KẾT QUẢ NGẮN HẠN ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LÝ HUYẾT KHỐI THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ CẤP TÍNH

Nguyễn Thời Hải Nguyên[1], Nguyễn Văn Phan[2], Nguyễn Hoàng Định[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Huyết khối thành động mạch chủ (HKTĐMC) là một dạng của hội chứng động mạch chủ cấp, chiếm tỉ lệ tương đối lớn. Quan điểm điều trị cho tình trạng bệnh lý này còn chưa thống nhất hoàn toàn và kết quả điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch đang được quan tâm.*

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả ngắn hạn điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch bệnh lý huyết khối thành động mạch chủ cấp tính.*

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: *Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý huyết khối thành động mạch chủ tại khoa Phẫu thuật Tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược (BV ĐHYD) từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2021.*

Kết quả: *Có 31 trường hợp huyết khối thành động mạch chủ được điều trị. 11 trường hợp loại A theo Stanford được phẫu thuật. 20 trường hợp can thiệp nội mạch, trong đó có 7 bệnh nhân loại A và 13 bệnh nhân loại B theo Stanford. Tử vong sớm có 1 trường hợp (9,1%) trong nhóm phẫu thuật, không ghi nhận tử vong ở nhóm can thiệp nội mạch. Trên 80% các trường hợp can thiệp nội mạch có hấp thu hoàn toàn huyết khối thành động mạch chủ trong thời gian 6 tháng sau can thiệp.*

Kết luận: *Điều trị phẫu thuật cho bệnh HKTĐMC loại A có biến chứng là lựa chọn hàng đầu với tỉ lệ tử vong và tai biến nghiêm trọng không cao. Can thiệp nội mạch điều trị cho bệnh nhân HKTĐMC loại A và B là phương pháp ít xâm lấn, với tỉ lệ tử vong chu phẫu thấp và ít biến chứng. Can thiệp nội mạch giúp thúc đẩy tái cấu trúc ĐMC.*

Từ khóa: *hội chứng động mạch chủ cấp, huyết khối thành động mạch chủ can thiệp nội mạch*

ABSTRACT

SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL OR ENDOVASCULAR TREATMENT IN ACUTE AORTIC INTRAMURAL HEMATOMA

Nguyen Thoi Hai Nguyen, Nguyen Van Phan, Nguyen Hoang Dinh

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 247-256

Objectives: *Intramural hematoma (IMH) is a part of the acute aortic syndrome, accounting for a relatively large proportion. Treatment of this disease remains controversial and the outcome of surgery or endovascular surgery is of interest. The study aimed for the early result of surgery or endovascular surgery treatment in acute intramural hematoma.*

Method: *We retrospective reviewed patients who underwent surgery or endovascular treatment for IMH cases at the Cardiovascular surgery department in University Medical Center at Ho Chi Minh City from 01/2017 to 1/2021.*

Results: *31 patients with IMH were treated. 11 type A IMH cases were treated with surgery. 20 patients of endovascular intervention, including 7 type A IMH and 13 type B IMH. Early mortality for surgical group was*

[1]Bộ môn Phẫu thuật Lồng ngực – Tim mạch – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thời Hải Nguyên *ĐT*: 0349488171 *Email:* nguyenthoihainguyen@gmail.com

9.1% with 1 case, and no early mortality was recorded in endovascular group. Above 80% of patients had total resolution of the hematoma during the 6 months after intervention.

Conclusions: *Surgical treatment for complicated type A IMH is the first choice with low mortality and low serious complications. Endovascular intervention for treatment of type A and B patients is a minimally invasive method, with low perioperative mortality and few complications. Endovascular intervention helps promote aortic remodeling.*

Key word: *acute aortic syndrome, intramural hematoma endovascular repair*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch chủ (ĐMC) cấp là một tình trạng cấp cứu, tập hợp bệnh lý liên quan đến ĐMC đặc trưng bởi sự khởi phát đột ngột của đau ngực, bao gồm bóc tách động mạch chủ (BTĐMC), huyết khối thành động mạch chủ (HKTĐMC), loét xuyên thành ĐMC. Trong đó HKTĐMC chiếm 10-30% các trường hợp hội chứng ĐMC cấp.

HKTĐMC được Kruckenberg mô tả lần đầu tiên năm 1920 là sự bóc tách không kèm rách nội mạc kết quả dẫn đến hình thành huyết khối trong thành ĐMC[1,2]. Có nhiều cách phân loại đối với HKTĐMC mà phân loại theo Stanford được ứng dụng rộng rãi nhất trên lâm sàng, trong đó HKTĐMC được xếp loại A khi tổn thương có liên quan đến ĐMC ngực đoạn lên và phân loại B khi tổn thương không ảnh hưởng ĐMC ngực đoạn lên[3].

HKTĐMC nói riêng và hội chứng ĐMC cấp nói chung là các bệnh lý mạch máu thường gặp đe dọa tính mạng người bệnh với tỉ lệ tử vong chung nội viện lên đến 20,7%, trong đó tỉ lệ tử vong chung với HKTĐMC loại A lên là 39,1% và đối với HKTĐMC loại B là 8,3%[1].

Điều trị HKTĐMC gồm: nội khoa, phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch. Điều trị nội khoa đơn thuần chỉ định cho những trường hợp không biến chứng, nguy cơ thấp; những trường hợp có biến chứng, nguy cơ cao cần được điều trị bằng phẫu thuật mở hoặc can thiệp nội mạch tùy thuộc vào vị trí huyết khối và giải phẫu động mạch chủ ở từng bệnh nhân.

