

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH VỚI VẬT LIỆU CẦU NỐI TOÀN ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Bảo Tịnh¹, Nguyễn Thái An¹,
Trần Thanh Vỹ², Trần Quyết Tiến³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tái thông hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization - TAR) trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) đã chứng minh ưu thế về tỷ lệ thông mạch và cải thiện sống còn so với dùng mạch ghép tĩnh mạch, nhưng vẫn chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả lâm sàng của phẫu thuật CABG toàn động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu trên 46 bệnh nhân được thực hiện CABG với cấu hình cầu nối hoàn toàn bằng động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2023 đến 05/2025. Loại trừ trường hợp sử dụng tĩnh mạch hiển hoặc phẫu thuật tim kết hợp khác. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được ghép ≥ 3 cầu nối động mạch riêng biệt, chủ yếu bằng LIMA, RIMA và RGEA. 91,3% phẫu thuật theo kỹ thuật bắc cầu mạch vành không sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (Off-Pump Coronary Artery Bypass - OPCAB). Diễn tiến sau mổ thuận lợi: thở máy trung bình 19,5 giờ, thời gian nằm viện trung bình 9,5 ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp, không có tử vong nội viện. Giải phẫu động mạch ghép phù hợp với chiến lược TAR. **Kết luận:** CABG toàn động mạch là chiến lược khả thi và an toàn, mang lại kết quả hậu phẫu thuận lợi tại Việt Nam. Cần nghiên cứu dài hạn để đánh giá bền vững cầu nối và kết cục sống còn. **Từ khóa:** phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, tái thông toàn động mạch, động mạch ngực trong, động mạch vị mạc nối phải.

SUMMARY

EVALUATION OF TOTAL ARTERIAL CONDUIT STRATEGY IN CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY: RESULTS FROM CHO RAY HOSPITAL

Background: Total Arterial Revascularization (TAR) in Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) has demonstrated superior graft patency rates and improved survival compared to vein-based configurations. However, its application remains limited in Vietnam. **Objective:** To evaluate the clinical outcomes of total arterial CABG performed at Cho Ray Hospital. **Material and Methods:** A retrospective case series of 46 patients who underwent CABG using

exclusively arterial conduits between January 2023 and May 2025 at Cho Ray Hospital. Patients receiving any saphenous vein grafts or undergoing concomitant cardiac procedures were excluded. **Results:** All patients received three or more separate arterial grafts, primarily using the left internal mammary artery (LIMA), right internal mammary artery (RIMA), and right gastroepiploic artery (RGEA). Off-pump CABG (OPCAB) was performed in 91.3% of cases. Postoperative outcomes were favorable: the mean ventilation time was 19.5 hours, and the average length of hospital stay was 9.5 days. The complication rate was low, with no in-hospital mortality. The anatomical characteristics of the conduits were suitable for the TAR strategy. **Conclusions:** Total arterial CABG is a feasible and safe strategy, associated with favorable early postoperative outcomes in the Vietnamese clinical setting. Further long-term studies are warranted to assess graft durability and survival outcomes.

Keywords: coronary artery bypass grafting, total arterial revascularization, internal mammary artery, right gastroepiploic artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) vẫn là phương pháp tái thông ưu tiên ở bệnh nhân có bệnh lý nhiều nhánh mạch vành hoặc tổn thương phức tạp. Cấu hình kinh điển sử dụng động mạch ngực trong trái (LITA) nối với động mạch liên thất trước (LAD), kết hợp các đoạn tĩnh mạch hiển (SVG) cho các nhánh khác. Tuy nhiên, trong hai thập kỷ qua, nhiều nghiên cứu đã chứng minh mạch ghép động mạch – đặc biệt là động mạch quay (RA), động mạch vị mạc nối phải (RGEA) và động mạch ngực trong hai bên (BIMA) – có tỷ lệ thông mạch vượt trội, giúp giảm tử vong, nhồi máu cơ tim và nhu cầu can thiệp lại so với SVG.

