

được kiểm tra lại bằng cách giải trình tự amplicon chuyên biệt cho từng biến thể để tránh những trường hợp dương tính giả gây lo lắng không cần thiết cho thai phụ. Biến thể âm tính giả xuất hiện sẽ làm bỏ sót những trường hợp thai bị bệnh trong thực tế. Do đó, thai phụ vẫn cần duy trì khám và siêu âm định kỳ và có thể lặp lại xét nghiệm nếu có nghi ngờ thông qua kết quả siêu âm để hạn chế tối đa trường hợp bỏ sót.

Một thách thức khác khi xây dựng qui trình cho bệnh di truyền trội đơn gen là sự khan hiếm của các mẫu dương tính thật (DNA ngoại bào của thai phụ mang thai bị đột biến gây bệnh trong 30 gen khảo sát). Do đó, ở nghiên cứu này, chúng tôi chỉ có thể đánh giá hiệu quả kỹ thuật của qui trình thông qua phân tích biến thể di truyền từ cha và mẹ. Để có được ước tính chính xác độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm khi áp dụng trên lâm sàng, bước tiếp theo là thiết kế và thực hiện thử nghiệm lâm sàng trên số mẫu lớn. Tóm lại, kết quả của nghiên cứu này là tiền đề cho việc mở rộng phạm vi khảo sát của xét nghiệm NIPT để sàng lọc các dị tật bẩm sinh do bệnh đơn gen trội khi thai phụ có bất thường siêu âm, chồng tuổi cao, có tiền căn gia đình đã sinh con mắc các bệnh khảo sát, hoặc thai phụ muốn một xét nghiệm không xâm lấn khảo sát rộng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã thiết kế thành công qui trình ứng dụng kỹ thuật NGS trong sàng lọc trước sinh không xâm lấn cho các bệnh đơn gen. Tổng cộng

có 30 gen được khảo sát liên quan đến 25 hội chứng di truyền trội phát sinh phần lớn do các đột biến mới ở thai. Xét nghiệm này có thể phát hiện chính xác biến thể từ DNA ngoại bào của nhau thai từ huyết tương của mẹ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rowley, Peter T., Starlene Loader, and Robert M. Kaplan. "Prenatal screening for cystic fibrosis carriers: an economic evaluation." *The American Journal of Human Genetics* 63.4 (1998): 1160-1174.
2. Nelson, William B., J. MICHAEL Swint, and C. Thomas Caskey. "An economic evaluation of a genetic screening program for Tay-Sachs disease." *American Journal of Human Genetics* 30.2 (1978): 160.
3. Brandt, Justin S., et al. "Advanced paternal age, infertility, and reproductive risks: a review of the literature." *Prenatal diagnosis* 39.2 (2019): 81-87.
4. Roberts, A. E., Allanson, J. E., Tartaglia, M. & Gelb, B. D. Noonan syndrome. *Lancet* 381, 333–342 (2013).
5. Nisbet, D. L., Griffin, D. R. & Chitty, L. S. Prenatal features of Noonan syndrome. *Prenat. Diagn.* 19, 642–647 (1999).
6. Krakow, D., Lachman, R. S. & Rimoin, D. L. Guidelines for the prenatal diagnosis of fetal skeletal dysplasias. *Genet. Med.* 11, 127–133 (2009).
7. Zhang, Jinglan, et al. "Non-invasive prenatal sequencing for multiple Mendelian monogenic disorders using circulating cell-free fetal DNA." *Nature medicine* 25.3 (2019): 439-447.
8. Chitty, L. S. et al. Non-invasive prenatal diagnosis of achondroplasia and thanatophoric dysplasia: next-generation sequencing allows for a safer, more accurate, and comprehensive approach. *Prenat. Diagn.* 35, 656–662 (2015).

