

# 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 Vũ<sup>1</sup>, Nguyễn Bảo Tịnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bóc tách động mạch chủ (ĐMC) ngực cấp tính là một bệnh lý phức tạp, nguy cơ tai biến, 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 tai biến, 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

lý này, mặc dù trong những thời gian đầu tỉ lệ tử vong còn cao, lên đến 30%, thậm chí hơn 30% ngay cả khi được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Tại Việt Nam, phẫu thuật điều trị các bệnh lý về ĐMC ngực nói chung và bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính nói riêng cũng đã được thực hiện một cách thường quy tại các trung tâm phẫu thuật tim mạch lớn trên cả nước từ hàng chục năm nay. Trong những thời gian đầu tỉ lệ các biến chứng và tử vong còn cao, tuy nhiên với sự cải thiện không ngừng theo thời gian về mặt kỹ thuật phẫu thuật, phối hợp nhịp nhàng của phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, chạy máy và hồi sức sau mổ cho thấy kết quả ngày càng tốt hơn.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy đã thực hiện phẫu thuật cấp cứu điều trị bệnh lý này một cách thường quy từ nhiều năm nay, và liệu rằng qua nhiều năm tại bệnh viện Chợ Rẫy đã đạt được những tiến bộ như thế nào trong điều trị bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính?

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bóc tách động mạch chủ loại A theo Stanford cấp tính và điều trị phẫu thuật tại khoa Hồi sức-Phẫu thuật tim bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/ 2020 tới tháng 12/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Hồi cứu mô tả hàng loạt ca, thu thập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm R.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

**Giới tính:** có 88 nam (72,13%) và 34 nữ (27,87%) trong nhóm nghiên cứu (nam : nữ ~ 2,6).

**Tuổi:** tuổi trung bình:  $54,26 \pm 12,49$ . Trong đó tuổi nhỏ nhất là 25, lớn nhất là 83.

**Tiền sử bệnh nhân:**

**Bảng 3.2. Tiền sử bệnh**

| Tiền căn       | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|----------------|--------------|-----------|
| THA            | 97           | 79,51     |
| TBMMN          | 5            | 4,10      |
| Marfan         | 9            | 7,38      |
| Đái tháo đường | 5            | 4,10      |
| Bệnh lý khác   | 14           | 11,48     |

**Triệu chứng lâm sàng:**

**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng**

| Triệu chứng   | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|---------------|--------------|-----------|
| Đau ngực      | 118          | 96,72     |
| Đau bụng      | 17           | 13,93     |
| Khó thở       | 15           | 12,30     |
| Tăng huyết áp | 68           | 55,74     |
| Tụt huyết áp  | 7            | 5,74      |

|                         |   |      |
|-------------------------|---|------|
| Chèn ép tim cấp         | 6 | 4,92 |
| Tai biến mạch máu não   | 3 | 2,46 |
| Hội chứng giảm tưới máu | 5 | 4,10 |

**Các chỉ số cận lâm sàng:**

Suy thận trước phẫu thuật: 22 trường hợp chiếm 18,03%

Chức năng tim trước phẫu thuật: EF= $61 \pm 9,4\%$

Mức độ lan rộng bóc tách trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

**Bảng 3.4. Mức độ bóc tách trên chụp CLVT**

| Vị trí bóc tách                     | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------------------|--------------|-----------|
| Đoạn lên + quai + ĐMC xuống         | 59           | 48,36     |
| Gốc ĐMC + đoạn lên+ quai+ ĐMC xuống | 34           | 27,87     |
| Đoạn lên + quai                     | 24           | 19,67     |
| Đoạn lên                            | 3            | 2,46      |
| Gốc+ đoạn lên+ quai                 | 2            | 1,64      |

### 3.2. Điều trị

**Trước phẫu thuật**

**Bảng 3.5. Điều trị trước phẫu thuật**

|                         | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Hạ áp                   | 70           | 57,38     |
| Giảm đau                | 100          | 81,97     |
| Ưc chế bê ta            | 58           | 47,54     |
| Vận mạch                | 2            | 1,64      |
| Dẫn lưu màng tim        | 3            | 2,46      |
| Cấp cứu ngưng tuần hoàn | 1            | 0,82      |