Chiến lược tái thông hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization – TAR) được xem là hướng tiếp cận tối ưu, không chỉ về mặt sinh lý mà còn về kết cục lâm sàng. Phân tích tổng hợp của Justin R và cộng sự (2024)¹ cho thấy TAR giúp cải thiện tỷ lệ sống còn và giảm biến cố tim mạch so với các chiến lược kết hợp với SVG. Tuy nhiên, tỷ lệ áp dụng TAR trên toàn cầu vẫn còn hạn chế do rào cản kỹ thuật, nguy cơ nhiễm trùng xương ức khi dùng BIMA, và thiếu dữ liệu từ các nghiên cứu thực nghiệm đa trung tâm. Tại Việt Nam, Bệnh viện Chợ Rẫy

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Khoa Học Sức Khỏe, ĐHQG-HCM (UHS)

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Tịnh

Email: baotinhchoray@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

– một trong những trung tâm phẫu thuật tim lớn
– đã triển khai CABG toàn động mạch trong những năm gần đây. Tuy nhiên, dữ liệu đánh giá hiệu quả và độ an toàn của TAR tại đây còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích kết quả lâm sàng của CABG toàn động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy, góp phần bổ sung bằng chứng cho chiến lược TAR trong điều kiện thực hành tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization – TAR) tại Khoa Hồi sức phẫu thuật tim, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch vành hẹp thân chung hoặc nhiều nhánh có chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành.
- Được phẫu thuật với cấu hình cầu nối hoàn toàn bằng động mạch (chỉ sử dụng các mạch ghép động mạch như LIMA, RIMA, RA hoặc GEA).
- Có đầy đủ dữ liệu về tiền căn, phẫu thuật và theo dõi sau mổ tối thiểu 30 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được sử dụng bất kỳ đoạn tĩnh mạch hiển (SVG) nào trong cấu hình cầu nối.
- Bệnh nhân có kết hợp phẫu thuật tim khác (như thay van, sửa van, phẫu thuật động mạch chủ...) trong cùng thời điểm.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc mất dấu theo dõi sau mổ.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) vẫn là phương pháp chuẩn vàng trong điều trị bệnh mạch vành nhiều nhánh, trong đó việc lựa chọn mạch ghép ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả lâu dài. Động mạch ngực trong trái (LITA) là mạch ghép được sử dụng phổ biến nhất nhờ khả năng kháng xơ vữa cao và tỉ lệ thông mạch vượt trội, đặc biệt khi nối với động mạch liên thất trước (LAD). Động mạch quay (RA) có chiều dài thích hợp và thuận lợi để nối nhiều nhánh vành, nhưng cần xử lý co thắt và đánh giá tuần hoàn căng tay thận trọng trước khi lấy mạch. Ngược lại, động mạch vị mạc nối phải (RGEA) thường được sử dụng để nối các nhánh vành thành sau tim, có thể lấy theo kiểu có cuống hoặc tự do.^{2,3} Việc bóc tách RGEA thường thực hiện qua kéo dài đường mổ ngực một đoạn ngắn xuống vùng

thượng vị, mở mạc nối lớn và tách mạch từ bờ cong lớn dạ dày xuống phía dưới, lưu ý tránh tổn thương dạ dày và bảo tồn nhánh nối nếu có.

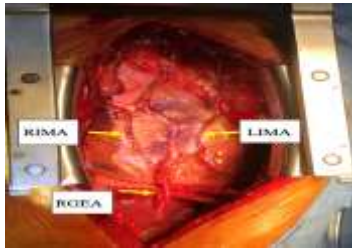
Mỗi loại mạch ghép có đặc điểm sinh học và kỹ thuật lấy khác nhau. LITA có cấu trúc mạch mỏng, giàu lớp chun, tiết nitric oxide, phù hợp dùng in situ. RA cần dùng thuốc giãn mạch để ngừa co thắt. RGEA dễ co thắt, ít được sử dụng hơn do dữ liệu thông mạch dài hạn còn hạn chế, nhưng vẫn là lựa chọn hữu ích trong chiến lược tái thông hoàn toàn bằng động mạch khi mạch vành đích có mức hẹp rõ rệt và bệnh nhân không có chống chỉ định về tiêu hóa.

