

thuật và kiểm tra bệnh phẩm tại cơ sở điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(6):1454-1455.
3. **Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL.** Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol.* 2003;21.
4. **Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA.** Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(6):433-441.
5. **Goldstein NS, Sanford W, Coffey M, Layfield LJ.** Lymph node recovery from colorectal resection specimens removed for adenocarcinoma. Trends over time and a recommendation for a minimum number of lymph nodes to be recovered. *Am J Clin Pathol.* 1996;106(2):209-216.
6. **Wong SL.** Lymph node counts and survival rates after resection for colon and rectal cancer. *Gastrointest Cancer Res GCR.* 2009;3(2 Suppl):S33-35.
7. **Goldstein NS.** Lymph node recoveries from 2427 pT3 colorectal resection specimens spanning 45 years: recommendations for a minimum number of recovered lymph nodes based on predictive probabilities. *Am J Surg Pathol.* 2002;26(2):179-189.
8. **Frasson MZ, Kock KS, Monteiro LF, Romagna JV.** Number of lymph nodes dissected in colorectal cancer and probability of positive nodes, angiolymphatic/perineural invasion, and intracellular mucin in a referral service. *J Coloproctology.* 2021;36:220-226.
9. **Bui L, Rempel E, Reeson D, Simunovic M.** Lymph node counts, rates of positive lymph nodes, and patient survival for colon cancer surgery in Ontario, Canada: a population-based study. *J Surg Oncol.* 2006;93(6):439-445.
10. **Baxter NN, Ricciardi R, Simunovic M, Urbach DR, Virnig BA.** An evaluation of the relationship between lymph node number and staging in pT3 colon cancer using population-based data. *Dis Colon Rectum.* 2010;53(1):65-70.

PHẪU THUẬT THAY TOÀN BỘ QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ BẰNG DỤNG CỤ THORAFLEX TRONG ĐIỀU TRỊ LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ

Nguyễn Thành Luân¹, Lê Tuấn Vũ¹, Trương Đình Đức Anh¹,
Nguyễn Thị Thắm¹, Nguyễn Đoàn Ngọc Bách¹, Lê Tất Cường¹,
Nguyễn Văn Bảo¹, Trịnh Trần Vy¹, Trương Hoài Bảo¹, Nguyễn Thái An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật thay toàn bộ quai động mạch chủ (ĐMC) bằng dụng cụ thoraflex điều trị lóc ĐMC tại BV Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ 9/2021 đến 6/2025 có 44 bệnh nhân (BN) lóc ĐMC được phẫu thuật thay quai ĐMC bằng dụng cụ Thoraflex. 72,7% lóc ĐMC type A, 27,3% lóc ĐMC type B. 6,8% có kèm PT Tirone David, 6,8% CABG. Thời gian: kẹp ĐMC 121,80±40,03 phút, ngưng tuần hoàn 42,51±12,62 phút, phẫu thuật trung bình 6, giờ. 4,5% đột quỵ mới, 6,8% tổn thương tủy, 11,4% suy thận cần chạy thận sau mổ, 4,5% tử vong. Vị trí đầu xa stent graft 93,2% từ T8 trở lên, 97,7% đoạn A huyết khối toàn bộ, 72,7% đoạn B huyết khối bán phần, 86,4% đoạn C không huyết khối. 100% tái cấu trúc ĐMC dương tính trên CTScan. **Kết luận:** PT thay toàn bộ quai ĐMC bằng dụng cụ Thoraflex điều trị lóc ĐMC tại BV Chợ Rẫy cho thấy an toàn với 4,5% tử vong và hiệu

quả với 100% tái cấu trúc ĐMC thuận lợi sau PT.