Với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán và điều trị ngày càng hoàn thiện, tỉ lệ tử vong chu phẫu và nội viện đối với bệnh lý HKTĐMC ngày càng giảm, tỉ lệ tử vong chung là 8,2% đối với phẫu thuật điều trị HKTĐMC loại A theo tác giả Tian DH và 4,6% đối với can thiệp nội mạch điều trị HKTĐMC loại B theo Adam Chakos[4]. Trên thế giới ngày càng có nhiều công trình nghiên cứu báo cáo các kết quả điều trị HKTĐMC với các tín hiệu rất khả quan. Tuy nhiên vẫn còn những tranh cãi liên quan đến việc điều trị phẫu thuật cho HKTĐMC loại A, với các nghiên cứu mô tả điều trị nội khoa thành công và sự thoái triển của HKT sau điều trị. Với HKTĐMC loại B điều trị nội khoa đơn thuần so với điều trị nội khoa ban đầu kèm với can thiệp nội mạch ĐMC ngực và đánh giá vai trò của can thiệp nội mạch ĐMC ngực trong điều trị là những vấn đề được quan tâm.

Tại Việt Nam điều trị ngoại khoa ĐMC ngực nói chung và HKTĐMC nói riêng đã được thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật tim mạch lớn từ nhiều năm nay. Nhưng đối với HKTĐMC thì các công trình nghiên cứu còn ít. Nghiên cứu này nhằm đánh giá đánh giá kết quả ngắn hạn điều trị ngoại khoa bệnh lý huyết khối thành động mạch chủ cấp tính.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán HKTĐMC cấp tính và được điều trị ngoại khoa (phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch) tại khoa Phẫu thuật tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 1/2017 đến 01/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán HKTĐMC cấp tính loại A hoặc B được điều trị ngoại khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp huyết khối thành ĐMC cấp tính có tiền căn phẫu thuật tim hoặc can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý ĐMC trước đây. Những trường hợp không đủ hồ sơ bệnh án cũng như những tư liệu phục vụ cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Các biến số nghiên cứu

Biến số đặc điểm mẫu nghiên cứu gồm có: tuổi, giới, hút thuốc lá, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, bệnh phổi, bệnh thận, bệnh mạch máu não, bệnh mạch máu ngoại biên, rối loạn mỡ máu, đặc điểm hình ảnh học cắt lớp vi tính.

Biến số liên quan đến can thiệp: Chỉ định phẫu thuật hoặc can thiệp, loại phẫu thuật, can thiệp.

Biến số liên quan đến kết quả: Thành công kĩ thuật, tử vong trong 30 ngày, đột quỵ, liệt tủy, suy thận, viêm phổi, thiếu máu tạng, suy tim, dò nội mạch.

Lưu đồ điều trị

HKTĐMC loại A có biến chứng hoặc nguy cơ cao[3,5]

Huyết động không ổn định.

Tràn dịch màng ngoài tim gây chèn ép tim.

Thiếu máu cơ quan do tưới máu sai lòng.

Tụ máu quanh ĐMC dọa vỡ ĐMC.

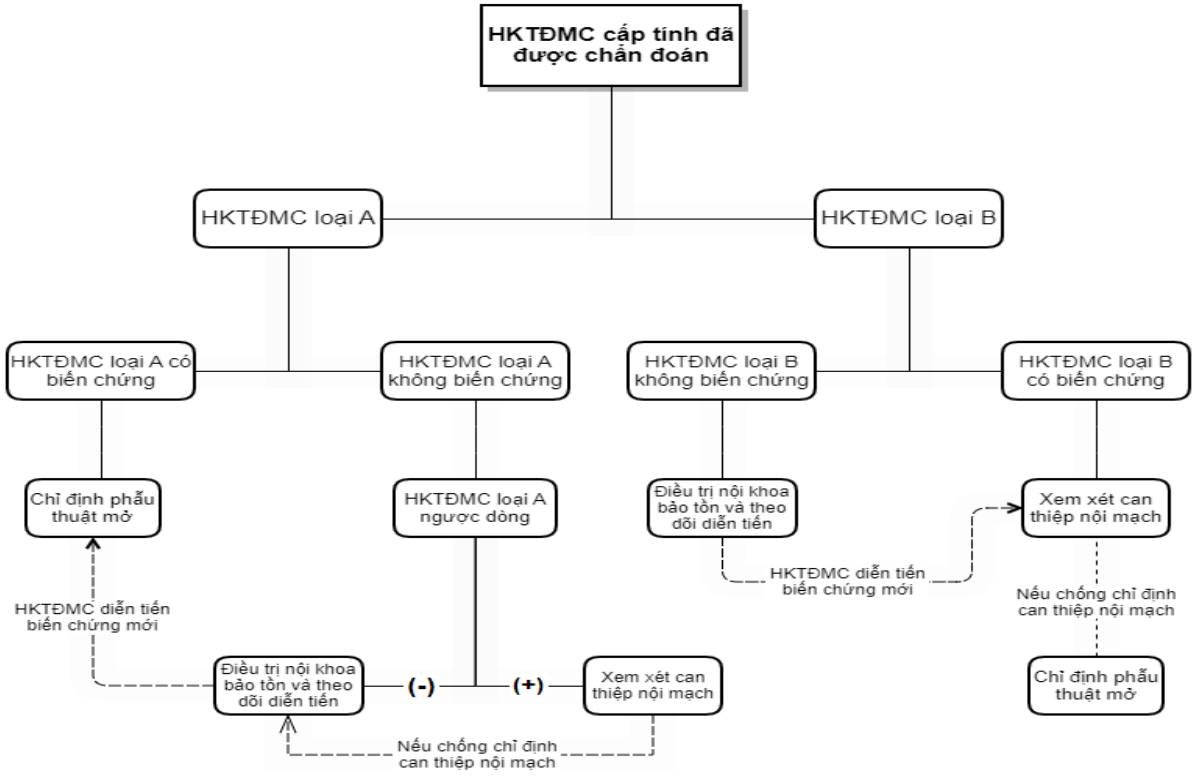
Diễn tiến thành bóc tách ĐMC kinh điển hoặc vỡ ĐMC.

