nhóm TOETVA và mổ mở. Nguyên nhân có thể là do nhóm TOETVA đã được sử dụng kháng sinh dự phòng và được sát khuẩn khoang miệng sạch sẽ trước, trong và sau mổ. Russell và cộng sự đã tiến hành TOETVA trên 200 bệnh nhân ở Mỹ (2020), kết quả là 2,5% bệnh nhân có tình trạng tê bì ở cằm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng [4]. Phân tích gộp trên 1151 bệnh nhân của Wang và cộng sự cũng cho kết quả tương tự: tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thần kinh cằm vĩnh viễn dưới 1% [9]. Như vậy, TOETVA là phương pháp mới tương đối an toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu trung bình là 4,2 ± 1,3 ngày với trường hợp ra viện sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 9 ngày (bệnh nhân bị tụ dịch). Mức độ đau sau mổ được đánh giá theo thang điểm VAS vào ngày thứ 1, 2, 3 sau mổ. Kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân đau mức độ vừa phải trong ngày đầu tiên và gần như bình thường hoặc đau nhẹ từ ngày thứ 2 sau mổ. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tất cả 32 bệnh nhân của chúng tôi đều hài lòng về kết quả thẩm mĩ sau phẫu thuật. Đây là một ưu điểm vượt trội của phương pháp TOETVA.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng điều trị ung thư tuyến giáp trên đối tượng nam giới là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mĩ tối ưu. Tuy nhiên cần có thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá về kết quả ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3), 209–249.
2. **Gajowiec A., Chromik A., Furga K., et al.** (2021). Is Male Sex A Prognostic Factor in Papillary Thyroid Cancer?. J Clin Med, 10(11), 2438.
3. **Kim M.J., Lee S.G., Kim K., et al.** (2019). Current trends in the features of male thyroid cancer: Retrospective evaluation of their prognostic value. Medicine (Baltimore), 98(19), e15559.
4. **Russell J.O., Sahli Z.T., Shaear M., et al.** (2020). Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach—a 2020 update. Gland Surg, 9(2), 409–416.
5. **Anuwong A.** (2016). Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. World J Surg, 40(3), 491–497.
6. **Le Q.V., Ngo D.Q., Tran T.D., et al.** (2020). Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: An Initial Experience in Vietnam. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 30(3), 209–213.
7. **Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al.** (2018). Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. JAMA Surg, 153(1), 21–27.
8. **Nguyen H.X., Nguyen H.X., Nguyen T.T.P., et al.** (2022). Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach in Viet Nam: surgical outcomes and long-term follow-up. Surg Endosc, 36(6), 4248–4254.
9. **Wang Y., Zhou S., Liu X., et al.** (2021). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. Head Neck, 43(1), 345–353.
10. **Wang T., Wu Y., Xie Q., et al.** (2020). Safety of central compartment neck dissection for transoral endoscopic thyroid surgery in papillary thyroid carcinoma. Jpn J Clin Oncol, 50(4), 387–391.

VỊ TRÍ LỖ VÀO VÀ PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ LOẠI A CẤP TÍNH: KINH NGHIỆM TỪ MỘT TRUNG TÂM

Hoàng Thế Anh[1], Vũ Đức Thắng[1], Phùng Duy Hồng Sơn[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vị trí lỗ vào không chỉ ảnh hưởng tới tiên lượng mà còn liên quan tới chiến thuật điều trị lóc động mạch chủ. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa vị trí lỗ vào và kết quả phẫu thuật lóc động mạch chủ loại A cấp tính vẫn chưa được làm rõ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành hồi cứu tất cả các bệnh nhân lóc động mạch chủ loại A cấp tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2021-2022. **Kết quả:** Trong 89 bệnh nhân, nhóm có lỗ vào tại động mạch chủ lên có tỷ lệ cao nhất, với 43,8%; hai nhóm còn lại có tỷ lệ khá tương đương. Nhóm không xác định lỗ vào có tỷ lệ huyết khối lòng giả cao nhất. Vị trí lỗ vào quyết định tới phạm vi can thiệp phẫu thuật, trong đó đa số bệnh nhân có lỗ vào tại quai được phẫu thuật thay bán quai hoặc toàn bộ quai động mạch chủ. Sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong sớm và tỷ lệ phẫu thuật lại sớm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 11,2% và 5,6%; trong đó nguyên nhân tử vong sớm hay gặp nhất là

