

Tiếp cận toàn diện bệnh lý động mạch chủ: Kinh nghiệm tại Trung tâm Tim mạch BV Đại học Y Dược TP.HCM

Võ Tuấn Anh*, Nguyễn Hoàng Định**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý động mạch chủ là một trong những bệnh lý nặng, diễn biến đột ngột với tiên lượng tử vong cao. Các liệu pháp điều trị bao gồm phẫu thuật và can thiệp nội mạch, với ưu điểm và nhược điểm riêng.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch BV ĐHYD TP.HCM.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca hồi cứu bệnh nhân điều trị bệnh động mạch chủ tại bệnh viện ĐHYD TPHCM từ tháng 8/2014 đến tháng 8/2019.

Kết quả: 67 bệnh nhân điều trị phẫu thuật bệnh động mạch chủ, tuổi trung bình 65,6. Bóc tách động mạch chủ loại A cấp tính chiếm 28 trường hợp, 39 trường hợp phình động mạch chủ các vị trí. Tử vong 10,4%. Bên cạnh đó, có 112 bệnh nhân được can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch, tuổi trung bình 77,6 tuổi. Tử vong sớm sau phẫu thuật có 11 trường hợp 9,8%. Có 10 trường hợp bị biến chứng rò nội mạch (8,9%).

Kết luận: Can thiệp nội mạch giúp cải thiện tỉ lệ tử vong sớm, nhưng kết quả lâu dài của phương pháp này có thể chưa ngang bằng phẫu thuật. Cần có hệ thống cung cấp đầy đủ giải pháp để giảm biến chứng và tử vong.

Từ khóa: Tiếp cận toàn diện, hội chứng động mạch chủ cấp, can thiệp nội mạch

ABSTRACT

Background – Objectives: Aortic disease, oftenly seen in the elderly, is a severe condition with high mortality and high surgical risk.

Treatment modalities consists of surgery and endovascular repair, each has advantages and disadvantages. We summarized our experiences in treating aortic disease at the Heart Center, University Medical Center at Ho Chi Minh City

Method: We prospective reviewed patients underwent aortic surgery and endovascular treatment at the University Medical Center at Ho Chi Minh City from 08/2014 to 08/2019.

Results: 67 patients underwent aortic surgery at our center, group mean age was 65.6, male:female ratio was 1.4:1. 28 cases were acute loạiA dissection, the other 39 patients were diagnosed with aortic aneurysms at different part of the aorta. Early mortality was 10.4%, including 4 arch replacement, 1 Bentall and 2 thoracoabdominal aneurysms. 112 patients were treated endovascularly, group mean age was 77.6, male:female ratio was 1.6:1. Early mortality was 9.8%, 10 endoleak was recorded (8.9%)

Conclusions: In our experiences with aortic procedures, the outcomes are slightly better in the endovascular group, comparing to the surgical cohort. A holistic approach is required to provide the best option for patients with this severe condition..

Key words: Holistic approach, acute aortic syndrome, endovascular repair.

* Khoa Phẫu Thuật Tim mạch – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

** Bộ môn Phẫu thuật Lồng ngực – Tim mạch – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Người chịu trách nhiệm khoa học: Võ Tuấn Anh

Ngày nhận bài: 01/05/2020 - Ngày Cho Phép Đăng: 15/05/2020

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng
PGS.TS. Nguyễn Hữu Ước

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý động mạch chủ là một trong những bệnh lý nặng, diễn biến đột ngột với tiên lượng tử vong cao và thường xuất hiện trên những bệnh nhân lớn tuổi. Bệnh động mạch chủ là một phổ gồm các bệnh lý sau: Phình động mạch chủ (Aortic aneurysm), bóc tách động mạch chủ (aortic dissection), huyết khối thành động mạch chủ (Intramural hematoma), loét thành động mạch chủ (Penetrating atherosclerotic ulcer), giả phình động mạch chủ và các bất thường do bệnh lý di truyền (Hội chứng Marfan), và một số bệnh lý bẩm sinh (van động mạch chủ hai mảnh, hẹp eo động mạch chủ).(1)

Ngày nay, với sự xuất hiện của can thiệp nội mạch, việc điều trị bệnh lý động mạch chủ đã có những bước tiến mạnh mẽ, giúp cải thiện tiên lượng sống ngắn hạn của bệnh nhân, đem lại những ưu điểm của phương pháp tiếp cận ít xâm lấn và cung cấp thêm một chọn lựa điều trị cho người bệnh. Đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật quá cao.