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ TYPE A CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC - GIAI ĐOẠN 2018-2021

Phùng Duy Hồng Sơn*, Nguyễn Hữu Phong*, Nguyễn Hữu Ước*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật tim hở cấp cứu điều trị Lóc động mạch chủ type A cấp tính – một dạng bệnh lý tim mạch rất nặng, đã trở thành thường quy tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, với một số báo cáo kết quả cho những năm trước 2016. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cho giai đoạn 2018-2021, với nhiều tiến bộ về kỹ thuật và trang thiết bị - vật tư. **Đôi tượng và phương pháp:**

Nghiên cứu mô tả hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện, gồm tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị lóc ĐMC type A giai đoạn 2018 – 2021, tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 201 trường hợp, tuổi trung bình 57 ± 12 tuổi, nam giới chiếm 76,7% (154 ca). Chèn ép tim cấp trước mổ biểu hiện ở 7,5% (14 ca). Bệnh nhân có kiểu hình Marfan chiếm 4% (8 ca). Phương pháp phẫu thuật: thay động mạch chủ lên đơn thuần 51,2% (103 ca), thay bán phần quai và toàn bộ quai lần lượt là 16,9% và 22,9%, trong đó phẫu thuật vòi voi cải tiến chiếm 10,9%. Thời gian điều trị hồi sức trung bình $12,1 \pm 8,8$ ngày, tỷ lệ mở khí quản 15,8%. Tử vong sớm tại viện gặp ở 22 ca (10,9%) do nhiều nguyên nhân khác nhau. **Kết luận:** trong vài năm gần đây, chúng tôi đã áp dụng nhiều kỹ thuật mổ đa dạng và cập nhật để điều trị bệnh lóc động mạch chủ type A

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ước

Email: uocdhyhn101@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

cấp tính với những kết quả sớm thu được là khả quan.

Từ khóa: Lóc động mạch chủ type A, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Phẫu thuật động mạch chủ.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGERY FOR ACUTE TYPE A AORTIC DISSECTION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN PERIOD 2018 - 2021

Introduction: Emergency open-heart surgery for acute type A aortic dissection - a life threatening cardiovascular disease, has become routine at Viet Duc university hospital. There were some reports in previous years to 2016. This study aims to evaluate the early results of surgery for the period 2018-2021, with many advances in technique and equipment - materials. **Patients and methods:** This is retrospective descriptive study with convenience sample size. All patients, who underwent operation with acute type A aortic dissection during period from January 2018 to December 2021 were included in the analysis. **Results:** There were 201 patients with mean age 57 ± 12 years and 76.7% patients were male. The most common preoperative complication was acute cardiac tamponade (7,5%). 4% patients had Marfan phenotype. The ascending aorta replacement was in 51,2% cases, the hemiarch and total arch replacements were 16.9% and 22.9% respectively, from this the frozen elephant trunk procedure was in 10.9%. The average length of ICU stay was 12.1 ± 18.8 days, the rate of tracheostomy was 15.8%. In hospital mortality was 10.9%. **Conclusion:** In recent years, we have applied many diverse and up-to-date surgical techniques to treat acute type A aortic dissection with early positive results.

Keyword: Acute type A aortic dissection, Viet Duc university hospital, Aortic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ type A cấp tính là biến cố tim mạch vô cùng nặng nề, phần lớn trên người cao tuổi có bệnh nền là cao huyết áp, xơ vữa mạch máu hay bệnh thành mạch bẩm sinh (Marfan). Bệnh xảy ra đột ngột, gây tổn thương trên toàn bộ động mạch chủ (ĐMC), đe dọa tính mạng người bệnh (tử vong 70 – 90%) do vỡ vào màng tim, màng phổi, thiếu máu vành, thiếu máu não – tạng – chi. Phẫu thuật tim hở cấp cứu để xử lý thương tổn chính ở đoạn lên và quai ĐMC giúp giảm tỷ lệ tử vong còn 10 – 15%^{1,5}. Tần suất gặp lóc ĐMC dao động từ 2,6 đến 6 trường hợp /100.000 người-năm, trong đó lóc type A chiếm 58-62%¹. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê hồi sức, nhưng lóc ĐMC type A vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý tim mạch². Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật điều trị lóc ĐMC type A đã trở nên thường qui từ hơn 15 năm nay⁵, với kết quả ngày càng tốt lên nhờ có thêm kinh nghiệm và cập nhật về