[1]*Bệnh viện Quân y 103*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Anh
Email: hoangtheanhngoaitimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024
Ngày duyệt bài: 21.5.2024

suy đa tạng, nguyên nhân phẫu thuật lại phổ biến nhất là chảy máu. Sau mổ, tỷ lệ tử vong sớm có xu hướng cao hơn ở nhóm có lỗ vào tại quai (p=0,08), trong khi nhóm có lỗ vào tại động mạch chủ lên có xu hướng gặp biến chứng chảy máu cao hơn (p=0,07). **Kết luận:** Lóc động mạch chủ loại A cấp tính là một bệnh lý đe doạ tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. Vị trí lỗ vào có giá trị trong lập kế hoạch điều trị ngoại khoa và tiên lượng kết quả bước đầu của phẫu thuật cũng như tiến triển lâu dài của bệnh lý này sau phẫu thuật

Từ khoá: Lóc động mạch chủ, lỗ vào, ngoại khoa

SUMMARY

THE PRIMARY ENTRY TEAR AND ACUTE TYPE A AORTIC DISSECTION: EXPERIENCES FROM A CENTER

Background: The location of entry tear not only affects prognosis but also the treatment strategy of aortic dissection. However, the relationship between the entry tear and surgical outcomes for acute type A aortic dissection remains unclear. **Methods and results:** We retrospectively reviewed all patients with acute type A aortic dissection who underwent surgery on at Viet Duc University Hospital in the period of 2021-2022. Of 89 patients, the entry tear at the ascending aorta had the highest rate, accounting for 43.8% and the proportions of the other two groups were quite equal. The group without the entry tear at the ascending aorta or aortic arch presented false lumen thrombosis most frequently. The position of entry tear influenced the extent of surgery, in which the majority of patients with entry tear at the aortic arch had the hemiarch or total arch replacement. Postoperatively, the early mortality rate and early reoperation rate were 11.2% and 5.6%, respectively. The most common cause of early death was multiorgan failure and that of reoperation was bleeding. After surgery, the early mortality rate tended to be higher in the group with lesions at the aortic arch (p=0.08), while those with entry tear at the ascending aorta showed more bleeding complications (p=0.07). **Conclusion:** Acute type A aortic dissection is a lethal condition with a high mortality rate. The location of entry tear plays an important role in planning surgical treatment and predicting the initial outcomes of surgery as well as the long-term progression of this disease after surgery.

Keywords: Aortic dissection, entry tear, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ Stanford loại A (AAD) là bệnh lý đe doạ tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. AAD diễn biến trong hai tuần đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng được định nghĩa là cấp tính. Tỷ lệ tử vong của AAD cấp tính trong 24 giờ đầu lên tới 50% và 50% số người bệnh tử vong trước khi nhập viện [1]. Cho đến nay, phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp vẫn là phương pháp điều trị cơ bản nhằm cứu sống tính mạng người bệnh AAD cấp tính. Nghiên cứu trước đây cho thấy vị trí và kích thước lỗ vào là yếu tố xác định nhóm bệnh nhân lóc động mạch chủ có nguy cơ cao [2]. Đối với AAD cấp, vị trí lỗ vào là yếu tố tiên lượng diễn biến bệnh lý, đặc biệt là biến chứng giảm tưới máu tạng [3]. Do đó, vị trí lỗ vào có ảnh hưởng quan trọng tới chiến thuật điều trị AAD và một trong những mục tiêu quan trọng hàng đầu trong phẫu thuật AAD cấp là loại bỏ lỗ vào [3]. Tuy vậy, mối quan hệ giữa vị trí lỗ vào và kết quả phẫu thuật AAD cấp tính vẫn chưa được làm rõ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm phân bố vị trí lỗ vào trên bệnh nhân AAD cấp và ảnh hưởng của vị trí lỗ vào tới đặc điểm và kết quả phẫu thuật AAD cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân AAD cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán AAD cấp tính nhập viện và phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 tới tháng 12/2022.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, điều trị sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

