



Cặp ghép thứ 5: ngày mổ 09/09/2019 (sử dụng TM chậu bảo quản)

V. KẾT LUẬN

Đoạn mạch bảo quản trong ngân hàng mô là công cụ hữu ích trong ghép thận người cho sống. Việc sử dụng đoạn mạch bảo quản trong ghép thận là kỹ thuật đơn giản, có thể thực hiện được dễ dàng, độ an toàn cao và hiệu quả trong giải quyết vấn đề TM thận ngắn. Có thể được ứng dụng rộng hơn trong ghép thận người hiến sống với TM thận ngắn. Do hiện tại số lượng nghiên cứu còn chưa nhiều, thời gian theo dõi chưa lâu. Nên cần nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn nữa và thời gian dài hơn nữa để khẳng định hiệu quả của phương pháp này trong ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feng JY, Huang CB, Fan MQ, Wang PX, Xiao Y, Zhang GF (2011)** Renal vein lengthening using gonadal vein reduces surgical difficulty in living-donor kidney transplantation. *World J Surg.* volume 36, Issue 2, pp 468–472.
2. **Miguel Angel JG, Martin Sanchez-Aguilar et al (2015)**. Extension of Right Renal Vein in Renal Transplant from Deceased Donors: Cohort Study. *Experimental and Clinical Transplantation*: 2: 126-129

3. **Nghiem DD (1989)**. Spiral gonadal vein graft extension of right renal vein in living renal transplantation. *J Urol* 142:1525.
4. **F. Alcocer, E. Zazueta, and J. Montes de Oca (2009)**. The Superficial femoral vein: A valuable conduit for a short renal vein in kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 41, 1963–1965
5. **Tony Lu, Stephanie G. Yi, Jean Bismuth (2018)**. Short- and midterm results for internal jugular vein extension for short right renal vein kidney transplant. *Clinical Transplantation*. 2018;32:e13312.
6. **Simforoosh N, Aminsharifi A, Tabibi A et al (2007)** Right laparoscopic donor nephrectomy and the use of inverted kidney transplantation: an alternative technique. *BJU Int* 100:1347–1350
7. **Dư Thị Ngọc Thu (2012)**. Đánh giá kỹ thuật chuyển vị mạch máu trong ghép thận từ người sống vào hố chậu phải, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **P. Troncoso, S. Guzman, J. Dominguez et al (2009)**. Renal vein extension using gonadal vein: a useful strategy for right kidney living donor harvested using laparoscopy. *Transplantation Proceedings*, 41, 82-84.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HYBRID TRONG ĐIỀU TRỊ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD B

Trương Hữu Thành¹, Trần Quyết Tiến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bóc tách động mạch chủ Stanford B (BTĐMCSB) là bệnh lý mạch máu thường gặp, tỉ lệ mắc khoảng 3/100.000 người/năm, với tỉ lệ tử vong trong 5 năm lên tới 30-40% nếu không được điều trị thích hợp. Điều trị bệnh lý BTĐMCSB bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa, trong đó phẫu thuật hybrid với phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai động mạch chủ (ĐMC) kết hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép

nội mạch ĐMC ngày càng được áp dụng rộng rãi trong các trường hợp BTĐMCSB có vùng hạ đặt đầu gần không thích hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật hybrid điều trị bóc tách động mạch chủ Stanford B cấp tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân (BN) được phẫu thuật hybrid điều trị BTĐMCSB tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** 43 BN được chẩn đoán BTĐMCSB cấp tính có chỉ định phẫu thuật hybrid với độ tuổi trung bình là 54,8 ± 12,3 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, nhỏ nhất là 31 tuổi, tỉ lệ nam giới chiếm 67,4%. Có 15 trường hợp phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung trái-dưới đòn trái, 28 trường hợp phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung phải- cảnh chung trái- dưới đòn trái. Thời gian phẫu thuật trung bình là 304,5 ± 76,37 phút, thời gian nằm viện sau phẫu thuật 7,91 ± 2,93 ngày. Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật đạt 97,6%. Sau mổ có 1 trường hợp thiếu máu tủy (2,3%), 1 trường hợp tụ

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy; Đại học Quốc Gia TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hữu Thành

Email: huuthanhpy93@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

máu vết mổ chuyển vị phải phẫu thuật cầm máu (2,3%), 1 trường hợp tổn thương thần kinh quặt ngược trái gây khàn tiếng (2,3%), 1 trường hợp tử vong chu phẫu do xuất huyết não, viêm phổi nặng (2,3%). Thời gian theo dõi trung bình là $10,6 \pm 1,8$ tháng. Tử vong trong thời gian theo dõi là trường hợp (2,4%), rò ống ghép loại IB 1 trường hợp, bóc tách ngược Stanford A là 1 trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật hybrid điều trị các trường hợp BTĐMCSB cấp tính, có vùng hạ đặt đầu gần không phù hợp đạt kết quả tốt, biến chứng và tử vong thấp. Kết quả lâu dài: cần theo dõi và đánh giá tiếp.

