

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẮC MÃN TÍNH VÀ HẸP NHIỀU ĐỘNG MẠCH ĐÃ ĐƯỢC CAN THIỆP THÀNH CÔNG TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH – BỆNH VIỆN E

Lý Đức Ngọc\* ; Phan Thảo Nguyên\* ; Nguyễn Thế Huy\* ;  
Vũ Văn Bạ\*, Lý Thị Đào\*, Lê Ngọc Thành\* ; Tô Thanh Lịch\*\*

**TÓM TẮT:** Ngày nay bệnh lý hẹp tắc mạch do xơ vữa ngày càng trở nên phổ biến ở những người cao tuổi, can thiệp mạch đã trở thành một biện pháp điều trị thường quy có hiệu quả. Vào tháng 7/2013 tại trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E, chúng tôi phát hiện một trường hợp bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng là tăng huyết áp mức độ nặng và có huyết áp tay phải và tay trái lệch nhau. Bệnh nhân đã được chụp MS – CT hệ ĐM chủ và ĐM chi trên có kết quả tắc và hẹp nhiều ĐM, trong đó nặng nhất là tắc hoàn toàn ĐM dưới đòn trái, tắc hoàn toàn ĐM thân trái và hẹp ba thân ĐM vành. Với một bệnh nhân có hẹp tắc tại nhiều vị trí thì chúng tôi đã quyết định chụp chọn lọc và can thiệp ĐM qua da ở những vị trí tắc và hẹp nặng nhất là ĐM thân trái và ĐM vành mũ và không can thiệp ĐM dưới đòn trái cùng với điều trị nội khoa. Kết quả sau can thiệp là huyết áp ĐM của bệnh nhân đã giảm ngay sau khi được can thiệp và các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện rõ và không có biến chứng nào xảy ra sau thủ thuật.

*The disease of angiostenosis is becoming increasingly common in the elderly, intervention vessels has become a routine treatment effectively. In July 7/2013, we met a case patient's clinical with severity hypertension and the unilateral blood pressure. The patients were taken MS - CT system of aorta and the results were multiple arteries stenosis, in which left subclavian stenosis, complete obstruction left renal artery stenosis and coronary artery stenosis. With a patient had multiple arteries stenosis, we had decided to intervene selectively the left renal artery and coronary artery stenosis and medical therapy with subclavian stenosis. Results after the intervention the patient's blood pressure fell immediately after the intervention and the clinical and subclinical clearly improved and no complications occurred after the procedure.*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh tim mạch (Cardiovascular disease) ngày nay đã phổ biến trong dân số và ảnh hưởng rất lớn đối với những người cao tuổi, trong đó hẹp tắc mạch do xơ vữa là một trong những nguyên nhân chính. Ngày nay với sự tiến bộ của kỹ thuật và các phương tiện chẩn đoán can thiệp tim mạch đã là một tiến bộ quan trọng trong tim mạch và đã trở thành một biện pháp điều trị

thường quy có hiệu quả cao, các trường hợp tắc mạch đã được phát hiện nhiều hơn và được can thiệp kịp thời giúp cải thiện tình trạng lâm sàng của người bệnh.

Tháng 7/2013 tại trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E, chúng tôi phát hiện một trường hợp bệnh nhân tắc nhiều động mạch, bao gồm tắc động mạch dưới đòn trái, tắc động mạch thân trái, hẹp ba thân động mạch vành, hẹp động mạch cảnh chung, động mạch thân tạng, động mạch thân phải, động mạch mạc treo tràng trên, xơ vữa động mạch chủ và vôi hóa rải rác. Với một trường hợp tắc và hẹp ở nhiều vị trí động mạch thì quyết định ưu tiên can thiệp ở vị trí động mạch nào để cải thiện tình trạng lâm sàng của người bệnh đồng thời giảm chi phí điều trị giảm các biến cố tắc stent sau can thiệp đã được đặt ra. Với mục tiêu đó chúng tôi xin trình bày ca lâm sàng này để bàn luận những biện pháp chẩn đoán, can thiệp, điều trị hợp lý và phòng tránh các biến chứng xảy ra sau can thiệp cho bệnh nhân. <sup>7</sup>

*Hẹp động mạch dưới đòn:* hẹp hoặc tắc động mạch dưới đòn trong hầu hết các trường hợp là không có triệu chứng, không cần đánh giá xâm lấn hoặc điều trị. Hẹp động mạch dưới đòn chỉ điều trị khi có triệu chứng thiếu máu não do suy động mạch trong não được cung cấp bởi động mạch dưới đòn [3 4]. Nguyên nhân do xơ vữa động mạch là nguyên nhân phổ biến nhất, thường hẹp hoặc tắc động mạch dưới đòn trái [5]. Một số nguyên nhân khác như bệnh Takayasu (bệnh viêm động mạch) [6]. Động mạch dưới đòn bị ép hoặc chấn thương. Sau phẫu thuật sửa chữa động mạch chủ [8]. Sau phẫu thuật sửa chữa của tứ chứng Fallot với một thông nối Blalock-Taussig [7].