Tuy vậy, bên cạnh những ưu thế rất tốt so với phẫu thuật, can thiệp nội mạch cũng không tránh khỏi những vấn đề tồn đọng của một phương pháp mới và đang phát triển: Tỷ lệ can thiệp lại ở những bệnh nhân được theo dõi dài hạn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật (2); các loại dò nội mạch khó giải quyết; các trường hợp giải phẫu của túi phình không thuận lợi cho can thiệp (cổ túi phình động mạch chủ bụng gập góc nhiều, ngắn, hoặc dạng không phù hợp...).

Chính vì vậy, dù mang tính chất xâm lấn nhiều hơn, phẫu thuật điều trị bệnh động mạch chủ vẫn giữ một vai trò quan trọng trong giai đoạn hiện nay nhờ vào ưu điểm giải quyết triệt để túi phình hoặc bóc tách, giúp cho tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp lại thấp hơn so với can thiệp nội

mạch. Chúng tôi cho rằng, phẫu thuật và can thiệp nội mạch bệnh lý động mạch chủ không loại trừ lẫn nhau mà bổ trợ cho nhau, giúp nhà phẫu thuật động mạch chủ có thể có lựa chọn phù hợp và có tiên lượng tốt nhất cho người bệnh.

Việc triển khai phẫu thuật và can thiệp nội mạch bệnh động mạch chủ cần được cân nhắc cẩn thận và nên được tiến hành ở các trung tâm có thể cung cấp tất cả các lựa chọn cho người bệnh cũng như có thể giải quyết các biến chứng có thể xảy ra nhằm tránh gây nguy hại cho những bệnh nhân vốn đã có tiên lượng tử vong cao.

Chúng tôi tổng kết kinh nghiệm triển khai điều trị phẫu thuật và can thiệp bệnh lý động mạch chủ tại Trung Tâm Tim mạch BV Đại học Y Dược TP.HCM nhằm đánh giá chỉ định, kỹ thuật, kết quả bước đầu cũng như những bài học sơ khởi để góp phần hoàn thiện hơn chuyên môn về bệnh lý này tại trung tâm chúng tôi.

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm của điều trị phẫu thuật và điều trị can thiệp nội mạch bệnh động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch BV Đại học Y Dược TP.HCM.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Trích lục dữ liệu hồ sơ bệnh án tại Trung tâm Tim Mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM của các bệnh nhân được phẫu thuật và can thiệp nội mạch bệnh lý động mạch chủ trong thời gian từ tháng 08/2014 đến tháng 08/2019.

Các kỹ thuật được thực hiện:

Các kỹ thuật được thực hiện để điều trị bệnh lý động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM bao gồm:

- Phình gốc động mạch chủ:

- Phẫu thuật Bentall ít xâm lấn qua đường mở ngực nửa trên xương ức.

▪ Phẫu thuật Tirone David ít xâm lấn qua đường mở ngực nửa trên xương ức.

- Phình động mạch chủ ngực lên:

▪ Thay động mạch chủ ngực lên ít xâm lấn qua đường mở ngực nửa trên xương ức.

- Phình quai động mạch chủ:

▪ Thay toàn bộ quai động mạch chủ ít xâm lấn qua đường mở ngực nửa trên xương ức.

▪ Tái tạo toàn phần quai động mạch chủ ít xâm lấn qua đường mở ngực nửa trên xương ức để hỗ trợ đặt ống ghép nội mạch tại vùng 0.

▪ Tái tạo một phần quai động mạch chủ qua các đường mở ở cổ.

▪ Tái tạo toàn bộ quai động mạch chủ không cần mở ngực bằng kỹ thuật ống khói qua thân động mạch cánh tay đầu để hỗ trợ đặt ống ghép nội mạch tại vùng 0.

- Phình động mạch chủ ngực xuống:

▪ Phẫu thuật thay động mạch chủ ngực xuống có hoặc không có sự hỗ trợ của tim phổi nhân tạo.

▪ Can thiệp nội mạch cho phình động mạch chủ ngực xuống.

- Phình động mạch chủ ngực bụng – Phình động mạch chủ bụng trên thận:

▪ Phẫu thuật thay động mạch chủ ngực bụng

với sự hỗ trợ của tim phổi nhân tạo.

