

6. **McMartin K., Jacobsen D, Hovda K.E, et al (2016).** Antidotes for poisoning by alcohols that form toxic metabolites. *Br J Clin Pharmacol*; 81(3):505-15.
7. **Wedge M.K., Natarajan S., Johanson C., et al (2012).** The safety of ethanol infusions for the treatment of methanol or ethylene glycol

intoxication: an observational study. *CJEM*; 14(5):283-9

8. **Zakharov S., Nurieva O., Kotikova K., et al (2017).** Positive serum ethanol concentration on admission to hospital as the factor predictive of treatment outcome in acute methanol poisoning. *Monatsh Chem*, 148(3):409-419.

ĐIỀU TRỊ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ CẤP TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT MỞ KẾT HỢP ỚNG GHÉP LẠI

Nguyễn Thái An*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bóc tách động mạch chủ ngực cấp tính là một cấp cứu tim mạch nguy cơ cao, đặc biệt là thể lâm sàng Stanford A- De Bakey I. Bên cạnh phẫu thuật mổ mở kinh điển, phẫu thuật hybrid (mổ mở kết hợp đặt ống ghép lại) là phương pháp giải quyết thêm thương tổn ở động mạch chủ xuống. Tuy nhiên, cần có nghiên cứu hiệu quả của phương pháp này. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các trường hợp phẫu thuật mổ mở kết hợp đặt ống ghép lại nội mạch động mạch chủ từ tháng 5/2020 đến tháng 9/2020 tại khoa Hồi sức- Phẫu thuật Tim BVCR với chẩn đoán trước mổ là phình lồi động mạch chủ ngực cấp tính loại Stanford A – De Bakey I. **Kết quả:** Có 17 bệnh nhân trong nghiên cứu, nam/nữ = 13/4. Tuổi trung bình 56,5± 12,7. Phân suất tổng máu thất trái trước mổ EF= 63±3,9%. Đường kính động mạch chủ lên trung bình: 43,2±1,8mm, tỷ lệ đường kính động mạch chủ ngực lên/diện tích da cơ thể là 24,14mm/m² da. Thời gian kẹp động mạch chủ 118±39 phút và thời gian chạy máy là 220±30 phút. Số lượng ống ghép đặt cho một bệnh nhân là 1, chiều dài ống ghép: 175,7±16mm. Tỷ lệ tử vong là 2/17 (11,7%). **Kết luận:** Phẫu thuật mổ mở kết hợp đặt ống ghép lại sản xuất tại chỗ là hiệu quả, điều trị tốt các trường hợp bệnh động mạch chủ bóc tách cấp tính Stanford A-DeBakey I. Phương pháp này có thể nhân rộng cho các trung tâm tim mạch khác.

Từ khóa: bóc tách động mạch chủ, ống ghép lại, stentgraft

SUMMARY

ROLE of HYBRID PROTHESIS IN TREATMENT OF ACUTE STANFORD A–DE BAKEY I AORTIC DISSECTION

Objectives: Acute aortic dissection is one of the most serious cardiovascular emergencies, especially the Stanford A – De Bakey I one. Beside the conventional approach, hybrid surgery (modified

frozen elephant trunk technique) is considered to be an efficient solution for damages in descending aorta. However, it is necessary to conduct a research about the efficacy of this kind of surgery. **Subject and method:** We have reviewed retrospectively all the cases that had pre-operative diagnosis as Stanford – De Bakey I aortic dissection and were treated by using hybrid surgery from 5/2020 to 9/2020 at Cardiac Care-Surgery department of Cho Ray Hospital. **Results:** There are 17 patients in the study, 13 males and 4 females, whose average age is 56,5±12,7. The pre-operative left ventricular ejection fraction (EF) is 63±3,9%. The average diameter of ascending aorta is 43,2±1,8 mm and the rate ascending aortic diameter/body surface is 24,14 mm/m². The clamping time is 118±39 minutes and the time of extracorporeal circulation is 220±30 min. The number of grafts for one patient is one, and the length is 175,7±16 mm. The mortality is 2/17 (11,7%). **Conclusion:** The hybrid surgery (modified frozen elephant trunk technique) is an effective solution and strongly-recommended for the cases of Acute Stanford A-DeBakey I aortic dissection. This approach can be transferred to other cardiac centers in Vietnam.