kỹ thuật, trang thiết bị - vật tư. Để tìm hiểu về sự tiến bộ đó, nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật điều trị lóc ĐMC type A cấp tính tại Bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2018 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán lóc ĐMC type A cấp tính, được điều trị phẫu thuật tim hở cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức, từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2020.

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện. Xử lý số liệu bằng các phần mềm nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong gần 4 năm, có 201 trường hợp phẫu thuật tim hở điều trị lóc ĐMC type A, tuổi trung bình 57 ± 12 (29 – 80), với một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng của bệnh, trong đó có cả các biến chứng nặng và rất cấp tính, như ép tim cấp, thiếu máu chi cấp hay tổn thương gốc động mạch vành (bảng 1). Tùy thuộc hình thái thương tổn giải phẫu của lóc type A, có nhiều phương pháp mổ khá đa dạng được áp dụng (bảng 2), trong đó bên cạnh kỹ thuật thường quy – thay ĐMC lên (51,2%) còn bao gồm cả những kỹ thuật rất phức tạp như thay quai ĐMC, vòi voi cải tiến (Frozen elephant trunk – FET), bắc cầu chủ - vành. Một bệnh nhân có thể được áp dụng nhiều kỹ thuật khác nhau.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm		n	% (n=201)
Giới	Nam	154	76,7
	Nữ	47	23,3
Kiểu hình Marfan		8	4,0
Cao huyết áp		145	72,1
Biến chứng	Nhồi máu não	5	2,5
	Chèn ép tim cấp	17	8,5
	Thiếu máu chi	10	5,0
	Tổn thương mạch vành	9	4,5

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	% (n=201)
Thay ĐMC lên	103	51,2
Thay ĐMC lên + bán phần quai ĐMC	34	16,9
Thay ĐMC lên + quai ĐMC kinh điển	24	11,9
Thay ĐMC lên + bắc cầu các động mạch nuôi não	7	3,5
Bentall	13	6,5

FET	22	10,9
Sửa van ĐMC (kỹ thuật David)	5	2,5
Bắc cầu chủ vành	9	4,5

Kết quả sớm sau mổ cho thấy thời gian thở máy trung bình là 17,3 ± 24,1 ngày; thời gian điều trị hồi sức trung bình là 22,1 ± 18,8 ngày; thời gian nằm viện trung bình là 28,7 ± 18,7 ngày. Các kết quả khác như trong bảng 3, trong đó ca viêm túi mật được mổ cấp cứu cắt túi mật nội soi, ca chảy máu trong được mổ bụng kiểm tra thấy do khối dị dạng động - tĩnh mạch vỡ, mổ cắt khối dị dạng mạch.

Bảng 3. Kết quả sớm tại viện sau phẫu thuật

Đặc điểm		n	% (n = 201)
Mở khí quản		32	15,9
Biến chứng	Nhiễm trùng xương ức	4	2,0
	Chảy máu phải mổ lại	4	2,0
	ECMO	5	2,5
	Tràn dịch màng tim phải dẫn lưu	3	1,5
	Viêm túi mật cấp	2	1,0
	Chảy máu trong ổ bụng	1	0,5
	Tai biến mạch não	2	1,0
Tử vong		22	10,9

Tỷ lệ tử vong chung là 10,9%, tương đối ổn định giữa các năm (bảng 4). Xét theo phương pháp phẫu thuật (bảng 5), thấy tỉ lệ tử vong cao nhất khi có phẫu thuật Bentall kèm theo, tuy nhiên không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong giữa các phương pháp phẫu thuật với p = 0,825 (> 0,05).

