

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ TYPE A TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú**

I. TÓM TẮT

48 trường hợp LĐMC type A được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 tới tháng 6 năm 2013. Tuổi trung bình là: 48.9 ± 10.1 , tỉ lệ nam : nữ là 3.4:1, 13 trường hợp LĐMC type A mạn tính, 35 trường hợp LĐMC type A cấp tính. Có 9 bệnh nhân (18.8%) được chẩn đoán hội chứng Marfan. Các kỹ thuật phẫu thuật: thay đoạn ĐMC lên: 26 bệnh nhân (54.1%), thay quai ĐMC : 9 bệnh nhân (18.8%), phẫu thuật Bentall: 12 bệnh nhân (25%), phẫu thuật Tirone David : 2 bệnh nhân, can thiệp vào hệ động mạch vành: 8 bệnh nhân (16.7%). Tỉ lệ tử vong sớm sau mổ là 20.8%. Có 2 bệnh nhân phải mổ lại do chảy máu và 1 bệnh nhân mổ lại vì viêm xương ức.

EARLY RESULTS OF SURGERY OF TYPE A AORTIC DISSECTION IN VIET DUC HOSPITAL

SUMMARY

48 consecutive patients who had aortic dissection type A repairs between January 2010 and June 2013. A total of 48 patients, mean age: 48.9 ± 10.1 , male: female: 3.4:1. 13 patients of chronic type A aortic dissection, 35 of acute type A aortic dissection. 9 patients (18.8%) of Marfan's syndrome. Technique of operation: 26 patients of ascending replacement (54.1%), 9 patients of arch repairs (18.8%), 12 patients of Bentall procedure (25%), 2 patients of Tirone David's operation and 8 operations on coronary system (16.7%). The overall prevalence of in-hospital death was 20.8% . 2 reoperations for postoperative bleeding and 1 sternite.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ (LĐMC) là một bệnh lý phức tạp, khó khăn cả về phương diện chẩn đoán cũng như điều trị nội khoa và phẫu thuật, với tỉ lệ tử vong cao. Trong các thể của bệnh lý này, nếu không được điều trị phẫu thuật, LĐMC type A (phân loại của Stanford) cấp tính có tỉ lệ tử vong tới 50% trong 48 giờ đầu, tăng thêm 1% mỗi giờ, và tử vong tới 92% sau 1 năm [1]. Phẫu thuật là biện pháp điều trị đem lại hiệu quả cao nhất. Nếu được điều trị đúng và phẫu thuật kịp thời, tỉ lệ tử vong của bệnh nhân (BN) giảm đi rất nhiều, có thể chỉ còn dưới 10% [2]. Tại Việt Nam phẫu thuật LĐMC type A đã được thực hiện ở một số trung tâm phẫu thuật tim mạch từ khoảng hơn mười năm nay [3], [4]. Tuy nhiên đây vẫn là một phẫu thuật rất phức tạp, khó triển khai, tỉ lệ tử vong và biến chứng còn cao. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thực hiện phẫu thuật này từ đầu những năm 2000, và hiện nay có thể triển khai mổ cấp cứu LĐMC type A cấp cứu thường qui như tất cả các phẫu thuật ngoại khoa khác.

Chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật LĐMC type A tại Bệnh viện Việt Đức” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương giải phẫu của LĐMC type A.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị LĐMC type A tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

**Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Hữu Ước

Ngày nhận bài: 08/08/2013 -

Ngày Cho Phép Đăng: 16/08/2013

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

PGS.TS. Lê Ngọc Thành

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả 48 trường hợp LĐMC type A được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 tới tháng 6 năm 2013.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả các BN chẩn đoán là LĐMC type A đã được phẫu thuật.

+ Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho nghiên cứu.

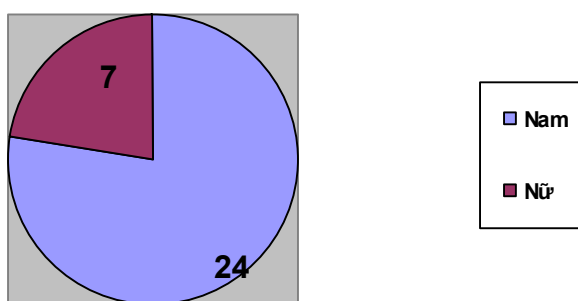
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Dịch tễ học:

Giới

Tỉ lệ nam/ nữ: 3,4 : 1

Kết quả này phù hợp với đa số các tác giả khác. Theo kết quả nghiên cứu đa trung tâm của Hagan PG và cs năm 2000, tỉ lệ nam chiếm 65% [5].