Từ khóa: bóc tách động mạch chủ Stanford B, phẫu thuật hybrid

SUMMARY

EARLY RESULTS OF HYBRID SURGICAL TREATMENT OF STANFORD TYPE B AORTIC DISSECTION

Background: Stanford type B aortic dissection (TBAD) is a common vascular disease with an incidence of about 3/100,000 people/year, with a 5-year mortality rate of 30-40% if not treated appropriately. Treatment of TBAD includes medical and surgical treatment, in which hybrid surgery with debranching of aortic arch combined endovascular intervention and placement of a stentgraft is increasingly applied. It is widely used in cases where the proximal lower extremity is not suitable.

Objective: To evaluate the early results of hybrid surgical treatment of Stanford type B aortic dissection.

Material and Methods: A retrospective and case series study of patients who underwent surgery to treat aTBAD at Cho Ray hospital from January 2017 to December 2020. **Results:** 43 patients diagnosed with aTBAD were indicated for hybrid surgery with the average age of 54.8 ± 12.3 , oldest patient is 75 years old, the youngest patient is 31 years old, 67.4% of patients is male. There were 15 cases of surgery for transposition of the LCCA - LSA, 28 cases of surgery for transposition of the RCCA - LCCA - LSA. Average operative time $304,5 \pm 76,37$ minutes, the postoperative hospital stay is 7.91 ± 2.93 days. The technical success was achieved in 97.6%. Paraplegia developed in 1 patient (2,3%), 1 case of transpositional hematoma (2,3%), left recurrent laryngeal nerve injury developed in 1 case (2,3%), Thirty-day mortality was 2.3% (1 of 43) due to cerebral hemorrhage, severe pneumonia. Average follow-up time is 10.6 ± 1.8 months. Follow-up mortality rate 2,4%, endoleak type IB 2,4%, retrograde type A dissection 2,4%. **Conclusions:** Hybrid surgery for treatment of acute TBAD with inappropriate proximal landing zone has good results, complications and mortality rate are low. Long-term results: need further evaluation.

Keywords: Stanford type B aortic dissection, hybrid surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bóc tách ĐMC là sự đứt gãy của lớp áo trong ĐMC làm chảy máu vào bên trong và dọc thành ĐMC kết quả dẫn đến sự phân lớp của ĐMC, hình

thành nên lòng giả và lòng thật. Đây lý bệnh lý mạch máu thường gặp, đe dọa tính mạng, với tỉ lệ tử vong trong 5 năm khoảng 30 – 40%, tỉ lệ mắc bệnh vào khoảng 3/100.000 người mỗi năm.

Điều trị bóc tách ĐMC Stanford B bao gồm: điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa, trong đó điều trị ngoại khoa bao gồm: phẫu thuật, can thiệp nội mạch và phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch (phẫu thuật hybrid).

Trước đây, phẫu thuật là phương pháp điều trị kinh điển bóc tách ĐMC Stanford B với mục đích là thay thế đoạn ĐMC ngực xuống bằng ống ghép nhân tạo. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Trong những năm gần đây, can thiệp nội mạch đã có những bước phát triển đáng kể và dần trở thành phương pháp điều trị ưu thế trong bóc tách ĐMC Stanford B, cho tỉ lệ thành công cao và ít biến chứng so với phẫu thuật. Dù vậy, trong nhiều trường hợp giải phẫu của ĐMC không phù hợp cho với can thiệp nội mạch đơn thuần, mà cần phải chuyển vị các nhánh trên quai ĐMC để có vùng hạ đặt thích hợp cho ống ghép nội mạch, phẫu thuật hybrid là một trong số các phương pháp được lựa chọn.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai động mạch chủ kết hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ điều trị bóc tách động mạch chủ Stanford B cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 43 bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B cấp tính và được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bóc tách ĐMC Stanford B cấp tính có chỉ định can thiệp và được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp chuyển vị các nhánh quai ĐMC.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ và theo dõi sau mổ.

- Chỉ định can thiệp:

+ Bóc tách ĐMCSB cấp tính có biến chứng: vỡ, dọa vỡ, tăng huyết áp không kiểm soát, đau không kiểm soát, có hội chứng tưới máu sai lòng.