Bảng 4: Số ca mổ và tỉ lệ tử vong theo năm

Năm	Số ca mổ	Số ca tử vong	Tỉ lệ tử vong (%)
2018	42	5	11,9
2019	44	4	9,1
2020	71	8	11,3
2021	44	5	11,4
Tổng	201	22	10,9

Bảng 5. Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với tỷ lệ tử vong sớm tại viện (n=201)

Phương pháp phẫu thuật	Số ca	n (%) tử vong	p
Thay ĐMC lên	103	9 (8,7)	0,825
Thay ĐMC lên + bán phần quai ĐMC	34	5 (14,7)	
Thay ĐMC lên + toàn bộ quai ĐMC kinh điển	24	3 (12,5 %)	
Thay ĐMC lên và bắc cầu các động mạch nuôi não	5	1 (20,0 %)	
Bentall	13	3 (23,0%)	
FET	22	2 (9,1 %)	

Sửa van ĐMC (kỹ thuật David)	6	0
Bắc cầu chủ vành phổi hợp	9	1 (11,1%)

Bảng 6: Nguyên nhân tử vong sau phẫu thuật (N=22)

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Suy đa tạng	7	31,8
Nhiễm trùng bệnh viện	5	22,7
Tai biến mạch máu não nặng	4	18,2
Thiếu máu ruột	3	13,6
Vỡ ĐMC đoạn xa	2	9
Chưa rõ nguyên nhân	1	4,5
Tổng	22	100

IV. BÀN LUẬN

Lóc ĐMC type A có xu hướng gặp ngày càng nhiều ở Việt Nam do gia tăng bệnh lý tim mạch liên quan đến cao huyết áp và tuổi thọ, đây là biến cố rất nặng và là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu của các bệnh lý tim mạch, mặc dù gần đây đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, phẫu thuật, gây mê và điều trị hồi sức. Triệu chứng lâm sàng của lóc ĐMC type A rất cấp tính, dễ lẫn trong bệnh cảnh của hội chứng vành cấp với các biểu hiện khá phong phú. Đa phần các nghiên cứu đều cho thấy bệnh hay gặp ở nam giới, với độ tuổi trung bình trong khoảng 50 – 65 tuổi, tuy nhiên còn có thể gặp ở những người trẻ, đặc biệt là những người có hội chứng Marfan³⁻⁷. Tuổi trung bình được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 57 ± 12 tuổi và dao động từ 29 – 80 tuổi, trong đó tỷ lệ nam giới là 76,7% (bảng 1). Các kết quả này tương tự với nghiên cứu của Teruhisa Kazui và cộng sự² (n=130) có tuổi trung bình là 58,1 ± 13,3 - trẻ nhất là 17 tuổi, nam giới chiếm 63%; nghiên cứu của Evaldas Girdauskas và cộng sự¹ (n=276) cho thấy tuổi trung bình là 59,5 ± 13,4 và 63,0% là nam giới. Tác giả Lenos A.⁶ (n=162) và Pape L.A.⁷(n=2952) cho thấy tuổi trung bình lớn hơn so với chúng tôi, lần lượt là 63 ± 14 và 61,5 ± 14,6 tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm 2/3. Điều này có thể là do đặc điểm khác biệt về kinh tế và chăm sóc y tế hiện đại hơn ở các nước phát triển, cho phép kiểm soát sớm và tốt các yếu tố nguy cơ cũng như thực hiện được các phẫu thuật phức tạp ở nhóm lớn tuổi. Tuy nhiên kết quả này cũng cho thấy xu hướng phát triển của chúng ta đang tiệm cận các nước phát triển, nếu so sánh với một nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Hữu Ước và Vũ Ngọc Tú⁵ tại bệnh viện

Việt Đức giai đoạn 2010 - 2013 (n=45) có độ tuổi trung bình thấp hơn so là $48,9 \pm 10,1$ tuổi. Kiểu hình Marfan được ghi nhận với tỷ lệ 4 %, tương tự với nghiên cứu của Lenos A. (4,3%) và Pape L.A. (4,5%)^{6,7} và thấp hơn so với một số nghiên cứu khác³⁻⁵ (9 – 18,8%).