▪ Hiện tại Trung tâm Tim mạch chưa triển khai các loại stent graft có nhánh dành cho phình động mạch chủ ngực bụng.

- Phình động mạch chủ bụng sát động mạch thận:

▪ Phẫu thuật thay động mạch chủ bụng.

▪ Can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng kèm stent động mạch thận dạng ống khói.

- Phình động mạch chủ bụng dưới thận:

▪ Phẫu thuật thay động mạch chủ bụng dưới thận qua đường xuyên phúc mạc hoặc đường sau phúc mạc.

▪ Can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng dưới thận.

- Bóc tách động mạch chủ ngực loại A:

▪ Phẫu thuật thay gốc/động mạch chủ lên/quai động mạch chủ.

▪ Can thiệp nội mạch thì 2 cho phần bóc tách của động mạch chủ ngực xuống.

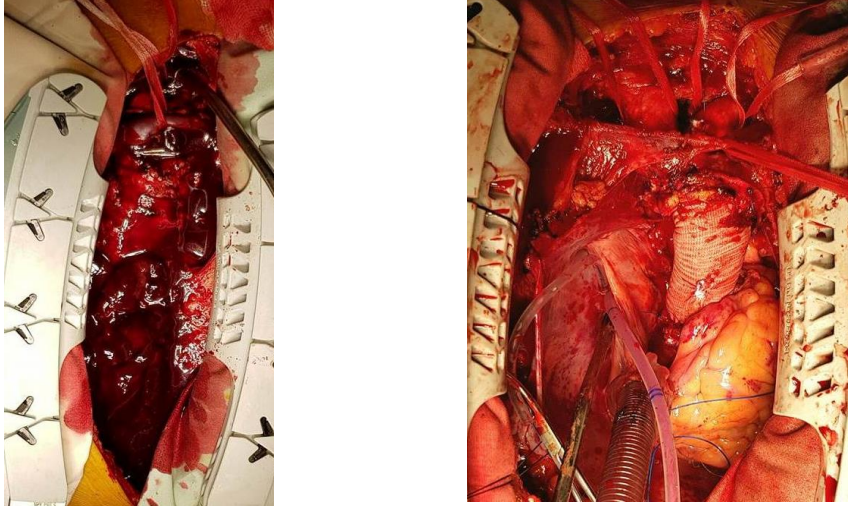
- Bóc tách động mạch chủ ngực loại B:

▪ Can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ ngực loại B bán cấp có hoặc không có biến chứng.

▪ Can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ ngực loại B mạn tính.



Hình 1: Can thiệp điều trị phình quai động mạch chủ có tái tạo toàn phần quai động mạch chủ không mở ngực bằng phương pháp ống khói ở thân tay đầu



Hình 2: Phẫu thuật điều trị bóc tách động mạch chủ cấp tính

KẾT QUẢ

Phẫu thuật:

Từ tháng 8/2014 đến tháng 8/2019, có 67 bệnh nhân được phẫu thuật động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, tuổi trung bình của nhóm là 65.6 tuổi, tỉ lệ nam:nữ = 1.4:1. Bóc tách động mạch chủ loại A cấp tính chiếm 28 trường hợp, 39 trường hợp còn lại là phình động mạch chủ các vị trí từ gốc động mạch chủ đến động mạch chủ bụng dưới thận.

Bảng 1. Số lượng phẫu thuật điều trị bệnh động mạch chủ

Vị trí phẫu thuật	Số lượng
Động mạch chủ lên đơn thuần và gốc động mạch chủ (Bentall hoặc Tirone David)	21
Quai động mạch chủ + Động mạch chủ lên	18
Động mạch chủ ngực xuống	3
Động mạch chủ ngực bụng	6
Động mạch chủ bụng dưới thận	19
Tổng	67

Tử vong có 7 trường hợp (10,4%), trong đó 4 trường hợp thay quai động mạch chủ, 1 trường hợp phẫu thuật Bentall và hai trường hợp phình động mạch chủ ngực bụng. Các trường hợp thay quai động mạch chủ tử vong đều có tai biến mạch máu não sau phẫu thuật, bệnh nhân không tỉnh hoặc yếu liệt và tử vong do viêm phổi vi khuẩn và nấm. 1 trường hợp phình động mạch chủ ngực bụng đã vỡ và tim rời rạc, phẫu thuật cấp cứu trong tình trạng sốc giảm thể tích, bệnh nhân

không cai được máy tim phổi nhân tạo, trường hợp còn lại bệnh nhân tử vong do hoại tử toàn bộ đại tràng sau phẫu thuật. 5/7 trường hợp tử vong là phẫu thuật cấp cứu, chiếm 71,4%.