**Phẫu thuật:**

**Bảng 3.6. Các phương pháp phẫu thuật**

| Phương pháp phẫu thuật                     | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------------------------|--------------|-----------|
| Thay ĐMC lên                               | 7            | 5,74      |
| Thay ĐMC lên + bán quai                    | 29           | 23,77     |
| Thay ĐMC lên + quai                        | 51           | 41,80     |
| Thay ĐMC lên + quai + xuống                | 5            | 4,01      |
| Thay gốc ĐMC + ĐMC lên+ bán quai           | 8            | 6,56      |
| Thay gốc ĐMC + ĐMC lên + quai              | 10           | 8,20      |
| Thay ĐMC lên+quai+Stent graft              | 7            | 5,74      |
| Thay gốc ĐMC+ ĐMC lên + quai + Stent graft | 5            | 4,01      |

Thời gian phẫu thuật trung bình:  $427,36 \pm 122,31$  phút

Thời gian chạy máy trung bình:  $218,46 \pm 80,15$  phút

Thời gian kẹp động mạch chủ trung bình:  $133,86 \pm 72,09$  phút

Thời gian ngưng tuần hoàn toàn bộ trung bình:  $44,89 \pm 23,17$  phút

Thời gian nuôi não chọn lọc trung bình:  $113,85 \pm 77,95$  phút (91/122 trường hợp có nuôi não chọn lọc)

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 3.7. Chi tiết hậu phẫu**

| Thông số hậu phẫu         | Trung bình    |
|---------------------------|---------------|
| Thời gian bệnh tình (giờ) | 17,46 ± 43,65 |
| Thời gian thở máy (giờ)   | 47,93 ± 55,67 |
| Thời gian hậu phẫu (ngày) | 21,07 ± 12,09 |

#### Các biến chứng

**Bảng 3.8. Các biến chứng sớm hậu phẫu**

| Các biến chứng    | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|-------------------|--------------|-----------|
| Viêm phổi         | 22           | 18,03     |
| Nhiễm trùng huyết | 5            | 4,09      |
| Suy thận          | 8            | 6,56      |
| Nhồi máu não      | 10           | 8,20      |
| Tử vong           | 9            | 7,34      |
| Chảy máu          | 8            | 6,56      |

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

**Tuổi, giới tính:** Tuổi trung bình trong mẫu 122 bệnh nhân là :  $54,26 \pm 12,49$ , trong đó tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi, tuổi lớn nhất là 83 tuổi. Tỉ lệ nam giới cao gần 3 lần nữ giới (chiếm 72,13%). Trong số đó các bệnh nhân trẻ tuổi thường liên quan đến bệnh lý duy truyền, bệnh lý mô liên kết, nổi trội trong đó là hội chứng Marfan với 50% các bệnh nhân dưới 40 tuổi mắc phải hội chứng này. Trong nhóm còn lại, ở nhóm tuổi cao hơn chủ yếu là liên quan đến bệnh lý tăng huyết sẽ được đề cập đến ở phần tiếp theo.

#### Tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng:

Trong nghiên cứu ghi nhận phần lớn các bệnh nhân đều có tiền sử tăng huyết áp (79,51%), cao hơn nghiên cứu của Pape với 74,4% [4], ngoài ra một số ít bệnh nhân trẻ tuổi có kiểu hình Marfan (7,38%), đây cũng là các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến bóc tách ĐMC.

Trong bệnh cảnh cấp tính như vậy, nổi bật ở hầu hết các bệnh nhân là triệu chứng đau ngực, đau do bóc tách dọc theo động mạch chủ, gây căng đột ngột thành ĐMC, chiếm đến 96,72% trong mẫu 122 bệnh nhân nghiên cứu. Ngoài triệu chứng nổi bật là đau ngực thì còn ghi nhận các triệu chứng khác như: đau bụng, tăng huyết áp, tụt huyết áp, khó thở, ngất, tai biến mạch máu não, tê chân... Trong đó đáng chú ý là triệu chứng chèn ép tim cấp, trong mẫu 122 trường hợp có 7 trường hợp tụt huyết áp trước phẫu thuật có đến 6 trường hợp là do chèn ép tim cấp, và ở những bệnh nhân này cần triển khai phẫu thuật càng sớm càng tốt, tuy nhiên trong các trường hợp cơ sở hiện tại không đủ khả năng triển khai phẫu thuật cho bệnh lý này thì dẫn lưu khoang màng ngoài tim giúp bệnh nhân thoát khỏi tình trạng sốc tim, sau đó đưa đến cơ sở đủ