Trước mổ, nghiên cứu ghi nhận biến chứng chèn ép tim cấp hay gặp nhất với tỷ lệ 8,5%. Trần máu màng tim gây chèn ép tim cấp là biến chứng gây tử vong hay gặp nhất trong lóc ĐMC type A, tỷ lệ gặp chèn ép tim cấp khoảng 8 - 10% và là yếu tố tiên lượng xấu khi điều trị². Tỷ lệ này theo tác giả Evaldas Girdauskas là 13,8% (38/276) và theo tác giả Nguyễn Hữu Ước là 6,25% (3/48)^{4,5}. Chúng tôi ghi nhận 5% bệnh nhân có thiếu máu chi, 4,5% có tổn thương mạch vành, 2,5% có nhồi máu não, và 72,1% có cao huyết áp (bảng 1). Nghiên cứu của tác giả Igor Zindovic và cộng sự⁸ trên 1159 BN phẫu thuật lóc ĐMC type A cho thấy tỷ lệ thiếu máu ngoại vi gặp 17,7%, tỷ lệ thiếu máu ở tim và não lần lượt là 8,1% và 7,8%, các tạng khác gặp thiếu máu với tỷ lệ ít hơn như thận (5,5%), dạ dày ruột (3,1%) và tủy sống (2,4%).

Các phương pháp phẫu thuật trong điều trị lóc ĐMC type A cấp tính rất đa dạng, tùy vào đặc điểm tổn thương trong từng trường hợp, phạm vi can thiệp cũng tùy thuộc vào tiên lượng tử vong sớm và tiến triển muộn của tổn thương lóc cũng như kinh nghiệm và trang bị của từng trung tâm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thay ĐMC lên gặp nhiều nhất chiếm 51,2%, loại phẫu thuật hay gặp khác là thay ĐMC lên và bán phần quai (16,9%), phẫu thuật vòi voi cải tiến (FET) (10,9%) và phẫu thuật thay ĐMC lên và toàn bộ quai (11%). Các kỹ thuật ít gặp hơn như Bentall, tạo hình van kiểu David... (bảng 2). Đặc biệt trong đó chúng tôi đã ghi nhận những kết quả thuận lợi với cải tiến kỹ thuật vòi voi trong điều trị các trường hợp lóc phức tạp với những ưu điểm như vẫn đảm bảo thay triệt để vùng quai ĐMC, hạn chế rò quanh stent, kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, ít sử dụng mạch nhân tạo nối vào vùng quai ĐMC, dễ cầm máu, và vật tư trang thiết bị sẵn có trong các hoạt động chuyên môn thường quy⁹. Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự thay đổi đa dạng trong áp dụng các phương pháp điều trị đối với lóc ĐMC loại A. Tác giả Igor Zindovic và cộng sự⁸ (n=1159) nhận xét đối với các kỹ thuật ở miệng nối gần: tỷ lệ thay đoạn phía trên các xoang vành là 70%, tỷ lệ phẫu thuật Bentall là 23,1%, tỷ lệ thay đoạn phía trên các xoang vành kèm sửa van ĐMC là 2,9%; đối với các kỹ thuật ở miệng nối xa: tỷ lệ miệng

