

KẾT QUẢ SỚM SAU CAN THIỆP ĐẶT ỚNG GHÉP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Lâm Triều Phát¹, Trần Quyết Tiến¹,
Nguyễn Trường Giang², Tống Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 80 bệnh nhân phình động mạch chủ ngực được điều trị can thiệp đặt ống ghép nội mạch dưới hướng dẫn của máy DSA hoặc C-arm tại bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 08/2013 đến tháng 09/2018. **Kết quả:** 72,50% bệnh nhân đặt 1 ống ghép; 27,50% cần từ 2 đến 3 ống ghép. Không có tai biến liên quan cấu trúc ống ghép trong quá trình can thiệp. Có 3 trường hợp tử vong sớm (3,75%), 2 trường hợp chảy máu phải mổ lại (2,50%), 4 trường hợp nhồi máu não (5,0%) và 2 trường hợp suy thận cần chạy thận nhân tạo (2,50%). Có 2 trường hợp rò nội mạch loại IA, 1 trường IB, 3 trường hợp rò nội mạch loại II. Hai nhóm không có khác biệt về tử vong và tai biến, biến chứng sớm. **Kết luận:** chủ yếu BN được can thiệp đặt 1 ống ghép. Các tai biến, biến chứng sau can thiệp có tỷ lệ thấp.

Từ khóa: Kết quả sớm, ghép nội mạch, phình động mạch chủ ngực.

SUMMARY

EARLY RESULTS AFTER ENDOVASCULAR REPAIR TO TREAT THORACIC AORTIC ANEURYSM

Objectives: To evaluate the early results after treatment of thoracic aortic aneurysm using endovascular repair at Cho Ray Hospital. **Objects and methods:** A descriptive-prospective study on 80 patients with thoracic aortic aneurysms treated with endovascular interventions under the guidance of a DSA or C-arm machine at Cho Ray hospital, from August 2013 to September 2018. **Results:** 72.50% of patients required 1 stent graft for each patient; and 27.50% of patients, one needed 2 to 3 stent grafts. No complications related to the structure of the stent graft during the intervention have been witnessed. There were 3 cases of early death (3.75%), 2 cases of postoperative bleeding requiring surgery (2.50%), 4 cases of stroke (5.0%), and 2 case of kidney failure requiring hemodialysis (2.50%). After a prolonged period of follow-up, there were 2 cases of endoleak type IA, 1 case of endoleak type IB, 3 cases of endoleak type II. There were no differences between the two groups in mortality, accidents, and early

complications. **Conclusion:** The majority of cases required 1 stent graft forendovascular. Complications after the endovascular had a low rate.

Keywords: Early results, endovascular repair, thoracic aortic aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Mỹ, mỗi năm có 13.000 người tử vong vì bệnh động mạch chủ, phình động mạch chủ ngực là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 18 trong tất cả các nguyên nhân. Tỷ suất mới mắc của phình động mạch chủ ngực là 10 trường hợp trên 100.000 bệnh nhân-năm và tỷ lệ phình động mạch chủ ngực trong dân số là 0,16 đến 0,34%. Tuổi trung bình phát hiện bệnh động mạch chủ là 64,3 tuổi ở người bình thường và 56,8 tuổi ở người có tiền căn gia đình mắc bệnh động mạch chủ Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị và gây mê hồi sức nhưng tỷ lệ tử vong, biến chứng sau mổ phình động mạch chủ vẫn còn là một thách thức cho ngành phẫu thuật, đặc biệt ở các bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do lớn tuổi, có nhiều bệnh kết hợp: Tỷ lệ tử vong sau mổ khoảng 5% cho phẫu thuật chương trình của động mạch chủ ngực lên và quai động mạch chủ, 10% cho phẫu thuật chương trình của động mạch chủ ngực xuống. Đối với những trường hợp phình động mạch chủ vỡ, nguy cơ tử vong chu phẫu có thể lên đến 28,6% [1]. Hiện nay, ở Việt Nam đã có các cơ sở thực hiện được can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực, tuy nhiên chưa có nhiều công bố về kết quả, biến chứng sau can thiệp, do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực tại Bệnh viện Chợ Rẫy".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 80 bệnh nhân phình động mạch chủ ngực được điều trị can thiệp đặt ống ghép nội mạch dưới hướng dẫn của máy DSA hoặc C-arm tại bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 08/2013 đến tháng 09/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán phình động mạch chủ ngực có chỉ định can thiệp theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu [2].