Keyword: Aortic dissection, hybrid prothesis, stentgraft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bóc tách động mạch chủ cấp tính kiểu A theo phân loại Stanford (gọi tắt là Stanford A) là một bệnh lý nặng nề với tỷ lệ tử vong cao, 12-19,8% [1], [2]. Trong các trường hợp bóc tách Stanford A kéo dài đến động mạch chủ bụng, tức là kiểu I theo phân loại De Bakey (gọi tắt là De Bakey I), phẫu thuật càng phức tạp vì vừa phải giải quyết bệnh lý của động mạch chủ đoạn lên và quai đồng thời phải làm tăng lượng máu tưới các tạng trong ổ bụng. Để giải quyết vấn đề tưới máu tạng trong ổ bụng, hiện nay, có nhiều phương pháp như: kỹ thuật vòi voi kinh điển, kỹ thuật vòi voi kèm stentgraft (frozen elephant trunk-FET), kỹ thuật mổ mở kết hợp đặt giá đỡ Ascyrus [3]. Tuy nhiên, chúng tôi sử dụng kỹ thuật mổ mở với ống ghép lại để giải quyết vấn đề của động mạch chủ ngực xuống. Nghiên cứu

**Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái An

Email: nthaiian@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 9.3.2021

này nhằm báo cáo kết quả sớm của kỹ thuật mổ mở với ống ghép lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu mô tả các bệnh nhân có chẩn đoán bóc tách cấp tính động mạch chủ Stanford A, DeBakey I được phẫu thuật bằng kỹ thuật mổ mở với ống ghép lai trong thời gian tháng 5/2020 đến 9/2020 tại khoa Hồi sức- Phẫu thuật Tim bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp phẫu thuật

Sau khi bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp điện toán 64 dãy có tiêm thuốc cản quang, tiến hành đo đường kính động mạch chủ ngực xuống và chọn ống ghép nội mạch (stentgraft) Valiant miếng phụ (Medtronic) có đường kính đầu xa bằng với trị số đo được hoặc lớn hơn không quá 10%, chiều dài stent không vượt quá bờ dưới thân đốt sống ngực 10. Đầu gần của ống ghép có thể bằng hoặc lớn hơn đầu xa.

Cách tạo ống ghép tại chỗ (hình 1 và hình 2):

Trong môi trường phòng mổ, bung 1 mắc stent, cắt các khung kim loại. Chú ý không làm thủng phần ống ghép. Như vậy, ống ghép lai có 2 phần: phần thứ nhất là đoạn graft thông thường có chiều dài là 15-18mm tùy theo kích thước stentgraft đã chọn. Phần thứ hai là đoạn stentgraft còn lại. Nhét phần thứ nhất vào trở lại sheath của stentgraft như ban đầu.

Phương pháp phẫu thuật (hình 3, hình 4):

Bệnh nhân nằm ngửa, mở ngực đường giữa toàn xương ức, thiết lập máy tuần hoàn ngoài cơ thể như thay quai động mạch chủ. Trong khi hạ thân nhiệt, đặt ống thông pigtail từ đùi bên đã chọn đường vào để đặt ống ghép. Dùng siêu âm trực tiếp động mạch chủ ngực xuống hoặc qua ngã thực quản để đảm bảo rằng pigtail đã nằm trong lòng thật động mạch chủ ngực xuống. Kẹp động mạch chủ ngực lên, cắt ngang động mạch chủ ngực lên, bơm dung dịch liệt tim bảo vệ tim. Ngưng tuần hoàn khi nhiệt độ đủ, phẫu tích vùng quai động mạch chủ và nuôi não chọn lọc thuận chiều. cắt quai động mạch chủ ở vùng 2 hoặc 3 tương ứng lỗ vào ở đoạn động mạch chủ lên hoặc quai. Nếu lỗ vào ở đoạn xuống, cắt động mạch chủ ngang vùng 3 hoặc 4. Đặt ống ghép lai ngược dòng theo pigtail, bung ống ghép sao cho mép của ống ghép trùng với đường cắt động mạch chủ. Đính đoạn graft của ống ghép lai vào thành động mạch chủ. Thực hiện miệng nối xa: khâu nối ống mạch máu nhân tạo thường quy với ống ghép lai và thành động mạch chủ có miếng đệm bằng PTFE. Tưới máu lại phần xa