Can thiệp nội mạch:

Từ tháng 8/2014 đến tháng 8/2019, có 112 bệnh nhân được can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, tuổi trung bình của nhóm là 77,6 tuổi, tỉ lệ nam:nữ = 1,6:1.

Bảng 2. Số lượng can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chủ

Bệnh lý	Phẫu thuật đi kèm	Số lượng
Phình động mạch chủ ngực	Có stent thân tay đầu dạng ống khói	3
	Tái tạo 1 phần quai động mạch chủ	14
	Tái tạo toàn bộ quai động mạch chủ	6
	Không	12
Bóc tách động mạch chủ loại B	Tái tạo 1 phần quai động mạch chủ	17
	Không	12
Phình động mạch chủ bụng	Có stent vào động mạch thận dạng ống khói	2
	Không	46
Tổng		112

Tử vong sớm sau phẫu thuật có 11 trường hợp, chiếm tỉ lệ 9,8%. Trong đó có 5 trường hợp can thiệp quai động mạch chủ có tái tạo toàn phần hoặc bán phần quai. 4 bệnh nhân trong nhóm này bị tai biến mạch máu não sau phẫu thuật và bệnh nhân tử vong do nguyên nhân nhiễm trùng phổi do vi khuẩn và nấm. 1 trường hợp phình động mạch chủ vỡ vào khoang màng phổi can thiệp thành công nhưng có dò loạiII do động mạch liên sườn, bệnh nhân tử vong sau đó do hiện tượng vỡ phình tiếp tục diễn tiến. Có 1 trường hợp phình động mạch chủ ngực xuống vỡ và tử vong trước khi bung stent. Có 5

trường hợp phình động mạch chủ bụng tử vong, trong đó 1 trường hợp vỡ vào ổ bụng và 3 trường hợp vỡ vào khoang sau phúc mạc. 1 trường hợp còn lại là phình động mạch chủ bụng sát thận, có đặt 2 stent vào 2 động mạch thận dạng ống khói. Tuy trường hợp này là phẫu thuật chương trình, nhưng do thời gian phẫu thuật kéo dài, các thao tác khó khăn do cấu trúc túi phình phức tạp nên bệnh nhân có suy đa cơ quan tiến triển sau mổ và tử vong sau 1 tuần điều trị. Như vậy, 10/11 trường hợp tử vong là can thiệp cấp cứu, chỉ có 1 trường hợp là can thiệp chương trình.

Biến chứng dò nội mạch: Có 10 trường hợp bị biến chứng dò nội mạch (endoleak), chiếm 8.9%.

Bảng 3. Dò nội mạch sau can thiệp

Loại dò nội mạch	Số lượng
Dò loại IA	2
Dò loại IB	1
Dò loại II	6
Dò loại III	0
Dò loại IV	1

Cả 3 trường hợp dò nội mạch loạiI đều được xử lý thành công ngay trong phẫu thuật. 5 trường hợp dò loạiII tự hết sau 6 tháng theo dõi, 1 trường hợp không tự hết và cần can thiệp. Dò loạiIV có 1 trường hợp và được can thiệp thành công ngay trong phẫu thuật.

BÀN LUẬN

Hai phương pháp điều trị bệnh lý động mạch chủ hiện nay là phẫu thuật và can thiệp nội mạch đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Để tận dụng được tối đa hiệu quả và tránh các hậu quả nặng nề cho bệnh nhân, nhà phẫu thuật động mạch chủ phải dung hòa và tận dụng ưu điểm của từng phương pháp cũng như tránh các nhược điểm, không sa đà vào một phương pháp nào mà cần linh hoạt trong từng tình huống.