- Được can thiệp nội mạch động mạch chủ

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Triều Phát

Email: trphat2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2021

Ngày duyệt bài: 21/6/2021

điều trị bệnh phình động mạch chủ ngực.

- Được phẫu thuật chuyển vị quai động mạch chủ và can thiệp nội mạch sau đó.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phình gốc động mạch chủ hoặc động mạch chủ ngực lên đi kèm.
- Phẫu thuật tim đi kèm: Phẫu thuậtvan tim, phẫu thuật bắc cầu mạch vành.
- Hình thái động mạch đùi, chậu không phù hợp với can thiệp nội mạch.
- Phình động mạch chủ bụng đi kèm.
- Bệnh lý ác tính hoặc bệnh nội khoa nặng với tiên lượng sống còn ít hơn 2 năm.
- Dùng thuốc cản quang.
- Bóc tách động mạch chủ đi kèm

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn được 80 bệnh nhân đủ điều kiện theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Số lượng ống ghép: được xác định bằng số lượng có 1; 2 hay 3 ống ghép.
- Đường kính đầu gần, đường kính đầu xa ống ghép và chiều dài ống ghép (mm).
- Vị trí thả ống ghép: các vị trí thả ống ghép được thực hiện tại sau động mạch dưới đòn trái, sau động mạch cảnh chung trái, sau động mạch cánh tay đầu, động mạch chủ ngực lên sau ống ghép chuyển vị và động mạch chủ ngực lên kèm theo ống ghép thân cánh tay đầu.
- Đặc điểm biến chứng ống ghép: ống ghép đúng vị trí (không hay có); rò nội mạch (không rò, rò loại IA, rò loại IB, rò loại II, rò loại III, rò loại IV và rò loại V).
- + Di lệch ống ghép: không có hoặc di lệch dưới 10mm; di lệch toàn bộ hay 1 phần ống ghép trên 10mm.

+ Tắc hẹp ống ghép: không hoặc tắc, hẹp ống ghép gây thiếu máu nuôi tạng và chi.

+ Gãy hoặc xoắn vặn ống ghép: không có hoặc gãy, xoắn hay gập ống ghép gây thiếu máu nuôi tạng và chi.

+Bóc tách động mạch chủ sau đặt ống ghép: không hoặc xảy ra bóc tách động mạch chủ sau khi đặt ống ghép nội mạch.

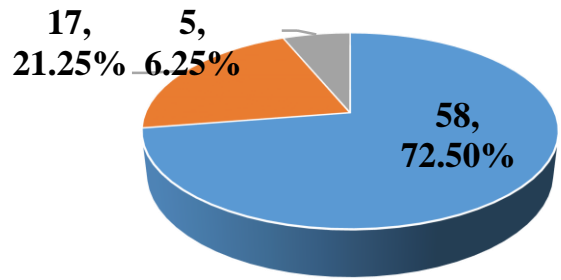
+ Lấp động mạch nuôi não: Không hoặc xảy ra lấp ĐM nuôi não ngoài ý muốn sau đặt ống ghép.

+ Tổn thương động mạch đường vào; Thiếu máu nuôi tạng và chi.

- Biến chứng sau phẫu thuật: Nhồi máu cơ tim cấp; Viêm phổi; Xuất huyết não mới; Nhồi máu não mới; Suy thận mới cần chạy thận; Tử vong trong vòng 30 ngày.