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tổng cộng có 46 bệnh nhân được đưa vào phân tích, trong đó nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (43 người, 93,5 %) so với nữ (3 người, 6,5 %). Tuổi trung bình của quần thể là $58,0 \pm 6,8$ (năm) với trung vị 58 tuổi, phản ánh nhóm bệnh nhân trung niên–cao tuổi đặc trưng của phẫu thuật bắc cầu. Đái tháo đường kèm theo được ghi nhận ở 16 trường hợp (34,8%). Chức năng co bóp thất trái trước mổ còn tương đối bảo tồn, với phân suất tống máu (EF) trung bình $56,7 \pm 11,8\%$. Đường kính cuối tâm trương thất trái (LVDd) trung bình là $53,1 \pm 7,1$ mm, cho thấy đa số bệnh nhân chưa giãn thất trái quá mức trước phẫu thuật.

Đặc điểm bệnh lý mạch vành. Phần lớn ca mổ được chỉ định trong bối cảnh hội chứng mạch vành cấp (29 ca, 63,0%), trong khi bệnh mạn tính chiếm 37,0%. Hẹp có ý nghĩa nhánh thân chung (LMCA $\geq 50\%$) gặp ở 29 bệnh nhân (63,0%). Tổn thương ba thân mạch vành nặng (LAD, LCx, RCA đều $\geq 70\%$) hiện diện ở 22 bệnh nhân, tương đương 47,8%. Riêng mức độ hẹp nhánh phải (RCA) có giá trị trung bình $92,8 \pm 15,2\%$, chứng tỏ tổn thương nặng và đồng nhất giữa các trường hợp.

Đặc điểm giải phẫu động mạch ngực trong. Đường kính trung bình của động mạch ngực trong trái đo siêu âm qua thành ngực trước mổ là $1,95 \pm 0,25$ mm, nhỏ hơn nhẹ so với bên phải ($2,06 \pm 0,28$ mm). Chiều dài mạch sau bóc tách trong mổ, đo từ nhánh bên đầu tiên của động mạch ngực trong đến điểm chia thành hai nhánh động mạch cơ hoành và động mạch thượng vị trên. Chiều dài dao động tương đối hẹp và khá cân xứng: trái $19,13 \pm 1,73$ cm so với phải $19,41 \pm 1,93$ cm. Nhìn chung, sự chênh lệch kích thước giữa hai bên không lớn, gợi ý tiềm năng sử dụng đối xứng trong phẫu thuật bắc cầu toàn động mạch.

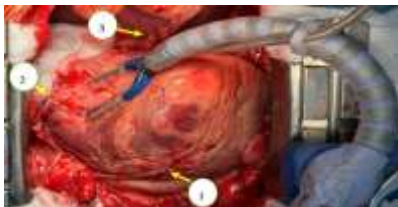
RIMA động mạch ngực trong phải, LIMA động mạch ngực trong trái, RGEA động mạch vị mạc nối phải