động mạch chủ. Làm ấm dần. Thực hiện miệng nối gần: khâu nối mạch máu nhân tạo với đầu gần động mạch chủ lên. Mở kẹp động mạch chủ cho tim đập lại. Tái tạo lại các nhánh động mạch tăng trên quai động mạch chủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng (n=17)	%
Giới tính: Nam	13	76,5
Nữ	4	23,5
Tuổi	56,5±12,7	
Đau ngực khi vào viện	17	100
Giảm tưới máu cơ quan đích trên CT scan	17	100
Tràn máu màng ngoài tim	10	58,9
EF trước mổ (%)	63±3,9	
Đường kính động mạch chủ ngực đoạn lên(mm)	43,2±1,8	
Bệnh kèm theo		
Tăng huyết áp	17	100
Rối loạn chuyển hóa mỡ	17	100
Tiểu đường	5	29,5

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau mổ

Đặc điểm	Số lượng (n=17)	%
Thời gian chạy máy (phút)	220±30	
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	118±39	
Thời gian không tưới máu đoạn xa động mạch chủ (phút)	55±10	
Thời gian tưới máu não chọn lọc (phút)	120±10	
Phẫu thuật gốc động mạch chủ kèm theo (bệnh nhân)	3	17,7
Phẫu thuật bắc cầu mạch vành kèm theo (bệnh nhân)	2	11,7
Chảy máu cần phải mổ lại (bệnh nhân)	0	0
Lọc máu sau mổ (bệnh nhân)	0	0
Biến chứng thần kinh vĩnh viễn (bệnh nhân)	0	0
Tử vong sau mổ (bệnh nhân)	0	0
Liên quan với động mạch chủ	2	11,7
Không liên quan với động mạch chủ: choáng nhiễm trùng		
Chiều dài ống ghép lai (mm)	175±16	
Huyết khối hoàn toàn lòng giả hoặc lòng thật nở hoàn toàn (bệnh nhân)	17	100

IV. BÀN LUẬN

Ưu điểm của phương pháp mổ:

- Lần đầu tiên báo cáo tại Việt Nam với số lượng hàng loạt ca.
- Không dùng tia X, và không dùng thuốc cản quang nên giảm thiểu các nguy hại cho bệnh nhân, nhất là chức năng thận vốn dĩ rất dễ tổn thương do phải chạy máy kéo dài vì mổ phức tạp
- Cuộc mổ không bị gián đoạn để đưa máy chiếu tia X so với phương pháp hybrid đặt stentgraft
- Không bị biến chứng di chuyển ống ghép lại trong tương lai, vì ống ghép này đã khâu dính vào thành động mạch chủ
- Không có endoleak type IA vì ống ghép lại được cố định bằng chỉ khâu
- Kết quả trong vòng 30 ngày là có thể so sánh với kết quả tử vong của các nước trên thế giới như Mỹ, Nhật (11,7% vs 12-19,8% [2] [1])
- Tiết kiệm đáng kể chi phí cho bệnh nhân vì ống ghép lại tự làm có giá thành thấp hơn các stentgraft trên thị trường

Khuyết điểm:

- Kéo dài thời gian không tưới máu phần xa của động mạch chủ. Tuy nhiên thời gian này là thời gian đặt và bung ống ghép lại, có thể rút

ngắn được do giai đoạn chuẩn bị và cắt stent tiến hành song song với các thì mổ mở.