+ Bóc tách ĐMCSB cấp tính chưa biến chứng nhưng nguy cơ cao: đường kính ĐMC >40mm, đường kính lòng giả >22mm, kích thước lỗ vào lớn, huyết khối bán phần lòng giả.

Tiêu chuẩn loại trừ. BN có tiền căn phẫu thuật hoặc can thiệp ĐMC trước đây.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô

tả loạt ca. Chúng tôi thu thập các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính trước và sau phẫu thuật hybrid.

- *Đánh giá trước phẫu thuật:* lý do vào viện, bệnh sử, khám lâm sàng, tiền sử và các yếu tố nguy cơ. Hình thái động mạch chủ: sử dụng hình ảnh cắt lớp vi tính mạch máu và phần mềm Osirix 5.8.2.

- *Đánh giá trong phẫu thuật:* Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản hay tê tại chỗ, chuyển vị nhánh nào của quai ĐMC, vị trí, kích thước ống ghép nội mạch, thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, số lượng thuốc cản quang sử dụng, các biến chứng của phẫu thuật và xử trí.

- *Đánh giá sau phẫu thuật đến lúc xuất viện:* thời gian nằm hồi sức, nằm viện sau can thiệp, những biến chứng sau can thiệp. Cận lâm sàng sau phẫu thuật: creatinin, men tim, men gan, công thức máu, ion đồ...

- *Đánh giá theo dõi tại* thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Từ tháng 1/2017 đến 12/2020 nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được có 43 BN ĐMC SB cấp tính được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai động mạch chủ kết hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép nội mạch ĐMC. Trong đó nam giới chiếm 67,4% toàn bộ dân số nghiên cứu, tuổi trung bình là 54,8 ± 12,3 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, nhỏ nhất là 31 tuổi.

Bảng 9: Tiền căn nhóm nghiên cứu (n=43)

Tiền căn	Số trường hợp (n)	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	41	95,3
Hút thuốc lá	28	65,1
Đái tháo đường	5	11,6
Rối loạn mỡ máu	2	4,7
Bệnh thận mạn	1	2,3
Bệnh mạch vành	4	9,3
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1	2,3

Bảng 10: Đặc điểm hình thái động mạch chủ (n=43)

Đặc điểm hình thái	Trung bình(mm)	Lớn nhất(mm)	Nhỏ nhất(mm)
Đường kính ĐMC	39,43 ± 7,4	60	30
Đường kính lòng thật	18,7 ± 3,8	27	12
Đường kính lòng giả	23,03 ± 8,3	47	12
Kích thước lỗ vào	9,72 ± 3,39	19	5
Chiều dài đầu gần đến ĐM dưới đòn trái	8,67 ± 5,07	16	0
Chiều dài đầu gần đến ĐM cảnh chung trái	18,73 ± 5,1	28	5
Chiều dài đầu gần đến ĐM thân tay đầu	29,63 ± 5,5	42	11
Tổng chiều dài che phủ	219,5 ± 32,7	319	150
Đường kính ĐM chậu phải	8,59 ± 1,16	11	7
Đường kính ĐM chậu trái	8,55 ± 1,18	11	7
Đường kính ĐM đùi phải	8 ± 1,02	12	7
Đường kính ĐM đùi trái	8,1 ± 1,01	10	6

Đặc điểm phẫu thuật và kết quả phẫu thuật
Bảng 11: Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Số BN (n=43)	Tỉ lệ (%)
Mê nội khí quản	43	100
Tê tại chỗ	0	0
Chuyển vị ĐM cảnh chung trái - ĐM dưới đòn trái	15	34,9
ĐM cảnh chung phải-cảnh trái-dưới đòn trái	28	65,1
ĐMC lên-cảnh phải-cảnh trái-dưới đòn trái	0	0

Bảng 12: Các thông số phẫu thuật và hậu phẫu

Thông số	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	304,53 ± 76,37	470	120

Lượng máu mất (ml)	61,39 ± 32,99	120	20
Lượng cản quang sử dụng (ml)	58,14 ± 25	120	40
Số ngày nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	7,91 ± 2,93	17	4

Kết quả chu phẫu và kết quả sớm

Bảng 5: Tử vong và các biến chứng chu phẫu

Biến chứng	Số BN (n=43)	Tỉ lệ (%)
Tử vong trong 30 ngày	1	2,3
Suy hô hấp hoặc viêm phổi	3	7
Thiếu máu tủy	1	2,3
Tụ máu vết mổ chuyển vị gây chèn ép	1	2,3
Tổn thương thần kinh quặt ngược	1	2,3
Rò ống ghép loại IB	1	2,3

42/43 trường hợp (97,6%) trong nghiên cứu

thành công về mặt kỹ thuật: bung ống ghép thành công, che được lỗ vào chính và không rò ống ghép loại I, ghi nhận 1 trường hợp rò ống ghép loại IB sau can thiệp dù đã được nong bóng. Có 1 trường hợp tử vong vào ngày 18 sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 2,3% tổng số BN, BN này bị xuất huyết não (xác định trên phim chụp CLVT), suy hô hấp, viêm phổi nặng và phải thở máy.

