

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG MẠN TÍNH: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG KẾT Y VẤN

Vũ Ngọc Tú^{1,2,✉}, Đoàn Tiến Lưu^{1,2}
Nguyễn Văn Hương^{1,2}, Lê Văn Hùng²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tắc động mạch cảnh chung mạn tính là bệnh lý hiếm gặp, có thể gây tai biến mạch não dù có tuần hoàn bàng hệ tốt. Điều trị tối ưu bệnh lý này còn nhiều tranh luận giữa nội khoa và phẫu thuật/ can thiệp tái thông. Chúng tôi báo cáo trường hợp người bệnh nam 69 tuổi tắc động mạch cảnh chung phải, tuần hoàn bàng hệ tốt, có cơn thiếu máu não thoáng qua tái diễn dù đã điều trị nội khoa tối ưu. Người bệnh được phẫu thuật ghép đoạn động mạch cảnh chung phải bằng mạch nhân tạo. Sau mổ, người bệnh diễn biến ổn định, tưới máu não cải thiện. Báo cáo nhằm mục đích tổng kết y văn về chẩn đoán và điều trị tối ưu bệnh tắc động mạch cảnh chung.

Từ khóa: Tắc động mạch cảnh chung, tai biến mạch não, bắc cầu động mạch, ghép đoạn động mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng, hẹp và tắc động mạch cảnh (ĐMC) trong gây TBMN là khá thường gặp, tuy nhiên tắc ĐMCC khá hiếm gặp, chỉ chiếm 2 - 4% các bệnh được chụp mạch não khi có tai biến.^{1,2} Khác với ĐMC trong, tuần hoàn bàng hệ của ĐMCC khá phong phú, vì vậy khi tắc động mạch này, phần lớn người bệnh vẫn được cấp máu khá tốt. Tuy nhiên nếu vòng nối không đủ lớn, người bệnh có thể xuất hiện các cơn TBMN thoáng qua hoặc đột quy. Điều trị tối ưu bệnh lý này hiện còn tranh luận giữa điều trị nội khoa và tái thông bằng phẫu thuật hoặc can thiệp qua da, nhất là khi triệu chứng lâm sàng không rõ ràng và tuần hoàn bàng hệ của ĐMC còn tốt.^{1,3} Tại Việt Nam, có nhiều đề tài đề cập tới bệnh hẹp, tắc ĐMC trong nhưng chưa có nghiên cứu nào về chủ đề tắc riêng ĐMCC.^{4,5} Báo cáo này trình bày một trường

hợp tắc ĐMCC phải đã được phẫu thuật ghép đoạn mạch nhân tạo với kết quả tốt.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh (NB) nam 69 tuổi, tiền sử tăng huyết áp (THA) điều trị không thường xuyên với Amlodipine 5mg, hút thuốc 40 bao-năm, không có đái tháo đường hay rối loạn lipid máu. Thời gian mổ cách đây 10 năm hay khi nào? Hai tuần trước phẫu thuật, người bệnh đột ngột yếu, tê nửa người trái, ngã không đập đầu, gãy kín đầu dưới xương quay phải. Sau đó xuất hiện yếu chân trái, khó giữ thăng bằng khi đi lại, không đau đầu, không rối loạn ngôn ngữ hay nuốt. Khám sau cơn: cơ lực tay, chân trái 5/5, không rối loạn cảm giác. người bệnh được điều trị nội khoa với Amlodipine 5 mg/ngày, Rosuvastatin 40mg/ngày, Aspirin 81 mg/ngày (chuyển sang Lovenox 60mg x 2 lần/ngày trước phẫu thuật). người bệnh xuất hiện cơn TBMN thoáng qua thứ hai trong quá trình cân nhắc phươg án ngoại khoa.