*Hẹp Động mạch thân:* Thường gây tăng huyết áp nặng 30-40% cấp tính, đôi khi tăng huyết áp kháng trị (Refractory hypertension): bao gồm do xơ vữa động mạch (Atherosclerosis): Thường gặp nam giới độ tuổi trên 45 liên quan đến vị trí hẹp thường là vị trí lỗ đổ vào ĐMT từ ĐMC và loạn sản xơ cơ (Fibromuscular

\*Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E

\*\* Bệnh Viện Bạch Mai

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

Ngày nhận bài: 10/10/2013 - Ngày Cho Phép Đăng: 25/11/2013

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

Đức Phú

dysplasia) Thường gặp ở những phụ nữ dưới 50 tuổi và vị trí hẹp thường ở đoạn xa nhánh chính ĐMT và các nhánh bên trong ĐMT.

2006 ACC/ AHA khuyến cáo nên đặt stent cho các tổn thương xơ vữa động mạch thận. Nong ĐMT không đặt stent là rất hiếm chỉ thực hiện trừ khi giải phẫu ngăn cản đặt stent. Phẫu thuật chỉ áp dụng đối với những trường hợp hẹp phức tạp không can thiệp được qua da [2]

## II. CA LÂM SÀNG:

Bệnh nhân: Tổng Phú L nam 72 tuổi địa chỉ: Phường Quyết Tâm – Thành Phố Sơn La

Vào viện ngày : 4-7-2013 vì mệt, khó thở .

**Bệnh sử:** Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, rối loạn Lipid máu, hút thuốc lá đã bỏ đã điều trị tại nhiều bệnh viện chẩn đoán tăng huyết áp – suy tim – suy thận . Đợt này bệnh nhân hay mệt, khó thở khi gắng sức phù nhẹ hai chi dưới, không đau ngực.

**Khám lâm sàng:** Huyết áp tay phải: 190/100mmHg, huyết áp tay trái: 110/70 mmHg

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

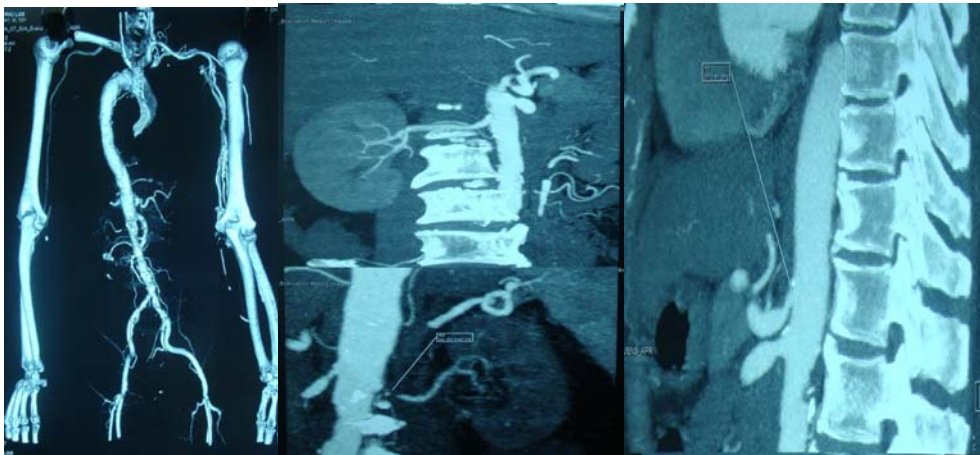
**Cận lâm sàng :**

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

SH máu : Ure: 8,3mmol/l; Creatinin: 149 $\mu$ mol/l; Glucose: 5,8 mmol/l; Cholesterol:4,8 mmol/l; Triglycerit: 1,4 mmol/l; HDL: 1,1mmol/l ; LDL:3,4 mmol/l, Acid Uric: 423  $\mu$  mol/l.