Đường kính tối đa ĐMC ngực lên >50mm.

Bề dày HKTĐMC ngực lên >10mm.

Loét tiến triển trong HKT hay loét xuyên thành ĐMC ngực lên.

Đau do ĐMC tồn tại dai dẳng dù đã được điều trị nội khoa tối ưu.



***Hình 1**: Lưu đồ tiếp cận huyết khối thành động mạch chủ cấp*

HKTĐMC loại B có biến chứng hoặc nguy cơ cao[2]

Rối loạn huyết động.

Tụ máu quanh ĐMC dọa vỡ ĐMC.

Thiếu máu cơ quan do tưới máu sai lòng.

Đường kính tối đa ĐMC ngực xuống >45mm.

Bề dày HKTĐMC ngực xuống >10mm.

Loét tiến triển trong HKTĐMC ngực xuống có kích thước >10mm.

Tăng đường kính ĐMC nhanh chóng trong thời gian nhập viện.

Đau ngực dai dẳng dù đã điều trị nội khoa.

Điều trị nội khoa bảo tồn và theo dõi diễn tiến[2]

Theo dõi huyết động và triệu chứng tại khoa hồi sức tích cực. Huyết áp mục tiêu 100-120mmHg, nhịp tim mục tiêu 60-80 lần/phút. Chụp cắt lớp vi tính đánh giá diễn tiến (ngày 1, ngày 3, ngày 7, ngày 30 hoặc khi lâm sàng có diễn tiến xấu về huyết động và/hoặc triệu chứng).

Phương pháp thống kê

Thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu bằng phần mềm Microshoft Excel 2016, Stata 14.

Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ %. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình.

Kết quả của nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ, hình ảnh và mô tả. Văn bản được trình bày với Word 2016.

KẾT QUẢ

Thời gian từ 01/2017 đến 01/2021, có 31 bệnh nhân được chẩn đoán HKTĐMC được điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp tại khoa Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. Trong đó có 18 bệnh nhân HKTĐMC loại A, 11 bệnh nhân được phẫu thuật, 7 bệnh nhân được can thiệp nội mạch và 13 bệnh nhân HKTĐMC loại B được can thiệp nội mạch.

Bảng 1: *Chỉ định điều trị cho từng nhóm bệnh nhân*

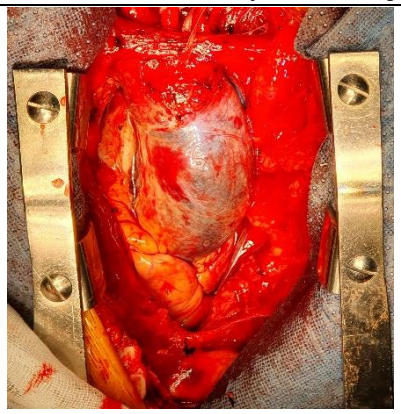
Chỉ định điều trị		HKTĐMC loại A được PT (n=11)		HKTĐMC loại A được CTNM (n=7)		HKTĐMC loại B được CTNM (n=13)	
Đau dai dẳng không kiểm soát được bằng điều trị nội		3	27,3%	0	0,0%	0	0,0%
Huyết động không ổn định		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Đường kính tối đa ĐMC	ĐMC ngực lên >50mm	8	72,7%	1	14,3%	0	0,0%
	ĐMC ngực xuống >45mm	3	27,3%	3	42,9%	1	7,7%
	ĐMC bụng >45mm	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Bề dày huyết khối thành	ĐMC ngực lên >10mm	7	63,6%	0	0,0%	0	0,0%
	ĐMC ngực xuống >10mm	3	27,3%	5	71,4%	11	84,6%
	ĐMC bụng >10mm	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%
Tụ máu quanh ĐMC		4	36,4%	3	42,9%	2	15,4%
Loét tiến triển trong huyết khối thành hoặc loét xuyên thành ĐMC có kích thước > 10mm		6	54,5%	4	57,1%	11	84,6%
Lấp mạch do huyết khối thành gây thiếu máu tạng		1	9,1%	0	0,0%	1	7,7%

Bảng 2: *Đặc điểm phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại A điều trị bằng phẫu thuật mở*