Siêu âm (SA) Doppler và cắt lớp vi tính

Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú

Trường Đại học Y Hà Nội

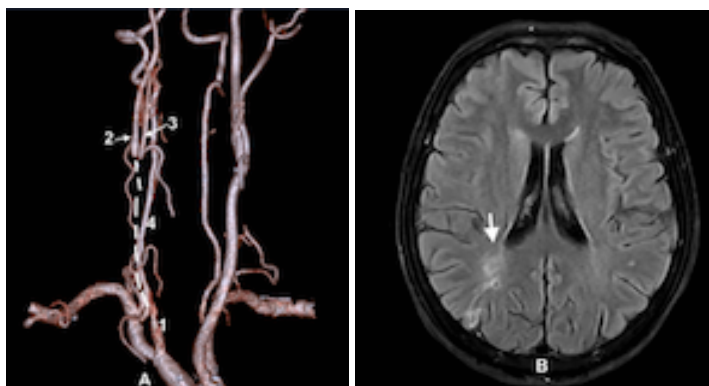
Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 17/10/2025

Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

(CLVT) có kết quả tắc ĐMCC phải trên đoạn dài từ cách gốc 3cm đến chỗ chia đôi, giảm khẩu kính ĐMC trong và ngoài so với bên trái (Hình 1A). Cộng hưởng từ (CHT) có ổ nhồi máu nhỏ

mạn tính thùy đỉnh phải (Hình 1B) và thì tưới máu não cho thấy giảm tưới máu bán cầu đại não phải so với bên trái (Hình 3B).



Hình 1. Chẩn đoán hình ảnh trước mổ

A - CLVT: ĐMCC phải tắc từ gốc (1) trên đoạn dài (đường nét đứt) tới ngã ba ĐMC trong (2), ĐM cảnh ngoài (3). (4) Động mạch đốt sống phải. B - CHT: ổ nhồi máu não đỉnh phải (mũi tên)

NB được chẩn đoán cơn thiếu máu thoáng qua tái diễn do tắc ĐMCC phải mạn tính và được chỉ định phẫu thuật phục hồi lưu thông ĐM này. Trong mổ, tổn thương ĐMCC phải là đoạn động mạch tắc do xơ vữa và vôi hóa từ cách gốc 2cm tới hết ngã ba. Đoạn đầu ĐMC

trong và ngoài còn tương đối bình thường. Đoạn ĐMCC tổn thương được cắt bỏ hoàn toàn, bóc nội mạc ngã ba ĐMC và thay đoạn ĐMCC bằng đoạn mạch nhân tạo Dacron đường kính 8mm (Hình 2).

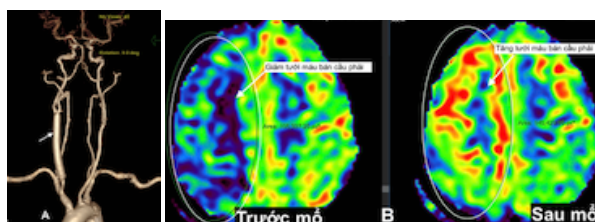


Hình 2. Tổn thương trong mổ và phẫu thuật

A - Lòng ĐMCC phải tắc do xơ vữa (mũi tên), vôi hóa; B - Thay đoạn ĐMCC phải bằng đoạn mạch Dacron 8mm (mũi tên)

Sau mổ tình trạng chung của người bệnh ổn định, không còn cảm giác mắt thăng bằng khi đi lại. Kết quả chụp CLVT và CHT sau mổ cho kết quả cầu nối thông tốt, cải thiện hệ thống mạch máu và tưới máu não bán cầu phải (Hình 3).

Kết quả giải phẫu bệnh cho kết quả phù hợp với chẩn đoán (tổn thương thành mạch xơ, canxi hóa, lắng đọng cholesterol). Người bệnh được xuất viện sau 5 ngày.



Hình 3. Chẩn đoán hình ảnh sau mổ

A - CLVT: cầu nối ĐMCC phải thông tốt (mũi tên); B - CHT: tưới máu não bán cầu phải cải thiện rõ rệt sau mổ