nối tại ĐMC lên là 70,3%, có thay bán phần quai là 21,6% và thay toàn bộ quai là 5,7%. Mặc dù phẫu thuật thay ĐMC lên đơn thuần không giải quyết được triệt để các tổn thương lóc trong đa số trường hợp, tuy nhiên đây là phẫu thuật ít xâm lấn nhất và đơn giản nhất do vậy vẫn được áp dụng phổ biến hiện nay. Phẫu thuật thay quai giúp loại bỏ triệt để hơn các tổn thương lóc ĐMC type A và được chỉ định cho những trường hợp lỗ vào ở phần quai hoặc quai ĐMC giãn lớn. Theo Evaldas Girdauskas và cộng sự¹ (n=276) tỷ lệ phẫu thuật thay bán phần và toàn bộ quai lần lượt là 40,9% và 28,6%. Trong nghiên cứu trên 162 ca của Aristidis Lenos và cộng sự⁶ cho thấy tỷ lệ thay bán phần quai là 60,5% và thay toàn bộ quai là 32,1%, tỷ lệ dùng ống van nhân tạo là 19,8%.

Trong nghiên cứu ghi nhận 15,9% ca phải mở khí quản, điều này có thể là yếu tố làm kéo dài thời gian điều trị hồi sức sau mổ ($22,1 \pm 18,8$ ngày) so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Evaldas Girdauskas và cộng sự¹ có tỷ lệ mở khí quản là 12,3% (34/276) với thời gian điều trị hồi sức là $7,7 \pm 6,9$ ngày và $11,4 \pm 9,7$ ngày tương ứng ở nhóm không và có hội chứng giảm tưới máu tạng (MPS) trước mổ.

Các biến chứng sớm trong nghiên cứu bao gồm nhiễm trùng xương ức (2%), chảy máu (2%), tràn dịch màng tim (1,5%), tai biến mạch não (1%), chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp viêm túi mật cấp và 1 trường hợp vỡ khối dị dạng thông động – tĩnh mạch ổ bụng, tỷ lệ phải đặt ECMO sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,5% (bảng 3). Một số kết quả tương tự thấy trong nghiên cứu của Teruhisa Kazui và cộng sự² (n=130) cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng xương ức là 2%, chảy máu gặp 5% và tai biến mạch não gặp 4%, tuy nhiên tác giả nhận xét tỷ lệ cao có tình trạng suy hô hấp (36%), suy thận (9%) và suy đa tạng (13%). Evaldas Girdauskas và cộng sự⁴ (n=276) thấy rằng tỷ lệ chảy máu là 17,9%, tỷ lệ tai biến mạch não là 13,3%, suy thận gặp 29% và suy hô hấp gặp 13,8%.

Tỷ lệ tử vong sớm tại viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,9% (22/201). Tỷ lệ tử vong qua các năm được trình bày ở bảng 4 và duy trì trong khoảng 11% hàng năm. Có thể do tới thời điểm nghiên cứu, bệnh viện Việt Đức đã có nhiều kinh nghiệm điều trị bệnh lý này nên tỉ lệ tử vong được duy trì mức thấp và ổn định. Mặt khác tỉ lệ tử vong thấp hơn các báo cáo quốc tế có thể còn do một số bệnh nhân có biến chứng nặng trước mổ nên gia đình không đồng ý mổ và xin về, không tính vào tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ tử vong

sớm từ 10 – 20%⁵. Tỷ lệ này trong các nghiên cứu của Teruhisa Kazui, Evaldas Girduškas, và Igor Zindovic lần lượt là 19,2% (25/130), 18,8% (52/276), và 16,2% (188/1159).^{3,4,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi các nguyên nhân tử vong sớm (bảng 6) tương đồng với các tác giả khác bao gồm suy đa tạng, cung lượng tim thấp, chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử ruột, tai biến mạch máu não.^{3,5} Các nghiên cứu của Evaldas Girduškas, và Igor Zindovic đều nhận xét rằng tỷ lệ tử vong tại viện cao hơn ý nghĩa ở nhóm có hội chứng giảm tưới máu trước mổ^{4,8}.