Từ khóa: Thay quai ĐMC, Thoraflex, lóc ĐMC, vòi voi đồng cứng

SUMMARY

TOTAL AORTIC ARCH REPLACEMENT USING THORAFLEX DEVICES IN THE TREATMENT OF AORTIC DISSECTION

Objective: To evaluate the clinical characteristics, imaging diagnostics, and surgical outcomes of total aortic arch replacement using Thoraflex devices for the treatment of aortic dissection at Chợ Rẫy Hospital. **Methods:** A retrospective case series. **Results:** From September 2021 to June 2025, 44 patients with aortic dissection underwent aortic arch replacement using Thoraflex devices. 72,7% Stanford type A and 27,3% Stanford type B aortic dissection. Concomitant procedures included 6,8% with Tirone David operation and 6,8% with CABG. The average aortic cross-clamp time was 121.8 ± 40.03 minutes, Circulation arrest time was 42.51 ± 12.62 minutes, and operative time was 6.1 hours. Postoperative complications included new stroke (4,5%), spinal cord injury (6,8%), renal failure requiring dialysis (11,4%), and mortality (4,5%). The distal end of the stent graft was positioned at or above T8 in 93,2%, with complete thrombosis in segment A (97,7%), partial thrombosis in segment B (72,7%), and no thrombosis in segment C (86,4%).

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: tluan.yak36@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

Postoperative aortic remodeling was positively confirmed in 100% of CT scans. **Conclusion:** Total aortic arch replacement using Thoraflex devices for treating aortic dissection at Chợ Rẫy Hospital demonstrates safety with a 4,5% mortality rate and effectiveness with 100% positive aortic remodeling post-surgery. **Keywords:** Aortic arch replacement, Thoraflex, aortic dissection, frozen elephant trunk

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ (ĐMC) là bệnh lý rất nặng, đặc biệt lóc ĐMC Stanford A cấp tính thường tử vong nhanh chóng. Phẫu thuật (PT) vẫn là giải pháp điều trị hữu hiệu và phổ biến. trong đó PT vùng quai ĐMC là loại nặng nhất và nhiều rủi ro liên quan đến vấn đề bảo vệ não, chảy máu và suy đa tạng [1].

Trong những năm gần đây, kỹ thuật vùi voi đông lạnh (FET) ra đời và đóng một vai trò quan trọng trong PT thay quai ĐMC và cũng như đối với cả bệnh lý phình/lóc ĐMC. Đây là sự kết hợp đồng thời giữa ống ghép mạch máu nhân tạo dính kèm ống ghép nội mạch nhằm giúp giảm thời gian PT, ngừng tuần hoàn và kẹp ĐMC, qua đó giảm nguy cơ biến chứng của PT, chỉ cần một đường mổ xương ức có thể xử lý các thương tổn lóc trong phạm vi rộng của ĐMC và giảm biến chứng do lóc tiến triển ở các phần còn lại của ĐMC, cải thiện kết quả lâu dài điều trị [1].

Tại Việt Nam đã có những báo cáo về PT thay quai ĐMC với vùi voi đông lạnh cải tiến của tác giả Phùng Duy Hồng Sơn BV Việt Đức [4]. Tại BV Chợ Rẫy PT thay quai ĐMC bằng kỹ thuật FET với vật liệu ống ghép lai Thoraflex đã được thực hiện từ năm 2021 đến nay nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá và theo dõi kết quả PT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân (BN) đã mổ thay quai ĐMC có sử dụng ống ghép lai Thoraflex tại BV Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 06/2025

2.2. Chỉ định. Theo đồng thuận Hội Tim mạch lồng ngực Châu Âu và Hội PT mạch máu Châu Âu 2019[1]:

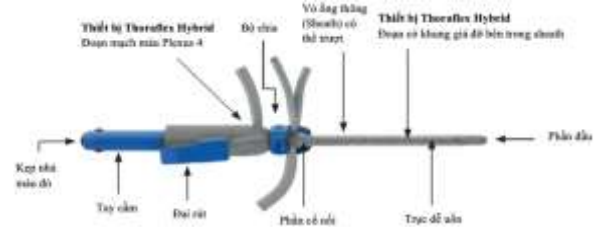
Bảng 2.1. Chỉ định FET

Chỉ định FET	Loại khuyến cáo	Mức bằng chứng
Lóc ĐMC type A cấp tính khi lỗ rách chính nằm ở phía xa quai ĐMC hoặc ở nửa gần của ĐMC xuống để điều trị hội chứng giảm tưới máu hoặc để tránh biến chứng này sau PT	IIA	C
Lóc ĐMC type A cấp tính để ngăn	IIB	C

ngừa tạo thành phình ĐMC xuống trong trung hạn		
Lóc ĐMC loại B cấp tính phức tạp khi can thiệp nội mạch chống chỉ định	IIA	C
BN có đồng thời bệnh lý ĐMC ngực đoạn xa và bệnh ĐMC ngực bụng, trong giai đoạn sau, sẽ hoặc có khả năng yêu cầu PT hoặc can thiệp nội mạch	IIA	C