Hình 1: phân bố LĐMC type A theo giới

Tuổi trung bình và tỉ lệ BN Marfan

Bảng 1: Tuổi trung bình và tỉ lệ BN Marfan

Tổng số BN	48
Số BN Marfan	6 (18.8%)
Tuổi TB chung	48.9 ± 10.1
Tuổi cao nhất	62
Tuổi thấp nhất	20
Tuổi TB Marfan	34.5 ± 14.5

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 48.9 tuổi. So với các nghiên cứu khác của các nước phát triển, độ tuổi này trẻ hơn. Ví dụ theo Hagan độ tuổi trung bình là 62, còn theo Inamura tuổi trung bình là 60. Tuy nhiên nếu so với các nước đang phát triển thì độ tuổi như vậy cũng có sự tương đồng. Ví dụ theo tác giả LiZhong Sun thì độ tuổi

trung bình là 45 [5]. Có thể do nền kinh tế phát triển, chăm sóc y tế cũng hiện đại hơn nên có thể tiến hành phẫu thuật LĐMC type A, là một phẫu thuật rất nặng cho những BN lớn tuổi. Ngược lại ở các nước đang phát triển, như ở Việt Nam, phẫu thuật này ngoài sự rủi ro lớn, còn kèm theo chi phí kinh tế lớn cho người bệnh. Vì vậy số lượng

BN được phẫu thuật LDMC type A ở người lớn tuổi còn nhiều hạn chế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 9 BN (chiếm 18.8%) bệnh nhân có kiểu hình của hội chứng Marfan. So với các nghiên cứu khác, đây

là một tỉ lệ khá cao (của Hagan chỉ là 6.7%). Đối với các BN Marfan, tuổi bị LDMC cũng trẻ hơn nhiều so với tuổi trung bình chung, và như vậy cũng sẽ là một nguyên nhân làm cho tuổi trung bình của nghiên cứu thấp đi nhiều.

Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân LDMC type A

Triệu chứng	N	%
THA	40	83.3
Đau ngực	43	89.5
Đau bụng	5	10.4
Chên lệch HA các chi	29	60.4
Tiếng thổi tâm thu	14	29.1
Chèn ép tim cấp	3	6.25

Trong số các triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau ngực và tăng huyết áp (THA) có tỉ lệ cao nhất. Mặc dù không phải là triệu chứng đặc hiệu, nhưng theo nhiều tác giả, THA là yếu tố nguy cơ lớn nhất gây LDMC [6]. Huyết áp tăng càng cao thì tỉ lệ LDMC càng cao, đặc biệt là với THA ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoại trừ các BN Marfan, các BN khác đều có THA, và phần lớn những BN này không được điều trị không chế tốt huyết áp (HA) thường xuyên.

Cũng đáng lưu ý là trong số này, khi vào viện đã có triệu chứng chèn ép tim cấp. Tuy nhiên, các trường hợp này không phải là những chèn ép quá cấp tính, bởi vì chủ yếu là do máu thấm qua thành ĐMC vào khoang màng tim chứ không phải là do vỡ ĐMC. Chính vì vậy áp lực tĩnh mạch trung ương (ALTMTU) không quá cao như trong các trường hợp chấn thương, vết thương tim (tôi đa chỉ 15 mmHg).

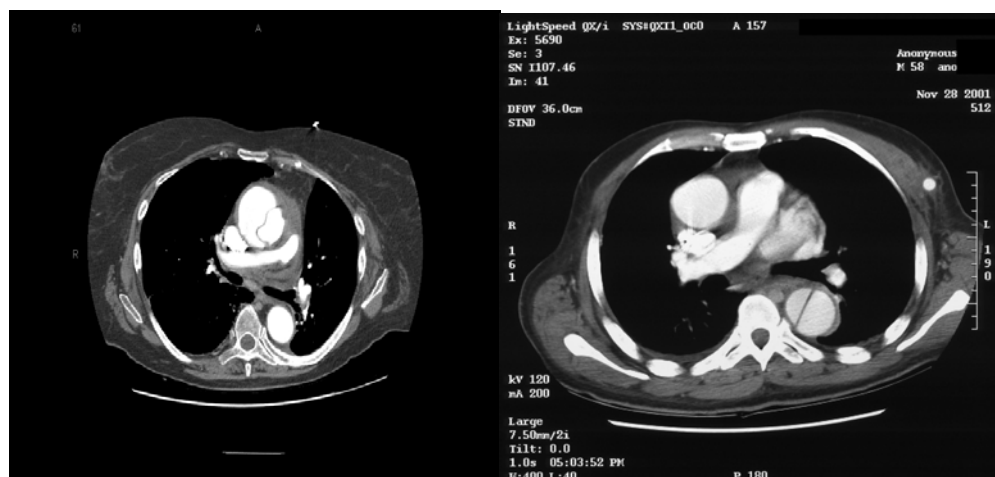
Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3: Các triệu chứng cận lâm sàng của LDMC type A