Bảng 6: Tử vong và các biến chứng sau 30 ngày

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=42)	Tỉ lệ (%)
Tử vong	2	4,8
Đột quỵ	1	2,4
Thiếu máu tủy	1	2,4
Bóc tách ngược dòng Stanford A	1	2,4

Thời gian theo dõi trung bình là $10,6 \pm 1,8$ tháng (lâu nhất là 27 tháng, ngắn nhất là 31 ngày). Ngoại trừ 1 trường hợp tử vong chu phẫu, 42 trường hợp còn lại được tái khám và theo dõi định kì đầy đủ. Hình ảnh sau can thiệp được so sánh với trước mổ nhằm phát hiện những biến chứng liên quan đến kỹ thuật đặt ống ghép và phẫu thuật chuyển vị. Trong quá trình theo dõi, chúng tôi ghi nhận thêm 2 trường hợp tử vong, trong đó 1 ca do xuất huyết não, 1 ca do bóc tách ngược dòng Stanford A biến chứng vỡ và chèn ép tim cấp.

Quá trình tái cấu trúc động mạch chủ. Ngoại trừ 3 BN tử vong, 40 trường hợp còn lại được tiếp tục theo dõi quá trình tái cấu trúc ĐMC. Trong thời gian theo dõi trung bình là 10,6 tháng, có 40 trường hợp đó đều ghi nhận có huyết khối lòng giả, huyết khối bán phần lòng giả chiếm tỉ lệ cao hơn huyết khối toàn phần lòng giả (62,5% so với 37,5%).

Bảng 7: Thay đổi đường kính lòng thật và lòng giả sau phẫu thuật

Thông số	Trung bình (mm)	Lớn nhất (mm)	Nhỏ nhất (mm)
ĐK lòng thật sau can thiệp	$29,85 \pm 3,8$	36	22
ĐK lòng giả sau can thiệp	$12,19 \pm 5,2$	22	2
Thay đổi lòng thật sau can thiệp	$11,07 \pm 4,1$	16	2
Thay đổi lòng giả sau can thiệp	$-10,93 \pm 5,9$	30	2

Bảng 8: So sánh đường kính trước và sau phẫu thuật

ĐK lòng thật (n=40)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Trước can thiệp	18,81	3,65	$p < 0,05$

Sau can thiệp	29,85	3,85	
ĐK lòng giả (n=40)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Trước can thiệp	22,37	7,60	$p < 0,05$
Sau can thiệp	12,19	5,24	$p < 0,05$

Đường kính lòng thật tăng từ $18,81 \pm 3,65$ mm lên $29,85 \pm 3,85$ mm, và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đường kính lòng giả giảm từ $22,37 \pm 7,60$ mm xuống còn $12,19 \pm 5,24$ mm, và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu này bao gồm 43 trường hợp bóc tách ĐMC Stanford B được can thiệp đặt ống ghép nội mạch và chuyển vị nhánh nuôi não, có tuổi trung bình $54,8 \pm 12,3$ tuổi, với tỉ lệ nam giới là 67,4%, cho thấy sự tương đồng của nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu này tuy cỡ mẫu nhỏ, nhưng cũng thể hiện được đặc điểm của dân số BN bóc tách ĐMC Stanford B khi cho kết quả tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới. THA là yếu tố quan trọng nhất trong bóc tách ĐMC, chiếm tỉ lệ 95,3% trong nghiên cứu, tương tự như nghiên cứu ở Châu Âu của Büngrer[3] và Cochennec[7] với tỉ lệ lần lượt là 87% và 94%.

Giải phẫu ĐMC là một yếu tố quyết định để đưa ra chỉ định và phương án điều trị trong bóc tách ĐMC Stanford B nói riêng và bệnh lý ĐMC nói chung. Các đặc điểm cần phân tích như: đường kính của ĐMC, lòng thật, lòng giả, đầu gần, đầu xa, kích thước lỗ vào, ĐM đường vào như ĐM đùi, chậu cũng như hình dạng, mức độ xoắn vặn của ĐM. Tất cả các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có chiều dài đầu gần đến ĐM dưới đòn trái đều dưới 20mm, không đạt chiều dài tối thiểu của vùng hạ đặt, do đó cần phẫu thuật chuyển vị để đảm bảo vùng hạ đặt và tưới máu não và chi trên sau can thiệp.

