

- the WHO CHAMPION trial data", *Reproductive Health*, 18 (1), pp. 230.
6. **Güngördük K., Olgaç Y., Gülseren V., et al.** (2018), "Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues", *Turk J Obstet Gynecol*, 15 (3), pp. 188-192.
 7. **Oladapo O.T. and Fawole A.O.** (2007), "Adoption and practice of evidence-based obstetric care among Nigerian obstetricians", *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 27 (3), pp. 279-281.
 8. **Van Ast M., Goedhart M.M., Luttmmer R., et al.** (2019), "The duration of the third stage in relation to postpartum hemorrhage", *Birth*, 46 (4), pp. 602-607.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM KYOTO TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH

Đỗ Thị Hồng Khanh¹, Phạm Thị Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng ứng dụng lâm sàng của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính tại bệnh viện 19/8 Bộ Công an từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023. Bệnh nhân có chỉ định nội soi dạ dày thực quản và được đánh giá theo thang Kyoto (teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần, ban đỏ lan tỏa). Tình trạng nhiễm *H. pylori* được xác định bằng kết hợp Clo - test và mô bệnh học, nhiễm *H. pylori* khi dương tính ở cả 2 phương pháp. **Kết quả:** Trong 118 đối tượng tham gia, có 60/118 (50,8%) nhiễm *H. pylori*. Viêm Teo niêm mạc chiếm 62,7% trong đó mức độ nhẹ - vừa - nặng lần lượt là 34,7%, 25,6%, 2,4%. Tỷ lệ dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần, ban đỏ lan tỏa là 3,4%, 18,6%, 4,6%, 37,3%. Điểm Kyoto phân bố từ 0-4. Thang điểm Kyoto có diện tích dưới đường cong cong AUROC là 0,87 với $p < 0,05$ như vậy thang điểm Kyoto có khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori*. Chọn điểm Cutoff là 2 điểm, độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 95,6%, giá trị dự báo dương tính 88%, giá trị dự báo âm tính 77,1% và độ chính xác 82,7%. **Kết luận:** Thang điểm Kyoto có độ chính xác cao trong dự đoán nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. **Từ khóa:** *Helicobacter pylori*, thang điểm Kyoto, viêm dạ dày mạn tính.

SUMMARY

EVALUATING THE VALUE OF THE KYOTO SCALE IN THE DIAGNOSIS OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Objective: Evaluate the clinical applicability of the Kyoto scale in diagnosing *Helicobacter pylori* infection in patients with chronic gastritis. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 118 patients with chronic gastritis at 19/8 hospital, Ministry of Public

Security from August 2022 to June 2023. The patient was indicated for gastroesophageal endoscopy and was evaluated according to the Kyoto scale (mucosal atrophy, intestinal metaplasia, mucosal fold hypertrophy, nodules, diffuse erythema). *H. pylori* infection is determined by combining Clo - test and histopathology. *H. pylori* infection is positive in both methods. **Results:** Among 118 participants, 60/118 (50,8%) were infected with *H. pylori*. Mild - moderate - severe mucosal atrophy accounts for 34.7%, 25.6%, 2.4%. The rates of intestinal metaplasia, mucosal fold hypertrophy, nodules, and diffuse erythema were 3.4%, 18.6%, 4.6%, 37.3%. Kyoto scores are distributed from 0-4. The Kyoto score has an area under the AUROC curve of 0.87 with $p < 0.05$, so the Kyoto score is capable of diagnosing *H. pylori* infection. Choosing a Cutoff score of 2 points, sensitivity 71%, specificity 95.6%, positive predictive value 88%, negative predictive value 77.1% and accuracy 82.7%. **Conclusion:** The Kyoto score has high accuracy in predicting *H. pylori* infection in patients with chronic gastritis. **Keywords:** *Helicobacter pylori*, Kyoto classification score, gastritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là một tình trạng bệnh rất phổ biến trên toàn thế giới. Theo các nghiên cứu thì có tới hơn một nửa dân số tại các quốc gia đang phát triển và một phần ba dân cư tại các quốc gia đang phát triển bị viêm dạ dày mạn. Viêm dạ dày mạn do nhiều nguyên nhân nhưng trong đó hàng đầu là do vi khuẩn *Helicobacter pylori*. Hiện có nhiều phương pháp chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bao gồm phương pháp xâm nhập và không xâm nhập, các phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. Năm 2014, thang điểm Kyoto được công bố ở Nhật Bản, cho phép chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori* và dự đoán nguy cơ UTDD dựa vào hình ảnh nội soi, giúp bệnh nhân tránh được sinh thiết gây tổn thương NMDD hay phát sinh thêm chi phí xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori* khác. Nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân Nhật Bản và Trung Quốc đã chứng tỏ hiệu quả và thuận tiện của thang điểm Kyoto trong đánh giá tình trạng nhiễm *H. pylori*.