khả năng phẫu thuật cũng là một sự lựa chọn hữu ích. Và trong 6 trường hợp chèn ép tim cấp ghi nhận trên, có 2 trường hợp được cơ sở tuyến trước dẫn lưu khoang màng ngoài và chuyển đến cơ sở chúng tôi kịp thời phẫu thuật. Ngoài ra, 7 trường hợp tụt huyết áp, có 6 trường hợp do chèn ép tim cấp, còn 1 trường hợp nghỉ do bóc tách ĐMC, lan đến gốc ĐMC bóc tách động mạch vành gây nhồi máu cơ tim cấp, choáng tim và được hồi sức ngưng tuần hoàn hô hấp thành công và kịp thời phẫu thuật.

**Kết quả cận lâm sàng:** Hiện nay chụp CLVT được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý bóc tách ĐMC, không dừng lại ở việc xác định chẩn đoán, chụp CLVT còn giúp cho phẫu thuật viên một cái nhìn tổng thể về toàn bộ hệ thống động mạch chủ và các nhánh lớn của bệnh nhân như: mức độ lan rộng của bóc tách, vị trí lỗ vào, tỉ lệ lòng thật, lòng giả ra sao, có bóc tách vào các nhánh nuôi não và nhánh tạng hay không?... Và từ những cơ sở đó giúp cho phẫu thuật viên lên kế hoạch, phương pháp phẫu thuật chi tiết hơn cho từng trường hợp cụ thể.

Trong nhóm nghiên cứu 122 trường hợp đều được chụp CLVT trước phẫu thuật, và ghi nhận phần lớn trường hợp là bóc tách lan rộng toàn bộ ĐMC, với phân loại theo De-Bakey I (có tổn thương suốt chiều dài ĐMC ngực - bụng) chiếm đến 76,23 và đây cũng là nhóm có tiên lượng xấu nhất do các biến chứng liên quan đến bóc tách động mạch nuôi não và tạng cũng tăng lên. Ngược lại nhóm có bóc tách giới hạn thuộc phân loại De – Bakey II (chỉ bóc tách giới hạn ở ĐMC lên) lại có tỉ lệ thấp (chiếm 2,46%), tương đương so với tỉ lệ này của tác giả De Bakey (2,2%) [5]. Ở nhóm này có thể giải quyết triệt để bóc tách mà không cần phải can thiệp đến quai ĐMC nên có tiên lượng tốt nhất.

Siêu âm tim cũng là một phương tiện chẩn đoán ít xâm lấn trong bóc tách ĐMC có độ nhạy và đặc hiệu khá cao, tuy nhiên siêu âm tim chỉ khảo sát được giới hạn, không thể cho cái nhìn tổng quan về thương tổn ĐMC như chụp CLVT. Ở các trường hợp khẩn bệnh nhân không có đủ thời gian để thực hiện chụp CLVT thì siêu âm tim tại giường chẩn đoán để phẫu thuật khẩn cũng là một sự lựa chọn cần thiết. Ở siêu âm tim, lợi thế về việc xác định bệnh lý cấu trúc tim, đặc biệt là van ĐMC (hình thái lá van, vòng van, mức độ hở van), tràn dịch màng ngoài tim cũng như tình trạng co bóp của tim, từ đó có được một chiến lược tối ưu cho cuộc phẫu thuật và tiên lượng cho bệnh nhân.

### 4.2. Chi tiết phẫu thuật

**Thương tổn trên đại thể.** Tràn máu màng

tim gây chèn ép tim cấp là biến chứng gây tử vong thường gặp nhất trong bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính. Biến chứng này có thể xuất hiện theo hai cơ chế khác nhau. Thường gặp nhất là sự thẩm máu qua lớp thành mỏng của lòng giả vào khoang màng tim, dẫn tới tràn máu màng tim nhưng không gây ảnh hưởng tới huyết động. Những trường hợp này chiếm trên 30% bệnh nhân BTĐMC loại A cấp tính. Cơ chế thứ hai ít gặp hơn là ĐMC bị bóc tách vỡ trực tiếp vào khoang màng tim, dẫn tới chèn ép tim cấp tính và rối loạn huyết động nặng nề. Chèn ép tim cấp chiếm 8 - 10% bệnh nhân và là yếu tố tiên lượng xấu khi điều trị [6]. Chẩn đoán tràn máu màng tim bằng SA tim và chụp CLVT có thể đạt độ chính xác gần 100% [7]. Trong nghiên cứu, tỉ lệ tràn máu màng tim trong mổ là 90,16%, trong khi chẩn đoán hình ảnh trước mổ có tỉ lệ này thấp hơn, chỉ chiếm tỉ lệ 51,64%. Những bệnh nhân được ghi nhận có tràn máu màng tim trong mổ mà không có dấu hiệu này trên phim chụp CLVT và SA tim đều có mức độ dịch máu ít và không ảnh hưởng tới huyết động. Ngoài ra, thời điểm phẫu thuật thường muộn hơn so với thời điểm thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (từ vài giờ tới vài ngày) cũng là nguyên nhân dẫn tới sự khác biệt trên.