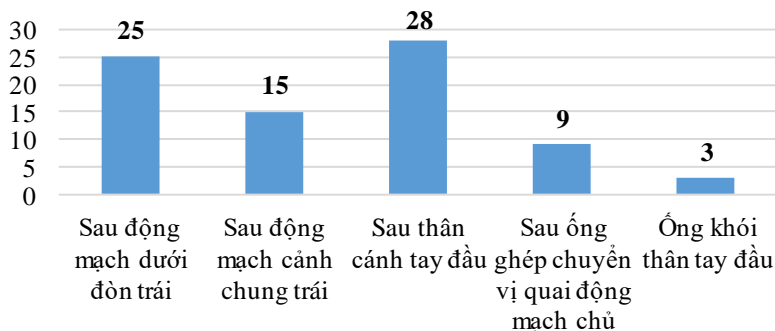
3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Số lượng ống ghép sử dụng trong một lần can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được đặt 1 ống ghép chiếm cao nhất với 58 trường hợp (72,50%), số lượng bệnh nhân đặt 2 ống ghép trong một lần can thiệp 17 trường hợp (21,25%). Có 5 bệnh nhân cần đặt 3 ống ghép trong một lần can thiệp, chiếm 6,25%.



Biểu đồ 2. Vị trí đầu gần của ống ghép

Nhận xét: Vị trí thả ống ghép sau thân cánh tay đầu là thường gặp nhất với 28 trường hợp, chiếm 35%, có 3 trường hợp thả ống ghép ở động mạch chủ ngực lên kết hợp với kĩ thuật đặt ống khói (chimney) và thân tay đầu. Đây là kĩ thuật đặt ống ghép vùng 0 mà không cần mở xương ức, bệnh nhân chỉ cần chuyển vị theo phương pháp "Động mạch cảnh chung phải – cảnh chung trái – dưới đòn trái" qua đường mở ở vùng cổ, giúp giảm mức độ xâm lấn cho bệnh nhân. 9 trường hợp chuyển vị toàn bộ các nhánh nuôi não được thả ống ghép nội mạch ngay sau ống ghép chuyển vị, chiếm tỉ lệ 11,25%. Có 25 trường hợp thả ống ghép ngay sau động mạch dưới đòn trái, chiếm 31,25%, đây là các trường hợp không cần phẫu thuật chuyển vị quai động mạch chủ hoặc có phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch tạng bụng. Có 15 trường hợp thả ống ghép sau động mạch cảnh chung trái, chiếm 18,75%. Trong nhóm bệnh nhân này, có 1 trường hợp được chuyển vị động mạch dưới đòn trái vào động mạch cảnh chung trái, 14 trường hợp còn lại có ống ghép đặt sau động mạch cảnh, che động mạch dưới đòn trái và không có chuyển vị động mạch này.

Bảng 1. Đường kính các đầu của ống ghép

| Vị trí | Đường kính (mm) |
|--------------------|------------------------------------|
| Đầu gần ống ghép | 38,57 ± 4,58 (28,0-46,0) |
| Đầu xa ống ghép | 35,98 ± 5,07 (20,0 – 46,0) |
| Chiều dài ống ghép | 244,15 ± 109,25 (150,0 – 650,0) |

Nhận xét: Đường kính đầu gần ống ghép trung bình là 38,57 mm. Đường kính đầu xa ống ghép trung bình là 35,98mm. Tổng chiều dài ống ghép trung bình trong nghiên cứu là 244,15 ± 109,25mm.

Bảng 2. Đặc điểm về biến chứng của ống ghép

| Đặc điểm | Số đo thống kê |
|------------------------|----------------|
| <i>Vị trí ống ghép</i> | |
| - Đúng vị trí | 80 (100%) |
| - Không đúng vị trí | 0 |
| Rò trong ống ghép | 0 |
| Di lệch ống ghép | 0 |
| Tắc hẹp ống ghép | 0 |
| Gãy, xoắn vặn ống ghép | 0 |
| Rò nội mạch [n (%)] | 6 (7,50) |
| - Loại IA | 2 |
| - Loại IB | 1 |
| - Loại II | 3 |
| - Loại III | 0 |
| - Loại IV | 0 |

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đặt ống

ghép đều đúng vị trí, không có lỗi của ống ghép gây rò nội mạch. Không có trường hợp nào có di lệch ống ghép khỏi vị trí dự kiến ban đầu trong quá trình can thiệp. Ống ghép sau đặt không có trường hợp nào bị tắc hẹp. Không ghi nhận biến chứng xoắn vặn và gãy ống ghép trong quá trình thực hiện thủ thuật.

