

Kết quả thay động mạch chủ lên điều trị lóc động mạch chủ loại A cấp tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015- 2017

Hoàng Văn Trung, Vũ Ngọc Tú, Đoàn Quốc Hưng

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

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lóc động mạch chủ (LĐMC) loại A cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa có nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời. Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính. Phẫu thuật thay động mạch chủ (ĐMC) lên đơn thuần với tuần hoàn ngoài cơ thể là phương pháp điều trị cơ bản và đơn giản nhất để cứu sống người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, tiến hành trên 51 bệnh nhân được phẫu thuật thay ĐMC lên từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017 tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình $57,5 \pm 8,8$ (38 – 76); tỉ lệ nam/ nữ: 2,4:1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau ngực 90,2%, tăng huyết áp 82,3%; Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình là $143,7 \pm 24,58$ (phút); thời gian cạy ĐMC $107,04 \pm 21,88$ (phút). Tỉ lệ tử vong sớm là 11,7% với nguyên nhân chính là suy đa tạng – lóc ĐMC tiến triển và nhiễm trùng trung thất viêm xương ức. 48,9% có rối loạn thần kinh tạm thời, phục hồi hoàn toàn, chỉ có 1 trường hợp tổn thương thực thể tai biến mạch não. Nhóm thay ĐMC lên không cạy ĐMC có tỉ lệ tử vong, biến chứng suy thận và thần

kinh thấp hơn nhóm cạy ĐMC.

Kết luận: Thay ĐMC lên là giải pháp phẫu thuật an toàn nhất để điều trị LĐMC loại A cấp tính với tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp.

Từ khóa: Lóc động mạch chủ loại A, thay động mạch chủ lên

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lóc động mạch chủ (LĐMC) loại A cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa có nguy cơ tử vong rất cao nếu không được chẩn đoán và phẫu thuật kịp thời. Ngày nay với sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, bao gồm chụp cắt lớp vi tính và siêu âm tim, bệnh được chẩn đoán nhanh với độ chính xác đạt gần 100% [1].

Thay ĐMC lên đơn thuần nghĩa là chỉ can thiệp vào đoạn ĐMC lên bệnh lý mà không thay thế hay sửa chữa quai, ĐMC xuống, van ĐMC. Mục đích chung của phẫu thuật này là nhanh chóng loại bỏ đoạn ĐMC lên bị lóc, loại trừ, xử trí các biến chứng cấp do lóc ĐMC đoạn lên gây ra, còn các đoạn ĐMC khác bị lóc sẽ được đánh giá và xử trí ở các thì sau, khi bệnh nhân đã ổn định hơn.

Phẫu thuật thay động mạch chủ (ĐMC) lên là phương pháp cơ bản và đơn giản nhất để điều trị

lóc LĐMC loại A cấp tính. Hai kĩ thuật chính được áp dụng để thay thế ĐMC lên là kĩ thuật “kín” (cặp ĐMC) và kĩ thuật “mở” (không cặp ĐMC) khi thực hiện các miệng nối xa. Kĩ thuật “mở” cho phép thay thế toàn bộ ĐMC lên, ít gây tổn thương nội mạc thành mạch, có khả năng tạo huyết khối lòng giả tối đa nhưng đòi hỏi phải hạ thân nhiệt, ngừng tuần hoàn và tưới máu não chọn lọc, có thể làm kéo dài cuộc mổ cũng như rối loạn chức năng cơ thể sau mổ.

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu điều trị phẫu thuật LĐMC loại A cấp tính nhưng chưa nhiều báo cáo tập trung riêng vào kĩ thuật thay ĐMC lên [2]. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá kết quả điều trị thay LĐMC lên đơn thuần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức điều trị LĐMC loại A cấp tính từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán LĐMC loại A cấp tính được phẫu thuật thay ĐMC lên đơn thuần tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017, không phân biệt tuổi, giới.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là LĐMC loại A cấp tính được phẫu thuật bằng phương pháp thay ĐMC lên, có thể kèm theo kĩ thuật khâu treo cố định các mép van.

- Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- LĐMC loại A mạn tính.
- LĐMC loại A được điều trị với một hoặc nhiều phương pháp phẫu thuật khác: các kĩ thuật tạo hình gốc – bảo tồn van ĐMC, sửa/ thay van tim, bắc cầu chủ vành, thay quai ĐMC, thay ĐMC xuống ...
- Những trường hợp không đủ hồ sơ bệnh án

cũng như các tư liệu khác phục vụ cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

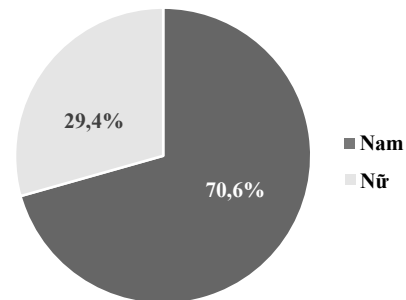
- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang, đánh giá các triệu chứng lúc vào viện, đặc điểm phẫu thuật, kết quả sớm (trong và sau mổ), phân tích một số yếu tố liên quan tới tử vong và biến chứng sau mổ sớm và trung hạn.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với những kết quả cụ thể như sau:

Tuổi, giới

Tuổi trung bình của nghiên cứu là: $57,5 \pm 8,8$ thấp nhất 38 tuổi và cao nhất là 76 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ 70,6%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Đặc điểm trước mổ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ (N = 51)

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Khởi phát	Đau ngực	46 / 90,2
	Đau bụng	4 / 7,8
	Tai biến mạch não	1 / 2,0
Tăng huyết áp	42	82,3
Chèn ép tim cấp	8	15,7
Phù phổi cấp	2	3,9
Hở van ĐMC nặng	5	9,8
Tai biến mạch não	3	5,8
Hội chứng giảm tưới máu	6	11,6

Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật tuần hoàn ngoài cơ thể (N = 51)

Kỹ thuật tuần hoàn ngoài cơ thể		n	Tỉ lệ %
Vị trí đặt ống động mạch	ĐM nách phải	45	88,2
	ĐM nách trái	5	9,8
	ĐM đùi	1	2
Mức độ hạ thân nhiệt	Đẳng nhiệt (> 35°C)	2	3,9
	Nhẹ (>28 – 35°C)	22	43,1
	Vừa (25 – 28°C)	25	49,1
	Sâu (<25°C)	2	3,9
Ngừng tuần hoàn, tưới máu não chọn lọc	Có	21	41,1
	Không	30	58,9

Kết quả sau mổ

Bảng 3. Kết quả điều trị sau mổ (N = 51)

Chi số	Trung bình		
Thở máy (ngày)	12,3 ± 9,2		
Nằm viện (ngày)	25,7 ± 13,0		
Biến chứng	n	%	
Suy thận ≥ độ 2 (creatinin > 150)	33	64,7	
Lọc thận	6	11,8	
Tai biến mạch não (N = 49)	2	3,9	
Biến chứng thần kinh tạm thời* (N = 49)	24	48,9	
Chảy máu ngoại khoa (phải mổ lại cầm máu)	2	3,9	
Nhiễm trùng (n=49)	Nhiễm khuẩn huyết	2	4,1
	Trung thất – xương ức	2	4,1
	Phổi	6	12,2

Bảng 4. Ảnh hưởng của ngừng tuần hoàn – tưới máu não chọn lọc đến kết quả sau mổ

Chi số	Không ngừng tuần hoàn (n = 30)	Có ngừng tuần hoàn (n = 21)	P
Tử vong (n=6)	5 (16,7%)	1 (4,8%)	0,19
Phẫu thuật lại sớm (n = 6)	5 (16,7%)	1 (4,8%)	0,19
Thời gian thở máy (ngày)	9,42 ± 9,6	8,9 ± 6,9	0,84
Suy thận ≥ độ 2 (n = 33)	21 (70%)	12 (57,1%)	0,33
Lọc thận (n = 6)	3 (10,0%)	3 (14,3%)	0,64
Biến chứng thần kinh* (n=26)	17 (56,7%)	9 (42,9%)	0,22

*Biến chứng thần kinh gồm: (1) các biến chứng tạm thời (cơ năng) là tình trạng kích thích, múa vờn, nói nhảm... hồi phục hoàn toàn khi ra viện và (2) tai biến mạch não (thực thể) là xuất huyết não hoặc nhồi máu não, để lại di chứng lâu dài sau khi ra viện.