Về vị trí lỗ vào là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến phương pháp phẫu thuật trong bệnh lý bóc này. Lỗ vào thường có kích thước từ trên 1cm tới vài cm theo chiều ngang hoặc cũng có thể theo chiều dọc hoặc chiếm hết chu vi lòng mạch [8]. Trong 394 bệnh nhân BTĐMC của Hirst, 62% lỗ vào ở ĐMC lên và hầu hết nằm trong khoảng 4cm phía trên xoang Valsava vành phải, là vị trí dòng máu có áp lực lớn nhất và xoáy nhất, 16% lỗ vào nằm ở ngay sau chỗ xuất phát động mạch dưới đòn trái, sau đó quá trình bóc tách có thể tiến triển xuôi dòng về phía ĐMC xuống hoặc ngược dòng về phía ĐMC lên. 9% trường hợp BTĐMC còn lại có lỗ vào xuất phát từ quai ĐMC và hiếm khi xuất hiện ở ĐMC bụng, chỉ 3% [9]. Trong nghiên cứu, lỗ vào quan sát được khi phẫu thuật là 55,74% ở ĐMC lên, 26,23% ở quai ĐMC, 2,46% ở gốc động mạch chủ, 6,56% ở ĐMC đoạn xuống và 9,01% không thấy lỗ vào ở các vị trí này (tương ứng với lỗ vào có thể ở ĐMC xuống đoạn thấp, ĐMC bụng hoặc không có lỗ vào trên toàn bộ chiều dài ĐMC). Tỉ lệ này cũng gần giống với tỉ lệ nghiên cứu của Hirst, và cũng tương đối chính xác so với chẩn đoán vị trí lỗ vào trước phẫu thuật, cho thấy chụp cắt lớp vi tính có thể được đánh giá được vị trí lỗ vào trong đa số trường hợp, ngoại trừ các trường hợp lỗ vào kích thước nhỏ hoặc không có lỗ vào thật sự.

**Phương pháp phẫu thuật.** Trong mẫu nghiên cứu 122 bệnh nhân, tất cả đều được phẫu thuật với sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể và các phương pháp bảo vệ não, bảo vệ tạng, bảo vệ tủy sống tùy theo từng trường hợp cụ thể để giải quyết các thương tổn cho bệnh nhân.

Để quyết định phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân chúng tôi dựa trên các yếu tố:

Thương tổn đầu gần: bóc tách lan đến gốc ĐMC hay không? Có bóc tách vào các động mạch vành? Có hở van ĐMC hay không? Gốc ĐMC có dẫn hay không?

Thương tổn đầu xa: Vị trí lỗ vào? Có bóc tách vào các nhánh nuôi não hay không? Đường kính lòng giả, có thiếu máu nuôi tạng hay không?

Từ các yếu tố trên, cụ thể cho từng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi với 122 trường hợp, trong đó 78 trường hợp thay quai (chiếm 64%), không thay quai có 44 trường hợp (chiếm 36%). Phẫu thuật thay quai động mạch chủ phức tạp hơn, có thời gian chạy máy, thời gian nuôi não và phải ngưng tuần hoàn lâu hơn so với nhóm không có thay quai động mạch chủ. Tuy nhiên nhóm nhóm 122 bệnh nhân nghiên cứu có 78 trường hợp thay quai và 44 trường hợp không thay quai động mạch chủ ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả sống (tử vong, biến chứng thần kinh, chạy thận nhân tạo và thở máy kéo dài sau mổ) giữa 2 nhóm.