- Số lượng bệnh nhân còn nhỏ và chưa theo dõi lâu dài

V. KẾT LUẬN

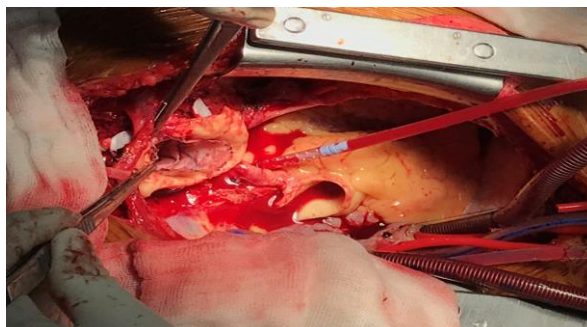
Phương pháp phẫu thuật mở kết hợp dùng ống ghép lại sản xuất tại chỗ là hiệu quả kinh tế, điều trị tốt các trường hợp bệnh động mạch chủ bóc tách cấp tính phức tạp và nặng nề. Phương pháp này có thể nhân rộng cho các trung tâm tim mạch khác.



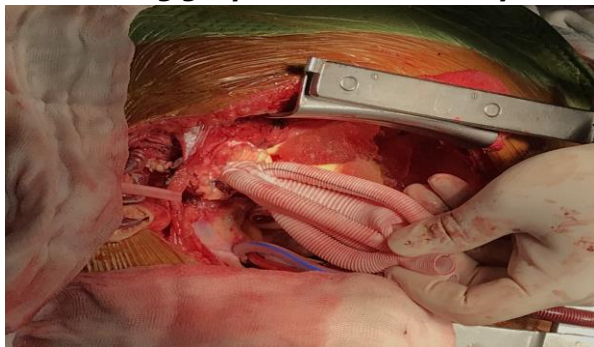
Hình 1. Cắt phần stent đầu tiên để tạo ống ghép lại



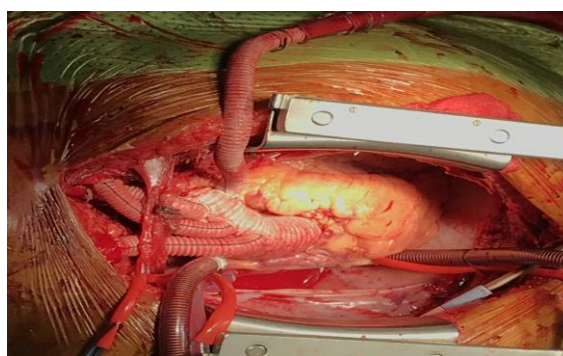
Hình 2. Ống ghép lại đã "sản xuất" tại chỗ.



Hình 3. Vị trí đầu gần của ống ghép lại trùng với đầu xa động mạch chủ



Hình 4. Miệng nối xa động mạch chủ: ống ghép lại, động mạch chủ, mạch máu nhân tạo thường quy được khâu chung.



Hình 5. Động mạch chủ khi hoàn thành các miệng nối

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. Inoue**, "Analysis of acute type A Dissection in Japan Registry of Aortic Dissection (JRAD)," Ann Thorac Surg, vol. 110, pp. 790-8, 2020.
2. **M. R. K. Helder**, "Regional and Temporal Trends in the Outcomes of Repairs for Acute Type A Aortic

Dissections," Ann Thorac Surg, vol. 109, pp. 26-35, 2020.

3. **S. J. Bozso**, "Midterm Outcomes of the Dissected Aorta Repair Through Stent Implantation Trial," Ann Thorac Surg, vol. 111, pp. 463-71, 2021.