- Các bệnh nhân AAD cấp tính không phẫu thuật hoặc tử vong trước phẫu thuật.
- Các bệnh nhân AAD cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện khác sau đó chuyển đến bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

2.1.3. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu thu thập số liệu về các bệnh nhân AAD cấp tính được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 tới tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, không đối chứng, có so sánh giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu: Thuận tiện, tất cả các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tổng số 89 bệnh nhân.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20.0. Phân tích đặc điểm phân bố bệnh nhân AAD cấp theo vị trí lỗ vào và kết cục lâm sàng cho từng nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 89 bệnh nhân, nhóm có lỗ vào tại động mạch chủ (ĐMC) lên có tỷ lệ cao nhất, với 43,8%. Nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC và nhóm không xác định lỗ vào (không có lỗ vào tại ĐMC lên hoặc quai ĐMC) có tỷ lệ tương đương nhau, tương ứng là 29,2% và 26,9%, qua phân tích số liệu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, tổn thương bệnh lý theo nhóm vị trí lỗ vào

	Không (n=24)	ĐMC lên (n=39)	Quai ĐMC (n=26)	P
Tuổi	60,7 ± 11,3	61,1 ± 9,7	58,3 ± 6,9	0,487
Giới (n%)				0,740
Nam	15 (62,5%)	27 (69,2%)	19 (73,1%)	
Nữ	9 (37,5%)	12 (30,8%)	7 (26,9%)	
Tiền sử (n%)				
THA*	19 (79,2%)	26 (66,7%)	19 (73,1%)	0,573
Bệnh lý ĐMC	1 (4,2%)	5 (12,8%)	1 (3,8%)	0,402
ĐTĐ**	1 (4,2%)	5 (12,8%)	0 (0,0%)	0,115
Đau ngực (n%)	22 (91,7%)	36 (92,3%)	24 (92,3%)	1,000
Thiếu máu tạng n (%)	13 (27,1%)	3 (18,9%)	4 (20,0%)	0,827
Dịch màng tim n (%)	12 (50,0%)	17 (43,6%)	17 (65,4%)	0,222
Dịch màng phổi n (%)	12 (50,0%)	21 (53,8%)	12 (46,2%)	0,830
Chèn ép tim cấp n (%)	3 (12,5%)	4 (10,3%)	5 (19,2%)	0,582
Huyết khối lòng giả (n%)	19 (79,2%)	20 (51,3%)	20 (76,9%)	0,033
Đường kính ĐMC lên (cm)	4,3 ± 0,9	4,7 ± 0,7	4,5 ± 0,8	0,178
Đường kính quai (cm)	3,4 ± 0,5	3,5 ± 0,9	3,7 ± 0,7	0,166
Vận mạch (n%)	3 (12,5%)	4 (10,3%)	3 (11,5%)	1,000

**Tăng huyết áp, **Đái tháo đường*

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi, giới, tiền sử bệnh lý ĐMC và biểu hiện lâm sàng, kích thước ĐMC giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiện, nhóm không xác định lỗ vào có tỷ lệ huyết khối lòng giả cao hơn đáng kể.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

	Không (n=24)	ĐMC lên (n=39)	Quai (n=26)	P
Ông động mạch n (%)				0,512
Nách	13 (54,2%)	27 (69,2%)	20 (76,9%)	
Đùi	6 (25,0%)	8 (20,5%)	4 (15,4%)	
Phạm vi phẫu thuật (n%)				0,002
ĐMC lên	12 (50,0%)	21 (53,8%)	5 (19,2%)	
ĐMC lên + gốc	0 (0,0%)	4 (10,3%)	0 (0,0%)	
ĐMC lên + quai	12 (50,0%)	14 (35,9%)	21 (80,8%)	
THNCT*** (phút)	121,8 ± 27,7	145,5 ± 47,8	146,2 ± 45,3	0,118
Kẹp ĐMC (phút)	80,8 ± 12,5	107,3 ± 33,0	107,7 ± 28,6	0,001
Ngừng tuần hoàn (n%)	12 (50,0%)	18 (46,2%)	25 (96,2%)	0,0001
Tưới máu não chọn lọc (phút)	27,8 ± 6,9	34,2 ± 8,7	38,6 ± 11,6	0,011
Hạ thân nhiệt vừa-sâu (n%)	12 (50,0%)	22 (56,4%)	25 (96,2%)	0,0001