Về vấn đề bảo vệ não và các tạng khác, hiện tại với sự phối hợp giữa hạ thân nhiệt vừa (25°C) kèm ngưng tuần hoàn toàn bộ để bảo vệ các tạng ổ bụng, và nuôi não chọn lọc kiểm soát theo lưu lượng để bảo vệ não. Hạ thân nhiệt càng sâu thì các tạng được bảo vệ càng tốt, tuy nhiên hạ thân nhiệt càng sâu lại mang đến các bất cập như kéo dài thời gian phẫu thuật để hạ và nâng thân nhiệt, kèm theo các rối loạn đông máu do hạ thân nhiệt sâu làm ảnh hưởng đến quá trình cầm máu, đây là một vấn đề rất nghiêm trọng, bởi phẫu thuật điều trị bóc tách động mạch chủ loại A theo Stanford cấp tính việc cầm máu thông thường đã rất khó khăn, nếu kèm theo sự rối loạn về đông máu sẽ càng làm cuộc mổ trở nên nặng nề, do đó cần phải có sự chọn lựa mức độ hạ thân nhiệt tối ưu để bảo vệ tạng mà không làm ảnh hưởng đến chức năng đông máu. Và do đó ở trung tâm chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật đều hạ mức thân nhiệt vừa (25°C). Ngưng tuần hoàn toàn bộ kèm nuôi não chọn lọc không phải áp dụng ở tất cả các bệnh nhân, trong các bệnh nhân thương tổn chỉ cần can thiệp ở động mạch chủ ngực lên hoặc động mạch chủ ngực lên + bán quai là có

thể giải quyết được thì ngưng tuần hoàn toàn bộ để kiểm tra đoạn quai, và những trường hợp đó có thể không cần cần nuôi não chọn lọc. Trong nhóm nghiên cứu với 122 trường hợp, và do tỉ lệ thay quai chiếm phần lớn, do đó có đến 91 trường hợp (chiếm 74,59%) cần phải nuôi não chọn lọc để giải quyết thương tổn đầu xa. Với các phương pháp bảo vệ não và tạng nói trên, tỉ lệ tai biến thần kinh sau mổ chung là 8,20%, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm thay quai ĐMC và không thay quai ĐMC. Trong đó, không ghi nhận trường hợp nào tổn thương tủy.

Về kỹ thuật khâu nối miệng nối gần và xa sau khi đã cắt bỏ đoạn mạch máu tổn thương và tái tạo lại, với sự hỗ trợ của miếng đệm mạch máu bên ngoài, thành ĐMC ở giữa và đoạn mạch ghép (Prothese) ở trong cùng (khâu theo kỹ thuật Sandwich), sau khi khâu xong và lau khô, chúng ta bôi thêm 1 lớp keo sinh học bên ngoài để gia cố, giảm chảy máu các chân chỉ khâu. Trong các trường hợp thành ĐMC xơ vữa và dễ rách, để gia cố thêm chúng tôi dùng thêm 1 miếng đệm mạch máu phía trong thành ĐMC, như vậy miệng nối có đến 4 lớp. Ngoài ra các trường hợp có chỉ định cần phải đặt Stentgraft ở đoạn ĐMC ngực xuống cũng giúp phần gia cố miệng nối xa tốt hơn.

#### 4.3. Kết quả sớm sau mổ

**Các biến chứng sớm.** Trong thời gian hậu phẫu, các biến chứng thường gặp bao gồm: viêm phổi (18,03%), nhồi máu não (8,02%), suy thận phải chạy thận nhân tạo (6,56%), chảy máu (6,56%), nhiễm trùng huyết (4,09%). Trong đó tỉ lệ biến chứng hay gặp nhất trong hậu phẫu là viêm phổi, do tình trạng hậu phẫu nhiều trường hợp cần thở máy kéo dài, nằm lâu nên tỉ lệ viêm phổi tăng theo. Tiếp theo đó là tỉ lệ nhồi máu não sau mổ chiếm đến 8,02%, tuy nhiên tỉ lệ này giữa 2 nhóm thay quai và không thay quai không có sự khác biệt ( $p=0,698$ ), tỉ lệ các bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo và chảy máu là bằng nhau (6,56%), tuy nhiên không có trường hợp nào ghi nhận tử vong do chảy máu không cầm được. Và các bệnh nhân có suy thận các giai đoạn trước phẫu thuật, sau phẫu thuật có nguy cơ phải chạy thận nhân tạo cao hơn ( $p=0,001$ ; OR = 16,6).

