

PHẪU THUẬT VÀ CAN THIỆP NỘI MẠCH PHỐI HỢP TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC: THÔNG BÁO THÀNH CÔNG ĐẦU TIÊN TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E

Phan Thảo Nguyên, Lý Đức Ngọc, Nguyễn Thế Huy, Vũ Văn Bạ, Nguyễn Trung Hiếu, Nguyễn Đỗ Hùng, Nguyễn Trần Thủy, Nguyễn Thái Long, Đỗ Anh Tiến, Nguyễn Lâm Hiếu, Lê Ngọc Thành

TÓM TẮT: Bệnh lý động mạch chủ (ĐMC) ngực luôn là một thách thức phẫu thuật lớn cho hầu hết các trung tâm phẫu thuật Tim mạch trong nước và trên thế giới. Hiện nay, phẫu thuật phối hợp đặt stent graft là lựa chọn hàng đầu cho các tổn thương phình ĐMC ở những vị trí khó cho phẫu thuật, ở những bệnh nhân (BN) có nguy cơ cao. Mặc dù chi phí cho một lần điều trị còn cao đối với người bệnh, cũng như kỹ thuật này chưa được áp dụng thường qui ở nước ta, nhưng đây là một hướng phát triển có tiềm năng, mở ra cơ hội lớn điều trị cho BN có bệnh lý ĐMC ngực. Thông báo thành công đầu tiên được thực hiện tại TTTM BE và bệnh viện đại học Y Hà Nội là mục đích của bài viết.

SUMMARY: Thoracic aortic pathology is always a big challenge for most surgical centers Cardiovascular surgery in the country and the world. In addition surgical stent graft combination is the first choice for aortic aneurysm lesions in difficult locations for surgery in patients at high risk. Although the cost of a treatment for the disease is high, as this technique is not routinely used in our country, but this is a potential development, opening up great opportunities for treatment thoracic aortic pathology patients with breast disease. The report of this successfully is the aim of our study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh lý ĐMC ngực luôn là một thách thức phẫu thuật lớn cho hầu hết các trung tâm phẫu thuật Tim mạch trong nước và trên thế giới. Với sự phát triển của can thiệp nội ĐMC (Thoracic

Aortic Stent Graft) đã làm thay đổi đáng kể kết quả điều trị bệnh lý này, đặc biệt ở BN lớn tuổi, tình trạng toàn thân kém, nhiều bệnh phối hợp [4,7,8]. Thông báo thành công đầu tiên điều trị phình ĐMC ngực tại bệnh viện E, bệnh viện trường đại học y Hà Nội nhờ sự kết hợp giữa ngoại khoa và can thiệp nội ĐMC là mục đích của bài viết này.

II. BỆNH ÁN:

BN: Hà Đức T nam 69 tuổi, địa chỉ: Cao Thắng - Hạ lý - Hồng Bàng - Thành Phố Hải Phòng

Vào viện : 4/2013

Bệnh sử: BN có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào nhiều năm, tăng huyết áp nhiều năm điều trị không thường xuyên, rối loạn Lipid máu. Năm 2011 phát hiện phình ĐMC bụng và được phẫu thuật thay đoạn ĐMC bụng bằng mạch nhân tạo chữ Y tại TTTM BV E, sau mổ diễn biến bình thường mặc dù BN có suy thận độ I. Hai tháng nay BN xuất hiện nuốt nghẹn, khàn giọng tăng dần, đau ngực. BN đến viện khám lại tháng 4/2013.

Khám lâm sàng:

Toàn trạng BN; thể trạng bình thường, tỉnh, không phù.

Huyết áp tay phải: 180/100mmHg, huyết áp tay trái: 170/90 mmHg

Tim nhịp đều 80ck/ phút, phổi RRFN rõ không ran, bụng mềm gan lách không sờ thấy.

**Đại học Y Hà Nội

*Trung tâm tim mạch Bệnh viện E

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Lê Ngọc Thành

Ngày nhận bài: 08/08/2013

Ngày Cho Phép Đăng: 16/08/2013

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

Cận lâm sàng :

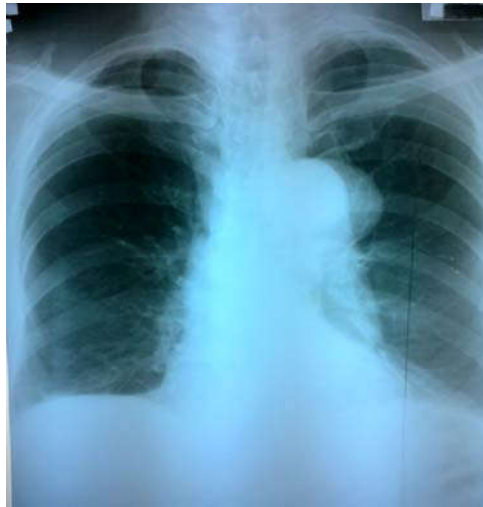
Công thức máu : HC: 5,06 T; HST:127; BC: 9,78 : ML: 44,3

SH máu : Ure: 7,3mmol/l; Creatinin: 157 μ mol/l; Glucose: 5,8 mmol/l; Cholesterol:5,8 mmol/l; Triglycerit: 1,4 mmol/l; HDL: 1,1mmol/l;

LDL:3,4 mmol/l, Acid Uric: 523 μ mol/l.