****Tuần hoàn ngoài cơ thể*

Trong nghiên cứu, đại đa số THNCT được thiết lập qua ống động mạch (ĐM) nách, không có sự khác biệt về lựa chọn vị trí đặt ống ĐM giữa các nhóm. Phạm vi can thiệp phẫu thuật có sự khác biệt đáng kể giữa 3 nhóm (p=0,002), trong đó nhóm không có lỗ vào tại ĐMC lên hoặc quai ĐMC và nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC không có bệnh nhân nào phẫu thuật vào gốc ĐMC. Đa số bệnh nhân nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC (80,8%) được phẫu thuật vào quai ĐMC. Nhóm có lỗ vào tại ĐMC lên có phạm vi phẫu thuật đa đạng, trong đó hơn 50% bệnh nhân được phẫu thuật thay đoạn ĐMC lên đơn thuần. Nhóm không xác định lỗ vào có tỷ lệ phẫu thuật thay ĐMC lên đơn thuần và phẫu thuật quai ĐMC tương đương nhau. Thời gian THNCT trung bình của các nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa. Hạ thân nhiệt và ngừng tuần hoàn kèm theo tưới máu não chọn lọc là hai kỹ thuật bảo vệ não và tạng thường được áp dụng nhất trong phẫu thuật AAD cấp tính. Nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC có tỷ lệ áp dụng ngừng tuần hoàn, tưới máu não chọn lọc và hạ thân nhiệt mức độ vừa-sâu cao hơn đáng kể hai nhóm còn lại, đạt hơn 95%. Thời gian cặp ĐMC và tưới máu não chọn lọc trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh nhân, với p=0,0001. Qua phân tích post hoc, nhóm không có lỗ vào tại ĐMC lên hoặc quai ĐMC có thời gian tưới máu não chọn lọc và thời gian cặp ĐMC thấp hơn đáng kể so với hai nhóm còn lại.

Bảng 3: Liên quan giữa vị trí lỗ vào và kết quả sớm sau phẫu thuật

Kết quả	Không (n=24)	ĐMC lên (n=39)	Quai (n=26)	P
Tử vong (n%)	0 (0,0%)	5 (12,8%)	5 (19,2%)	0,080
Siêu lọc (n%)	2 (16,7%)	10 (25,6%)	3 (11,5%)	0,181
Mổ lại sớm (n%)	0 (0,0%)	3 (7,7%)	2 (7,7%)	0,511
Chảy máu (n%)	0 (0,0%)	7 (17,9%)	4 (15,4%)	0,070
Biến chứng thần kinh (n%)	0 (0,0%)	2 (5,1%)	2 (7,7%)	0,571
Vận mạch (ngày)	5,5 ± 3,4	7,6 ± 7,3	6,3 ± 5,4	0,665
Nằm viện (ngày)	23,5 ± 6,9	24,4 ± 14,5	21,2 ± 11,5	0,570
Hồi sức (ngày)	18,2 ± 8,5	18,6 ± 15,0	16,2 ± 10,7	0,615

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả sớm sau phẫu thuật giữa các nhóm bệnh nhân theo vị trí lỗ vào. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong sớm có xu hướng cao hơn ở nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC (p=0,08), trong khi nhóm có lỗ vào tại ĐMC lên có xu hướng gặp biến chứng chảy máu sau mổ cao hơn (p=0,07).