Trong nghiên cứu ghi nhận tất cả các BN được gây mê nội khí quản để thực hiện phẫu thuật can thiệp tương tự với nghiên cứu của Cochennec. Mê nội khí quản giúp giảm đau tốt, đảm bảo phẫu thuật diễn ra thuận lợi, dễ dàng kiểm soát HA khi bung ống ghép nội mạch cũng như đảm bảo HA trung bình >90 mmHg để tránh biến chứng thiếu máu nuôi tủy sống, tránh tổn thương đường vào khi can thiệp. Có 28/43 trường hợp (65,1%) có vùng hạ đặt thuộc vùng 1, đòi hỏi chuyển vị cả động mạch dưới đòn trái và cảnh chung trái và phẫu thuật trở nên phức tạp và kéo dài hơn so với 15/43 trường hợp còn lại, khi vùng hạ đặt thuộc vùng 2 và không có

trường hợp nào phải chuyển vị toàn bộ các nhánh trên quai ĐMC.

Kết quả chu phẫu và kết quả sớm. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật trong nghiên cứu là 97,6%. Có 2 trường hợp gặp biến chứng khác liên quan đến phẫu thuật chuyển vị các nhánh trên quai ĐMC là 1 trường hợp tổn thương thần kinh quặt ngược và 1 trường hợp chảy máu vết mổ chuyển vị, gây tụ máu, chèn ép và cần mổ lại. Tỷ lệ thành công của Bühner[3] là 86,7%. Theo dõi các bệnh nhân trong thời gian chu phẫu, chúng tôi phát hiện 1 trường hợp rò ống ghép loại II (2,3%). Trường hợp rò loại II này được xác định từ ĐM gian sườn. Trong kỹ thuật đặt ống ghép nội mạch, rò ống ghép loại II không cần thiết phải can thiệp ngay, chỉ cần theo dõi. Trong quá trình theo dõi, chỉ định can thiệp lại chỉ đặt ra khi kích thước ĐMC tăng trên 5mm trong vòng 6 tháng hay 10mm khi theo dõi tại bất kỳ thời điểm nào.

Tỷ lệ tử vong chu phẫu thấp là 1 lợi thế của can thiệp nội mạch so với phẫu thuật trong điều trị bóc tách ĐMC Stanford B. Theo nghiên cứu của Cambria và cộng sự được công bố vào năm 2015 ghi nhận tỷ lệ tử vong chu phẫu là 8%[4]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tử vong trong thời gian sau mổ 30 ngày, đây là kết quả khả quan, cũng có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ chưa thể hiện được hết các nguy cơ tử vong chu phẫu của dân số bóc tách ĐMC.

Trong 30 ngày sau can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nhồi máu cơ tim. Các nghiên cứu tương tự cũng cho tỷ lệ thấp với nhồi máu cơ tim sau điều trị can thiệp nội mạch. Theo nghiên cứu VIRTUE[5] tỷ lệ này chỉ khoảng 2%. Trong can thiệp nội mạch, chúng tôi không cần kẹp ĐMC như trong mổ mở, vì vậy làm giảm được rối loạn huyết động cũng như sự tăng gánh cơ tim.

Trong nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp suy hô hấp do viêm phổi bệnh viện vào ngày hậu phẫu thứ 2,3,9. Trường hợp nặng nhất suy hô hấp viêm phổi thở máy khi xuất huyết não và được chuyển đến khoa hồi sức tích cực, nhưng không cải thiện, bệnh nhân tử vong tại nhà khi xuất viện vào ngày 18 sau phẫu thuật.