Siêu âm tim: NT: 36mm, Dd:32mm, Ds:23, EF: 68% Giảm nhẹ vận động vùng mỏm tim, thành vách tim T dày đồng tâm. Van ĐMC hở nhẹ - vừa, thất trái giãn nhẹ.

MS-CT động mạch chủ và hệ mạch chi trên: tắc hoàn toàn động mạch dưới đòn trái, tắc hoàn toàn động mạch thận trái, hẹp động mạch thận phải, động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên, động mạch cảnh, quai ĐMC giãn xơ vữa vôi hóa rải rác.



**Hình 1:** Tắc động mạch dưới đòn trên phim chụp MS- CT **Hình 2:** Hẹp ĐM thân tạng ĐM thận Phải ĐM mạc treo tràng trên và tắc ĐM thận Trái trên MS-CT

## III. BÀN LUẬN

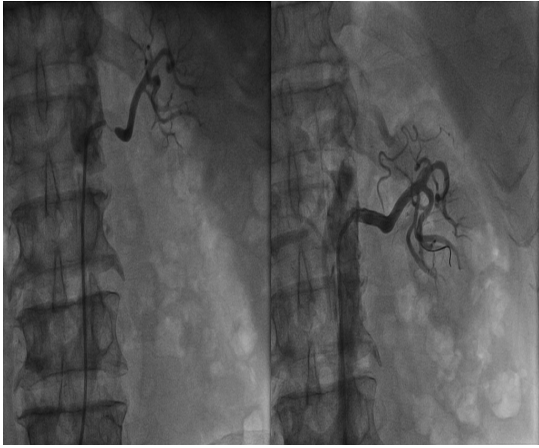
- Khám lâm sàng bệnh nhân có huyết áp hai tay lệch nhau. Trong trường hợp này gợi ý BN có thể có phình lóc ĐMC ngực hoặc có thể tắc động mạch một bên. Vì vậy BN đã được cho chụp XQ tim phổi, CT ngực và siêu âm hệ động mạch chi trên. Kết quả là không thấy phình lóc tách ĐMC ngực, Siêu âm hệ mạch chi trên theo dõi tắc ĐM dưới đòn trái.

- Vì vậy BN đã được chụp MS - CT ĐM chủ và hệ ĐM chi trên phát hiện hẹp tắc nhiều ĐM trong đó tắc ĐM thận trái là đáng kể nhất gây triệu chứng tăng huyết áp nặng trên lâm sàng. Bệnh nhân có hẹp nhiều động mạch trong đó tắc động mạch dưới đòn trái ở

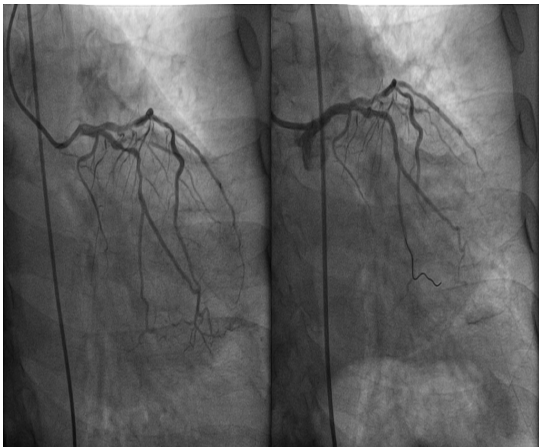
bệnh nhân cao tuổi, tắc đoạn đầu từ động mạch chủ đổ vào hai động mạch thận nên đây là bệnh cảnh của hẹp động mạch do xơ vữa. Trên những bệnh nhân có xơ vữa ĐM thận có thể hậu quả một xơ vữa ĐM toàn thân trong đó có ĐM vành. Vì vậy bệnh nhân được chỉ định chụp chọn lọc ĐM vành qua da, chụp chọn lọc hai ĐM thận và ĐM dưới đòn qua da, dự kiến can thiệp nong và đặt stent động mạch thận.