Đối với rò nội mạch, có 6 trường hợp xảy ra trong can thiệp, chiếm 7,50%. Trong đó có 2 trường hợp rò nội mạch loại IA, 1 trường hợp rò nội mạch loại IB và 3 trường hợp loại II, không có trường hợp rò nội mạch loại III và loại IV. Rò nội mạch loại V không đánh giá được trong giai đoạn này. Trong 2 trường hợp rò nội mạch loại IA, 1 trường hợp hết rò nội mạch sau bơm bóng, 1 trường hợp cần đặt thêm 1 ống ghép nối lên phía trên và nong bóng, chụp kiểm tra ghi nhận hết rò. Trường hợp rò nội mạch loại IB được giải quyết tốt bằng nong bóng. 3 trường hợp rò loại II có nguồn gốc rò từ động mạch liên sườn, lưu lượng rò không cao, được theo dõi và điều trị nội khoa.

Bảng 3. Các tai biến trong phẫu thuật

| Biến chứng | Số đo thống kê |
|---------------------------------|----------------|
| Bóc tách động mạch chủ | 0 (0,0) |
| Lắp động mạch nuôi não | 0 (0,0) |
| Tổn thương động mạch đường vào | 0 (0,0) |
| Thiếu máu nuôi tạng và nuôi chi | 0 (0,0) |

Nhận xét: Không ghi nhận các tai biến quan trọng và ảnh hưởng đến tiên lượng cũng như gây tăng tỉ lệ tử vong như bóc tách động mạch chủ, tắc động mạch nuôi não do ống ghép và thiếu máu tạng, thiếu máu chi.

Bảng 4. Các biến chứng sớm sau mổ

| Biến chứng | Số đo thống kê |
|---------------------|----------------|
| Chảy máu | 2 (2,50%) |
| Nhiễm trùng vết mổ | 0 (0%) |
| Suy thận | 2 (2,50%) |
| Viêm phổi | 7 (8,75%) |
| Mất mạch ngoại biên | 0 (0%) |
| Nhồi máu não | 4 (5,0%) |
| Xuất huyết não | 0 |
| Tử vong sớm | 3 (3,75%) |

Nhận xét: Có 3 bệnh nhân tử vong sớm. Một bệnh nhân vào viện vì ho ra máu có tiền sử suy thận mạn đang chạy thận định kỳ, xuất huyết não cách nhập viện 10 tháng, được chuyển vị dạng "Động mạch cảnh chung phải – động mạch cảnh chung trái – động mạch dưới đòn trái", đặt một ống ghép sau động mạch thân tay đầu với ống ghép kích thước 44 mm x 40 mm x 201mm. Sau can thiệp chụp kiểm tra ghi nhận rò nội mạch loại IA, tiến hành nong bóng,

chục lại còn rò rất ít, dòng chảy chậm, ngưng thủ thuật và theo dõi. Sau xuất viện 2 tuần bệnh nhân đột ngột ho ra máu và tử vong tại nhà.

Một bệnh nhân được chuyển vị toàn bộ quai động mạch chủ, đặt 03 ống ghép sau vị trí ống ghép chuyển vị. Sau can thiệp không ghi nhận hình ảnh rò nội mạch và các biến chứng khác. Bệnh nhân xuất viện được một tuần, sau đó diễn tiến đau ngực nhập viện tại bệnh viện tỉnh Đồng Nai, tại đây được chẩn đoán rò nội mạch loại IA mới xuất hiện. Bệnh nhân tử vong khi đang chuẩn bị chuyển lên bệnh viện Chợ Rẫy điều trị. Một bệnh nhân được chuyển vị toàn bộ quai động mạch chủ, đặt 01 ống ghép sau vị trí ống ghép chuyển vị kích thước 42 mm x 42 mm x 201mm. Sau can thiệp không ghi nhận rò nội mạch hoặc các biến chứng khác. Sau xuất viện một tuần, bệnh nhân đang tái khám đột ngột lên cơn đau ngực, khó thở và tử vong sau đó.