**Tử vong sau phẫu thuật.** Những tiến bộ trong chẩn đoán và kỹ thuật phẫu thuật đã giúp cải thiện kết quả phẫu thuật trong những thập kỉ qua. Hiện nay, tỉ lệ tử vong có thể giảm còn dưới 10% ở một số trung tâm phẫu thuật có kinh nghiệm. Tuy nhiên trong những nghiên cứu tổng hợp đa trung tâm với số lượng bệnh nhân lớn, tỉ lệ tử vong còn khá cao. Số liệu từ nghiên cứu

của IRAD vào năm 2016 đưa ra kết quả thống kê trong vòng 17 năm với 4428 bệnh nhân BTĐMC loại A Stanford cấp tính được điều trị bằng phẫu thuật ghi nhận tỉ lệ tử vong tại bệnh viện từ 17%-26% tùy trung tâm [10], kết quả nghiên cứu của tác giả Tomonobu Abe (2019) trên 10.000 bệnh nhân ở Nhật với tỉ lệ tử vong từ 6,8-8,6%, trong nước cũng có những nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Tú (2014) trên 81 bệnh nhân với tỉ lệ tử vong chu phẫu là 17,3% [1], của tác giả Nguyễn Sinh Hiền (2018) trên 43 bệnh nhân với tỉ lệ tử vong là 9,3% [2]. Và trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tử vong tại bệnh viện là 7,34%.

Trong 9 trường hợp tử vong ghi nhận trong nghiên cứu, có 4 trường hợp do suy đa cơ quan, 3 trường hợp do suy tim cấp sau mổ, 2 trường hợp còn lại do choáng nhiễm trùng. Tỉ lệ tử vong chu phẫu tại bệnh viện chúng tôi đã cải thiện hơn so với báo cáo của tác giả Nguyễn Thái An vào năm 2010 với tỉ lệ tử vong là 11,1% [3].

#### V. KẾT LUẬN

Bóc tách ĐMC loại A theo Stanford cấp tính là một cấp cứu tim mạch nặng nề và nguy cơ tại biến, tử vong cao dù cho được điều trị phẫu thuật kịp thời, tuy nhiên với sự cố gắng không ngừng để ngày càng cho kết quả tốt hơn, trong những năm gần đây với sự cải tiến về phương pháp phẫu thuật như tái tạo miệng nối có hỗ trợ của đệm mạch máu, keo sinh học, Stentgraft và bảo vệ não, các tạng bằng phương pháp hạ thân nhiệt và ngưng tuần hoàn kèm hệ thống nuôi não chọn lọc kiểm soát theo lưu lượng đã cho thấy kết quả ngày càng khả quan, với các tỉ lệ biến chứng và tử vong (7,34%) tương đương các trung tâm lớn trên thế giới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Hữu Ước** (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật bóc động mạch chủ type A tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 4, 59-65.
2. **Nguyễn Sinh Hiền, Hà Đức Linh** (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật tách thành động mạch chủ type A tại bệnh viện Tim Hà Nội. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 21, 48-52.
3. **Nguyễn Thái An, Phạm Thọ Tuấn Anh** (2010). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật phình và bóc tách động mạch chủ lên và quai. Tạp chí Y học Việt Nam, 375, 77-82.
4. **Pape, L.A., et al.**, Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Am Coll Cardiol, 2015. 66(4): p. 350-8.
5. **De Bakey, M.E., et al.**, Surgical Management of Dissecting Aneurysms of the Aorta. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1965.

- 49(1): p. 130-149.
6. **Hiratzka, L., et al.**, Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease: A report of the american college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines, american association for thoracic surgery, american college of radiology, american stroke association, society of cardiovascular anesthesiologists, society for cardiovascular angiography and interventions, society of interventional radiology, society of thoracic surgeons, and society for vascular medicine. Circulation, 2010. 121(3): p. e266-e369.
  7. **Klein AL, Abbata S, Agler DA, et al** (2013). American Society of Echocardiography Clinical Recommendations for Multimodality Cardiovascular Imaging of Patients with Pericardial Disease: Endorsed by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance and Society of Cardiovascular Computed Tomography. Journal of the American Society of Echocardiography, 26(9), 965-1012.e15.
  8. **Roberts WC** (1982). Aortic dissection: anatomy, consequences, and causes. Am Heart J, 101, 195-214.
  9. **Hirst AE, Johns VJ, Kime SW** (1958). Dissecting aneurysm of the aorta - A review of 505 cases. Medicine (Baltimore), 37(3), 217-79.
  10. **Pape, L.A., et al.**, Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection. J Am Coll Cardiol, 2015. 66(4): p. 350-8.