- Ngày 16/7/2013 bệnh nhân được tiến hành can thiệp: Kết quả chụp động mạch vành có hẹp ba thân động mạch vành trong đó nhánh LCx hẹp 90%, 80% LAD đoạn I-II, 70% RCA. Vì nhánh ĐM mũ có mức độ hẹp đáng kể nhất gây giảm vận động vùng mỏm

trên siêu âm tim nên bệnh nhân đã được can thiệp đặt 1 stent LCx 2.75 x 28 mm vào LCx. Kết quả sau can thiệp ĐM mũ thông tốt khôi phục lại dòng chảy TIMI 3. Kết quả chụp động mạch thận tắc hoàn toàn ĐM thận trái, hẹp 50% ĐM thận phải. Bệnh nhân được nong và đặt 1 stent ĐM thận 5.0 x 19 mm vào ĐM thận trái.



**Hình 3:** Động mạch thận Trái trước và sau CT



**Hình 4:** Động mạch vành LCx trước và sau CT

- Lượng thuốc cản quang sử dụng trong can thiệp 200 ml. Kết quả can thiệp ĐM vành và ĐM thận tốt khôi phục lại dòng chảy TIMI 3. Ngay sau khi can thiệp nong và đặt stent ĐM thận huyết áp của bệnh nhân đang là 220/110 mmHg đã hạ xuống còn 140/90 mmHg.

- Điều trị nội khoa sau can thiệp: Heparin, thuốc chống kết tập tiểu cầu Aspirin+ Clopidogrel, statin+ bù dịch điện giải và lợi tiểu.

- Diễn biến lâm sàng sau can thiệp: HA dao động từ 120/ 80 mmHg – 140/90 mmHg, bệnh nhân thấy dễ chịu hơn, tiểu 2,5 L / 24h. Xét nghiệm SH máu sau CT: Ure:10,9 mmol/l Creatinin: 180 μmol/l, Na:139mmol/l, K+:3,4 mmol/l. Và sau hai ngày điều

trị : Ure: 16,2 mmol/l, Creatinin: 91μmol/l, Na:134 mmol/l, K+:4,3 mmol/l. Bệnh nhân được xuất viện sau 14 ngày điều trị

#### **KẾT LUẬN:**

- Với những bệnh nhân được khám lâm sàng có huyết áp hai tay lệch nhau trên nền một tăng huyết áp kháng trị cần được thăm dò để tìm nguyên nhân tắc mạch hoặc lóc thành ĐMC. Chụp MS- CT là rất cần thiết và được chỉ định khi có những dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý.

- Hẹp hoặc tắc ĐM dưới đòn trong hầu hết các trường hợp là không có triệu chứng, không cần đánh giá xâm lấn hoặc điều trị tuy nhiên lại gợi ý có thể là hậu quả một xơ vữa ĐM toàn thân và nguy cơ cao có những biến cố bất lợi về tim. Nên các bệnh nhân này cần được thăm dò để phát hiện những vị trí tắc mạch quan trọng khác như ở tim, não, thận.

- Nong và đặt stent cho các tổn thương xơ vữa động mạch thận, và động mạch vành. Lợi ích có thể can thiệp là giảm nhu cầu thuốc men cải thiện tình trạng lâm sàng, giảm biến cố tim mạch nhưng cũng cần phải được cân nhắc với nguy cơ biến chứng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Olin JW, Melia M, Young JR, et al. Prevalence of atherosclerotic renal artery stenosis in patients with atherosclerosis elsewhere. *Am J Med* 1990; 88:46N.
2. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation* 2006; 113:e463.

3. CONTORNI L. [The vertebro-vertebral collateral circulation in obliteration of the subclavian artery at its origin]. *Minerva Chir* 1960; 15:268.
4. REIVICH M, HOLLING HE, ROBERTS B, TOOLE JF. Reversal of blood flow through the vertebral artery and its effect on cerebral circulation. *N Engl J Med* 1961; 265:878.
5. Kesteloot h, vanhoute o. reversed circulation through the vertebral artery. *Acta Cardiol* 1963; 18:285.
6. Yoneda S, Nukada T, Tada K, et al. Subclavian steal in Takayasu's arteritis. A hemodynamic study by means of ultrasonic Doppler flowmetry. *Stroke* 1977; 8:264.
7. Kurlan R, Krall RL, Dewese JA. Vertebrobasilar ischemia after total repair of tetralogy of Fallot: significance of subclavian steal created by Blalock-Taussig anastomosis. Vertebrobasilar ischemia after correction of tetralogy of Fallot. *Stroke* 1984; 15:359.
8. Saalouke, MG, Perry, LW, Breckbill, DL, et al. Cerebrovascular abnormalities in postoperative coarctation of the aorta. Four cases demonstrating left subclavian steal on aortography. *Am J Cardiol* 1978; 42:97.