Đặc điểm		Bệnh nhân (n=11)	
Phương pháp phẫu thuật	Thay ĐMC ngực lên đơn thuần	3	27,3%
	Thay ĐMC ngực lên + quai ĐMC	8	72,7%
	. Thay bán phần quai ĐMC	6	54,5%
	. Thay quai ĐMC	2	18,2%
	Thay gốc ĐMC kèm theo	2	18,2%
	Phẫu thuật khác ngoài ĐMC	2	18,2%
Ngưng tuần hoàn		8	72,7%
Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể (phút)		178.3 ± 51,1	
Thời gian kẹp ĐMC (phút)		113.4 ± 35,4	
Lượng máu mất (ml)		645.5 ± 350,3	
Truyền máu		11	100,0%
Quan sát thấy lỗ rách ĐMC		5	45,5%

***Bảng 3**: Đặc điểm can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị HKTĐMC*

Đặc điểm		Loại A (n=7)		Loại B (n=13)	
Phương pháp vô cảm	Mê nội khí quản	3	42,9%	4	30,8%
	Tiền mê + tê tại chỗ	4	57,1%	9	69,2%
Vị trí hạ đặt đầu gần	Vùng 1	1	14,3%	1	7,7%
	Vùng 2	0	0,0%	4	30,8%
	Vùng 3	6	85,7%	7	53,8%
	Vùng 4	0	0,0%	1	7,7%
	Đường kính trung bình (mm)	32.3 ± 2,7		34.0 ± 3,7	
Vị trí hạ đặt đầu xa	Vùng 4	5	71,4%	10	76,9%
	Vùng 5	2	28,6%	3	23,1%
	Đường kính trung bình (mm)	29.4 ± 3,0		30.8 ± 4,2	
,,Chiều dài che phủ		212.1 ± 69,8		198.5 ± 48,3	
Số ống ghép sử dụng	Một ống ghép	5	71,4%	10	76,9%
	Hai ống ghép	2	28,6%	3	23,1%
Phẫu thuật và kỹ thuật kèm theo	Chuyển vị các nhánh quai ĐMC	1	14,3%	2	15,4%
	Kỹ thuật mở cửa sổ trên stent graft	0	0,0%	3	23,1%
Truyền máu trong mổ		1	14,3%	2	15,4%



***Hình 1:** Huyết khối thành động mạch chủ loại A trong phẫu thuật (Nguồn hình: khoa phẫu thuật tim mạch người lớn bệnh viện Đại học Y Dược)*

***Hình 2** Hình cắt lớp vi tính huyết khối thành ĐMC loại B có tổn thương loét tiến triển (Ulcer like projection) sau động mạch dưới đòn trái trước và sau can thiệp (Nguồn hình: khoa phẫu thuật tim mạch người lớn bệnh viện Đại học Y Dược)*

***Bảng 4**: Tỉ lệ tử vong và các biến chứng trong vòng 30 ngày*

Biến chứng	Loại A phẫu thuật (n=11)		Loại A can thiệp (n=7)		Loại B can thiệp (n=13)	
Tử vong trong vòng 30 ngày	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
Tai biến mạch máu não	4	36,4%	0	0,0%	0	0,0%
Nhồi máu cơ tim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Biến chứng hô hấp	2	18,2%	1	14,3%	1	7,7%
Tổn thương thận cấp	3	27,3%	0	0,0%	1	7,7%
Yếu hoặc liệt hai chân	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
Thiếu máu nuôi ruột	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nhiễm trùng huyết	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%
Phẫu thuật lại do mọi nguyên nhân	3	27,3%	0	0,0%	1	7,7%
Nhập viện lại sau xuất viện	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%

1 trường hợp tử vong trong nhóm phẫu thuật là bệnh nhân HKTĐMC loại A, khảo sát tiền phẫu ghi nhận hẹp 80% động mạch liên thất trước được phẫu thuật thay ĐMC ngực lên và bắc cầu mạch vành ĐM ngực trong trái vào nhánh ĐM liên thất trước, hậu phẫu ngày 1 ghi nhận tắc ĐM khoeo trái cấp tính sau đó được phẫu thuật mở ĐM khoeo lấy huyết khối, hậu phẫu ngày 5 ghi nhận liệt hai chi dưới do biến chứng liệt tủy cấp, sau đó bị viêm phổi tình

trạng nặng hơn và tử vong 1 tuần sau đó. 3 trường hợp phẫu thuật lại gồm phẫu thuật lấy huyết khối ĐM khoeo trái đã mổ tả, phẫu thuật kết hợp xương ức do mất vững xương ức ở ngày hậu phẫu thứ 7, phẫu thuật mở ngực dẫn lưu dịch màng tim và màng phổi trái do tràn dịch màng ngoài tim lượng trung bình, tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều ở bệnh nhân thay ĐMC ngực lên.

Nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch cho huyết khối thành loại A không có biến cố nào nghiêm trọng. Nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch cho huyết khối thành loại B có 1 trường hợp bóc tách ngược dòng sau đó được chuyển mổ hở đã mô tả ở trên, bệnh nhân này có tình trạng tổn thương thận cấp sau phẫu thuật nhưng phục hồi tốt không cần điều trị thay thế thận. Các biến chứng khác liên quan đến kỹ thuật can thiệp nội mạch trong 30 ngày không ghi nhận.

1 trường hợp phải can thiệp lại ở nhóm HKTĐMC loại A, bệnh nhân đã được phẫu thuật thay ĐMC ngực lên, ghi nhận đau ngực tái phát sau 2 tháng xuất viện, chụp cắt lớp vi tính kiểm tra phát hiện 1 ổ loét tiến triển trong HKT mới xuất hiện nằm ngay sau ĐM dưới đòn trái kích thước lớn 36 x 17 x 15 cm, BN được chuyển vị nhánh ĐM dưới đòn trái và đặt ống ghép nội mạch từ sau ĐM cảnh chung trái che ổ loét tiến triển, can thiệp thực hiện hành công và bệnh nhân hết triệu chứng đau ngực.