IV. BÀN LUẬN

Vị trí lỗ vào là một trong yếu tố quan trọng cần xét đến trong phẫu thuật bệnh lý này, bởi mục tiêu cơ bản trong điều trị lóc ĐMC cấp tính nói chung và AAD cấp nói riêng là loại bỏ lỗ vào khỏi vòng tuần hoàn [3], mặt khác, vị trí lỗ vào cũng là chỉ điểm trong tiên lượng bệnh. Bên cạnh đó, điều trị AAD cũng có nhiều tiến bộ mới đặc biệt trong can thiệp nội mạch và phẫu thuật Hybrid, tuy nhiên, hệ thống phân loại của Stanford và Debakey đều không xét đến vị trí lỗ vào, ngoài ra cũng không bao trùm hết các thể bệnh của lóc ĐMC, nhất là khi có lóc ở quai ĐMC mà không có tổn thương đoạn ĐMC lên [4]. Do đó, gần đây, một hệ thống phân loại lóc ĐMC mới được phát triển nhằm bổ sung cho các hệ thống phân loại trước đó. Trong phân loại này, bên cạnh vị trí đoạn ĐMC liên quan, vị trí lỗ vào và tình trạng giảm tưới máu tạng là các thành tố để phân loại lóc ĐMC, theo đó vị trí lỗ vào được chia thành lỗ vào tại gốc hoặc ĐMC lên (E1), lỗ vào tại quai ĐMC (E2), lỗ vào tại ĐMC xuống (E3 – hay lóc ngược dòng) và không quan sát thấy lỗ vào (E0) [4]. Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính, vị trí lỗ vào của lóc ĐMC có thể xác định được ngay từ trước mổ, tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng có thể phát hiện vị trí lỗ vào trên chẩn đoán hình ảnh. Trong hầu hết các trường hợp AAD, phẫu thuật viên có thể xác định rõ ràng, chắc chắn vị trí lỗ vào trong quá trình mổ. Tỷ lệ phân bố theo vị trí lỗ vào khác nhau khá đáng kể giữa các báo cáo trước đây. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ vào tại ĐMC lên gặp ở 43,8% số bệnh nhân, trong khi nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC và nhóm không xác định lỗ vào có tỷ lệ khá tương đương (29,2% và 26,9%). Một số nghiên cứu công bố rằng, trong AAD, lỗ vào tại ĐMC lên là phổ biến nhất, chiếm khoảng 70 - 80%, mặc dù không quá phổ biến, nhưng lỗ vào tại quai ĐMC được báo cáo với tỷ lệ trong khoảng 9 – 31%, lỗ vào tại ĐMC xuống hoặc không xác định chiếm khoảng 12 – 16% [5]. Trong một nghiên cứu khác của Wei-Guo Ma và cs trên 832 bệnh nhân AAD cấp tính, tỷ lệ bệnh nhân AAD cấp tính có lỗ vào tại ĐMC lên là 40,3%, lỗ vào tại quai ĐMC chỉ gặp ở 12,5% số bệnh nhân, có đến 33,9% số bệnh nhân có lỗ vào tại ĐMC xuống hoặc không xác định [6]. Sở dĩ có sự sai khác này bởi trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp tử vong trước phẫu thuật hoặc được phẫu thuật tại các trung tâm khác trước đó không được đưa vào nhóm đối tượng nghiên cứu.

Về cơ bản, nghiên cứu không nhận thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm bệnh nhân về đặc điểm tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, nhu cầu sử dụng thuốc vận mạch và các tổn thương giải phẫu bệnh. Nghiên cứu cho thấy nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC thường lớn tuổi hơn và có tiền sử tăng huyết áp phổ biến hơn [6]. Wei-Guo Ma và cs cũng không ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân khác nhau vị trí lỗ vào về đặc điểm giới và tình trạng giảm tưới máu tạng trước phẫu thuật, bên cạnh đó, các tác giả nhận thấy rằng tuổi và bệnh lý tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ của tổn thương lóc ĐMC với lỗ vào tại quai ĐMC [6]. Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ huyết khối lòng giả có sự khác biệt đáng kể giữa 3 nhóm bệnh nhân, trong đó nhóm không có lỗ vào tại ĐMC lên hoặc quai ĐMC có tỷ lệ huyết khối lòng giả cao nhất. Kết quả này phản ánh ảnh hưởng của huyết động trên thành ĐMC tại các vị trí khác nhau. Yue Shi và cs nghiên cứu đặc điểm huyết động trên bệnh nhân AAD với vị trí và kích thước lỗ vào khác nhau nhận thấy rằng vị trí lỗ vào có ảnh hưởng rõ lên huyết động, khi lỗ vào càng ở các đoạn gần của ĐMC áp lực trong lòng giả càng cao và chênh áp giữa lòng giả và lòng thật càng lớn,