V. KẾT LUẬN

Lốc ĐMC type A cấp tính là bệnh lý nặng với tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ còn cao mặc dù đã có nhiều tiến bộ cả về chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã áp dụng thành công nhiều phương pháp phẫu thuật đa dạng và cập nhật để duy trì kết quả sớm sau mổ ở mức tốt và ổn định trong những năm gần đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gudbjartsson T, Ahlsson A, Geirsson A, et al.** Acute type A aortic dissection – a review. *Scand Cardiovasc J.* 2020;54(1):1-13. doi:10.1080/14017431.2019.1660401
2. **Malaisrie SC, Szeto WY, Halas M, et al.** 2021 The American Association for Thoracic Surgery expert consensus document: Surgical treatment of acute type A aortic dissection. *J Thorac Cardiovasc*

- Surg. 2021;162 (3):735-758.e2. doi:10.1016/j.jtcvs.2021.04.053
3. **Kazui T, Washiyama N, Bashar AHM, et al.** Surgical outcome of acute type A aortic dissection: analysis of risk factors. *Ann Thorac Surg.* 2002; 74(1):75-81. doi:10.1016/S0003-4975(02)03603-2
4. **Girduškas E, Kuntze T, Borger MA, Falk V, Mohr FW.** Surgical risk of preoperative malperfusion in acute type A aortic dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;138(6):1363-1369. doi:10.1016/j.jtcvs.2009.04.059
5. **Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú.** Đánh giá kết quả phẫu thuật bóc động mạch chủ Type A tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và lồng Ngực Việt Nam.* 2013; 4:59-65. doi:10.47972/vjcts.v4i.326
6. **Lenos A, Bougioukakis P, Irimie V, Zacher M, Diegeler A, Urbanski PP.** Impact of surgical experience on outcome in surgery of acute type A aortic dissection†. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015;48(3):491-496. doi:10.1093/ejcts/ezu454
7. **Pape LA, Awais M, Woznicki EM, et al.** Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Acute Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Am Coll Cardiol.* 2015;66(4):350-358. doi:10.1016/j.jacc.2015.05.029
8. **Zindovic I, Gudbjartsson T, Ahlsson A, et al.** Malperfusion in acute type A aortic dissection: An update from the Nordic Consortium for Acute Type A Aortic Dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2019;157(4):1324-1333.e6. doi:10.1016/j.jtcvs.2018.10.134
9. **Phung DHS, Nguyen TS, Pham VL, Doan QH, Nguyen HU.** A novel modification of frozen elephant trunk technique: unique protocol from one institution. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021 25 14 4738-4745 DOI 1026355eurrev20210726384.

NGHIÊN CỨU NHU CẦU CẠI NGHIỆN THUỐC LÁ BẰNG PHƯƠNG PHÁP Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Trần Thái Hà¹, Vũ Nam², Nguyễn Hoàng Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhu cầu cai nghiện thuốc lá của người dân thành phố Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1882 người dân nghiện thuốc lá tại thành phố Hà Nội từ tháng 08/2019 đến tháng 08/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ người cho rằng cai thuốc lá cần thiết chiếm tới 64,4%, Lý do cai thuốc "hút thuốc có hại cho sức khỏe" chiếm 57,8%, tỷ lệ sẵn sàng sử dụng y học cổ truyền cai nghiện thuốc lá 61,3%, tỷ lệ

lựa chọn các chế phẩm y học cổ truyền để hỗ trợ cai thuốc lá 55,4%. **Kết luận:** Người nghiện thuốc lá nhận thức việc hút thuốc lá có hại cho sức khỏe, cai thuốc lá là cần thiết, sử dụng chế phẩm y học cổ truyền được ưu tiên.

Từ khóa: Nhu cầu cai nghiện thuốc lá, phương pháp y học cổ truyền, Hà Nội

SUMMARY

RESEARCH ON THE DEMANDS OF USING TRADITIONAL MEDICINE THERAPY FOR SMOKING CESSATION OF SMOKERS IN HA NOI

Objectives: to estimate the demands of smoking cessation of smokers in Hanoi. **Study subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 1882 smokers in Hanoi city from August 2019 to August 2020. **Results:** The percentage of smokers think smoking cessation is necessary account for 64.4%; the

*Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranhaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022