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca

2.4. Dụng cụ PT. Hệ thống Thoraflex™ Hybrid gồm một hệ thống dẫn như Hình 1. Thiết bị chính là stentgraft động mạch chủ ngực kèm đoạn mạch máu nhân tạo được làm từ sợi polyester dệt tấm gelatin, một đoạn có khung giá đỡ nitinol dạng tròn



Hình 1. Hệ thống Thoraflex Hybrid

2.5. Các bước chính trong quy trình PT

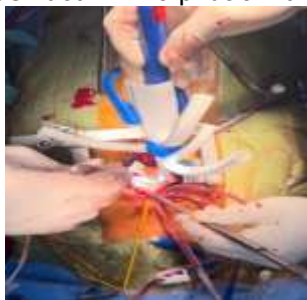
- Mở ngực giữa 1/2 trên hoặc toàn bộ xương ức
- Đặt ống thông ĐM:
 - Trực tiếp ĐMC: khi huyết động ổn định, BN không lóc đoạn lên hoặc nếu có lóc thì đặt ống thông ĐM thẳng dưới hướng dẫn siêu âm trực tiếp theo phương pháp Seldinger.
 - ĐM đùi khi huyết động không ổn định, nghi ngờ vỡ ĐMC khi mở ngực
 - ĐM nách hay thân tay đầu chỉ dùng khi lòng thật quá hẹp không thể đặt ống thông trực tiếp hoặc hẹp tắc ĐMC chậu 2 bên
- Đặt ống thông TM: thường chọn TMC trên và TMC dưới hoặc 1 TM 2 tầng qua nhĩ phải.
- Chạy THNCT, hạ thân nhiệt 25°C – 28°C.
- Kẹp ĐMC lên. Bơm dung dịch liệt tim gián tiếp hoặc trực tiếp vào 2 lỗ vành.
- Đánh giá ĐMC lên và phần gốc ĐMC: bảo tồn hay thay thế gốc ĐMC hoặc van ĐMC
- Xử lý phần quai và ĐMC ngực xuống
- Ngưng tuần hoàn, tưới máu não xuôi dòng trực tiếp 2 hoặc 3 nhánh quai ĐMC lưu lượng 8-12 ml/kg/phút bằng bơm riêng, theo dõi oxy não.
- Cắt quai ĐMC đưa dụng cụ ống ghép lai Thoraflex vào lòng thật của ĐMC xuống. Tiến hành bung stent graft. Nối quai ĐMC vào phần vảy rìa mạch máu nhân tạo của ống ghép lai.
- Kẹp ngang ống ghép, phục hồi lại tuần

hoàn dưới qua ống thông đặt vào nhánh của ống ghép nhân tạo, xử trí các tổn thương cấu trúc tim kèm theo nếu có

– Tuỳ vào thời gian ngưng tim:

○ Nếu tiên đoán >120 phút thì nối ống ghép nhân tạo với đầu gần tại vị trí chỗ nối xoang ống, sau đó nhà kẹp cho tim đập lại, nâng nhiệt độ. Tiếp đến nối tận – tận các nhánh prothese vào các nhánh quai ĐMC

○ Nếu tiên đoán ≤120 phút thì làm ngược lại



Hình 2. Nuôi não xuôi dòng chọn lọc 3 đường và đặt dụng cụ Thoraflex

– Cai hệ thống THNCT, cầm máu, Đóng ngực

2.6. Tiêu chí đánh giá kết quả sau PT

Kết quả về mặt LS: Tỷ lệ các tai biến và tử vong hoặc bệnh nặng xin về trong nội viện sau lần mổ đầu tiên