## ĐA HÌNH ĐƠN NUCLEOTIDE RS1049174 GEN NKG2D LIÊN QUAN ĐẾN LƯỢNG EPSTEIN-BARR VIRUS TRONG MÔ U LYMPHO TẾ BÀO B

Lê Hạ Long Hải<sup>1</sup>, Tạ Văn Thọ<sup>1</sup>, Phùng Thúy Linh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Việt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

NKG2D là một thụ thể dạng hoạt hóa trên bề mặt tế bào T độc và diệt tự nhiên NK, đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện và loại trừ các tế bào nhiễm virus và ung thư. Đa hình đơn nucleotide rs1049174 trên gen NKG2D có tác động tới mức độ hoạt động mạnh hoặc yếu của tế bào NK. Nghiên cứu nhằm đánh giá đa hình rs1049174 trên gen NKG2D ảnh hưởng như thế nào đến sự tích tụ Epstein-Barr virus (EBV) trong mẫu mô u lympho tế bào B. Nghiên cứu được tiến hành trên 234 mẫu mô u lympho tế bào B thu được kết quả tần số kiểu gen lần lượt là GG (29,5%), GC (50%), CC (20,5%). Tần số của từng alen cũng được ghi nhận với 54,5% G và 45,5% C. Trong tổng số 234 bệnh nhân u lympho, có 36 người (15,4%) nhiễm virus EBV đồng thời sự xuất hiện của alen G làm gia tăng nồng độ EBV trong mẫu mô u lympho so với alen C ( $p = 0,02$ ). Kết quả của nghiên cứu chỉ ra vai trò của EBV và rs1049174 có tiềm năng trở thành mục tiêu cho các liệu pháp miễn dịch điều trị bệnh trong tương lai.

**Từ khóa:** u lympho B, Epstein-Barr virus, NKG2D.

### SUMMARY

#### SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISM RS1049174 OF NKG2D GENE RELATED EPSTEIN-BARR VIRUS IN B CELL LYMPHOMA TUMORS

NKG2D is an activated receptor on the surface of

CD8+ T-cells and natural killer (NK) cells, playing an important role in recognizing and eliminating virus-infected and cancer. The single nucleotide polymorphism rs1049174 on the NKG2D gene impact to NK cells activation. The study aimed to evaluate the rs1049174 polymorphism on the NKG2D gene related EBV status in tumor tissue of B-cell lymphoma. The study was conducted on 234 tumor tissue of B-cell lymphoma and genotypes frequency determined on GG (29.5%), GC (50%), CC (20.5%). The allele frequency was recorded with 54.5% G and 45.5% C, respectively. Among 234 lymphoma patients, detected in 36 (15.4%) were infected with EBV and the presence of the G allele caused increased EBV status in lymphoma tissues compared to the C allele ( $p = 0.02$ ). Our results suggested that the role EBV and rs1049174 can be as potential targets for immunotherapies in the future. **Keywords:** B cell lymphoma, Epstein-Barr virus, NKG2D.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2020, có khoảng hơn 627 000 ca mắc u lympho mới chiếm 3.2% tổng số ca mắc ung thư. Trong đó tỷ lệ mắc u lympho không Hodgkin (NHL) là 2.8% và tỷ lệ mắc u lympho Hodgkin (HL) là 0.4%. NHL thường gặp nhiều ở các nước phát triển hơn là ở những nước đang phát triển, chủ yếu là những nước ở Châu Âu/New Zealand, Bắc Mỹ, Châu Âu, Israel và Slovakia<sup>1</sup>. HL khá hiếm gặp ở Châu Á, tuy nhiên dạng NHL ở khu vực này lại cao hơn. Mặc dù tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong ở các loại ung thư khác có xu hướng giảm xuống nhưng NHL lại có xu hướng gia tăng kể từ nửa sau thế kỉ 20<sup>2</sup>. Theo số liệu của GLOBOCAN năm 2018, Việt Nam ghi nhận hơn 3500 ca mắc mới và hơn 2100 ca tử

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024