Có 02 trường hợp biến chứng chảy máu phải mổ lại. Một trường hợp chảy máu vùng cổ sau khi thực hiện chuyển vị một phần quai động mạch chủ loại "động mạch cảnh chung phải – động mạch cảnh chung trái – động mạch dưới đòn trái" (STT 38), vị trí chảy máu ở miệng nối ống ghép – động mạch cảnh chung phải. Bệnh nhân ổn định sau khi mở vết mổ khâu cầm máu. Có 4 trường hợp ghi nhận nhồi máu não sau can thiệp, trong đó có 2 trường hợp hồi phục hoàn toàn, 1 trường hợp hồi phục không hoàn toàn và 1 trường hợp có di chứng xa về sau. Không có trường hợp nào xuất huyết não sau phẫu thuật. Có 2 trường hợp có suy thận cấp mới, cần chạy thận nhân tạo sau phẫu thuật. Chức năng thận phục hồi về sau và không có di chứng suy thận mạn. Có 7 bệnh nhân có biến chứng viêm phổi cần sử dụng kháng sinh và thở máy kéo dài hơn 24 giờ. Các bệnh nhân được rút nội khí quản sau đó và xuất viện, không có di chứng hô hấp gì về sau.

Không có trường hợp nào có tai biến liên quan đến can thiệp nội mạch cần chuyển phẫu thuật hỗ trợ điều trị trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi

Bảng 5. Biến chứng sớm sau phẫu thuật giữa nhóm có chuyển vị và không có chuyển vị các nhánh nuôi não

| Biến số | Không chuyển vị (n=37) | Có chuyển vị (n=43) | p |
|--------------------|------------------------|---------------------|--------|
| Chảy máu | 0 | 2 | - |
| Nhiễm trùng vết mổ | 1 (2,70%) | 1 (2,33%) | > 0,05 |
| Viêm phổi | 4 (10,81%) | 3 | > 0,05 |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|--------|
| | | (6,98%) | |
| Tràn dịch/khí màng phổi cần dẫn lưu | 1 (2,70%) | 3 (6,98%) | > 0,05 |
| Nhồi máu não | 0 | 4 (9,30%) | - |
| Xuất huyết não | 0 | 3 (6,98%) | - |
| Tử vong sớm | 0 | 2 | - |

Nhận xét: Biến chứng sớm sau phẫu thuật không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có chuyển vị và không có chuyển vị các nhánh nuôi não, các giá trị p đều > 0,05. Tuy vậy, 4 trường hợp nhồi máu não đều nằm trong nhóm có chuyển vị, vì vậy, cần lưu ý biến chứng này có thể xảy ra ở các bệnh nhân có kẹp động mạch nuôi não.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng ống ghép đặt theo cơ chế vặn ốc xoắn vi cấp với đường kính đầu trên và đầu dưới ngang bằng nhau hoặc chênh lệch nhau 4 mm, đầu trên lớn hơn đầu dưới. Ống ghép được thiết kế với 2 loại chiều dài là 150 mm và 200 mm, đường kính tối đa của ống ghép là 46 mm, và đường kính tối thiểu là 22 mm. Như vậy, thông thường chỉ cần một ống ghép duy nhất là có thể che phủ được túi phình cùng với 2 vùng hạ đặt đầu gần và đầu xa. 72,50% trường hợp bệnh nhân của chúng tôi chỉ cần đặt 1 ống ghép duy nhất để điều trị. Tuy nhiên, vẫn còn 21,25% bệnh nhân cần 2 ống ghép và 6,25% bệnh nhân cần sử dụng 3 ống ghép để cô lập túi phình. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, những trường hợp sử dụng 2 ống ghép rơi vào hai khả năng:

- Độ dài của túi phình lớn hơn 160 mm, cần đặt hai ống ghép mới có thể cô lập túi phình ra khỏi dòng máu đồng thời đảm bảo chiều dài vùng hạ đặt tối thiểu 20 mm nhằm tránh rò nội mạch loại 1.