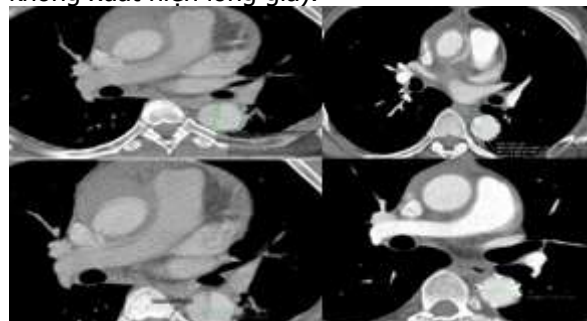
Kết quả về mặt CLS: Chụp CLVT:

– Tình trạng tái cấu trúc "remodeling" ĐMC: đánh giá theo Dohle 2016 [2] (Hình 3,4)

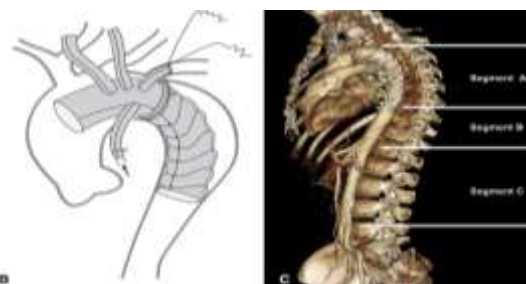
○ Trong mỗi đoạn ở vị trí có đường kính (ĐK) có ĐMC lớn nhất: đo ĐK, diện tích lòng thật (TL) và lòng giả (FL).

○ Tái cấu trúc ĐMC: dương tính (giảm ĐK ĐMC >10% hoặc ĐK ĐMC ổn định [$\pm 10\%$] kèm tăng kích thước ĐK lòng thật $\geq 10\%$), ổn định (thay đổi $\pm 10\%$), âm tính (tất cả các loại khác).

– Huyết khối (HK) lòng giả phân tích cho từng phân đoạn: không huyết khối (HK lòng giả <20%), huyết khối một phần (HK 20%-80%) hoặc huyết khối toàn phần (>80% HK hoặc không xuất hiện lòng giả).



Hình 3. Đo đạc ĐK và diện tích lòng thật, lòng giả



Hình 4. Ống ghép vôi vôi đông lạnh Thoraflex và phân chia các phân đoạn ĐMC sau PT [2]

2.7. Phương pháp thống kê: Số liệu xử lý bằng SPSS 20.0

2.7. Vấn đề y đức: đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, do đó không ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả điều trị cũng như các vấn đề xã hội khác. Các thông tin của BN chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2021 đến 06/2025 chúng tôi ghi nhận có 44 BN lóc ĐMC được PT thay quai ĐMC bằng ống ghép lại Thoraflex

3.1. Đặc điểm BN

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị (n=44)
Tuổi	56 $\pm$ 12 tuổi
Giới nam	32 (72,7%)
Tăng huyết áp	44 (100%)
Hút thuốc lá	18 (40,1%)
Tai biến mạch máu não	3 (6,8%)
Đái tháo đường	9 (20,5%)
Đau ngực	35 (79,5%)
Khó thở	5 (11,4%)
Đau bụng	6 (13,6%)
Thiếu máu chi	2 (4,5%)
Yếu 2 chân	2 (4,5%)
Triệu chứng thần kinh	5 (11,4%)

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Đặc điểm	Giá trị (n=44)
Lóc type A	32 (72,7%)
Lóc type B	12 (27,3%)

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật

Hoàn cảnh PT: 34 trường hợp PT cấp cứu, 10 trường hợp PT chương trình

Bảng 3. Đặc điểm PT

Đặc điểm trong mổ	N (n=23)	Tỷ lệ (%)
Đường mổ	Toàn xương ức	41
	Nửa trên xương ức	3
PT kèm	Tiron David	3
	CABG	3
Vị trí cannul ĐM	ĐM chủ	36
	ĐM nách phải	2