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Khanh

Email: svhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

Ở Việt Nam hiện nay các bác sĩ cũng đã bước đầu đưa vào sử dụng phân loại Kyoto trong quá trình nội soi. Tuy nhiên do là một phân loại mới nên còn sử dụng hạn chế và còn những tranh cãi về giá trị của phân loại. Nhằm góp phần đánh giá khả năng ứng dụng lâm sàng của thang điểm Kyoto tại Việt Nam và đánh giá một số đặc điểm ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. Chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá giá trị thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính" với mục tiêu: *Đánh giá giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám, được nội soi dạ dày tại bệnh viện 19/8 Viện Bộ Công an từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng ý tham gia nghiên cứu, có chỉ định làm nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng (bỏ) và được đánh giá phân loại tổn thương theo thang điểm Kyoto, được làm xét nghiệm chẩn đoán *H.pylori* bằng hai phương pháp CLO-test và mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định nội soi TQ-DD-TT, hẹp môn vị, chuẩn bị dạ dày kém (còn thức ăn làm hạn chế quan sát). Đang xuất huyết tiêu hóa hoặc điều trị với kháng sinh (trong vòng 4 tuần, PPIs trong 2 tuần) hoặc PPIs trong vòng 4 tuần trước đó. Có (Đã) chẩn đoán trước đó là UTDD sớm, UTDD tiến triển. Tiền sử (bỏ) /và cắt dạ dày

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng.

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám được chỉ định nội soi dạ dày, hỏi triệu chứng lâm sàng (TCLS), tiền sử bệnh. Tiến hành nội soi dạ dày, nhận định tổn thương theo thang điểm Kyotosinh thiết 3 mảnh (1 mảnh ở hang vị làm urease test, 1 mảnh ở hang vị và 1 mảnh ở thân vị làm mô bệnh. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm *H. pylori* khi dương tính cả CLO test và mô bệnh học.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

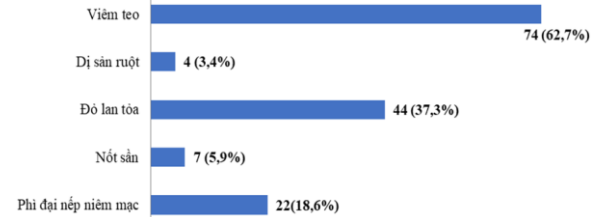
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023 nghiên cứu được tiến hành trên 118

bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1/1.

Tuổi trung bình là $60,5 \pm 11$. Nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam tương đương nhau. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,6%, nhóm tuổi dưới 50 tuổi và 50 – 59 tuổi chiếm lần lượt 18,5% và 25,9%.

3.2. Tổn thương niêm mạc dạ dày theo phân loại Kyoto và tỉ lệ nhiễm *H.Pylori*



Biểu đồ 1. Đặc điểm chung về tuổi giới của mẫu nghiên cứu

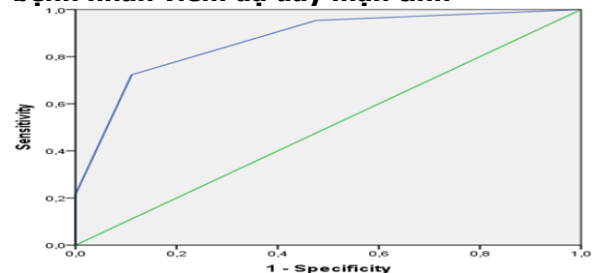
Bệnh nhân có hình ảnh viêm teo trên nội soi có số lượng nhiều nhất là 74 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,7%. Nốt sần và dị sản ruột có số lượng bệnh nhân ít nhất với 7 bệnh nhân và 4 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ lần lượt 5,9% và 3,4%.

