị ung thư thực quản và tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày tại Bệnh viện E và Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả tiến cứu trên loạt ca bệnh.

2.3. Quy trình phẫu thuật

Thì nội soi ngực:

- Phương pháp vô cảm: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản bằng ống nội khí quản hai nòng và làm xẹp phổi phải.

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng - sấp về bên trái 30 độ (hình 1).

- Kíp mổ và vị trí giàn nội soi: Toàn bộ phẫu thuật viên chính và người phụ đứng về phía bên phải bệnh nhân, dụng cụ viên đứng đối diện

phẫu thuật viên, giàn nội soi để bên trái ngang mức ngực bệnh nhân và bàn dụng cụ để phía dưới chân bệnh nhân.



Hình 1: Tư thế bệnh nhân

- Vị trí và số lượng trocar: Đặt 4 trocar bao gồm 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm vào các vị trí các khoang liên sườn theo thứ tự 2 – 4 – 6 – 9 và nằm theo thứ tự các đường nách giữa – giữa – giữa – sau (hình 2).



Hình 2: Vị trí các trocar

- Giải phóng thực quản và vét hạch: Tiến hành thắt và cắt đôi quai tĩnh mạch đơn, mở màng phổi dọc hai bên thực quản xuống đến khe hoàn và lên đến nền cổ. Giải phóng thực quản ra khỏi trung thất sau kèm vét hạch ngã ba khí phế quản cùng với các nhóm hạch cạnh thực quản và các nhóm hạch cạnh bên trái và bên phải khí quản (hình 3). Đặt dẫn lưu ngực phải và đóng các lỗ trocar.



Hình 3: Giải phóng thực quản và vét hạch

Thì bụng: tiến hành mổ nội soi hoặc mổ mở

- Tư thế bệnh nhân: Đặt lại tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân khép và hai tay khép vào thân. Cổ bệnh nhân nghiêng về phía bên trái bằng cách độn gối phía vai trái để bộc lộ.

- Đặt trocar hoặc mở bụng: Đối với trường hợp mổ nội soi thì đặt 5 trocar bao gồm 1 trocar 10mm cạnh rốn, đưa camera vào quan sát và

đặt tiếp 4 trocar khác dưới sự hướng dẫn của camera ở các vị trí sau: 1 trocar 10mm giao điểm bờ ngoài cơ thẳng bụng trái với đường ngang rốn, 1 trocar 5mm tại giao điểm bờ ngoài cơ thẳng bụng phải với đường ngang rốn, 2 trocar 5mm còn lại đặt giao điểm đường nách trước 2 bên với bờ dưới xương sườn hai bên. Đối với mổ mở thì mở bụng đường trắng giữa trên rốn khoảng 20cm.

- Giải phóng dạ dày và vét hạch: Tiến hành cắt mạc nối lớn cách cung mạch bờ cong vị lớn khoảng 2cm, bảo tồn động mạch vị mạc nối phải, thắt và cắt động mạch vị mạc nối trái và các động mạch vị ngắn. Tiếp tục cắt mạc nối nhỏ bảo tồn động mạch vị phải. Lần lượt vét các nhóm hạch 8a, 7, 9, 11d, 12a cùng với thắt và cắt bó mạch vị trái.

Thì cổ:

- Mở cổ theo đường rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm bên trái.

- Bộc lộ, tiếp cận thực quản để giải phóng thực quản đoạn cổ và lấy bỏ các hạch hạch cạnh thực quản cổ nếu là các ung thư ở phần giữa hoặc phần trên thực quản ngực, sau đó cắt ngang thực quản đoạn cổ.

Thì tạo hình và làm miệng nối:

- Mở đường trắng giữa dưới mũi ức 6cm (đổi với các trường hợp mổ nội soi) kéo toàn bộ dạ dày và thực quản ra ngoài và tiến hành tạo hình.

- Vét hạch nhóm 1 và nhóm 3a sau đó dùng stapler cắt rời thực quản và dạ dày ngang mức dưới tâm vị 2cm (hình 4).