***Bảng 5**: Đặc điểm tái cấu trúc ĐMC ở bệnh nhân HKTĐMC loại A (n=6) và loại B (n=13) trong 6 tháng sau điều trị bằng can thiệp nội mạch*

Nhóm bệnh nhân		Đường kính	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức thay đổi ĐK	p
HKTĐMC loại A	ĐMC ngực lên	Hấp thu một phần HKTĐMC		1/6 (16,7%)		
		Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		5/6 (83,0%)		
		Đường kính lớn nhất (mm)	43,2 ± 5,2	38,0 ± 4,8	-5,2 ± 2,5	0,004*
		Bề dày HKT (mm)	6,4 ± 1,1	1,1 ± 1,7	-5,2 ± 1,2	<0,001*
	ĐMC ngực xuống	Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		6/6 (100%)		
		Đường kính lớn nhất (mm)	38,8 ± 5,8	32,6 ± 3,1	-6,2 ± 3,9	0,01*
		Bề dày HKT (mm)	11,7 ± 1,4	2,8 ± 0,2	-8,9 ± 16	<0,001*
HKTĐMC loại B	ĐMC ngực xuống	Hấp thu một phần HKTĐMC		3/13 (23,1%)		
		Hấp thu hoàn toàn HKTĐMC		10/13 (76,9%)		
		Đường kính lớn nhất (mm)	35,5 ± 4,1	32,9 ± 4,2	-2,5 ± 2,3	0,002*
		Bề dày HKT (mm)	12,2 ± 2,9	2,8 ± 1,7	-9,4 ± 3,3	< 0,001 *

BÀN LUẬN

Đặc điểm của giải phẫu ĐMC trên hình ảnh cắt lớp vi tính là một yếu tố cực kỳ quan trọng trong nhận diện loại tổn thương, phân nhóm bệnh lý, giúp phát hiện và tiên đoán các trường hợp HKTĐMC có biến chứng. Do đó chụp cắt lớp vi tính là lựa chọn hàng đầu để đánh giá khẩn cấp khi nghi ngờ có hội chứng ĐMC cấp[2,3,6]. Bên cạnh việc xác định loại tổn thương và đoạn ĐMC liên quan, trong báo cáo của mình tác giả Maslow năm 2018 và Ferrera năm 2020 đã đề nghị nhận diện những đặc trưng có liên quan đến khả năng diễn tiến bất lợi bao gồm bề dày lớn nhất HKTĐMC, đường kính ĐMC lớn nhất, tổn thương khu trú (hình ảnh loét tiển triển và hồ máu trong HKTĐMC, vết rách nội mạc), tràn dịch màng ngoài tim, tràn dịch màng phổi, tụ máu quanh ĐMC, tưới máu sai lòng gây thiếu máu cơ quan[2,6].

Y văn trên thế giới hiện tại còn nhiều tranh cãi khi đề cập đến chỉ định điều trị cho HKTĐMC loại A. Phương pháp điều trị phổ biến là phẫu thuật thay ĐMC ngực lên tương tự với bóc tách ĐMC kinh điển vì vị trí HKT ở ĐMC ngực lên được cho là yếu tố dự báo độc lập của vỡ ĐMC[5]. Tuy nhiên các nghiên cứu ở châu Á (hầu hết ở Nhật Bản và Hàn Quốc) đã mô tả phẫu thuật cấp cứu cho kết quả kém nhưng điều trị bảo tồn thành công với kiểm soát huyết áp, theo dõi diễn tiến bằng hình ảnh học và phẫu thuật kịp thời ở một số trường hợp, thậm chí đặt được tỉ lệ cao trong thoái triển và