3.3. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng nhiễm *H.pylori* theo thang điểm Kyoto

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* theo thang điểm Kyoto

Điểm Kyoto	Dương tính		Âm tính		Tổng	
	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ
0	3	8,6%	32	91,4%	35	100%
1	13	38,2%	21	61,8%	34	100%
2	30	85,7%	5	14,3%	35	100%
3	14	100 %	0	0%	14	100%
4	0	0	0	0	0	0
Tổng	60		58		118	

3.4. Giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *H. pylori*

Bảng 2. Liên quan giữa điểm Kyoto và chẩn đoán nhiễm *H. pylori*

	H. pylori (+)	H. pylori (-)	Tổng
Điểm Kyoto ≥ 2	44	5	49

Điểm Kyoto <2	16	53	69
Tổng	60	58	118

Diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,87 với $p < 0.05$ vậy thang điểm Kyoto có khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm H.pylori. Chọn điểm cutoff là 2 điểm. Khi đó chẩn đoán nhiễm H.pylori bằng thang điểm Kyoto có độ nhạy (Se) = 71%, độ đặc hiệu (Sp) = 95,6%; Giá trị chẩn đoán dương tính (PPV) = 88%; Giá trị chẩn đoán âm tính (NPV) = 77,1%, độ chính xác 82,7%

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong 118 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $60,5 \pm 11$. Nhỏ tuổi nhất là 18, cao tuổi nhất là 83. Tỷ lệ nữ/nam là xấp xỉ 1/1. Nghiên cứu của tác giả Marusic cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính với tỷ lệ nhiễm H. pylori. Tuổi là một yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm H. pylori tuy nhiên một số nghiên cứu trước đó chỉ ra rằng nhiên tỷ lệ bệnh nhân nhiễm HP trong từng nhóm tuổi lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Việc tỷ lệ nhiễm H.pylori tăng theo tuổi có lẽ là điều dễ hiểu vì tình trạng nhiễm H.pylori tích lũy dần qua các năm

Về tình trạng nhiễm H. pylori và một số yếu tố liên quan: Để tăng độ tin cậy chúng tôi sử dụng 2 phương pháp chẩn đoán H. pylori là Clo test và mô bệnh học. Bệnh nhân chẩn đoán nhiễm H. pylori khi dương tính cả 2 phương pháp. Kết quả có 60/118 bệnh nhân cho kết quả dương tính (chiếm 50,8%) và 58 bệnh nhân âm tính. Hệ số kappa của mức độ đồng thuận giữa hai phương pháp là 0,83. Tỷ lệ nhiễm H.pylori này thấp hơn các nghiên cứu khác như Nguyễn Lâm Tùng (65,6%), Phạm Hồng Khánh (63,7%) [4, 5] do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được lựa chọn là các bệnh nhân đến khám tại cơ sở y tế và có triệu chứng nên cũng chưa mang tính đại diện cho cộng đồng dân cư.

Về đặc điểm nội soi theo thang điểm Kyoto: Trong số 5 đặc điểm, teo niêm mạc có tỷ lệ cao nhất (62,7%). Tiếp đến là ban đỏ lan tỏa, phì đại nếp niêm mạc, dị sản ruột và nốt sần với tỷ lệ 37,3%, 18,6%, 5,9% và 3,4%. Nghiên cứu của Toyoshima và cộng sự cho tỷ lệ này là 25,7%, 13,9%, 3,6%, 10,3% và 1,5%. Sự khác biệt này có thể do cách chọn mẫu khác nhau và có khác biệt giữa quần thể người Việt Nam và Nhật Bản.

Về giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm H. pylori: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh phì đại nếp niêm mạc có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 27,7% và 90,5%.