	ĐM đùi	6	13,6
Lỗ vào lóc	Gốc	4	9,1
	Lên	10	27,7
	Quai	13	29,5
	Xuống	14	31,8
	Không thấy	3	6,8
Hạ thân nhiệt	25 độ	40	90,9
Số ĐM tưới máu não	1 nhánh	0	0
	2 nhánh	3	6,8
	3 nhánh	41	93,2
Vị trí miệng nối xa	Zone 0	20	45,5
	Zone 1	13	29,5
	Zone 2	8	18,2
	Zone 3	3	6,8

Bảng 4. Đặc điểm ống ghép

Đặc điểm ống ghép	Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất
Đường kính ống ghép	26	27,51±1,36	30
Đường kính stent	28	32,69±2,9	40

Bảng 7. Kết quả CLS

Đường kính ĐMC		Trước mổ (mm)	Sau mổ (mm)	P*
Đoạn A	ĐMC	33,00 ± 3,76	31,01 ± 3,38	0,063
	Lòng thật	13,89 ± 9,05	27,89 ± 4,1	<0,001
	Lòng giả	17,92 ± 8,35	2,25 ± 2,05	0,071
Đoạn B	ĐMC	31,96 ± 3,72	30,12 ± 5,55	0,002
	Lòng thật	14,46 ± 6,30	21,19 ± 7,58	0,012
	Lòng giả	16,84 ± 6,41	8,61 ± 6,98	0,093
Đoạn C	ĐMC	28,57 ± 2,65	28,87 ± 3,21	<0,001
	Lòng thật	12,82 ± 5,90	15,83 ± 5,58	<0,001
	Lòng giả	15,17 ± 6,39	12,82 ± 5,58	<0,001

*: Kiểm định t-test

Bảng 8. So sánh diện tích lòng thật, lòng giả trước và sau mổ

Diện tích		Trước mổ	Sau mổ	P*
Đoạn A	Lòng thật	3,03 ± 2,48	6,47 ± 1,83	<0,001
	Lòng giả	5,76 ± 1,96	1,47 ± 1,34	<0,001
Đoạn B	Lòng thật	2,89 ± 2,04	5,00 ± 2,19	<0,001
	Lòng giả	4,94 ± 2,07	2,36 ± 1,49	0,004
Đoạn C	Lòng thật	2,38 ± 1,25	3,03 ± 1,15	0,004
	Lòng giả	3,88 ± 1,14	3,43 ± 1,02	0,048

*: Kiểm định t-test

Rò nội mạch sau mổ và dSINE: 0%
 Oversize ĐMC: trung bình 1,50 ± 3,01%
 Tái cấu trúc ĐMC sau mổ trên BN lóc ĐMC: 100% dương tính

Bảng 9. Tỷ lệ huyết khối lòng giả sau mổ

	Đoạn A	Đoạn B	Đoạn C
Không	0 (0%)	5 (11,4%)	38 (86,4%)

Bảng 10. Vùng hạ đặt của ống ghép nội mạch ở ĐMC xuống

Đốt sống ngực	T5	T6	T7	T8	T9	T10
	3(6,8%)	7(15,9%)	21(54,5%)	10(22,7%)	3(6,8%)	0(0%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm PT

Thiết lập ống thông động mạch: Trong

Chiều dài stent	100	146,76±11	150
-----------------	-----	-----------	-----

Bảng 5. Thời gian PT

	Trung bình
Thời gian mổ (giờ)	6,10±1,25
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	121,89±40
Thời gian ngừng tuần hoàn nửa dưới (phút)	42,51±12,62