dẫn tới lòng giả có xu hướng mở rộng và đè ép lòng thật [7], và do đó khó hình thành huyết khối trong lòng giả hơn. Bên cạnh đó, tại vị trí ĐMC lên, ứng suất cắt (shear stress) trong lòng giả sẽ càng lớn khi vị trí lỗ vào càng sát đoạn gần của ĐMC, do đó nguy cơ lóc tiến triển sẽ cao hơn [7]. Nhiều nghiên cứu trước đây đã xác thực hiện tượng này, nếu áp lực trong lòng giả giảm nhất là khi có sự thông thương giữa lòng giả với lòng thật qua vị trí lỗ vào lại (re-entry tear), tốc độ dòng máu lưu thông trong lòng giả tăng lên, dẫn đến giảm tỷ lệ hình thành huyết khối trong lòng giả [8].

Vị trí lỗ vào và phạm vi tổn thương trong AAD cấp tính là yếu tố quan trọng trong lập chiến thuật điều trị ngoại khoa. Trong nghiên cứu, việc thiết lập THNCT không liên quan tới vị trí lỗ vào. Mục tiêu thiết lập THNCT là phục hồi dòng tưới máu trong lòng thật, do đó vị trí ống động mạch phụ thuộc vào đặc điểm giải phẫu quai ĐMC, phạm vi tổn thương lóc và phương pháp bảo vệ não khi ngừng tuần hoàn, không phụ thuộc vị trí lỗ vào. Tuy vậy, vị trí lỗ vào có ảnh hưởng rõ rệt tới phạm vi can thiệp của phẫu thuật. Phẫu thuật AAD cấp nhằm loại bỏ lỗ vào, khôi phục dòng tưới máu trong lòng thật và phòng ngừa tiến triển và các biến chứng, do vậy, việc xác định vị trí lỗ vào là một trong những yếu tố quyết định phạm vi phẫu thuật. Tuy vậy, các phẫu thuật vào gốc hoặc quai ĐMC là các phẫu thuật rất lớn, thời gian mổ, THNCT, cặp ĐMC thường kéo dài, vì vậy, thường không áp dụng trong những trường hợp bệnh nhân quá cao tuổi, thể trạng yếu; khi đó, phẫu thuật thay đoạn ĐMC lên đơn thuần có thể cứu sống tính mạng người bệnh. Trong thời gian gần đây, loại bỏ hoàn toàn lỗ vào ngày càng được đề cao trong phẫu thuật AAD cấp. Để đạt được mục tiêu đó, các trường hợp có lỗ vào tại ĐMC lên hoặc quai ĐMC đòi hỏi phải được phẫu thuật thay bán quai hoặc toàn bộ quai ĐMC. Trong nghiên cứu của Yosuke Inoue và cs trên 334 bệnh nhân AAD cấp tính, tỷ lệ người bệnh có lỗ vào tại ĐMC lên là 69%, tại quai ĐMC là 25%, tất cả các trường hợp này đều được phẫu thuật lên quai ĐMC [5]. Trong đó, các tác giả ghi nhận rằng để loại bỏ lỗ vào, đa số trường hợp có lỗ vào tại ĐMC lên chỉ cần phẫu thuật thay bán quai ĐMC, ngược lại, đa số bệnh nhân có lỗ vào tại quai ĐMC cần phẫu thuật thay toàn bộ quai ĐMC, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê [5]. Các phẫu thuật lên quai ĐMC đòi hỏi phải có các biện pháp bảo vệ não và tạng, ngừng tuần hoàn kết hợp tưới máu não chọn lọc và hạ thân nhiệt là hai biện pháp được áp dụng phổ biến. AAD cấp tính là một bệnh lý đe doạ tính mạng; ngày nay, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, tỷ lệ tử vong trong 48 giờ đầu nếu không được phẫu thuật là 23,7%, tỷ lệ tử vong nội viện trong nhóm không phẫu thuật lên tới 57,0% và gần như không thay đổi trong hơn hai thập kỷ qua [1]. Do đó, phần lớn bệnh nhân LĐMC loại A cấp tính được điều trị bằng phẫu thuật, những năm gần đây tỷ lệ này lên tới 90% với tỷ lệ tử vong nội viện trung bình 18,0% [1]. Tỷ lệ tử vong sớm của nhóm nghiên cứu là 11,2% với nguyên nhân tử vong hay gặp nhất là suy đa tạng, tỷ lệ phẫu thuật lại sớm là 5,6% với chảy máu (4/5 trường hợp) là nguyên nhân phổ biến nhất. Đây là con số rất khả quan, có thể liên quan tới sự tiến bộ trong chẩn đoán bệnh, vận chuyển và chuẩn bị trước phẫu thuật, nhất là kinh nghiệm phẫu thuật viên. Chúng tôi dù không ghi nhận sự khác biệt về kết quả sớm sau mổ giữa các nhóm, nhưng tử vong sớm có xu hướng thường gặp ở nhóm có lỗ vào tại quai ĐMC hơn (19,2% so với 12,8% và 0%, p=0,08), trong khi chảy máu lại hay gặp ở nhóm có lỗ vào tại ĐMC lên hơn (17,9% so với 15,4% và 0%, p=0,07). Nghiên cứu cho thấy lỗ vào tồn dư và tình trạng dòng máu lưu thông qua lòng giả là yếu tố nguy cơ phẫu thuật lại muộn trên bệnh nhân AAD cấp tính [5].