- Đường kính đầu gần và đầu xa chênh lệch nhau hơn 6 mm và nhỏ hơn 8mm: Cần phải đặt 2 ống ghép để đảm bảo mức độ tăng kích thước ống ghép ở các vùng hạ đặt không quá cao cũng không quá thấp để tránh các biến chứng di lệch ống ghép, rò nội mạch và tắc ống ghép.

- Trong trường hợp đường kính đầu xa của ống ghép đầu tiên lớn hơn đường kính đầu gần của ống ghép tiếp theo, kĩ thuật đặt ống ghép thông thường không thực hiện được. Vì vậy, cần thực hiện kĩ thuật đặt ống ghép từ dưới lên (kĩ thuật bottom – up). Kĩ thuật này được thực hiện như sau: Sử dụng ống ghép kích thước nhỏ hơn đặt ở động mạch chủ ngực xuống tại vùng hạ

đặt đầu xa trước, sau đó dùng ống ghép có kích thước lớn hơn đặt từ vùng hạ đặt đầu gần và vào trong ống ghép nhỏ hơn đầu tiên. Phương pháp này giúp giải quyết tình huống chênh lệch kích thước ống ghép và vẫn giúp bệnh nhân có được cơ hội can thiệp nội mạch khi đường kính đầu gần và đầu xa túi phình chênh lệch quá nhiều.

Trong 5 trường hợp sử dụng 3 ống ghép, đặc trưng của nhóm bệnh nhân có chiều dài túi phình lớn, trung bình 262,2 mm, tối đa là 339 mm, tối thiểu là 226 mm. Vì vậy, cần số lượng ống ghép nhiều để có thể đi từ vùng hạ đặt đầu gần đến vùng hạ đặt đầu xa.

Kích thước ống ghép trung bình của chúng tôi ở đầu gần là 38,57 mm, khi so với đường kính vùng hạ đặt đầu gần là 32,00 mm, tỉ lệ tăng kích thước trung bình của chúng tôi ở đầu gần là 21%. Tương tự, đường kính ống ghép trung bình đầu xa của chúng tôi là 35,98 mm và đường kính trung bình động mạch chủ đầu xa là 26,51 mm, tỉ lệ tăng kích thước trung bình đầu xa là 35,72%.

Khi xét đến vị trí đặt ống ghép, chúng tôi nhận thấy vị trí ống ghép thường được đặt nhất là sau động mạch thân tay đầu (35%), sau đó là vị trí ở sau động mạch dưới đòn trái (31,25%). Đối với vùng 0 của quai động mạch chủ, có 9 trường hợp đặt ống ghép nội mạch sau ống ghép chuyển vị toàn bộ các nhánh nuôi não và 3 trường hợp chuyển vị bán phần quai động mạch chủ kết hợp với ống ghép thân tay đầu dạng ống khói (chimney). Đây là kĩ thuật mới, giúp tránh mở ngực giữa xương ức ở những bệnh nhân lớn tuổi, nhiều nguy cơ, giảm thiểu mức độ xâm lấn mà vẫn can thiệp được ở vùng 0.

Khi xét về các biến chứng trong quá trình thả ống ghép, tỉ lệ thành công về mặt kĩ thuật của chúng tôi là 100%. Tất cả các ống ghép đều đặt đúng vị trí, không ghi nhận trường hợp nào di lệch ống ghép, tắc hẹp ống ghép, xoắn vặn ống ghép. Tỉ lệ thành công về kĩ thuật này tương đồng với các tác giả trên thế giới, hầu hết là trên 95%. Qua đó có thể thấy can thiệp nội mạch động mạch chủ là phương pháp khả thi về mặt kĩ thuật, với tỉ lệ thành công cao.

Rò nội mạch là một trong những biến chứng rất quan trọng của can thiệp nội mạch động mạch chủ ở cả động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng. Biến chứng này gây ảnh hưởng đến kết quả can thiệp ngắn hạn cũng như làm tăng tỉ lệ can thiệp lại tại thời điểm theo dõi trung hạn và dài hạn. Rò nội mạch loại I và loại III là các loại rò cần xử lý triệt để khi phát hiện vì đều có dòng chảy trực tiếp áp lực cao từ động mạch chủ vào túi phình. Rò loại II là loại rò có

thể theo dõi và điều trị nội khoa và xử lý về sau.