PHỤC HÌNH TOÀN HÀM CHO BỆNH NHÂN MÒN RĂNG NẶNG

Phạm Như Hải*, Nguyễn Thị Như Trang**

TÓM TẮT

Việc kiểm soát mài mòn răng, đặc biệt là mòn răng nặng đã trở thành một chủ đề ngày càng được quan tâm trong chuyên ngành Răng hàm mặt. Phục hình toàn hàm tác động đến chức năng và thẩm mỹ. Điều quan trọng trong phục hình toàn hàm là xác định đúng kích thước dọc khớp cắn và khoảng nghi khớp cắn. Cách tiếp cận có hệ thống để kiểm soát mòn răng giúp tạo tiên lượng thuận lợi, có thể dự đoán trước được. Đây là báo cáo 1 trường hợp lâm sàng bệnh nhân bị mòn răng nặng với đề xuất 1 quy trình phục toàn hàm đơn giản, khác biệt.

SUMMARY**FULL- MOUTH RESTORATION FOR SEVERE WORN DENTITION PATIENT**

The control of tooth wear, especially heavy tooth wear, is a interesting topic in dentistry. full mouth restoration concern function and aesthetics. It is important in full-mouth restoration to determine the correct occlusal vertical dimension and inter maxillar rest space. A systematic approach controlling dental wear provides a favorable, predictable prognosis. This is a report of a clinical case patient with severe worn dentition with a simple proposal procedure.

I. GIỚI THIỆU

Mòn răng là thuật ngữ chung sử dụng để mô tả sự mất mô cứng bề mặt của răng do các nguyên nhân khác ngoài sâu răng, chấn thương hoặc do rối loạn phát triển, thường là do loạn năng khớp thái dương hàm, do sai sót trong điều trị, do thói quen ăn uống và sự thiếu hiểu biết về răng miệng.

Mòn răng là một quá trình sinh lý nhìn thấy bằng mắt thường, không thể đảo ngược và tăng dần theo tuổi [1]. Mòn răng gây giảm hiệu suất nhai, gây chết tủy...



Hình 1: Mòn răng nặng dẫn đến chết tủy, nang thân răng, dịch mủ trào ra khi mở tủy răng 35 áp xe quanh chóp

Lambrechts và cộng sự. vào năm 1982, ước tính mức độ mất men theo chiều đứng do mài mòn sinh lý là khoảng 20-38 μ m mỗi năm [2]. Van't Spijker và cộng sự nghiên cứu thấy đàn ông mòn răng nặng hơn đàn bà, mòn răng nặng có thể gặp đến 3% ở người 20 tuổi và 17% ở người 70 tuổi. Mòn răng có thể được phân loại nguyên nhân thành cọ mòn, mài mòn và xói mòn, nhưng không phải lúc nào cũng có thể chẩn đoán phân biệt vì trong nhiều tình huống, có sự kết hợp của các quá trình này [3]. Trên lâm sàng khó có thể phân lập được một yếu tố căn nguyên duy nhất khi bệnh nhân có biểu hiện mòn răng, vì lý do này Eccles đề xuất vào năm 1982 dùng thuật ngữ "mất tổ chức bề mặt răng" (TSL: tooth surface loss) để ám chỉ tình trạng mòn răng do tất cả các yếu tố căn nguyên bất kể nguyên nhân chính xác của mài mòn đã được xác định hay không. Điều này bao gồm các yếu tố như chấn thương, yếu tố phát triển của răng như tạo men - ngà không hoàn hảo và mòn răng do điều trị.

Trong thực hành lâm sàng hàng ngày, nhiều bệnh nhân yêu cầu làm phục hình để phục hồi khớp cắn do mòn nhiều răng và mất răng vĩnh viễn sớm. Tuy nhiên, khoảng trống liên hàm thấp tạo ra thách thức cho việc điều trị phục hình cho bệnh nhân mòn răng vì không đủ khoảng cần thiết cho phục hình, dẫn đến hình thể của phục hình mỏng và thấp, không đủ khả năng lưu giữ và chịu lực.

Mục tiêu của phục hình toàn hàm không chỉ

*Trường Đại Học Y Dược, ĐHQGHN

**Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Như Hải

Email: phamnhuhai@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2021

Ngày duyệt bài: 10.3.2021