Ngoài ra, 1 biến chứng quan trọng được lưu ý khác đó là biến chứng thần kinh biểu hiện bằng triệu chứng đột quỵ hoặc yếu liệt 2 chi dưới do thiếu máu tủy. Cơ chế được cho rằng bởi 2 yếu tố: thứ nhất, tắc động mạch liên sườn quan trọng của phương pháp can thiệp nội mạch thường được cho là liên quan đến gia tăng nguy cơ biến chứng liệt 2 chi dưới; thứ 2 nguy cơ đột

quỵ tăng thường do tổn thương, bong mảng xơ vữa trong lúc can thiệp hoặc đặt ống ghép nội mạch che phủ các nhánh nuôi não, đặc biệt là trong phẫu thuật kèm chuyển vị các nhánh nuôi não, khi việc kẹp các nhánh nuôi não có thể gây thiếu máu não, hoặc bong tróc mảng xơ vữa gây nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp liệt 2 chi dưới trong ngày đầu sau can thiệp và tỷ lệ là 2,3%, có 1 trường hợp xảy ra đột quỵ chiếm tỷ lệ 2,3%. Biến chứng này được ghi nhận trong các nghiên cứu khác trong và ngoài nước với tỷ lệ thấp. Theo tác giả Hanna yếu liệt 2 chi dưới là chiếm 2%, theo nghiên cứu VIRTUE đột quỵ 1%, còn theo tác giả Trần Quyết Tiến tỷ lệ đột quỵ là 5% nhưng đây chỉ là thoáng qua và dần phục hồi sau đó[1], [5]. Nhìn chung các nghiên cứu lớn trên thế giới đều cho tỷ lệ biến chứng đột quỵ và yếu/liệt 2 chi dưới là khá thấp so với phẫu thuật kinh điển. Trong mổ mở, kẹp ĐMC trong thời gian lâu sẽ gây giảm tưới máu tủy sống nặng nề. Hơn nữa, việc kẹp HA trong mổ dễ xảy ra hơn do tình trạng mất máu.

Tỷ lệ thành công chu phẫu đặt ống ghép nội mạch của nghiên cứu chúng tôi là 97,6%. Điều này cho thấy kết quả bước đầu của điều trị can thiệp đặt ống ghép nội mạch rất khả quan với lợi thế là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ tử vong chu phẫu và các biến chứng thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả trường hợp được theo dõi đầy đủ với thời gian theo dõi trung bình là $10,6 \pm 1,8$ tháng. Trường hợp được theo dõi dài nhất là 27 tháng, ngắn nhất là 31 ngày. Trong quá trình theo dõi, ghi nhận 2 trường hợp tử vong chiếm 4,8%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ tương tự và tỷ lệ tử vong tăng dần trong quá trình theo dõi với nguyên nhân chủ yếu là do biến chứng tim mạch, thần kinh và biến chứng liên quan đến ĐMC.

Sau 30 ngày, chúng tôi không ghi nhận thêm trường hợp yếu/liệt 2 chi dưới do thiếu máu tủy nhưng ghi nhận 1 trường hợp (2,4%) đột quỵ ở tháng thứ 7. Trường hợp này được chẩn đoán xuất huyết não và tử vong tại bệnh viện Chợ Rẫy và trường hợp còn lại được chẩn đoán bóc tách ĐMC ngược dòng Stanford A gây chèn ép tim cấp. Mặc dù, đột quỵ ít được chú ý hơn so với thiếu máu nuôi tủy sống, nhưng nó không phải là hiếm và xảy ra cả mổ mở, lẫn can thiệp nội mạch. So với nghiên cứu của Bühner là 9,3% và Cochenec là 8,3% có vẻ cao hơn so với những nghiên cứu trên bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B được điều trị can thiệp nội mạch đơn thuần, không cần phải thực hiện phẫu thuật

chuyển vị các nhánh quai ĐMC. Và điều này cũng dễ hiểu khi việc phẫu thuật chuyển vị cách nhánh quai ĐMC và can thiệp nội mạch ĐMC trên bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B là phức tạp và nguy cơ cao hơn là những trường hợp không cần thực hiện chuyển vị các nhánh quai ĐMC khi vùng hạ đặt thuận lợi.

Bên cạnh những biến cố tim mạch và thần kinh, chức năng thận cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy trong những lần tái khám, việc theo dõi chức năng thận là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 1 trường hợp suy thận không hồi phục do hội chứng tưới máu lòng giả sau khi can thiệp nội mạch, nhưng trường hợp này độ lọc cầu thận chưa giảm đến mức phải điều trị thay thế thận. Theo tác giả Büngrer tỉ lệ này là 11,6% và Cochenec là 8,3%.

Trong thời gian theo dõi, chưa ghi nhận trường hợp nào phải can thiệp lại, so với nghiên cứu của Büngrer là 18%, có thể là do thời gian theo dõi của chúng tôi chưa đủ dài để có thể ghi nhận được những trường hợp cần can thiệp lại như dò ống ghép, di lệch ống ghép, phình dẫn động mạch chủ xuất hiện muộn, chưa ghi nhận trường hợp tắc ống ghép hay cầu nối chuyển vị nào trong nghiên cứu của chúng tôi và Büngrer, Cochenec sau thời gian phẫu thuật 30 ngày.