Hình ảnh đỏ lan tỏa có độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán là 56,9% và 82,5%. Hình ảnh nốt sần là 9,2% và 98,4%. Hình ảnh dị sản ruột có độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng là 7,7% và 100%. Các hình ảnh nội soi đều có khả năng dự đoán. Tuy nhiên, khả năng dự đoán này là khác nhau trên từng cộng đồng dân tộc. Chúng tôi nhận thấy hình ảnh đỏ lan tỏa trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có giá trị dự đoán nhiễm H. pylori như các tác giả khác. Điều này cho thấy rằng cũng sẽ có 1 số hình ảnh có giá trị dự đoán chung cho nhiều cộng đồng. Có 1 điều thú vị là độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán nhiễm H. pylori của hình ảnh viêm teo niêm mạc chỉ là 64,6% và 39,7%, mặc dù viêm teo cũng thường là hệ quả của nhiễm H. pylori. Điều này có lẽ cũng phù hợp với ý văn khi ghi nhận tỷ lệ nhiễm H. pylori thấp ở vùng niêm mạc teo. Khi đánh giá riêng lẻ từng tổn thương, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra các tổn thương đều có giá trị trong chẩn đoán H. pylori. Nghiên cứu của chúng tôi thu được diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,87 với $p < 0.05$ vậy thang điểm Kyoto có khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm H. pylori. Chọn điểm cutoff là 2 điểm. Khi đó chẩn đoán nhiễm H. pylori bằng thang điểm Kyoto có độ nhạy (Se) = 71%, độ đặc hiệu (Sp) = 95,6%; Giá trị chẩn đoán dương tính (PPV) = 88%; Giá trị chẩn đoán âm tính (NPV) = 77,1 %, độ chính xác 82,7.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Kyoto có độ chính xác/giá trị cao trong dự đoán nhiễm H. pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, et al.** Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2017; 153(2):420-429. doi: 10.1053/j.gastro.2017.04.022.
2. **Plummer M, Franceschi S, Vignat J, Forman D, de Martel C.** Global burden of gastric cancer attributable to Helicobacter pylori. *Int J Cancer*. 2015;136(2):487-490. doi:10.1002/ijc.28999
3. **Mao T, Wang Y, Yin F, et al.** Association of Endoscopic Features of Gastric Mucosa with Helicobacter pylori Infection in Chinese Patients. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:6539639. doi:10.1155/2016/6539639
4. **Toyoshima O, Nishizawa T, Arita M, et al.** Helicobacter pylori infection in subjects negative for high titer serum antibody. *World J Gastroenterol*. 2018; 24(13):1419-1428. doi:10.3748/wjg.v24.i13.1419
5. **Phạm Hồng Khánh, Vũ Văn Khiên, Trần Thị Huyền Trang** (2021) Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. *Tạp chí Y học Việt Nam*.

CÁC TIẾN BỘ TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ LOẠI A THEO STANFORD CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Tuấn Vũ¹, Nguyễn Bảo Tịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bóc tách động mạch chủ (ĐMC) ngực cấp tính là một bệnh lý phức tạp, nguy cơ tử vong cao dù được điều trị kịp thời, đặc biệt bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính là thể lâm sàng nặng nề, phức tạp nhất, tỉ lệ tử vong tính theo giờ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh lý này, tại bệnh viện Chợ Rẫy đã thực hiện phẫu thuật điều trị bệnh lý này từ hàng chục năm nay, với sự cải thiện không ngừng về mặt kỹ thuật và chiến lược điều trị, liệu kết quả sớm điều trị bằng phẫu thuật bệnh lý bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính tại bệnh viện Chợ Rẫy thời gian gần đây đã đạt được những kết quả như thế nào, và những yếu tố gì ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh lý này? **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả các trường hợp bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính được điều trị bằng phẫu thuật từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022 tại khoa Hồi sức- Phẫu thuật Tim BVCR. Thu thập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm R. **Kết quả:** Có 122 bệnh nhân trong nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ = 2,57. Tuổi trung bình là $54,26 \pm 12,49$. 3 trường hợp tràn máu màng ngoài tim chèn ép tim cấp phải dẫn lưu khoang màng ngoài tim và sử dụng vận mạch, 1 trường hợp cấp cứu ngưng tuần hoàn trước phẫu thuật. Phân suất tống máu trước mổ EF= $61 \pm 9,4\%$. Thời gian chạy máy $218,46 \pm 80,15$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ $133,86 \pm 72,09$ phút. Phẫu thuật thay toàn bộ quai ĐMC chiếm 64%, can thiệp gốc ĐMC (phẫu thuật Bentall hoặc phẫu thuật David) chiếm 23%. 1 trường hợp sau phẫu thuật phải đặt ECMO hỗ trợ. Các biến chứng sau phẫu thuật: viêm phổi 22 trường hợp (18,03%), chạy thận nhân tạo 8 trường hợp (6,56%), nội máu não 10 trường hợp (8,02%), chảy máu sau mổ phải phẫu thuật cầm máu 8 trường hợp (6,56%), tỉ lệ tử vong 9/122 trường hợp (7,34%). **Kết luận:** Phẫu thuật cấp cứu điều trị bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính là một cấp cứu tim mạch phức tạp, nặng nề, tỉ lệ tử vong cao. Bệnh viện Chợ Rẫy đã thực hiện phẫu thuật này từ hàng chục năm nay, trong thời gian gần đây với những tiến bộ không ngừng đã đạt được những kết quả đáng ghi nhận, với kết tỉ lệ tử vong chu phẫu (7,34%) và các biến chứng sớm tương đương với những trung tâm lớn trên thế giới. **Từ khóa:** bóc tách động mạch chủ loại A theo Stanford