III. BÀN LUẬN

Hẹp hoặc tắc ĐMC thường do mảng xơ vữa bám trên thành ĐM. Ngoài ra, một số yếu tố nguy cơ khác có thể gây bệnh như: rối loạn chuyển hóa mỡ máu, THA, đái tháo đường, hút thuốc lá, Takayasu, loạn sản xơ cơ thành mạch, chấn thương, lóc tách thành mạch). Trong các vị trí của ĐMC, tắc ĐMCC mạn tính là bệnh lý ít gặp. Tại Việt Nam, trong các báo cáo tổng kết về phẫu thuật/ can thiệp bệnh lý ĐMC ngoài sọ thì tuyệt đại đa số là hẹp, tắc ĐMC trong. Trong các nghiên cứu này, tổn thương của ĐMCC cũng nằm trong bệnh cảnh hẹp của ĐMC trong, nghĩa là hẹp khu trú quanh ngã ba ĐMC.⁵⁻⁷ Người bệnh trong nghiên cứu này có tổn thương gần như trên cả chiều dài ĐMCC phải (khoảng 7cm), từ cách thân ĐM cánh tay đầu khoảng 2cm tới ngã ba ĐMC, là dạng tổn thương chưa được nhắc tới trong các nghiên cứu trong nước. Trong mổ, mở đoạn mạch tổn thương kiểm tra thì thấy lòng mạch tắc do xơ vữa và vôi hóa (Hình 2A). Kết quả giải phẫu bệnh cũng phù hợp với tổn thương này, khẳng định tiến triển mạn tính của bệnh tương ứng với diễn biến lâm sàng và tổn thương cũ trên phim CHT não. Tổn thương này cũng khác với bệnh lý viêm mạch (Takayasu), là tổn thương hay gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi, lan tỏa ở động mạch chủ và các nhánh của nó.⁸

Theo ESVS 2023, tắc ĐMCC sẽ có chỉ định phẫu thuật/ can thiệp khi có triệu chứng lâm

sàng.¹ Tuy nhiên chúng tôi vẫn cân nhắc chỉ định phẫu thuật cho người bệnh vì chỉ có TBMN thoáng qua 1 lần trước khi vào viện 2 tuần, trên phim CLVT hệ tuần hoàn bàng hệ ĐMC tốt và trên phim CHT tổn thương não đã cũ và nhỏ. Tuy nhiên, trong quá trình điều trị, người bệnh lại xuất hiện cơn TBMN thoáng qua. Để có bằng chứng khách quan hơn, chúng tôi thực hiện chụp CHT tưới máu não. Kết quả cho thấy tưới máu não bán cầu phải giảm hơn bên trái (Hình 3B). Từ những kết quả này, chúng tôi tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa và quyết định phẫu thuật. AHA/ASA (2021) khuyến cáo xem xét phẫu thuật tái thông khi bệnh nhân có triệu chứng tái diễn dù đã điều trị nội khoa tối ưu.³

Khác với tổn thương khu trú quanh ngã ba của ĐMCC trong bệnh cảnh hẹp ĐMC trong, chỉ cần bóc nội mạc để tái thông dòng chảy, tổn thương đoạn dài trong tắc ĐMCC trên đoạn dài thường đòi hỏi phải bắc cầu hoặc thay đoạn động mạch. Các phẫu thuật có thể là bắc cầu cảnh - cảnh, dưới đòn - cảnh hoặc ghép đoạn bằng mạch nhân tạo hay tĩnh mạch tự thân.^{2,9} Trường hợp này tắc ĐMCC trên đoạn dài, không phù hợp để can thiệp qua da cũng như phẫu thuật bóc nội mạc nên chúng tôi lựa chọn phẫu thuật ghép đoạn động mạch tổn thương. Chúng tôi lựa chọn phương án này vì đoạn gốc ĐMCC phải vẫn còn thông được 2 - 3cm tính từ thân động mạch cánh tay đầu. Ngoài ra, với

phương pháp thay đoạn, việc bộc lộ và thực hiện miệng nổi trung tâm (ngay trên hõm ức) có thể được thực hiện dễ dàng hơn và hệ ĐMC sẽ được phục hồi gần với giải phẫu nhất. Ngoài ra, chúng tôi cũng lựa chọn vật liệu làm cầu nối là mạch nhân tạo thay vì mạch tự thân (tĩnh mạch hiển, động mạch quay) do chênh lệch khẩu kính khá lớn của ĐMCC (6 - 7mm) so với tĩnh mạch hiển và động mạch quay của người bệnh (2mm). Kết quả phim CLVT sau mổ cho thấy cầu nối thông tốt (Hình 3A). Với kỹ thuật thay đoạn ĐMCC, các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thành công kỹ thuật là trên 95% và biến chứng thần kinh < 5% khi được thực hiện tại trung tâm có kinh nghiệm.¹⁰