Siêu âm tim: NT: 36mm, Dd: 45mm, Ds: 30, EF: 68%, thành vách tim T dày đồng tâm, ĐK ĐMC lên 36mm, ĐK đoạn ĐMC ngang tới dưới đòn trái KT 4.5 * 5.6 mm. Van ĐMC hở nhẹ 1/4, chức năng tâm thu thất T trong giới hạn bình thường

Siêu âm Doppler ĐM chi trên - dưới: xơ vữa lan tỏa nhẹ, ĐK ĐM đùi hai bên 12,5mm.



Hình 1: Hình ảnh trung thất giãn rộng.

Xquang: hình ảnh trung thất giãn rộng, hình khối ở TT trên ngang vị trí quai ĐMC, nghi ngờ nhiều đến phồng ĐMC ngực. chỉ định chụp CT đa dãy.

Trên phim MS-CT ĐMC và hệ mạch: Phồng hình thoi lệch tâm từ eo ĐMC lan lên qua ĐM dưới đòn T sát góc ĐM cảnh gốc T, kích thước 64*62mm, huyết khối bám thành. ĐMC xuống, đoạn ghép ĐMC bụng và các ĐM tạng bình thường



Hình 2: Phồng ĐMC hình thoi, lệch tâm, huyết khối

Chẩn đoán; Phòng ĐMC ngực, ngang mức đoạn ngang và xuống, khối phồng hình thoi lệch tâm có huyết khối bám thành.

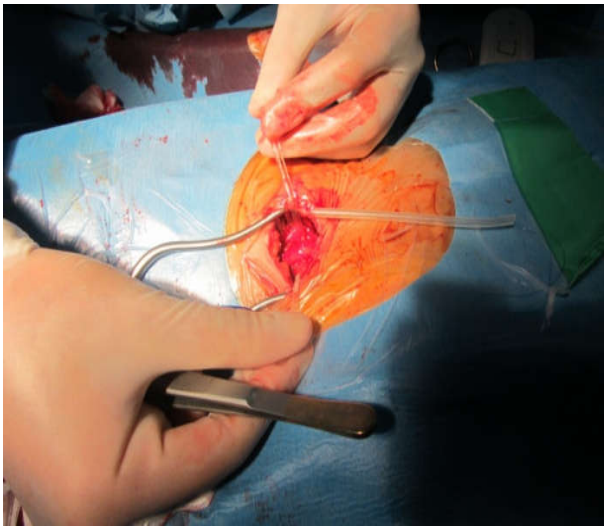
Hướng xử trí; BẮC cầu ĐM cảnh P-T, đặt Stent Graft ĐMC ngực tử eo ĐMC đến gốc ĐM cảnh gốc T.

- Ngày 22/4/2013 BN được mổ bắc cầu ĐM cảnh P-T bằng mạch nhân tạo Gore Tex số 8, sau mổ ổn định

- Ngày 3/5/2013 BN được tiến hành can thiệp: sử dụng stent graft kích thước 36*160 mm (Lifetech)

Qui trình can thiệp:

Đường vào stent graft là ĐM đùi bên phải, một đường động mạch (ĐM) quay bên phải đưa Pigtail vào để chụp định vị khối phồng.



Hình 3: PTV thiết lập đường vào ĐM đùi



Hình 4: Chuẩn bị dụng cụ stent graft



Hình 5: Chụp định vị vị khối phồng và đưa stent graft theo ĐM đùi vào.



Hình 6: Chụp kiểm tra sau đặt stent graft đúng vị trí, không thoát thuốc ngoài Stent

Điều trị nội khoa sau can thiệp: Kháng sinh dự phòng, Heparin, thuốc chống kết tập tiểu cầu Aspirin+ Clopidogrel, statin+ bù dịch điện giải và lợi tiểu. Kiểm soát HA dao động từ 130/ 80 mmHg – 140/90 mmHg, nhịp tim 75ck/p (Betaloc và Zestril). BN ra viện 9 ngày. Tái khám sau 2 tháng ổn định không nuốt nghẹn và giọng nói bớt khàn tiếng.

III. BÀN LUẬN

Đặt giá đỡ (Stent- Graft) cho các trường hợp phình tách ĐM đã được thực hiện từ đầu thập kỷ 90, và Parodi là người đầu tiên thực hiện năm 1991 trên phình ĐMC ở người [3]. Ngày nay can thiệp tim mạch là một tiến bộ quan trọng trong tim mạch và đã trở thành một biện pháp điều trị thường quy có hiệu quả cao cho các trường hợp bệnh lý ĐMC nói chung, ĐMC ngực nói riêng. Cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật can thiệp và các phương tiện chẩn đoán, bệnh lý ĐMC đã được phát hiện nhiều hơn và được can thiệp kịp thời giúp cải thiện tình trạng lâm sàng của người bệnh, đặc biệt phình tách ĐMC ngực [1,2,5].