biến mất HKTĐMC loại A; ngược lại các nghiên cứu ở phương Tây liên tục ủng hộ phẫu thuật cấp cứu điều trị HKTĐMC loại A do tỉ lệ tử vong cao được quan sát thấy ở những bệnh nhân điều trị nội khoa bảo tồn. Có một sự thống nhất tương đối ở các chuyên gia và các khuyến cáo giữa những tranh cãi trong điều trị HKT loại A đó là những trường hợp có biến chứng hoặc nguy cơ cao HKT tiếp tục diễn tiến nên được thực hiện phẫu thuật trong vòng 24-48 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng[2,3]. Những trường hợp HKT loại A không có những đặc điểm tiên đoán diễn tiến bất lợi, bệnh nhân không phù hợp cho phẫu thuật (người bệnh lớn tuổi kèm nhiều bệnh đồng mắc nghiêm trọng), hoặc người bệnh từ chối phẫu thuật, đặc biệt khi đường kính ĐMC <50 mm, bề dày HKT <10 mm, điểm đau <3/10 (dựa trên thang điểm đánh giá mức độ đau bằng số từ 1-10 cho những bệnh nhân tỉnh táo), và không có hình ảnh loét tiển triển trong HKT hay loét xuyên thành ở ĐMC ngực lên, một kế hoạch điều trị nội khoa bảo tồn với chiến lược theo dõi và chờ đợi có thể hợp lý[2,3,7]. Mặc dù sự thoái triển và biến mất của HKT đã được chỉ ra ở những trường hợp điều trị nội khoa tích cực, quá trình diễn tiến của HKTĐMC loại A có lẽ không lành tính như được mô tả trong một số nghiên cứu ở châu Á. Tỉ lệ tiến triển thành bóc tách ĐMC, vỡ hay phình dạng túi ĐMC lên đến 33%[3]. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Kaji năm 2002 là 45%, còn theo Watanabe nghiên cứu năm 2013 là 46% bao gồm vỡ ĐMC 2%, loét trong HKT tăng kích thước 19%, chuyển dạng bóc tách ĐMC 25%. Những năm gần đây, can thiệp nội mạch ngày càng phát triển giúp hạn chế những kết quả bất lợi của phẫu thuật mở, các nghiên cứu sử dụng ống ghép nội mạch điều trị bóc tách ĐMC loại A ngược dòng với lỗ vào ở ĐMC ngực xuống cho nhiều kết quả khả quan. Cũng như bóc tách kinh điển, nhiều tác giả đã báo cáo sử dụng can thiệp nội mạch để điều trị HKTĐMC loại A ngược dòng[8]. Trong đó tác giả Ryoi O đã báo cáo điều trị thành công 18 trường hợp HKTĐMC loại A ngược dòng, với tiêu chí chọn bệnh là có hình ảnh loét tiến triển trong HKT hoặc vết rách nội mạc ở ĐMC ngực xuống, loại trừ những bệnh nhân có đường kính ĐMC >50 mm, hở van ĐMC nặng, có hội chứng vành cấp hoặc thiếu máu não[8]. Trong nghiên cứu này chỉ định điều trị HKTĐMC loại A cũng tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới.

Đối với HKTĐMC loại B, hầu hết các tác giả và hiệp hội khuyến cáo ưu tiên điều trị nội khoa trừ khi có biến chứng hoặc có các yếu tố dự đoán nhiều khả năng xảy ra biến chứng[2,5,7,9]. Maslow A viết trong tổng quan của mình khoảng 90% HKTĐMC loại B được điều trị nội khoa và <10% được can thiệp hay phẫu thuật[2]. Tác giả Maslow A và tác giả Evangelista A đã đưa ra những đặc điểm dự đoán HKTĐMC loại B diễn tiến biến chứng gồm: đường kính tối đa ĐMC ngực xuống >45mm, bề dày HKT >10mm, kích thước ĐMC tăng nhanh >5 mm/năm, tụ máu quanh ĐMC, tràn dịch màng ngoài tim, tràn dịch màng phổi, loét tiến triển trong HKT hoặc loét xuyên thành ĐMC có liên quan HKT với kích thước >10mm, đau dai dẳng không kiểm soát, huyết động không ổn định[2,9]. So sánh chỉ định can thiệp nội mạch qua các nghiên cứu với nghiên cứu này ở nhóm bệnh nhân loại B cho thấy đường kính tối đa ĐMC >45mm, bề dày HKT >10 mm và hình ảnh tổn thương nội mạc (loét tiến triển trong HKT, loét xuyên thành ĐMC, vết rách nội mạc) là những chỉ định thường gặp cho can thiệp nội mạch điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 11 bệnh nhân đều phẫu thuật thành công, không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng kể trên. Tuy nhiên có 1 trường hợp ghi nhận tắc động mạch khoeo cấp tính phải phẫu thuật cấp cứu lấy huyết khối ĐM khoeo. Đây là trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi, bệnh nhân được chẩn đoán HKTĐMC loại A biến chứng bóc tách ĐM chậu ngoài trái và đùi chung trái gây thiếu máu chân trái trên nền có hẹp 80% ĐM liên thất trước, người bệnh được chỉ định phẫu thuật cấp cứu sau 10 giờ nhập viện, được phẫu thuật thay ĐMC ngực lên, bán quai gần ĐMC và bắc cầu

ĐM ngực trong trái – ĐM liên thất trước. Hậu phẫu ngày 1 ghi nhận tình trạng thiếu máu chân trái diễn tiến nặng và chẩn đoán tắc ĐM khoeo được phẫu thuật lấy huyết khối, tình trạng bệnh nhân cải thiện và được rút nội khí quản sau 33,5 giờ, nằm hồi sức 4 ngày. Đến hậu phẫu ngày 5 bệnh nhân lại ghi nhận biến chứng liệt hai chi dưới, chụp cắt lớp vi tính ghi nhận huyết khối toàn bộ lòng giả và chẩn đoán liệt cắt ngang tủy, sau đó bệnh nhân xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 13 trong tình trạng tim mạch ổn và còn liệt hoàn toàn hai chi dưới. Ngày hậu phẫu 23 bệnh nhân nhập bệnh viện với tình trạng viêm phổi nặng, liệt hai chi dưới và người bệnh tử vong ở ngày hậu phẫu 29. Tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 1/11 (9,1%). So sánh với các nghiên cứu trên thế giới với tỉ lệ tử vong cũng không cao, tác giả Tian trong đánh giá hệ thống của mình báo cáo tỉ lệ tử vong chung là 8,2%, trong đó tử vong ở các nghiên cứu phương Tây là 18,9% và ở các ngước phương Đông là 5,3%[4]. Tác giả Maslow đã chỉ ra tử vong ở nhóm phẫu thuật điều trị HKTĐMC loại A khoảng 6% là nguy cơ tử vong chấp nhận được so với khoảng 4% ở nhóm điều trị nội khoa, đặc biệt khi nhóm bệnh nhân phẫu thuật là những bệnh nhân có nguy cơ cao, trong khi nhóm điều trị nội khoa ban đầu có đến 40% HKT ĐMC diễn tiến thêm và 32% cần được phẫu thuật sau đó[2].