V. KẾT LUẬN

Lóc động mạch chủ loại A cấp tính là một bệnh lý đe doạ tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. Vị trí lỗ vào có giá trị trong lập kế hoạch điều trị ngoại khoa và tiên lượng kết quả bước đầu của phẫu thuật cũng như tiến triển lâu dài của bệnh lý này sau phẫu thuật. Những kết quả này giúp chúng ta có góc nhìn sâu rộng hơn về phân loại và điều trị lóc động mạch chủ nói chung và lóc động mạch chủ loại A nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Evangelista A, Isselbacher EM, Bossone E, Gleason TG, Eusanio MD, Sechtem U, Ehrlich MP, Trimarchi S, Braverman AC, Myrmel T, Harris KM, Hutchinson S, O'Gara P, Suzuki T, Nienaber CA, Eagle KA;** IRAD Investigators. Insights from the international registry of acute aortic dissection: a 20-year experience of collaborative clinical research. Circulation 2018;137:1846–1860. [PubMed] [Google Scholar]
2. **Artur Evangelista, Armando Salas, Aida Ribera, Ignacio Ferreira-González, Hug Cuellar, Victor Pineda, Teresa González-Alujas, Bart Bijnens, Gaietà Permanyer-Miralda, David Garcia-Dorado.** Long-term outcome of aortic dissection with patent false lumen: predictive role of entry tear size and

location. Circulation. 2012 Jun 26;125(25):3133-41. doi: 10.1161 /CIRCULATIONAHA. 111. 090266. Epub 2012 May 21.