Alsac và cộng sự thực hiện nghiên cứu đánh giá về rò nội mạch ở bệnh nhân thực hiện TEVAR vào năm 2011. Nghiên cứu bao gồm 67 bệnh nhân, tuổi trung bình 67 được điều trị phình động mạch chủ ngực xuống, đường kính trung bình túi phình là 69 ± 18 mm, thời gian theo dõi trung hạn là 27 tháng. Có 14 trường hợp rò nội mạch được phát hiện, trong đó 10 trường hợp là rò nội mạch loại I, 4 trường hợp là rò nội mạch loại II, không có trường hợp nào có rò nội mạch loại III. Các yếu tố nguy cơ của rò nội mạch qua phân tích đơn biến bao gồm tuổi ($p=0,04$), chiều dài cổ túi phình ($p=0,04$), phình dạng thoi ($p=0,04$), và loại ống ghép sử dụng ($p=0,02$). 8 trong 10 trường hợp rò nội mạch loại I được điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch, trong đó 5 trường hợp sử dụng ống ghép nối dài đầu gần và 3 trường hợp sử dụng ống ghép nối dài đầu xa. Các trường hợp rò nội mạch loại II đều được điều trị nội khoa và theo dõi bằng chụp CLVT định kì [3].

Để điều trị rò nội mạch loại I trong phẫu thuật, cần phải tìm cách tăng mức độ áp thành của ống ghép vào động mạch chủ, trong đó, đơn giản nhất là sử dụng bóng nong có sẵn cùng hệ thống ống ghép, bơm bóng ở đầu gần và đầu xa (tùy theo rò nội mạch loại IA hoặc IB) rồi chụp kiểm tra. Trong trường hợp bơm bóng không hiệu quả, cần xem xét đặt nối dài ống ghép. Một nghiên cứu tại Arizona, Mỹ trên 249 bệnh nhân được can thiệp nội mạch động mạch chủ, có 38 bệnh nhân (15%) bị rò nội mạch, trong số đó, 74% là rò nội mạch loại I, 21% là rò nội mạch loại II và 5% là rò nội mạch loại III. Trong nhóm rò nội mạch loại I, 46% là rò nội mạch loại IA và 54% là rò nội mạch loại IB. 32 bệnh nhân rò nội mạch được điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch, chỉ có 2 bệnh nhân phải chuyển phẫu thuật mở (0,8%). Không có trường hợp nào tử vong trong nhóm bệnh nhân phải can thiệp lại, phương pháp can thiệp lại là đặt ống ghép nối dài tại vị trí có rò nội mạch loại I [5].

Đối với các biến chứng khác trong phẫu thuật, chúng tôi không ghi nhận các trường hợp nào có bóc tách động mạch chủ, lấp động mạch nuôi não, thiếu máu nuôi tạng và nuôi chi. Vallabhajosyula và cộng sự đã nghiên cứu đánh giá kết quả ngắn hạn và trung hạn của điều trị bằng phẫu thuật lại. Có 47 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu để phân tích và đánh giá, tuổi trung bình $71 \pm 8,81\%$ bệnh nhân nguyên là phình động mạch chủ. Tỉ lệ đặt ống ghép nội mạch thành công là 100% sau khi chuyển vị các nhánh

quai động mạch chủ. Không ghi nhận trường hợp rò nội mạch nào trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ liệt tủy là 5,5%, tỉ lệ tai biến mạch máu não là 8% và tỉ lệ suy thận cần chạy thận là 3%. Tử vong sớm là 8%, thời gian nằm viện trung bình là 17,2 ±14 ngày. Các tác giả kết luận phẫu thuật lai điều trị phình quai động mạch chủ có kết quả ngắn hạn tốt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, và kết quả sẽ cải thiện khi kinh nghiệm của ê kíp phẫu thuật tăng lên [6].

Qua các nghiên cứu được trích dẫn ở trên, nhận thấy kết quả ngắn hạn của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên thế giới. Qua đó cho thấy hiệu quả ngắn hạn rất tốt của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý phình động mạch chủ, bao gồm các vùng tử động mạch chủ ngực lên, quai động mạch chủ, động mạch chủ ngực xuống.