Hình 1: Ba động mạch với cuống riêng biệt cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Đặc điểm phẫu thuật và hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Phẫu thuật bắc cầu chủ yếu được thực hiện theo kỹ thuật không tuần hoàn ngoài cơ thể (OPCAB), với 42 bệnh nhân (91,3%) không cần sử dụng tim phổi nhân tạo. Chỉ 4 trường hợp (8,7%) phải sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (CPB), chủ yếu do huyết động không ổn định trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình toàn nhóm là $4,43 \pm 0,62$ giờ; đáng chú ý, ở nhóm sử dụng CPB, thời gian mổ kéo dài trung bình hơn nhóm OPCAB khoảng 1,5 giờ, phản ánh đặc điểm kỹ thuật phức tạp hơn khi có tuần hoàn hỗ trợ. Tuy nhiên, lượng máu mất ($268 \pm 158\text{ml}$) và số đơn vị hồng cầu lắng truyền bổ sung ($1,44 \pm 0,97$ đơn vị) không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được ghép ba cầu nối động mạch với ba cuống riêng biệt, không sử dụng cấu hình nối Y hay nối tiếp hỗn hợp, đảm bảo cấp máu độc lập cho từng vùng cơ tim. Trong đó, có 3 trường hợp động mạch vị mạc nối phải (RGEA) được sử dụng để nối hai cầu liên tiếp, 1 trường hợp dùng động mạch ngực trong phải (RIMA) cho hai cầu, và 14 trường hợp sử dụng LIMA nối hai cầu liên tiếp. Trung bình mỗi bệnh nhân được thực hiện $3,33 \pm 0,52$ cầu nối, thể hiện rõ chiến lược tái thông mạch hoàn toàn bằng động mạch và định hướng phục hồi tưới máu toàn diện trong CABG hiện đại.



Hình 2: Phẫu thuật bắc cầu mạch vành off-pump

Chú thích: 1- miệng nối RIMA-LAD, 2- LIMA đang được nối vào nhánh OM, 3- nhánh RGEA

Đặc điểm hậu phẫu. Thời gian thở máy trung bình sau mổ là $19,5 \pm 16,2$ giờ, dao động từ tối thiểu 5 giờ đến tối đa 72 giờ; đáng chú ý 78,3% bệnh nhân được cai máy trong vòng 24

giờ đầu. Bệnh nhân lưu tại khoa hồi sức trung bình 55 ± 13 giờ (15 – 170 giờ). Thời gian nằm viện hậu phẫu là $9,5 \pm 5,6$ ngày, ngắn nhất 3 ngày và dài nhất 35 ngày.

Hầu hết trường hợp chỉ cần một loại thuốc vận mạch sau mổ (52 %), trong khi việc phải dùng ≥ 2 vận mạch thấp (12,5 %). Biến chứng gặp nhiều nhất là rối loạn nhịp (20 %) chủ yếu rung nhĩ mới khởi phát, tiếp theo là viêm phổi (14 %). Có hai bệnh nhân cần phẫu thuật cầm máu sau mổ do chảy máu từ thành ngực, và hai bệnh nhân tổn thương thận cấp cần lọc máu sau mổ. Không ghi nhận biến chứng thần kinh, nhiễm trùng xương ức hay tử vong trong giai đoạn hậu phẫu.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) vẫn là lựa chọn điều trị tái thông mạch ưu tiên ở bệnh nhân có bệnh lý mạch vành nhiều nhánh hoặc tổn thương phức tạp, đặc biệt trong bối cảnh dân số ngày càng già hóa và gánh nặng bệnh tim mạch không ngừng gia tăng. Trong nhiều thập kỷ, cấu hình kinh điển sử dụng một nhánh động mạch ngực trong (LIMA) kết hợp với các đoạn tĩnh mạch hiển (SVG) đã đóng vai trò chủ đạo trong thực hành CABG. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy các mạch ghép bằng động mạch – bao gồm cả động mạch quay (RA) và động mạch ngực trong hai bên (BIMA) – mang lại khả năng thông mạch lâu dài vượt trội, đồng thời làm giảm các biến cố tim mạch bất lợi và tỷ lệ tử vong sau mổ so với các mạch ghép tĩnh mạch truyền thống.⁴⁻⁶