3. **Czerny M, Schmidli J, Adler S, van den Berg J, Bertoglio L, Carrel T, Chiesa R, Clough RE, Eberle B, Etz C, Grabenwöger M, Haulon S, Jakob H, Kari FA, Mestres CA, Pacini D, Resch T, Rylski B, Schönhoff F, Shrestha M, von Tengg-Kobligk H, Tsagakis K, Wyss TR.** 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 of Vascular Surgery (ESVS). Eur J Cardiothorac Surg 2019;55;133–162. Google Scholar Crossref PubMed WorldCat
4. **Martin Czerny, Bartosz Rylski.** Acute type A aortic dissection reconsidered: it's all about the location of the primary entry tear and the presence or absence of malperfusion. Eur Heart J. 2021 Dec 28; 43(1): 53-55. doi: 10.1093/ eurheartj/ehab664.
5. **Yosuke Inoue, Kenji Minatoya, Tatsuya Oda, Tatsuya Itonaga, Yoshimasa Seike, Hiroshi Tanaka, Hiroaki Sasaki, Junjiro Kobayashi, et al.** Surgical outcomes for acute type A aortic dissection with aggressive primary entry resection. Eur J Cardiothorac Surg. 2016 Sep;50(3): 567-73. doi: 10. 1093/ejcts/ezw111. Epub 2016 Apr 3.
6. **Wei-Guo Ma, Wei Zhang, Long-Fei Wang, Jun Zheng, Bulat A Ziganshin, Paris Charilaou, Xu-Dong Pan, Yong-Min Liu, Jun-Ming Zhu, Qian Chang, John A Rizzo, John A Elefteriades, Li-Zhong Sun.** Type A aortic dissection with arch entry tear: Surgical experience in 104 patients over a 12-year period. J Thorac Cardiovasc Surg. 2016 Jun;151(6):1581-92. doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.11.056. Epub 2015 Dec 13.
7. **Yue Shi, Minjia Zhu, Yu Chang, Huanyu Qiao, Yongmin Liu.** The risk of stanford type-A aortic dissection with different tear size and location: a numerical study. Biomed Eng Online. 2016 Dec 28;15(Suppl 2):128. doi: 10.1186/s12938-016-0258-v.
8. **Tse KM, Lee HP, Pei H.** Investigation of hemodynamics in the development of dissecting aneurysm within patient-specific dissecting aneurismal aortas using computational fluid dynamics (CFD) simulations. J Biomech. 2011; 44: 827–836. doi: 10.1016/ j.jbiomech.2010. 12.014.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SA ĐÉC NĂM 2023-2024

Chung Thị Mỹ Nhung[1,2], Trần Quang Hiển[3], Lâm Đức Tâm[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền sản giật (TSG) vẫn là một tình trạng bệnh lý toàn thân rất phức tạp tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ rủi ro, là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong đối với thai phụ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, tiến cứu trên 100 thai phụ tiền sản giật điều trị tại khoa Sản- Bệnh viện Sa Đéc từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Có 100 sản phụ TSG với 66 sản phụ TSG nhẹ và 34 sản phụ TSG nặng. Trên 2 nhóm sản phụ này, các triệu chứng TSG khá đa dạng và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm: tuổi thai, phân độ cao huyết áp, chỉ số protein niệu và ure máu (p < 0,05). Hướng xử lý chủ yếu là điều trị nội khoa ban đầu và chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ (85,26%) với phương pháp sanh chủ yếu là mổ lấy thai (81,05%). **Kết luận:** TSG nặng tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc chiếm đến 34%, tăng nguy cơ mổ lấy thai và sơ sinh nhẹ cân. ***Từ khoá:*** Tiền sản giật, hướng xử trí tiền sản giật, chấm dứt thai kỳ.

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
[2]*Bệnh Viện Đa khoa Sa Đéc*
[3]*Sở Y tế An Giang*
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm
Email: ldtam@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 29.4.2024
Ngày duyệt bài: 22.5.2024

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLABSIA AT SA DEC GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Preeclampsia is still a very complex systemic medical condition with many potential risks, and is the main cause of illness and death for pregnant women and fetuses. **Objective:** Study the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of obstetric management in preeclamptic pregnant women at Sa Dec General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis and prospective on 100 pre-eclamptic pregnant women treated at the Obstetrics Department - Sa Dec Hospital from April 2023 to February 2024. **Results:** There were 100 pregnant women with preeclampsia, 66 pregnant women with mild preeclampsia and 34 pregnant women with severe preeclampsia. In these two groups of pregnant