3.3. Kết quả PT

Bảng 6. Kết quả về lâm sàng

Biến chứng sau mổ	N (N=44)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	7	15,9
Nhiễm trùng huyết	6	13,6
Suy thận cần chạy thận nhân tạo	5	11,4
Tổn thương tủy	3	6,8
Nhồi máu não mới	2	4,5
Xuất huyết não	0	0
Chảy máu sau mổ	1	2,3
Tử vong	2	4,5

huyết khối			
Huyết khối bán phần	1 (2,3%)	32 (72,7%)	5 (11,04%)
Huyết khối toàn phần	43 (97,7%)	7 (15,9%)	1 (2,3%)

nguyên cứu, chúng tôi thực hiện kỹ thuật FET theo 1 quy trình. Đặt trực tiếp ĐMC là vị trí đặt ống thông chính, kể đến là ĐM đùi (2,8% là ĐM

nách). Việc đặt ống thông trực tiếp vào ĐMC thực hiện nhanh, đảm bảo tưới máu xuôi dòng, giảm nguy cơ thuyên tắc mạch và được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm (phương pháp Seldinger). Khadadj báo cáo rằng đặt ống thông ĐM đùi làm tăng nguy cơ tử vong và đột quỵ [1]. Tuy nhiên, trong trường hợp lóc hoặc phình ĐMC vỡ, đặt tại ĐM đùi có thể an toàn hơn.

Bảo vệ tạng khi thay quai ĐMC với kỹ thuật FET: Chúng tôi luôn ngưng tuần hoàn ở 25°C và tưới máu từ ≥ 2 nhánh để bảo vệ não tối ưu ở cả tuần hoàn trước lẫn tuần hoàn sau.

Không dùng bóng chèn để tưới máu ĐMC xuống nhằm tránh nguy cơ rách nội mạc ĐMC. Thời gian ngưng tuần hoàn (42,51 phút) đủ ngắn, không cần thiết thiết lập thêm tưới máu ĐMC xuống. Một chiến lược khác để giảm tình trạng thiếu máu cục bộ ở tim, não và phần dưới cơ thể trong quá trình thay quai ĐMC được đề xuất bởi Sun và cộng sự là sau khi ngưng tuần hoàn thì cắt bỏ quai ĐMC tiến hành nối miệng nối xa và sau đó nối ĐM cảnh chung trái vào ống ghép, tiếp đến nối đầu gần sau đó cho tim đập lại và tiến hành nối tiếp ĐM dưới đòn trái và thân tay đầu [7]. Hơn nữa để giảm thời gian ngưng tuần hoàn thì chúng tôi kẹp cắt các nhánh quai ĐMC trước sau đó tưới máu xuôi dòng bằng các nhánh rời nhau, tiếp đến mới ngưng tuần hoàn.

Đặc điểm ống ghép trong lóc ĐMC cấp tính: Các tác giả khuyến nên chọn đường kính stent theo đường kính lòng thật vì sợ ống ghép lớn hơn làm xé rách lòng thật. Ngược lại, trong lóc ĐMC cấp tính thì nội mạc thường đàn hồi và có thể dễ dàng áp lại với lớp áo ngoài. Do đó, trong lóc ĐMC cấp tính, chúng tôi chủ trương lựa chọn kích thước stent ghép theo tổng đường kính của ĐMC ngang mức tâm nhĩ trái, chính vì thể oversize của chúng tôi chỉ $1,50 \pm 3,01\%$.

Vị trí thực hiện miệng nối xa: Gần đây, Miệng nối xa trong khi dùng FET đã chuyển hướng gần về phía đầu quai ĐMC và ĐMC lên tại Zone 0. Z-0-FET với 2 bước PT chính: 1. kẹp cắt, khâu đóng lại các gốc của các nhánh quai ĐMC, 2. ngưng tuần hoàn sử dụng dụng cụ FET đặt từ Zone 0 vào quai ĐMC đến ĐMC xuống. Chúng tôi nhận thấy Z-0-FET thuận lợi hơn Z-2-FET/Z-3-FET, giúp dễ thực hiện miệng nối, hạn chế chảy máu, và tránh thiếu máu nuôi tủy bằng cách điều chỉnh chiều dài stent phù hợp. Sự cải thiện kết quả lâm sàng này có thể là do thời gian PT giảm, bao gồm cả giảm thời gian chạy máy do đường tiếp cận PT đơn giản hơn, dễ bộc lộ vị trí nối hơn.[8]

4.2. Kết quả PT. Theo Ma et al. (2015), tỷ lệ tử vong sớm khi sử dụng các bộ phận giả E-

vita Open Plus, Thoraflex Hybrid, Cronus và J Graft Open FET dao động từ 6,4–15,8% trong các nhóm dân số không đồng nhất [3]. Preventza et al. (2020) báo cáo tỷ lệ tử vong từ 0–21,6% qua 35 nghiên cứu với 3.154 BN [5]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong là 4,5% (2/44 trường hợp), phù hợp với các kết quả này.