Can thiệp nội mạch ĐMC xác định thành công về mặt kỹ thuật khi bung ống ghép thành công, đúng vị trí, không ghi nhận rò ống ghép loại I và loại III, không chuyển mổ mở hoặc tử vong trong 24 giờ đầu sau can thiệp. Tất cả các bệnh nhân HKTĐMC loại A được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch đều thành công về mặt kỹ thuật. Không ghi nhận tử vong và biến chứng nghiêm trọng trong 30 ngày, 3 trường hợp lựa chọn phương pháp gây mê nội khí quản đều được rút ống NKQ trong vòng 24 giờ đầu tiên. Biến chứng lo ngại nhất ở nhóm bệnh nhân này là bóc tách ĐMC loại A ngược dòng cũng không ghi nhận trường hợp nào. Trong nghiên cứu của tác giả Ryoi O báo cáo trên 18 bệnh nhân can được can thiệp điều trị HKTĐMC loại A cũng không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày, có 3/18 (17%) bệnh nhân có biến chứng sau mổ gồm 1 trường hợp tổn thương thận cấp, suy hô hấp phải điều trị thay thế thận và thông khí cơ học kéo dài qua mở khí quản, 1 bệnh nhân tai biến mạch máu não, và 1 người bệnh tổn thương nhồi máu tủy[8]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến cố bất lợi sau can thiệp ở nhóm bệnh nhân này có thể do cỡ mẫu nhỏ chưa thể hiện hết được các nguy cơ chu phẫu, tuy nhiên cũng ghi nhận kết quả ban đầu là khả quan.

Nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại B có 1 (7,7%) trường hợp thất bại về mặt kỹ thuật khi ghi nhận bóc tách ĐMC loại A ngược dòng sau thực hiện can thiệp nội mạch ĐMC, bệnh nhân sau đó được chuyển phẫu thuật mở, thay ĐMC ngực lên và quai ĐMC, người bệnh nằm tại đơn vị hồi sức 7 ngày, rút NKQ ở ngày hậu phẫu 3, và xuất viện sau phẫu thuật 19 ngày với tình trạng sức khỏe ổn định. Tác giả Bischoff cũng ghi nhận 2/28 (7,1%) trường hợp có biến chứng bóc tách ĐMC loại A ngược dòng sau đặt ống ghép nội mạch, các bệnh nhân của ông được chuyển phẫu thuật mở ngay sau đó và đã phục hồi tốt[10]. Trong khi tác giả Ye K không ghi nhân trường hợp bóc tách ĐMC ngược dòng nào ở 39 bệnh nhân được tiến hành can thiệp. Bóc tách ngược dòng trong can thiệp nội mạch là một biến chứng nghiêm trọng có thể de dọa tính mạng, bóc tách ngược dòng có thể là diễn tiến tự nhiên của bệnh lý bóc tách ĐMC hoặc gây ra do biến chứng của can thiệp nội mạch. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ bóc tách ngược dòng trong can thiệp ĐMC như: sự mỏng manh của thành ĐMC đặc biệt trong tổn thương ĐMC ở giai đoạn cấp tính, vị trí đặt ống ghép ĐMC ở đoạn ĐM còn tổn thương hay ở đoạn mạch máu uốn cong tại quai ĐMC, bóc tách do thao tác trong lúc can thiệp khi đưa dụng cụ can thiệp hay nong bóng trong ống ghép, kích thước ống ghép nội mạch lớn so với kích thước ĐMC cũng làm tăng nguy cơ bóc tách ĐMC ngược dòng.

Trường hợp biến cố bóc tách ngược dòng trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn ống ghép đường kính 38mm cho đường kính ĐMC vùng hạ đặt là 37,5mm, vị trí hạ đặt đầu gần là ngay sau ĐM cảnh chung trái (do ghi nhận tổn thương loét tiến triển ngay sau ĐM dưới đòn trái nên chúng tôi thực hiện che ĐM dưới đòn trái để đạt được chiều dài vùng hạ đặt đầu gần khoảng 22mm và thực hiện kỹ thuật mở cửa sổ trên ống ghép để tưới máu lại cho ĐM dưới đòn trái, quai ĐMC trong trường hợp này tương đối gấp khúc nhiều là một nguy cơ gây biến chứng bóc tách ngược dòng.