Triệu chứng	N	%	
Vị trí lóc	ĐMC lên + quai	2	4.2
	ĐMC ngực + bụng	46	95.8
	Các mạch cảnh	16	33.3
	Các mạch tạng	5	10.4
Hở van ĐMC > 2/4	13	27.1	
Suy thận	6	12.5%	

Hiện nay, biện pháp chính để chẩn đoán xác định LĐMC là chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc cản quang và dựng hình. Phương pháp này được sử dụng nhiều do ít xâm lấn và cho phép chẩn đoán nhanh chóng khi cấp cứu, phát hiện được huyết khối trong lòng giả và xác định tràn dịch màng tim. Độ nhạy đạt 83-94%, độ đặc hiệu là 87-100% đối với chẩn đoán LĐMC. Nhược điểm chính của chụp CT, ngoài việc phải dùng thuốc cản quang, là khó xác định được nguyên uỷ của vết rách nội mạc, khó khảo sát các nhánh bên của ĐMC bị tổn thương và không thể đánh giá mức độ hở van ĐMC.

Về vị trí LĐMC, chỉ có 2 trường hợp lóc đơn thuần tại ĐMC lên, còn lại đa số lóc ở toàn bộ ĐMC. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Robert WC [6]. Tỷ lệ các ĐM cảnh bị lóc cũng khá cao (33.3%). Thiếu máu ruột, gan, thậm chí những biến chứng nặng do lóc gây tắc ĐM tương ứng. Với các BN đã có biểu hiện thiếu máu ruột (thường ở giai đoạn muộn) thì chúng tôi không chỉ định phẫu thuật nữa. Trong các trường hợp thiếu máu tạng ổ bụng, thường chỉ có các BN thiếu máu thận 1 bên, không có biểu hiện suy thận hoặc suy thận nhẹ mới được chúng tôi chỉ định phẫu thuật.

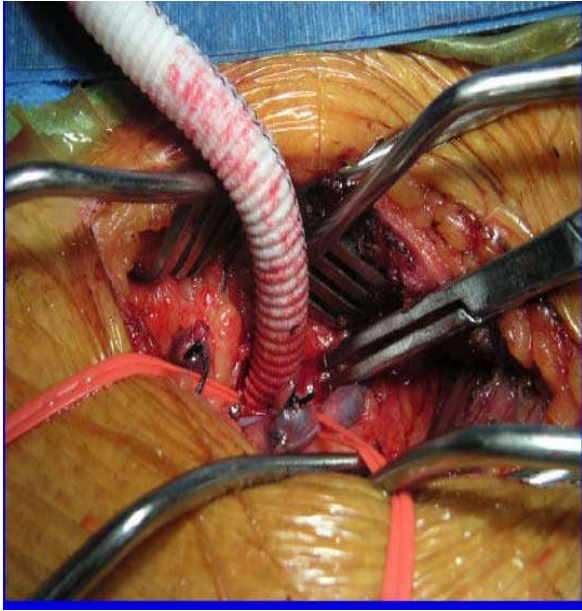


Hình 2: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính LĐMC type A

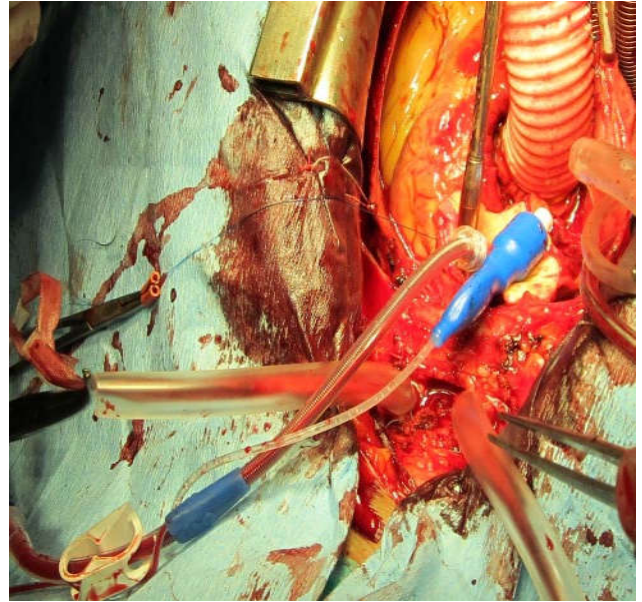
Kỹ thuật vận hành máy tim phổi nhân tạo và các phương pháp bảo vệ não