Trong điều trị bệnh lý ĐMC ngực, phình ĐMC ngực đoạn quai ĐMC luôn là một thách thức lớn cho mọi trung tâm phẫu thuật trong nước và trên thế giới vì những khó khăn, phức tạp về kỹ thuật mổ kinh điển kèm theo tai biến, biến chứng trong và sau mổ, và đặc biệt tỷ lệ tử vong rất cao,

cũng như chi phí điều trị dẫn đến nhiều trường hợp không được mổ, hoặc được mổ nhưng để lại những biến chứng, di chứng nặng nề [1,2]. Thống kê của BVVD HN, Chợ Rẫy Tp HCM cho thấy tỷ lệ tử vong phẫu thuật ĐMC ngực dao động từ 25%-35%, cũng như các biến chứng từ nặng đến nhẹ luôn có tỷ lệ cao: liệt hai chi dưới 8% - 10%, biến chứng chảy máu 10% - 15% [1,2]. BN của chúng tôi là một trong những trường hợp tổn thương phức tạp, mổ phòng ĐMC bụng, phòng ĐMC ngực ngang mức ĐM dưới đòn và cánh góc trái. Sự kết hợp giữa ngoại khoa (bắc cầu ĐM cánh hai bên và can thiệp đặt Stent Graft ĐMC ngực bịt khối phình đã giúp cho BN không phải chịu một cuộc đại phẫu lớn mà bản thân BN có suy thận, cao HA, rối loạn chuyển hóa...vv, là những yếu tố nguy cơ cao gây tử vong nếu phải phẫu thuật thay đoạn ĐMC dưới tuần hoàn ngoài cơ thể. Nghiên cứu của Masato [4] và Davies JC [10] cho thấy can thiệp đặt Stent Graft ĐMC ngực trong phình tách, hoặc phình ĐMC ngực cho kết quả rất khả quan về mọi khía cạnh như tai biến như liệt hai chi 5%, chảy máu, tử vong hiếm thấy.

Cho đến nay, điều trị nội khoa để kiểm soát huyết áp, mạch trong phình tách, chẹn beta, kiểm soát lipid máu, bỏ thuốc lá, hạn chế gắng sức ở BN có phình ĐMC ngực đã tạo cơ hội cho nhiều bệnh nhân được điều trị khỏi, an toàn nhờ có can thiệp nội ĐMC và đặc biệt những tổn thương khó

có sự phối hợp giữa phẫu thuật và can thiệp nội ĐM [3,5,6]

V. KẾT LUẬN:

Phẫu thuật phối hợp đặt stent graft là lựa chọn hàng đầu cho các tổn thương phình động mạch chủ ở những vị trí khó cho phẫu thuật, ở những BN có nguy cơ cao. Mặc dù chi phí cho một lần điều trị còn cao đối với người bệnh, cũng như kỹ thuật này chưa được áp dụng thường qui ở nước ta, nhưng đây là một hướng phát triển có tiềm năng, mở ra cơ hội lớn điều trị cho bệnh nhân có bệnh lý ĐMC ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Dương Đức Hùng, Lê Ngọc Thành, Nguyễn Công Hựu. “Phẫu thuật động mạch chủ ngực tại Bệnh viện Việt Đức 2002 – 2006”. Y học Việt Nam số đặc biệt – tháng 11/2006.
- Phạm Thọ Tuấn Anh, Trần Quyết Tiến. “Điều trị ngoại khoa phình động mạch chủ ngực”. Y học Việt Nam số đặc biệt – tháng 11/2006.
- Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral in traluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1991; 5: 491-9.
- Masato Machii MD, Hiroshi Nishimaki MD, Hirokuni Yoshimura MD. Stent grafting for aortic dissection. *JJTCVS* 1999; 47; 178-181.
- United Kingdom EVAR Trial Investigators, Greenhalgh RM, Brown LC, Powell JT, Thompson SG, Epstein D, Sculpher MJ. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med*. 2010;362:1863-1871.
- Tracci MC, Cherry JR KJ. The Aorta. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2012:chap 62.
- De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, et al: DREAM Study Group. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med*. 2010;362:1881-1889.
- Ouriel, K, Greenberg, RK. Endovascular Treatment of Thoracic Aortic Aneurysms. *J Card Surg*, 2003; 18:455-463.
- Greenberg RK, West K, Pfaff K, et al. Beyond the aortic bifurcation: branched endovascular grafts for thoracoabdominal and aortoiliac aneurysms. *J Vasc Surg* 2006 May; 43(5) :879-86; discussion 886-7
- Davies JC. Endovascular repair of descending thoracic aortic aneurysm. *Semin thorac cardiovasc Surg* 2009 Winter,21(4);341-6. doi: 10.1053) semtcvs.2009.12.002.