Trong bối cảnh đó, tái thông mạch vành hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization – TAR) nổi lên như một chiến lược đầy tiềm năng nhằm cải thiện độ bền cầu nối và kết cục lâm sàng lâu dài. Tuy nhiên, chiến lược này vẫn chưa được áp dụng rộng rãi trên thực tế do các rào cản kỹ thuật, lo ngại về biến chứng sau mổ – đặc biệt là nhiễm trùng sâu xương ức khi dùng BIMA – cũng như thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên quy mô lớn. Trong bối cảnh đó, nghiên cứu hiện tại tại Bệnh viện Chợ Rẫy được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và tính khả thi của TAR trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường kính trung bình của động mạch ngực trong trái là $1,95 \pm 0,25$ mm, nhỏ hơn nhẹ so với bên phải ($2,06 \pm 0,28$ mm). Chiều dài đoạn động mạch sau bóc tách (từ nhánh bên đầu tiên đến điểm chia thành hai nhánh động mạch cơ hoành và động mạch thượng vị trên) tương đối

cân xứng giữa hai bên, với trung bình là $19,13 \pm 1,73$ cm ở bên trái và $19,41 \pm 1,93$ cm ở bên phải. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Vũ và cộng sự (2022)⁷, trong đó chiều dài động mạch vị mạc nối phải trung bình đạt $27,8 \pm 4,7$ cm, cho thấy RGEA có chiều dài lớn hơn đáng kể. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu của tác giả được thực hiện trên mẫu xác ướp với điều kiện lý tưởng về giải phẫu và không bị giới hạn bởi yếu tố thực địa phẫu thuật, trong khi số liệu của chúng tôi được đo trực tiếp trong lúc mổ, với giới hạn kỹ thuật phẫu tích và an toàn phẫu trường. Các yếu tố trên giúp giải thích sự chênh lệch về chiều dài ghi nhận giữa các nghiên cứu, đồng thời khẳng định rằng số liệu trong nghiên cứu hiện tại phản ánh thực tiễn khả thi khi áp dụng vào phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp được tái thông hoàn toàn bằng động mạch đều sử dụng động mạch vị mạc nối phải như lựa chọn thứ hai sau động mạch ngực trong, chủ yếu để nối vào hệ mạch vành phải. RGEA đáp ứng tốt về chiều dài và tính linh hoạt, với ba ca được nối hai cầu liên tiếp. Đa số các cầu nối RGEA đều được thực hiện trên các mạch vành hẹp $\geq 90\%$, nhằm hạn chế ảnh hưởng của dòng chảy cạnh tranh – yếu tố được biết là làm giảm hiệu quả lâu dài của cầu nối RGEA. Chúng ta đã biết rằng không phải vật liệu nối nào cũng nhạy cảm giống nhau với dòng chảy cạnh tranh. Trong đó: động mạch quay dễ bị ảnh hưởng khi hẹp mạch vành chỉ từ 70–80%, động mạch vị mạc nối phải bị ảnh hưởng khi mức hẹp từ 75–90%, trong khi động mạch ngực trong ít nhạy cảm hơn cần mức hẹp ít nhất 60% để tránh dòng cạnh tranh.³ Cùng với đó, nghiên cứu của Đoàn Văn Phụng và cộng sự (2018)⁸ cung cấp bằng chứng mô học khẳng định RGEA có cấu trúc thành mạch phù hợp làm cầu nối, với tỉ lệ tổn thương nặng như xơ vữa và vôi hóa rất thấp. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cảnh báo nguy cơ xơ vữa cao hơn ở bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Kết quả của hai nghiên cứu bổ sung cho nhau, vừa xác nhận hiệu quả lâm sàng, vừa củng cố tính an toàn mô học của RGEA trong CABG toàn động mạch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành hoàn toàn bằng động mạch được thực hiện chủ yếu theo kỹ thuật không tuần hoàn ngoài cơ thể (OPCAB), chiếm 91,3% trường hợp. Điều này phản ánh ưu thế kiểm soát huyết động và giảm biến chứng chu phẫu của OPCAB, phù hợp với xu hướng hiện đại nhằm hạn chế tổn thương do tim phổi nhân tạo. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng

Định và cộng sự (2024)⁹, trong đó thời gian mổ trung bình là $265 \pm 55,9$ phút và đa số bệnh nhân có chức năng thất trái giảm, thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn ở nhóm sử dụng CPB do tính chất kỹ thuật phức tạp của tái thông hoàn toàn bằng động mạch. Dù vậy, lượng máu mất và nhu cầu truyền máu không khác biệt đáng kể, gợi ý rằng các thao tác bóc tách và kiểm soát chảy máu đã được thực hiện hiệu quả.