SUMMARY

ADVANCES IN SURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE STANFORD TYPE A DISSECTION

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Tịnh

Email: baotinhchoray@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Acute thoracic aortic dissection (ATAD) is associated with very high morbidity and mortality despite appropriate treatment. Acute Stanford A dissection, especially, is the most catastrophic clinical form of ATAD. Surgery is the gold standard treatment of this disease. At Cho Ray hospital, we have been performing surgery to treat this disease for decades. With the continuous improvement in terms of technique and treatment strategy at Cho Ray hospital, we always question that whether the early results in treatment of this disease have achieved any improvement? And what factors could influence those results? **Methods:** This study retrospectively evaluated patients underwent surgery for acute Stanford type A aortic dissection between January 2020 and December 2022 at Cardiac surgery department. **Results:** A total of 122 patients were included in this study. Patients were predominantly men (2,57 males/female) with mean age of $54,26 \pm 12,49$ years. Before surgery, 3 cases received pericardial drainage due to tamponade and vasopressors, 1 case received CPR for CPA. Mean EF= $61 \pm 9,4\%$. Mean aortic cross-clamp time and mean cardiopulmonary bypass time were, respectively, $133,86 \pm 72,09$ minutes and $218,46 \pm 80,15$ minutes. Total aortic arch replacement surgery accounts for 64%, surgery involving aortic root (Bentall or David procedure) accounts for 23%. 1 case required ECMO after surgery. Post-operative complications included: pneumonia in 22 cases (18,03%), renal failure required dialysis in 8 cases (6,56%), cerebral infarction in 10 cases (8,02%), reoperation for bleeding (6,56%). Mortality rate was 7,34% (9 cases). **Conclusion:** Acute thoracic aortic dissection (ATAD) is associated with very high morbidity and mortality despite appropriate treatment. Cho Ray Hospital has performed this surgery for decades and has achieved remarkable results recently, with a perioperative mortality rate (7.34%) and early complications comparable to major centers around the world.

Keywords: acute Stanford type A dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bóc tách ĐMC ngực loại A theo Stanford cấp tính là một cấp cứu tim mạch tối khẩn, rất nặng nề, phức tạp, nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời thì tỉ lệ tử vong tăng lên từng giờ, lên đến 50% trong 48 giờ đầu tiên và >90% sau 1 tháng.

Bệnh nhân đầu tiên được mô tả trong y văn bởi tác giả Nicholls vào năm 1760, và sau đó được Morgani nhận xét chi tiết về giải phẫu bệnh năm 1761. Vào năm 1963, 1 trường hợp bóc tách ĐMC loại A theo Stanford đã được chẩn đoán và phẫu thuật thành công bởi Morris, mở ra một kỷ nguyên mới cho phẫu thuật điều trị bệnh