Khi so sánh tỉ lệ tử vong sớm, chúng tôi nhận thấy nhóm can thiệp nội mạch có tỉ lệ tử vong thấp hơn so với nhóm phẫu thuật mở (9.8% so với 10.4%), tuy nhóm phẫu thuật mở có tuổi trung bình thấp hơn. Patel và cộng sự (3) theo dõi và so sánh kết quả sau 15 năm giữa can thiệp động mạch chủ và phẫu thuật động mạch chủ (nghiên cứu EVAR) cho thấy ở giai đoạn ngắn hạn, can thiệp nội mạch có kết quả tốt hơn với tỉ lệ tử vong thấp hơn. Tuy vậy, ở giai đoạn theo dõi trung hạn và dài hạn, đặc biệt sau 8 năm theo dõi, tỉ lệ tử vong của nhóm phẫu thuật lại thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp, cũng như tỉ lệ can thiệp lại trong nhóm stent graft cao hơn so với nhóm phẫu thuật. Các tác giả kết luận rằng can thiệp động mạch chủ bụng có hiệu quả cao hơn phẫu thuật ở giai đoạn sớm nhưng ở giai đoạn dài hạn thì hiệu quả thấp hơn.

Bên cạnh đó, những giới hạn trong thời điểm hiện tại cũng làm một số các trường hợp phình động mạch chủ bụng không phù hợp cho can thiệp nội mạch, trong đó có các trường hợp cổ ngắn (< 15mm), cổ dạng thùng, cổ dạng hình thang hoặc hình thang ngược. Những trường hợp này đều nằm ngoài hướng dẫn sử dụng thiết bị (Instruction for use – IFU) của nhà sản xuất. Khi cố gắng thực hiện can thiệp nội mạch ở các trường hợp này, tỉ lệ tử vong cũng như dò nội

mạch sẽ cao hơn và có khả năng gây nguy hiểm cho người bệnh (4).

Đối với động mạch chủ ngực, Cheng và cộng sự thực hiện nghiên cứu gộp (meta analysis) và cho thấy can thiệp nội mạch có tỉ lệ tử vong ngắn hạn tốt hơn, ít các tai biến sau: Suy thận, liệt tủy, mổ lại do chảy máu, biến chứng tim mạch, viêm phổi, và thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật (5). Điều này có thể lý giải được vì đa số các trường hợp phẫu thuật động mạch chủ ngực, ngay cả với động mạch chủ ngực xuống đơn thuần, đều cần đến hoạt động của máy tim phổi nhân tạo. Việc sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề như tai biến mạch máu não, suy thận, viêm phổi, thờ máy kéo dài và nhiễm trùng bệnh viện, những biến chứng này sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong của những bệnh nhân phẫu thuật động mạch chủ. Tuy vậy, tỉ lệ dò nội mạch của phình động mạch chủ ngực là tương đối cao so với động mạch chủ bụng, Parmer và cộng sự cho thấy 29% các trường hợp can thiệp động mạch chủ ngực có dò nội mạch, trong đó có 40% là dò nội mạch loại I, 35% dò nội mạch loại II, 20% dò nội mạch loại III và 5% có nhiều loại dò nội mạch cùng lúc (6). Dò nội mạch loại II trong can thiệp động mạch chủ ngực là loại dò nội mạch khó xử lý triệt để ngay tại thời điểm can thiệp, đa số các trường hợp này phải theo dõi trong 1 thời gian dài để túi phình huyết khối hoàn toàn và dò nội mạch tự hết. Bischoff cho thấy tỉ lệ dò nội mạch loại II trong can thiệp phình động mạch chủ ngực khá cao trong lô nghiên cứu của mình (8.3%). Trong đó, nguyên nhân thường gặp nhất là do động mạch dưới đòn (43,3%) và do động mạch liên sườn (43,3%). Tuy ít được chú ý hơn dò nội mạch loại I, dò nội mạch loại II có thể là nguyên nhân gây ra tử vong ở các bệnh nhân phình động mạch chủ ngực vỡ do túi phình không hoàn toàn được

cô lập khỏi dòng máu và vẫn được nuôi từ tuần hoàn bàng hệ của các mạch máu nhánh xung quanh, nhất là động mạch liên sườn. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp tử vong sau can thiệp động mạch chủ ngực vỡ do dò nội mạch loại II từ các động mạch liên sườn. Chính vì vậy, không nên chủ quan và cho rằng có thể theo dõi được loại dò nội mạch này, đặc biệt là trên các bệnh nhân có túi phình đã vỡ.