Quá trình tái cấu trúc động mạch chủ.

Mục tiêu chính của điều trị can thiệp đặt ống ghép nội mạch trong bệnh lý bóc tách ĐMC Stanford B là ổn định ĐMC bóc tách, bảo vệ ngăn ngừa những biến chứng muộn nhờ quá trình tái cấu trúc ĐMC. Quá trình tái cấu trúc ĐMC được xem là quan trọng trong tiên lượng lâu dài của bệnh lý bóc tách ĐMC sau can thiệp nội mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 39 trường hợp (90%) có huyết khối lòng giả sau can thiệp nội mạch bao gồm: 24 trường hợp (62,5%) có huyết khối bán phần lòng giả và 15 trường hợp (37,5%) có huyết khối toàn phần lòng giả. Theo tác giả Bavaria ghi nhận huyết khối toàn phần lòng giả lên đến 60,6% còn huyết khối bán phần ghi nhận khoảng 36,4% sau 6 tháng theo dõi, và tỉ lệ huyết khối toàn phần tăng lên 72,7% sau 12 tháng[2]. Còn theo Nienaber, sau 2 năm tỉ lệ huyết khối toàn phần lên đến 91,3% và huyết khối bán phần là 8,7%[6]. Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ huyết khối toàn phần thấp hơn các nghiên cứu khác vì thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn nhiều so các nghiên cứu khác.

Sự thay đổi đường kính lòng thật và lòng giả cũng là 1 yếu tố cần được theo dõi trong quá trình tái cấu trúc ĐMC. Theo dõi trung bình 10,6 tháng sau can thiệp ngoại trừ 3 trường hợp biến chứng nghiêm trọng, 40 trường hợp còn lại trong nghiên cứu của chúng tôi đều ghi nhận tăng kích thước lòng thật và giảm kích thước lòng giả. Đường kính lớn nhất trung bình của lòng thật tăng từ 18,81mm (n=40) lên 29,85mm, đường kính lớn nhất trung bình của lòng giả giảm từ 22,37mm (n=40) xuống 12,19mm và cả 2 sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Kết quả này khá tương đồng với báo cáo của tác giả Nienaber năm 2010 tại Đức điều trị can thiệp nội mạch cho 70 trường hợp bóc tách ĐMC Stanford B, đường kính lòng thật tăng từ 21,9mm lên 30,6mm và đường kính lòng giả giảm từ 29,4mm xuống 14,0mm ($p<0,001$). Tại Hoa Kỳ nghiên cứu của tác giả Conrad cũng ghi nhận điều tương tự khi theo dõi trong 12 tháng, đường kính lòng thật tăng từ 19mm lên 33mm và đường kính lòng giả giảm từ 22mm xuống 5mm ($p<0,001$).

So với các nghiên cứu trên thế giới, cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ cũng như thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi không dài. Trong thời gian sắp tới khi số lượng bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B được điều trị can thiệp nội mạch nhiều hơn, chỉ định điều trị được mở rộng hơn, thời gian theo dõi lâu hơn, việc theo dõi sát sao hơn, có thể sẽ phát hiện nhiều hơn các biến chứng liên quan kỹ thuật và ống ghép nội mạch. Do đó việc can thiệp lại để điều trị các biến chứng trong tương lai sẽ xảy ra nhiều và cũng là thách thức thật sự với các phẫu thuật viên mạch máu trong thời gian sắp tới.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B cấp trong nghiên cứu là 54,8 tuổi và nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất, chiếm 34,9%, trong đó nam giới thường mắc bệnh hơn nữ giới với tỉ lệ nam/nữ khoảng 2/1.

Bệnh nhân thường có các yếu tố nguy cơ tim mạch nói chung và bóc tách động mạch chủ Stanford B nói riêng, trong đó tăng huyết áp gặp nhiều nhất với tỉ lệ 95,3% các trường hợp.

Hầu hết các bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau ngực, lưng là chủ yếu, chiếm đến 72% số bệnh nhân.

Số bệnh nhân bóc tách động mạch chủ nguy cơ cao trên CLVT chiếm tỉ lệ cao, lên đến 74,4% tổng số bệnh nhân.

Toàn bộ các bệnh nhân phải gây mê nội khí quản trong phẫu thuật và phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung phải – cảnh chung trái – dưới đòn trái chiếm đa số, tỉ lệ là 65,1%.