Về chiến lược ghép mạch, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cấu hình ba mạch ghép động mạch riêng biệt, không áp dụng nối kiểu Y hay nối tiếp, nhằm đảm bảo cấp máu độc lập cho từng vùng cơ tim và giảm nguy cơ dòng chảy cạnh tranh. Trong khi đó, Toru Sato và cộng sự (2000)¹⁰ đề xuất cấu hình phức hợp GEA–RA theo kiểu nối tiếp nhằm tránh can thiệp vào động mạch chủ lên, tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi kiểm soát chặt dòng chảy cạnh tranh và chọn lựa nhánh vành mục tiêu phù hợp. Đồng thời, nghiên cứu của Aboul-Hassan SS và cộng sự (2023)¹¹ cho thấy ghép hoàn toàn bằng động mạch (TAG) và ghép kết hợp động mạch – tĩnh mạch (MAG + SVG) mang lại kết cục dài hạn tương đương nhau sau 5–15 năm, gợi ý rằng hiệu quả tái thông lâu dài không chỉ phụ thuộc vào loại mạch ghép mà còn liên quan đến cấu hình cầu nối và đặc điểm từng bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy diễn tiến hậu phẫu nhìn chung thuận lợi. Thời gian thở máy trung bình là $19,5 \pm 16,2$ giờ, với 78,3% bệnh nhân được cai máy trong vòng 24 giờ đầu – một tỷ lệ khả quan, phản ánh tình trạng huyết động ổn định sau mổ và hiệu quả kiểm soát đau, an thần. Thời gian lưu hồi sức trung bình 55 giờ và thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 9,5 ngày cũng nằm trong giới hạn chấp nhận được với các ca phẫu thuật đa cầu nối. Tỷ lệ sử dụng ≥ 2 thuốc vận mạch thấp (12,5%) cho thấy phần lớn bệnh nhân không gặp rối loạn huyết động nặng sau mổ. Các biến chứng thường gặp như rối loạn nhịp (20%) - chủ yếu rung nhĩ mới khởi phát, và viêm phổi (14%) đều nằm trong khoảng thường gặp sau CABG, trong khi không ghi nhận biến chứng thần kinh, nhiễm trùng xương ức hay tử vong nội viện. Những kết quả này củng cố tính an toàn và khả thi của chiến lược tái thông hoàn toàn bằng động mạch trong bối cảnh thực hành lâm sàng thực tế.

Khi so sánh với nghiên cứu của Vasil Papestiev và cộng sự (2019)¹², tuy tác giả không phân tích trực tiếp các chỉ số hồi sức như thời gian thở máy hay biến chứng sau mổ, nhưng có

ghi nhận các thay đổi chức năng thất trái liên quan đến kết cục sau CABG. Trong đó, LVDd và EF nền được xác định là yếu tố dự báo sự cải thiện hoặc suy giảm chức năng tim sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi – với LVDd trung bình chỉ 53,1 mm và EF nền bảo tồn – góp phần giải thích vì sao tỷ lệ biến chứng thấp và diễn tiến hậu phẫu thuận lợi. Đây cũng là cơ sở để xem xét LVDd như một chỉ số lâm sàng hữu ích trong đánh giá nguy cơ trước mổ, bên cạnh các yếu tố chức năng khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chiến lược tái thông mạch vành hoàn toàn bằng động mạch với ba cầu nối riêng biệt là khả thi, an toàn và mang lại kết quả hậu phẫu thuận lợi trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Đặc điểm giải phẫu động mạch ngực trong hai bên và động mạch vị mạc nối phải phù hợp để sử dụng làm mạch ghép, đặc biệt khi chọn lọc đúng nhánh vành mục tiêu nhằm hạn chế dòng chảy cạnh tranh. Diễn tiến sau mổ ổn định, tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận tử vong nội viện là những tín hiệu tích cực ủng hộ áp dụng rộng rãi chiến lược này. Trong tương lai, cần có các nghiên cứu dài hạn hơn để đánh giá kết cục sống còn và độ bền cầu nối, từ đó hoàn thiện mô hình CABG toàn động mạch trong thực tế điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Justin R, Christopher S, Colin R, Bridget H, Alistair R. Is total arterial coronary artery bypass grafting the next step forward? Vessel Plus. 2024;8:40. doi:10.20517/2574-1209.2024.47