Tai biến mạch máu não cũng là một vấn đề quan trọng cần được chú ý, kể cả trong phẫu thuật thay quai động mạch chủ cũng như phẫu thuật tái tạo bán phần/toàn phần quai động mạch chủ trong can thiệp nội mạch. Yoshitake báo cáo tỉ lệ tai biến mạch máu não không hồi phục ở nhóm bệnh nhân tái tạo quai động mạch chủ là 9,5% (7), tỉ lệ này của chúng tôi là 13%. Nguyên nhân thường gặp là do kẹp một bên động mạch cảnh trên bệnh nhân lớn tuổi, xơ vữa mạch máu lan tỏa, làm ảnh hưởng lưu lượng máu tưới lên não do khiếm khuyết từ tuần hoàn bàng hệ. Lưu lượng máu lên não có thể kiểm soát được thông qua đo độ bão hòa oxy qua não trán bằng hệ thống INVOS™. Tuy vậy, đối với các trường hợp xơ vữa động mạch cảnh, đặc biệt ở các mảng xơ vữa không ổn định, động tác kẹp có thể làm bung mảng xơ vữa lên các động mạch não quan trọng (động mạch não giữa, động mạch não sau) mà hệ thống INVOS™ không phát hiện được. Vì vậy, cần hết sức chú ý thời gian kẹp, mức độ xơ vữa của vị trí kẹp nhằm hạn chế thấp nhất biến chứng gây tàn phế và tử vong hàng đầu này.

Phẫu thuật cấp cứu cũng là yếu tố ảnh hưởng lên tiên lượng điều trị, kể cả nhóm can thiệp và phẫu thuật. 5/7, 10/11. Trong nhóm phẫu thuật, có 5/7 bệnh nhân tử vong là cấp cứu (71.4%) và 10/11 (91%) bệnh nhân tử vong khi can thiệp là cấp cứu. Trong báo cáo của Gupta và cộng sự (8), các tác giả so sánh tỉ lệ tử vong giữa

phẫu thuật và can thiệp nội mạch ở nhóm bệnh nhân phình động mạch chủ bụng đã vỡ. Trong 1447 bệnh nhân, 65.5% được phẫu thuật hở và 34.5% được can thiệp nội mạch. Tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của các bệnh nhân này là 47.9%, trong đó, tử vong của nhóm phẫu thuật hở là 52.8% và can thiệp nội mạch là 35.6% ($p < 0.0001$). Tỉ lệ biến chứng hậu phẫu cũng rất cao ở các bệnh nhân này: Nhồi máu cơ tim cấp (26%), suy thận cần chạy thận (17%).

Đối với động mạch chủ ngực, Jonker và cộng sự (9) cũng so sánh giữa phẫu thuật và can thiệp nội mạch trong những trường hợp phình động mạch chủ ngực vỡ. Trong tổng số 166 trường hợp, 92 bệnh nhân được điều trị can thiệp nội mạch và 69 bệnh nhân được phẫu thuật mở. Tỉ lệ tử vong và biến chứng trong nhóm can thiệp là 21,7% so với 36,2% trong nhóm phẫu thuật. Như vậy, các tác giả cũng cho thấy tỉ lệ tử vong sớm ở các bệnh nhân thực hiện phẫu thuật cấp cứu ở động mạch chủ ngực là rất cao, đặc biệt trong nhóm phẫu thuật.

Kết quả của chúng tôi khá tương đồng so với các tác giả trên, với tỉ lệ tử vong ngắn hạn trong nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm phẫu thuật. Tuy vậy, chúng tôi cần thêm thời gian để đánh giá tỉ lệ tử vong trung và dài hạn giữa hai nhóm này với nhau.

Tuy không ghi nhận trường hợp nào trong lô nghiên cứu của chúng tôi, việc chuyển phẫu thuật hở cũng là một vấn đề quan trọng đối với các trường hợp thực hiện can thiệp nội mạch, đặc biệt là trong những trường hợp bóc tách động mạch chủ. Theo Chen và cộng sự (10), tỉ lệ bóc tách động mạch chủ loại A ngược dòng sau can thiệp nội mạch điều trị bóc tách loại B là 2,5%, với tỉ lệ tử vong lên đến 37,1%, đặc biệt là với các dụng cụ có giá đỡ không phủ ở phần đầu (bare stent). Ludovic Canaud và cộng sự (11) cho

thấy trong lô nghiên cứu của mình, có 7/186 bệnh nhân (3,7%) can thiệp động mạch chủ ngực cần chuyển mổ hở, trong đó có 3 trường hợp bóc tách loại A ngược dòng, 1 trường hợp xẹp ống ghép, 1 trường hợp kích thước túi phình tăng lên mà không có dò nội mạch, 1 trường hợp dò động mạch chủ - thực quản và 1 trường hợp nhiễm trùng ống ghép.