2 TH tử vong: 1 trường hợp BN Nam 52 tuổi vào viện vì đau ngực ngày 10, chẩn đoán vào viện tuyến trước là hội chứng vành cấp, viêm phổi được dùng kháng kết tập tiểu cầu kép liều tải và chụp mạch vành thấy hẹp RCAII và phát hiện lóc ĐMC type A cấp tính nên chuyển BVCR. BN được mổ cấp cứu thay quai ĐMC bằng thoraflex kèm bắc cầu mạch vành 1 cầu vào RCA III. cuộc mổ kéo dài 9 giờ, sau mổ BN viêm phổi, nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan phải chạy thận nhân tạo, tử vong ngày HP4. 1 TH BN nữ 56t có THA, tiểu đường vào viện lơ mơ, chẩn đoán lóc ĐMC type A cấp tính, có tràn máu màng tim và thương tổn lóc lan rộng vào ĐM thân tay đầu, ĐM dưới đòn 2 bên, ĐM cảnh 2 bên và ĐM thân tạng. Vì được mổ cấp cứu nên chúng tôi không thể khảo sát mạch vành trước mổ. sau mổ BN chuyển sang hồi sức thì shock tim, rung thất, siêu âm thấy suy thất phải nặng, nhồi máu cơ tim cấp thành dưới, tử vong ngày HP1

Biến chứng tổn thương tủy: 3/44 trường hợp (6,8%): 1 bệnh nhân có yếu 2 chân trước mổ, 1 BN hồi phục sau ngày HP8 nhờ dẫn lưu dịch não tủy, kiểm soát huyết áp và corticoid liều cao. Tỷ lệ này nằm trong giới hạn báo cáo của EACTS (0–21%). Preventza et al. gợi ý rằng vị trí stent-graft tại T8 trở lên hoặc chiều dài ≥ 15 cm làm tăng nguy cơ tổn thương tủy. Trong nghiên cứu, cả 3 trường hợp liệt đều sử dụng thoraflex 150mm, với miệng nối xa tại Zone 2 hoặc Zone 3. Sau khi chuyển miệng nối xa về Zone 0 hoặc Zone 1, không ghi nhận thêm trường hợp liệt nào [5]

Tái cấu trúc ĐMC sau PT:

100% BN có tái cấu trúc ĐMC thuận lợi, với sự cải thiện đáng kể ở các đoạn dưới stent-graft ($p < 0,05$). Theo Dohle 90% BN có tái cấu trúc ĐMC dương tính hoặc ổn định trong năm đầu tiên sau phẫu thuật FET [2]. Shrestha et al. báo cáo kết quả trung hạn của Thoraflex Hybrid cho thấy huyết khối trong lòng giả và tái cấu trúc ĐMC thuận lợi ở BN lóc ĐMC cấp tính [6]. Các tác giả đề xuất rằng sử dụng Thoraflex Hybrid mang lại hiệu quả tái cấu trúc có lợi trong thời gian theo dõi trung hạn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay quai ĐMC bằng ống ghép lai