Bảng 4: Vận hành máy tim phổi nhân tạo trong phẫu thuật LĐMC type A

	Chỉ số	N	%
Dung dịch bảo vệ tim	Máu ấm	20	41.7
	Custadiol lạnh	28	58.3
Vị trí canuyn ĐM	ĐM nách	30	62.5
	ĐM đùi	9	18.8
	ĐM nách + đùi	8	16.7
	ĐMC lên	1	2.1
Tưới máu não	Chọn lọc (riêng các mạch cảnh)	19	39.6
	Không chọn lọc	29	63.4
Hạ thân nhiệt	Sâu	11	22.9
	Trung bình	37	77.1



A



B

Hình 3: Canul ĐM nách (A) và tưới máu riêng ĐM cảnh nuôi não.(B)

Đối với những BN LĐMC type A, thường không thể đặt trực tiếp canul vào ĐMC lên. Vì vậy, hai vị trí thường được sử dụng thay thế là ĐM đùi và ĐM nách. Tại vị trí ĐM đùi, chúng ta có thể đặt trực tiếp canul một cách nhanh chóng và dễ dàng. Tuy nhiên, đã có những nghiên cứu tổng kết cho rằng đặt canul ĐM tại vị trí này có một số nguy cơ: 1) làm cho tình trạng tổn thương mạch nặng hơn, vì đại đa số các trường hợp LĐMC type A đều kèm theo lóc tới hệ thống ĐM chậu. 2) có thể gây hậu quả thiếu máu tạng do tưới máu ngược vào lòng giả [7]. Vì vậy, xu hướng hiện nay là sử dụng canul ĐM nách để đảm bảo tưới máu xuôi dòng sinh lý, qua đó hạn chế tối thiểu nguy cơ thiếu máu tạng [8]. Hiện nay đối với đại đa số trường hợp, chúng tôi sử dụng phương pháp đặt canul ĐM nách qua một cầu nối tận bên bằng mạch nhân tạo Dacron 8mm.

Đối với các trường hợp không phải can thiệp vào quai ĐMC, BN không cần tưới máu riêng các mạch cảnh. Trong trường hợp bắt buộc phải can thiệp vào quai (thay toàn bộ quai hay bán quai), cần phải tưới máu riêng rẽ qua ĐM nách phải (hoặc động mạch cảnh phải) và động mạch cảnh trái, có đường theo dõi áp lực riêng kèm theo.

Với đại đa số các trường hợp không phải thay quai ĐMC, BN được hạ nhiệt độ vừa (28 – 32°C). Trong trường hợp phải thay toàn bộ quai, thân nhiệt được hạ sâu hơn (25 °C), kết hợp với tưới máu nửa dưới cơ thể bằng canul ĐM đùi và đặt sonde Foley ĐMC xuống. Chỉ trong những trường hợp không thể bảo đảm phẫu trường rộng rãi, rõ ràng thì mới phải dung tới phương pháp hạ thân nhiệt sâu (tới 18 - 20°C) kèm ngừng tuần hoàn. Việc chỉ hạ nhẹ - vừa thân nhiệt sẽ giúp thời gian phẫu thuật nhanh hơn, nhưng quan trọng hơn là giúp BN tránh được các rối loạn toàn thân nặng nề sau mổ.

Kết quả phẫu thuật*Bảng 5: Dẫn lưu trung thất, thời gian thở máy và nằm viện sau phẫu thuật*

Chỉ số	Trung bình
Dẫn lưu trung thất 24h sau mổ	540 ± 410 (ml)
Thời gian thở máy	4.5 ± 5.5 (ngày)
Thời gian nằm viện	15.6 ± 18.7 (ngày)

Một trong các biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật LDMC type A là chảy máu sau mổ. Nguyên nhân là do phẫu thuật kéo dài, trong tình trạng cấp cứu, thêm vào đó là có thể phải hạ thân nhiệt sâu để có thể ngừng tuần hoàn, dẫn tới rối loạn đông máu sau mổ. Trong nghiên cứu này số lượng dẫn lưu trung thất trong 24 đầu là

540 ml. BN sau mổ phải thở máy trung bình gần 5 ngày, và ra viện sau gần 16 ngày. Có khoảng 10% suy thận chức năng sau mổ và 22.5% có tình trạng rối loạn tâm thần tạm thời (hồi phục hoàn toàn trước khi ra viện). Các số liệu về dẫn lưu trung thất, thời gian thở máy và nằm viện cũng tương tự với các nghiên cứu khác [1], [6], [9].