Kết quả sau phẫu thuật chuyển kết hợp can thiệp nội mạch. Về mặt kĩ thuật, tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi rất tốt với tỉ lệ là 97,6%, đồng thời kết quả chu phẫu cũng đạt thành công là 95,3%, thời gian nằm viện ngắn sau can thiệp, trung bình là 7,91 ngày.

Qua thời gian theo dõi, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được kết quả sớm cho thấy phương pháp phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai ĐMC kết hợp can thiệp nội mạch cho tỉ lệ thành công cao, đạt 90,7%, tỉ lệ tử vong thấp, khoảng 7%, các biến chứng ít xảy ra, như tỉ lệ đột quỵ là 4,7%, bóc tách ngược Stanford A là 2,3%. Tỉ lệ tái cấu trúc ĐMC cao với tỉ lệ huyết khối lòng giả đạt 90% số các bệnh nhân, trong đó huyết khối hoàn toàn lòng giả chiếm khoảng 1/3 các trường hợp, đường kính lòng thật được mở rộng, lòng giả bị thu hẹp. Các nhánh động mạch chủ chuyển vị thông nối đạt tỉ lệ 100%, đảm bảo tưới máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quyết Tiến (2015)**, Nghiên cứu xây dựng qui trình kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ ngực, Chương trình khoa học

công nghệ trọng điểm cấp nhà nước, bệnh viện Chợ Rẫy.

2. **Bavaria J. E., Brinkman W. T., Hughes G. C., Khoynzhad A., Szeto W. Y., Azizzadeh A., et al. (2015)**, "Outcomes of Thoracic Endovascular Aortic Repair in Acute Type B Aortic Dissection: Results From the Valiant United States Investigational Device Exemption Study", *Ann Thorac Surg*, 100 (3), 802-808; discussion 808-809.
3. **Bünger C. M., Kische S., Liebold A., Leibner M., Glass A., Schareck W., et al. (2013)**, "Hybrid aortic arch repair for complicated type B aortic dissection", *J Vasc Surg*, 58 (6), 1490-1496.
4. **Cambria R. P., Conrad M. F., Matsumoto A. H., Fillinger M., Pochettino A., Carvalho S., et al. (2015)**, "Multicenter clinical trial of the conformable stent graft for the treatment of acute, complicated type B dissection", *J Vasc Surg*, 62 (2), 271-278.
5. **Investigators The VIRTUE Registry (2011)**, "The VIRTUE Registry of type B thoracic dissections--study design and early results", *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 41 (2), 159-166.
6. **Nienaber C. A., Kische S., Rousseau H., Eggebrecht H., Rehders T. C., Kundt G., et al. (2013)**, "Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial", *Circ Cardiovasc Interv*, 6 (4), 407-416.
7. **Cochennec Frédéric, Tresson Philippe, Cross Jane, Desgranges Pascal, Allaire Eric & Becquemin Jean-Pierre (2013)**, "Hybrid repair of aortic arch dissections", *Journal of Vascular Surgery*, 57 (6), 1560-1567.

NGUYÊN NHÂN CHƯA KIỂM SOÁT ĐƯỢC ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021

Phan Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Thị Tuyền²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên hai nhóm: 181 người bệnh đái tháo đường type 2 ở nhóm kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu và 219 người bệnh ở nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị ngoại trú và theo dõi tại khoa khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai năm 2021 nhằm **mục tiêu**: Phân tích nguyên nhân chưa kiểm soát được đường huyết ở người bệnh đái tháo đường. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu so sánh ngang, (Comparative cross sectional study). **Kết quả**:

Kiến thức về bệnh ĐTĐ của người bệnh liên quan trực tiếp tới kiểm soát đường huyết tốt với OR = 79 ; p < 0,001. -Tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành tốt về chế độ sinh hoạt cho người bệnh và kiến thức tự theo dõi tại nhà ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết không tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. -Có sự khác biệt về kiến thức điều trị giữa nhóm kiểm soát đường huyết tốt so với nhóm kiểm soát đường huyết không tốt (89,5% và 5,0%; p < 0,01). -Có mối liên quan chặt chẽ giữa các yếu tố: tuân thủ tốt chế độ thuốc, chế độ theo dõi và tái khám định kỳ, chế độ ăn uống với kiểm soát đường huyết. -Người bệnh hài lòng với thông tin nhận được từ nhân viên y tế ở nhóm kiểm soát đường huyết tốt cao hơn so với nhóm kiểm soát đường huyết chưa tốt (p < 0,001). **Kết luận**: đã xác định được nguyên nhân dẫn đến tình trạng kiểm soát đường huyết gồm kiến thức về bệnh và về tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, tuân thủ điều trị

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Ngọc Anh

Email: ngocanhbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022