Thoraflex tại BV Chợ Rẫy bước đầu cho thấy an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tử vong tương đồng so với các nghiên cứu thế giới và 100% tái cấu trúc ĐMC thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Czerny M, Schmidli J, Adler S, et al. Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) and the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Cardiothorac Surg. Jan 1 2019;55(1):133-162.doi:10.1093/ejcts/ezy313
2. Dohle DS, Tsagakis K, Janosi RA, et al. Aortic remodelling in aortic dissection after frozen elephant trunkdagger. Eur J Cardiothorac Surg. Jan 2016;49(1):111-7. doi:10.1093/ejcts/ezv045
3. Ma WG, Zheng J, Sun LZ, Elefteriades JA. Open Stented Grafts for Frozen Elephant Trunk Technique: Technical Aspects and Current Outcomes. Aorta (Stamford). Aug 2015;3(4):122-35.doi:10.12945/j.aorta.2015.14.062
4. Phung DHS, Nguyen TS, Vo HL, et al. A novel modification of frozen elephant trunk technique: unique protocol from one institution. Eur Rev Med Pharmacol Sci. Jul 2021;25(14):4738-4745. doi:10.26355/eurev.202107.26384
5. Preventza O, Liao JL, Olive JK, et al. Neurologic complications after the frozen elephant trunk procedure: A meta-analysis of more than 3000 patients. J Thorac Cardiovasc Surg. Jul 2020; 160(1): 20-33 e4.doi:10.1016/j.jtcvs.2019. 10.031
6. Shrestha M, Kaufeld T, Beckmann E, et al. Total aortic arch replacement with a novel 4-branched frozen elephant trunk prosthesis: Single-center results of the first 100 patients. J Thorac Cardiovasc Surg. Jul 2016;152(1):148-159 e1.doi:10.1016/j.jtcvs.2016.02.077
7. Sun L, Qi R, Zhu J, Liu Y, Zheng J. Total arch replacement combined with stented elephant trunk implantation: a new "standard" therapy for type a dissection involving repair of the aortic arch? Circulation. Mar 8 2011;123(9):971-8. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.015081
8. Yamamoto H, Kadohama T, Yamaura G, Tanaka F, Takagi D, Kiryu K, Itagaki Y. Total arch repair with frozen elephant trunk using the "zone 0 arch repair" strategy for type A acute aortic dissection. J Thorac Cardiovasc Surg. Jan 2020; 159(1): 36-45. doi:10.1016/j.jtcvs.2019. 01.125

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến tụy do sự tiêu hủy của các men tụy. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn INSPPIRE và Atlanta sửa đổi năm 2012 từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nữ nhiều hơn trẻ nam với tuổi trung vị là 4,8 tuổi và 87,3% trường hợp viêm tụy cấp thể nhẹ. Nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng có thời gian nhịn ăn, thời gian ăn sữa thủy phân hoàn toàn dài hơn, kháng sinh, Octreotid và thuốc chống đông cũng được chỉ định với tần suất cao hơn, tỷ lệ nằm viện >14 ngày cao hơn ($p=0,045$), thời gian đau bụng và sốt kéo dài hơn so với nhóm nhẹ (p lần lượt là 0,002; 0,015). Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, CRP và lipase, D-Dimer lần lượt tăng cao hơn ở nhóm nặng vừa – nặng. Các chỉ số này có xu hướng giảm dần theo thời gian, riêng CRP và D-

Dimer tăng trong 48 giờ đầu sau đó giảm rõ rệt ở thời điểm ra viện. **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp viêm tụy cấp ở trẻ em đều nhẹ và có thể kiểm soát thành công bằng cho tụy nghỉ ngơi và bù đủ dịch trong khi viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng đòi hỏi phải sử dụng kháng sinh, thuốc giảm tiết và chống đông với thời gian nằm viện kéo dài hơn. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, trẻ em, điều trị, kết quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Acute pancreatitis is an acute inflammatory condition of the pancreas characterized by acinar-cell injury due to autodigestion by pancreatic enzymes. **Aim:** To evaluate treatment outcomes of acute pancreatitis in children at Vietnam National Children's Hospital. **Materials and methods:** A descriptive study of 70 patients diagnosed with acute pancreatitis according to the INSPPIRE criteria and the 2012 revised Atlanta classification from July 2024 to June 2025. **Result:** The median age was 4.8 years and female predominated. Mild acute pancreatitis accounted for 87,3% of cases. In the moderately severe-severe group, both the duration of fasting and duration of exclusive hydrolyzed formula feeding were significantly longer, and the use of antibiotics, Octreotide and anticoagulants was more frequently compared with the mild group. Children with moderately severe - severe disease had a higher

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025