2. Altarabsheh SE, Sheikh AM, Ilyas S, Raza S, Deo SV. Conduits in coronary artery bypass grafting. AME Medical Journal. 2020;6
3. Barner HB. Remodeling of arterial conduits in coronary grafting. Ann Thorac Surg. Apr 2002;73(4): 1341-5. doi:10.1016/s0003-4975(01)03028-4
4. Ren J, Royse C, Royse A. Late Clinical Outcomes of Total Arterial Revascularization or Multiple Arterial Grafting Compared to Conventional Single Arterial with Saphenous Vein Grafting for Coronary Surgery. J Clin Med. Mar 27 2023;12(7)doi:10.3390/jcm12072516
5. Shao C, Wang J, Tian J, Tang YD. Coronary Artery Disease: From Mechanism to Clinical Practice. Adv Exp Med Biol. 2020;1177:1-36. doi:10.1007/978-981-15-2517-9_1
6. Ghandakly EC, Iacona GM, Bakaeen FG. Coronary Artery Surgery: Past, Present, and Future. Rambam Maimonides Med J. Jan 19 2024;15(1)doi:10.5041/rmmj.10515
7. Vũ NH, Kỳ NM. Nghiên cứu giải phẫu động mạch vị mạc nối phải trên người Việt Nam. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2022;Tập 26- Số 1
8. Phụng ĐV, Tiên TQ. Nghiên cứu đặc tính mô bệnh học động mạch vị mạc nối phải sử dụng làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 11/02 2020;20:33-39. doi:10.47972/vjcts.v20i.82
9. Đình NH, Phước LN, Khôi NV, An NT, Luân TMB. Kết quả sớm của phẫu thuật bắc cầu động mạch vành ở bệnh nhân bệnh mạch vành có chức năng tâm thu thất trái giảm. Tạp chí Y học Việt Nam. 12/23 2024;545(3)doi: 10.51298/vmj.v545i3.12348
10. Sato T, Isomura T, Suma H, Horii T, Kikuchi N. Coronary artery bypass grafting with gastroepiploic artery composite graft. The Annals of Thoracic Surgery. 2000;69(1):65-69. doi: 10.1016/S0003-4975(99)01119-4

KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI TRONG PHÚC MẠC (IPOM VÀ IPOM PLUS) ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Tổng Hải Dương¹, La Văn Phú^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trong phúc mạc (IPOM: IntraPeritoneal Onlay Mesh) điều trị thoát vị thành bụng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối**

tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 69 bệnh nhân (BN) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) đặt tấm lưới nhân tạo trong phúc mạc tại Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,5 \pm 11,4$ tuổi. Thoát vị vết mổ chiếm 65,2%. Diện tích lỗ thoát vị trung bình $11,7 \pm 7,9$ cm². Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 100%. Tại biến trong mổ 2 bệnh nhân (2,9%). Thời gian phẫu thuật trung bình $86,4 \pm 27,1$ phút. Biến chứng sớm sau mổ tu dịch dưới da 14 bệnh nhân (20,3%). Một bệnh nhân (1,5%) phải mổ lại do bụng chỉ khâu. Đau sau mổ theo VAS tại 24 giờ: 5,7 (3–7); 48 giờ: 4,1 (2–6) và lúc xuất viện: 1,7 (1–3). Thời gian nằm viện trung bình 5,2 ngày. Kết quả trung hạn:

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025