Qua đó có thể thấy, chuyển phẫu thuật mở, tuy có tỉ lệ thấp, là một trong những vấn đề lớn của can thiệp nội mạch động mạch chủ. Biến chứng này thường xảy ra trên bàn can thiệp và đòi hỏi ê kíp thực hiện phải khẩn trương, là những phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật động mạch chủ, đồng thời có phương tiện hỗ trợ cần thiết, đặc biệt là hệ thống tim phổi nhân tạo và ECMO và đơn vị hồi sức mạnh, mới có thể có hy vọng cứu sống bệnh nhân. Không nên cho rằng can thiệp động mạch chủ là đơn giản, dễ thực hiện vì các thao tác đơn giản và đường cong huấn luyện ngắn hơn phẫu thuật động mạch chủ.

Như vậy, qua kinh nghiệm bước đầu của Trung tâm Tim mạch BV Đại học Y Dược TPHCM, chúng tôi nhận thấy để tiếp cận và điều trị hiệu quả bệnh lý động mạch chủ, cần có một hệ thống hoàn chỉnh, có thể cung cấp được đầy đủ các giải pháp, bao gồm cả can thiệp và phẫu thuật toàn diện động mạch chủ trên bất kì vị trí nào nhằm giảm thiểu các biến chứng và tử vong cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Bệnh động mạch chủ là một bệnh lý nặng, có nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong vẫn còn khá cao, đối với cả phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Với ưu thế ít xâm lấn, nhanh chóng hơn, can thiệp nội mạch giúp cải thiện tỉ lệ tử vong sớm, nhưng kết quả lâu dài của phương pháp này có

thể không bằng phẫu thuật với tỉ lệ tử vong và tỉ lệ can thiệp lại sau 10 năm cao hơn phẫu thuật. Cần có hệ thống hoàn chỉnh, cung cấp đầy đủ giải pháp, bao gồm can thiệp và phẫu thuật toàn diện bệnh động mạch chủ để giảm thiểu biến chứng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, et al. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 35(41):2873-926.

2. Al-Jubouri M, Comerota AJ, Thakur S, Aziz F, et al. (2013). Reintervention after EVAR and open surgical repair of AAA: a 15-year experience. *Ann Surg.* 258(4):652-7; discussion 657-8.

3. Patel R, Sweeting MJ, Powell JT, Greenhalgh RM, et al. (2016). Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm in 15-years' follow-up of the UK endovascular aneurysm repair trial 1 (EVAR trial 1): a randomised controlled trial. *Lancet.* 388(10058):2366-2374.

4. Oliveira-Pinto J, Oliveira N, Bastos-Goncalves F, Hoeks S, et al. (2017). Long-term results of outside "instructions for use" EVAR. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 58(2):252-260.

5. Cheng D, Martin J, Shennib H, Dunning J, et al. (2010). Endovascular aortic repair versus open surgical repair for descending thoracic aortic disease a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *J Am Coll Cardiol.* 55(10):986-1001.

6. Parmer SS, Carpenter JP, Stavropoulos SW, Fairman RM, et al. (2006). Endoleaks after endovascular repair of thoracic aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 44(3):447-52.

7. Yoshitake A, Hachiya T, Okamoto K, Kitahara H, et al. (2016). Postoperative Stroke after Debranching with Thoracic Endovascular Aortic Repair. *Ann Vasc Surg.* 36:132-138.

8. Gupta PK, Ramanan B, Engelbert TL, Tefera G, et al. (2014). A comparison of open surgery versus endovascular repair of unstable ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 60(6):1439-45.

9. Jonker FH, Verhagen HJ, Lin PH, Heijmen RH, et al. (2011). Open surgery versus endovascular repair of ruptured thoracic aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 53(5):1210-6.

10. Chen Y, Zhang S, Liu L, Lu Q, et al. (2017). Retrograde Type A Aortic Dissection After Thoracic Endovascular Aortic Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc.* 6(9).

11. Canaud L, Alric P, Gandet T, Albat B, et al. (2011). Surgical conversion after thoracic endovascular aortic repair. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 142(5):1027-31.