V. KẾT LUẬN

- 72,50% bệnh nhân đặt 1 ống ghép; 27,50% cần từ 2 đến 3 ống ghép.

- Không có tai biến liên quan cấu trúc ống ghép trong quá trình can thiệp.

- Có 3 trường hợp tử vong sớm (3,75%), 2 trường hợp chảy máu phải mổ lại (2,50%), 4 trường hợp nhồi máu não (5,0%) và 2 trường hợp suy thận cần chạy thận nhân tạo (2,50%). Tỉ lệ biến chứng sớm của TEVAR trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi khá thấp.

- Có 2 trường hợp rò nội mạch loại IA, trong đó 1 trường hợp xử lý tốt trong mổ, 1 trường hợp theo dõi; 1 trường hợp IB được xử lý tốt bằng

nong bóng, 3 trường hợp rò nội mạch loại II.

- Hai nhóm không có khác biệt về tử vong và tai biến, biến chứng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zainab Faiza, Tariq Sharman** (2020). Thoracic Aorta Aneurysm. J StatPearls.
2. **Raimund Erbel, Victor Aboyans, Catherine Boileau, 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)35(41): 2873-2926.
3. **Jean-Marc Alsac, Ilya Khantalyn, Pierre Julia, et al.** (2011). The significance of endoleaks in thoracic endovascular aneurysm repair. J Annals of vascular surgery, 25(3): 345-351.
4. **Jose P Morales, Roy K Greenberg, Qingsheng Lu, et al.** (2008). Endoleaks following endovascular repair of thoracic aortic aneurysm: etiology and outcomes. J Journal of Endovascular Therapy, 15(6): 631-638.
5. **Ourania Preventza, Grayson H Wheatley III, Venkatesh G Ramaiah, et al.** (2008). Management of endoleaks associated with endovascular treatment of descending thoracic aortic diseases. J Journal of vascular surgery, 48(1): 69-73.
6. **Prashanth Vallabhajosyula, Wilson Szeto, Nimesh Desai, et al.** (2013). Type I and type II hybrid aortic arch replacement: postoperative and mid-term outcome analysis. J Annals of cardiothoracic surgery, 2(3): 280.
7. **Nikolaos Konstantinou, Eike S Debus, Christine FW Vermeulen, et al.** (2019). Cervical debranching in the endovascular era: a single centre experience. J European Journal of Vascular Endovascular Surgery, 58(1): 34-40.

VIÊM ĐỘNG MẠCH CẢNH: CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Đoàn Quốc Hưng*, Nguyễn Việt Anh*, Nguyễn Sỹ Lánh**

TÓM TẮT

Viêm động mạch cảnh là một hội chứng hiếm gặp và vẫn chưa được hiểu rõ bao gồm đau thường xuất hiện một bên cổ, khối kèm tăng nhận cảm đau vị trí chạc ba động mạch cảnh. Căn nguyên của bệnh vẫn chưa được biết đến, việc chẩn đoán và điều trị bệnh còn nhiều tranh cãi. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam, 39 tuổi, biểu hiện khối vùng cổ phải,

đau nhiều. Trên các thăm dò chẩn đoán hình ảnh có hình ảnh khối u dày không đồng tâm bao bọc chạc ba động mạch cảnh phải nhưng không gây hẹp lòng mạch. Chẩn đoán trước mổ là u tiểu thể cảnh, tuy nhiên chẩn đoán xác định sau cùng là viêm động mạch cảnh dạng giả u. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối giả u chạc ba động mạch cảnh, tái lập tuần hoàn bằng bắc cầu động mạch cảnh chung-động mạch cảnh trong. Sau mổ diễn biến ổn định, các triệu chứng lâm sàng cải thiện, không có biến chứng.

Từ khóa: Viêm động mạch cảnh, khối vùng cổ, giả u động mạch cảnh.

SUMMARY

CAROTIDYNIA: DIAGNOSIS, TREATMENT AND LITERATURE REVIEW

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 2/6/2021

Ngày duyệt bài: 16/6/2021