Sau mổ, người bệnh có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng, đi lại bình thường (không còn giảm giác khó giữ thăng bằng chân trái) và được chụp lại CHT đánh giá tưới máu não. Kết quả cho thấy bán cầu não phải đã được tưới máu tốt hơn rõ ràng so với trước mổ (Hình 3B). Đây là một minh chứng trực quan và khách quan về hiệu quả của phẫu thuật. Bên cạnh đó, phim CHT đánh giá tưới máu não chính là một phương pháp hiệu quả, giúp ích để chỉ định cũng như đánh giá hiệu quả trong phẫu thuật ĐMC nói chung. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác.^{2, 10}

IV. KẾT LUẬN

Tắc ĐMCC mạn tính là bệnh hiếm gặp trong lâm sàng với tổn thương giải phẫu bệnh là xơ vữa, vôi hóa bít kín lòng mạch. Bệnh được chỉ định điều trị ngoại khoa khi người bệnh có triệu chứng lâm sàng kèm theo bằng chứng TBMN hoặc giảm tưới máu não trên CHT. Phẫu thuật tái thông ĐMCC bằng phương pháp bắc cầu/ghép đoạn mạch là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, giúp tăng lưu lượng máu, loại bỏ các triệu chứng thần kinh và giảm thiểu nguy cơ đột quỵ dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Naylor R, Rantner B, Ancetti S, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 clinical practice guidelines on the management of atherosclerotic carotid and vertebral artery disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2023; 65(1): 7-111.
2. Collice M, D'Angelo V, Arena O. Surgical Treatment of Common Carotid Artery Occlusion. *Neurosurgery*. 1983; 12(5): 515-524.
3. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021; 52(7): e364-e467. doi:doi:10.1161/STR.0000000000000375.
4. Đỗ Kim Quế, Đỗ Ngọc Quế Anh, Lâm Kiên Tùng. Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hẹp động mạch cảnh ngoài sọ ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2024; 65(10): 397 - 403.
5. Lê Đức Tín, Lâm Văn Nút. Đánh giá kết quả phẫu thuật bóc lột ngược nội mạc điều trị tắc động mạch cảnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 543: 336-341.
6. Đỗ Kim Quế, Đào Hồng Quân. Phẫu thuật bóc lột tổng động mạch cảnh: Kinh nghiệm 1200 trường hợp tại một trung tâm. *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2020; 30: 83-89.
7. Nguyễn Đức Hoàng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Duy Thắng, et al. Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp động mạch cảnh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2015; 70: 23-29.
8. Nguyễn Văn Thảo. Hiệu quả của phối hợp Aspirin và corticoid trong điều trị viêm động mạch Takayasu. *Tạp chí Tim mạch học Việt*

Nam. 2022; 102: 92-97.

9. Hecht N, Wessels L, Fekonja L, et al. Bypass strategies for common carotid artery occlusion. *Acta Neurochirurgica*. 2019; 161(10): 1993-2002.

10. Klonaris C, Kouvelos G, Kafeza M, et al. Common carotid artery occlusion treatment: revealing a gap in the current guidelines. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2013; 46(3): 291-298.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC COMMON CAROTID OBSTRUCTION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Chronic common carotid artery occlusion is a rare disease that can trigger stroke. Optimal treatment is still controversial between medical treatment and surgical revascularization. We report the case of a 69-year-old male patient with right common carotid artery occlusion, good collateral circulation, and recurrent transient ischemic attacks despite optimal medical treatment. The patient underwent right common carotid artery grafting with an artificial artery. After surgery, the patient's condition was stable and cerebral perfusion improved. The report aims to summarize the medical literature on the diagnosis and optimal treatment of common carotid artery occlusion.

Keywords: Common carotid artery, cerebrovascular accident, bypass surgery, arterial grafting surgery.