- Mở rộng khe hoành, kéo dạ dày sau tạo hình xuyên qua lồng ngực lên cổ và nối với đoạn thực quản cổ còn lại bằng các mũi chỉ rời PDS 3.0.

- Đặt dẫn lưu cổ, đóng các vết mổ vùng cổ và vùng bụng.



Hình 4: Tạo hình dạ dày

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Các đặc điểm chung trước phẫu: tuổi, giới tính, chỉ số BMI, phân loại ASA về gây mê hồi sức, đặc điểm vị trí u, phân loại giai đoạn bệnh trước phẫu thuật và đặc điểm về điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật.

- Các điểm phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, quá trình vét hạch, đặc điểm dạ dày, đặc điểm tạo hình môn vị, mở thông hồng tràng, thời gian tạo hình dạ dày và các tai biến trong mổ.

- Các đặc điểm sau phẫu thuật: thời gian rút dẫn lưu ngực, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian cho ăn lại, đặc điểm giải phẫu bệnh lý các nhóm hạch vét được và bệnh phẩm thực quản, các biến chứng sau mổ, thời gian hậu phẫu, điều trị hóa trị bổ trợ và kết quả tái khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022 chúng tôi thực hiện mổ nội soi cắt thực quản nạo vét hạch và tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày cho 6 bệnh nhân. Trong đó 4 bệnh nhân tại Bệnh viện E và 2 bệnh nhân tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Các đặc điểm của bệnh nhân được mô tả chi tiết trong các bảng 1, bảng 2 và bảng 3.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trước khi phẫu thuật

Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	Chung
Tuổi (năm)	62	56	55	60	47	65	57,5
Giới	Nam	Nam	Nam	Nam	Nam	Nam	6/6
BMI(kg/m ²)	18,32	19,52	20,43	22,29	22,21	18,52	20,2
Vị trí u	1/3 dưới	1/3 dưới	1/3 dưới	1/3 dưới	1/3 dưới	1/3 dưới	100%
cTNM	cT2N0M0	cT2N0M0	cT3N0M0	cT2N0M0	cT2N0M0	cT2N0M0	5/6
ASA	2	2	2	2	2	2	6/6
Hóa xạ trị tiền phẫu	Không	Không	Có	Không	Không	Không	5/6

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	Chung
Thì ngực	Nội soi	Nội soi	Nội soi	Nội soi	Nội soi	Nội soi	6/6
Thì bụng	Nội soi	Mổ mở	Mổ mở	Nội soi	Mổ mở	Mổ mở	2/6
Miệng nối	Cổ	Cổ	Cổ	Cổ	Cổ	Cổ	6/6
Đặc điểm vét	Ngực-Bụng	Ngực-Bụng	Ngực-Bụng	Ngực-Bụng	Ngực-Bụng	Ngực-Bụng	6/6

hạch							
Đặc điểm dạ dày	Bình thường	Bình thường	Đã mở thông	Bình thường	Bình thường	Bình thường	1/6
Thời gian tạo hình dạ dày	45	40	40	40	35	30	38,3
Tạo hình môn vị	Không	Không	Không	Không	Không	Không	6/6
Mở thông hồng tràng	Không	Không	Không	Không	Không	Không	6/6
Tai biến trong mổ	Không	Không	Không	Không	Không	Không	6/6

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	Chung
Thời gian rút DL ngực (ngày)	4	6	4	5	4	4	4,5
Thời gian rút Sonde dạ dày (ngày)	6	6	8	6	7	8	6,8
Thời gian ăn lại đường miệng (ngày)	6	6	8	8	7	8	6,8
Hạch ngực	0/8	1/10	0/7	0/5	0/9	1/17	2/6
Hạch bụng	0/10	0/5	0/8	0/8	2/9	6/9	2/6
pTNM	pT3N0M0	pT3N1M0	pT2N0M0	pT3N0M0	pT3N1M0	pT4N2M0	
Biến chứng gần	Không	Không	Không	Ứ đọng dạ dày	Không	Không	
Hóa trị bổ trợ	Có	Có	Không	Có	Có	Có	
Tái khám 1 tháng	Tốt	Tốt	Tốt	Trào ngược	Tốt	Tốt	
Tái khám 3 tháng	Tốt	Tốt	Tốt	Tốt	Tốt	Tốt	
Tái khám tại thời điểm nghiên cứu không phát hiện ung thư tái phát hoặc di căn.							