Tỉ lệ tử vong sớm và mổ lại*Bảng 6: Tử vong và mổ lại sớm sau phẫu thuật LDMC type A*

Biến chứng	Nguyên nhân	N
Mổ lại (4 = 8.3%)	Chảy máu	2
	Viêm xương ức	1
	Hoại tử ruột	2
Tử vong (10 = 20.8%)	Suy đa tạng	6
	Chảy máu	1
	Hoại tử ruột	2
	Nhiễm trùng	1

Tỉ lệ tử vong sớm sau mổ là %, tỉ lệ này nằm trong khoảng 10 - 20% tử vong theo nhiều tác giả trên thế giới [3], [5]. Hiện nay đã có những trung tâm hạ tỉ lệ tử vong của phẫu thuật

LDMC type A còn dưới 10%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là do tình trạng suy tim dẫn tới suy đa tạng (chiếm 60%), hoại tử ruột do lóc tiền triển (chiếm 20%).

Theo nhiều nghiên cứu, các biến chứng chủ yếu của phẫu thuật LĐMC type A dẫn tới mổ lại là chảy máu, viêm xương ức [9], [10]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 2 trường hợp phải mổ lại vì chảy máu, 1 trường hợp phải mổ lại vì viêm xương ức, trong đó 1 trường hợp phải mổ lại vì chảy máu và sau đó phải mổ lại vì viêm xương ức vì BN suy tim quá nặng do lóc gây tắc ĐM vành phải 3 tuần trước khi đến viện, phải đặt ECMO ngay sau mổ.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật LĐMC type A là một phẫu thuật khó triển khai, đòi hỏi thực hiện nhiều kỹ thuật ngoại khoa tim mạch chuyên sâu cũng như sự phối hợp chặt chẽ đa chuyên khoa, đặc biệt là trong cấp cứu. Bệnh viện Việt Đức đã triển khai thành công phẫu thuật cấp cứu thường qui LĐMC type A với những kết quả ban đầu khả quan, đem lại nhiều hy vọng cho điều trị loại bệnh lý nặng và phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wheat MWJ, Wilson JR, Bartley TD: Successful replacement of the entire ascending aorta and aortic valve. *JAMA* 1964; 188:717.
2. Cachera JP, Vouhe PR, Loisanse DY, Menu P, Poulain H, Bloch G, Vasile N, Aubry P and Galey JJ. Surgical management of acute dissections involving the ascending aorta. Early and late results in 38 patients.
3. Nguyễn Thái An, Phạm Thọ Tuấn Anh. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật phình và bóc tách động mạch chủ lên và quai. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 11/2010, tập 375: trang 77 – 82.
4. Nguyễn Công Hựu, Đoàn Quốc Hưng, Dương Đức Hùng, Nguyễn Hữu Ước, Lê Ngọc Thành và cs. Kết quả phẫu thuật bệnh lý động mạch chủ ngực tại bệnh viện Việt Đức. *Bệnh viện 103 - Học viện quân y: Hội nghị quốc tế Việt – Đức – Những tiến bộ trong phẫu thuật và can thiệp tim mạch*, 3/2010: 24-31.
5. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. Feb 16 2000;283(7):897-903.
6. Roberts WC. Aortic dissection: anatomy, consequences, and causes. *Am Heart J*. 1981 Feb;101(2):195-214.
7. Laas J, Heinemann M, Schaefers HJ, Daniel W, Borst HG. Management of thoracoabdominal malperfusion in aortic dissection. *Circulation*. 1991 Nov;84(5 Suppl):III20-4
8. Van Arsdell GS, David TE, Butany J. Autopsies in acute type A aortic dissection. Surgical implications. *Circulation*. 1998 Nov 10;98(19 Suppl):II299-302; discussion II302-4.
9. Chiappini B et al. Early and late outcomes of acute type A aortic dissection: analysis of risk factors in 487 consecutive patients. *Eur Heart J* (January 2005) 26(2): 180-18
10. Shiono M et al. Surgical results in acute type A aortic dissection. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 11: 29–34