Đối với HKTĐMC loại A và B điều trị bằng can thiệp nội mạch, mục tiêu đặt ra là che những vết rách nội mạc trên hình ảnh cắt lớp vi tính cũng như cô lập đoạn ĐMC bệnh lý nhằm ngăn ngừa sự tiến triển của HKTĐMC lan rông, chuyển dạng bóc tách ĐMC hay vỡ ĐMC và cuối cùng giúp ngăn ngừa những biến chứng muộn nhờ thúc đẩy quá trình tái cấu trúc ĐMC. Do đó tái cấu trúc ĐMC là mục tiêu cuối cùng và là yếu tố giúp tiên lượng lâu dài hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị HKTĐMC. Các tác giả đánh giá tái cấu trúc ĐMC ở bệnh nhân HKT dựa trên thông số về kích thước tối đa ĐMC, bề dày HKT và mức độ hấp thu HKT một phần (hay thoái triển HKT) hoặc hấp thu HKT hoàn toàn (hay tái cấu trúc ĐMC hoàn toàn) ở các bệnh nhân này trước và sau can thiệp. Về giải phẫu bề dày thành ĐMC bình thường <3mm, do đó trong nghiên cứu này những bệnh nhân có bề dày thành ĐMC sau can thiệp <3mm sẽ được tính hấp thu hoàn toàn HKT, các trường hợp có giảm bề dày HKT nhưng vẫn >3mm được xem là hấp thu HKT một phần[2]. Theo tác giả Ryoi O HKTĐMC loại A can thiệp nội mạch sẽ được đánh giá tái cấu trúc ở cả ĐM chủ ngực lên và xuống[8], còn HKTĐMC loại B thì quá trình tái cấu trúc được đánh giá ở ĐMC ngực xuống[10]. So sánh sự tái cấu trúc ĐMC ở nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Ryoi O đều cho thấy kết quả rất khả quan, tỉ lệ tái cấu trúc ĐMC hoàn toàn rất cao ở cả ĐMC ngực lên và ĐMC ngực xuống. Sự thay đổi bề dày HKT ở ĐMC ngực lên trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả Ryoi đáng kể là do bề dày HKT trung bình trước can thiệp của chúng tôi là 6,4 ± 1,1 thấp hơn so với 10,4 ± 3,7 ở nghiên cứu của ông. Lợi ích của can thiệp nội mạch ĐMC ở nhóm bệnh nhân HKTĐMC loại A là thúc đẩy tái cấu trúc ĐMC ở cả đoạn ĐMC ngực lên, đoạn quai và cả ĐMC ngực xuống chỉ với một lần can thiệp bằng cách che phủ tổn thương nguy cơ và nghi ngờ rách nội mạc ở ĐMC ngực xuống[8]. Tuy nhiên việc đánh giá lựa chọn bệnh nhân phù hợp, lên kế hoạch can thiệp thận trọng và thực hiện kỹ thuật can thiệp tốt là những yếu tố quan trọng để đạt được hiệu quả của can thiệp, trong đó lựa chọn bệnh nhân là quan trọng nhất chỉ những bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ HKT xuất phát từ ĐMC ngực xuống lan ngược dòng lên ĐMC ngực lên và không có sự thông thương dòng máu ở ĐMC ngực lên là những tiêu chuẩn bắt buộc[8]. Tuy cỡ mẫu trong nghiên cứu của tôi cũng như các nghiên cứu so sánh chưa nhiều nhưng từ những kết quả khả quan trên cũng góp phần đánh giá tính hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý HKTĐMC loại B cũng như loại A khi lựa chọn bệnh nhân phù hợp.

KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh học cắt lớp vi tính có vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán, xác định biến chứng, chỉ định điều trị và theo dõi sau điều trị cho bệnh lý HKTĐMC cấp tính. Điều trị phẫu thuật cho bệnh HKTĐMC loại A có biến chứng lựa chọn tối ưu với tỉ lệ tử vong và tai biến nghiêm trọng thấp, tuy nhiên thời gian nằm viện và phục hồi kéo dài. Can thiệp nội mạch có thể được xem xét là điều trị thay thế cho phẫu thuật mở hoặc điều trị nội khoa bảo tồn ở những bệnh nhân HKTĐMC loại A ngược dòng được lựa chọn cẩn. Can thiệp nội mạch điều trị cho bệnh nhân HKTĐMC loại A và B là phương pháp ít xâm lấn, với tỉ lệ tử vong chu phẫu thấp và ít biến chứng, đồng thời cho phép bệnh nhân phục hồi nhanh chóng. Can thiệp nội mạch giúp

thúc đẩy tái cấu trúc ĐMC do đó làm giảm biến chứng muộn của bệnh lý HKTĐMC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Evangelista A (2005). Acute Intramural Hematoma of the Aorta. *Circulation*, 111(8):1063-1070.
2. Maslow A (2018). Intramural Hematoma. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(3):1341-1362.
3. Kho J (2020). A Review on the Surgical Management of Intramural Haematoma of the Aorta. *Hearts*, 1(2):75-85.
4. Tian D (2019). Surgery for type A intramural hematoma: a systematic review of clinical outcomes. *Annals of cardiothoracic surgery*, 8(5):518-523.
5. Erbel R (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.
6. Ferrera C (2020). Diagnosing Aortic Intramural Hematoma: Current Perspectives. *Vascular Health and Risk Management*, 16:203-213.
7. Bossone E (2017). Acute aortic syndromes: diagnosis and management, an update. *European Heart Journal*, 39(9):739-749.
8. Ryoi O (2020). Endovascular Repair for Retrograde Type A Intramural Haematoma with Intimal Tear in the Descending Thoracic Aorta. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 60(3):386-393.
9. Evangelista A (2014). Interdisciplinary expert consensus on management of type B intramural haematoma and penetrating aortic ulcer. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 47(2):209-217.
10. Bischoff MS (2016). Treatment indications for and outcome of endovascular repair of type B intramural aortic hematoma. *Journal of Vascular Surgery*, 64(6):1569-1579.

Ngày nhận bài báo: *10/12/2021*
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *10/02/2022*
Ngày bài báo được đăng: *15/03/2022*