IV. BÀN LUẬN

Điều trị ung thư thực quản hiện nay đã có nhiều tiến bộ, tùy thuộc vào giai đoạn bệnh mà có những lựa chọn điều trị khác nhau. Đối với giai đoạn ung thư sớm khi mà khối u chỉ khu trú ở lớp niêm mạc thì có thể cắt hết niêm mạc để điều trị hoặc thậm chí sau cắt hết niêm mạc còn sử dụng thêm hóa xạ trị để làm tăng khả năng triệt căn.^{3,4,8} Việc chẩn đoán được ung thư thực quản ở giai đoạn sớm là yếu tố then chốt làm tăng tỷ lệ khỏi bệnh, tỷ lệ sống trên 5 năm sau phẫu thuật của những bệnh nhân ung thư thực quản phát hiện được ở giai đoạn sớm là 90%.⁸

Phẫu thuật cắt thực quản điều trị ung thư thực quản là một phẫu thuật lớn, nhiều tai biến và biến chứng. Trong một nghiên cứu phân tích gộp gần đây của tác giả Shengyu Pu, phân tích kết quả phẫu thuật của 30.850 bệnh nhân cắt thực quản điều trị ung thư thực quản đã cho thấy rất nhiều biến chứng nghiêm trọng xảy ra sau phẫu thuật. Trong đó biến chứng rò miệng nổi xảy ra từ 4% đến 17% và là nguyên nhân chính chiếm 40% số bệnh nhân tử vong trong giai đoạn hậu phẫu.⁶ Khi phân tích về các khía cạnh biến chứng rò miệng nổi thì tác giả M. Fabbri thấy có 2,5% đến 20% rò miệng nổi liên

quan đến tình trạng thiếu máu miệng nổi và gây hoại hoại tử miệng nổi. Đặc biệt có những trường hợp hoại tử toàn bộ dạ dày là một biến chứng hiếm gặp, xảy ra với tỷ lệ 3%.⁵

Hầu hết các phẫu thuật viên đều lựa chọn dạ dày để thay thế đoạn thực quản đã cắt, chỉ trừ khi dạ dày không đáp ứng được yêu cầu thì mới sử dụng đoạn đại tràng hoặc đoạn ruột non để thay thế. Việc phẫu tích và tạo hình dạ dày như thế nào để đảm bảo nuôi dưỡng sau khi tạo hình và đưa lên nối với đoạn thực quản còn lại là yếu tố chính quyết định đến các biến chứng của miệng nổi trong những ngày hậu phẫu và kết quả lâu dài về sau. Từ trước đến hiện nay hầu hết các phẫu thuật viên trên thế giới cũng như Việt Nam đều tạo hình dạ dày bằng cách cắt bớt phần bờ cong nhỏ dạ dày để tạo hình phần dạ dày còn lại thành một ống rộng khoảng 3cm. Chính vì vậy, đã làm tổn thương, đứt gãy các vòng nối mạch máu trong thành dạ dày nên đã làm tăng nguy cơ thiếu máu ở phần trên của ống dạ dày. Dẫn đến làm tăng nguy cơ rò miệng nổi, hẹp miệng nổi do thiếu máu nuôi dưỡng. Như vậy việc tạo hình bằng toàn bộ dạ dày về mặt logic mà nói là đã bảo tồn tối đa các cung mạch bên trong thành dạ dày nên đã làm cho việc nuôi

đường 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 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/daaa039
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 PHẦN VỆ KHÔNG ĐÁP ỨNG THUỐC VẬN MẠCH – TRỢ TIM LIỀU CAO

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Công Tấn²

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 phần 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 phần vệ tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, phải can thiệp ECMO. Các thông tin về đặc điểm chung, tình trạng phần 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 phần vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch – cường tim liều cao và hoặc ngừng tuần hoàn.

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

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

¹Bệnh 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