Bảng 5. Tỉ lệ tử vong sớm và nguyên nhân (N = 51)

	n	Tỉ lệ %
Tử vong tại viện	6	11,7
Nguyên nhân		
Suy đa tạng - lọc tiến triển	3	5,9
Nhiễm trùng trung thất – viêm xương ức	2	3,9
Xuất huyết não	1	2,0

Bảng 6. Tỷ lệ phẫu thuật lại sớm và nguyên nhân (N = 51)

	n	Tỷ lệ %
Phẫu thuật lại sớm	6	11,7
Nguyên nhân		
Chảy máu	2	3,9
Tràn dịch màng ngoài tim	1	2,0
Thiếu máu tạng ổ bụng và chi dưới	1	2,0
Nhiễm trùng trung thất - viêm xương ức	2	3,9

Bảng 7. Kết quả khám và biến chứng sau ra viện (n=45)

	n	Tỷ lệ %
Tái khám định kỳ (khám lâm sàng, siêu âm tim, chụp CT ngực)	43	95,5
Mất liên lạc	1	2,0
Biến chứng (Tử vong do vỡ phồng ĐMC xuống sau mổ 1 năm)	1	2,0
Ổn định (NHYA I, siêu âm tim tốt, chụp CT: các đường kính ĐMC dưới 40mm)	41	80,3%

BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

LĐMC loại A gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới, với tỷ lệ nam giới là 70,6%; tuổi trung bình là 57,5. Kết quả này phù hợp với đại đa số các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới hiện

nay [3]. LĐMC là bệnh lý liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp không được điều trị tốt cũng như nghiện thuốc lá, thường gặp hơn ở nam giới. Do đó, trong nghiên cứu này có tới 82,3% bệnh nhân tăng huyết áp (Bảng 1).

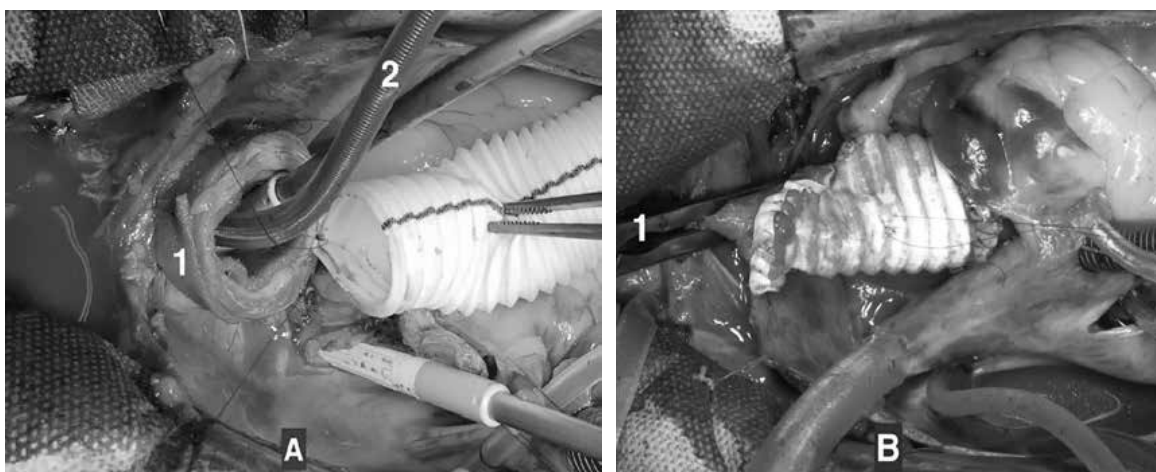
Triệu chứng lâm sàng khởi phát của hầu hết các trường hợp là đau ngực đột ngột (chiếm 90,2%) (Bảng 1), gợi ý đến hội chứng ĐMC cấp. Đa phần bệnh nhân vào viện với tình trạng huyết động ổn định, tuy nhiên một số trường hợp đến viện khi đã có những biến chứng nặng đe dọa tới tính mạng (chèn ép tim cấp: 15,7%, phù phổi cấp: 3,9%, tai biến mạch não: 5,8% ...). Những biến chứng này không làm thay đổi chỉ định mổ cấp cứu nhưng là một trong những yếu tố tiên lượng nặng nề của cuộc mổ.

Đặc điểm phẫu thuật

Đoạn thương tổn cơ bản của LĐMC loại A là ĐMC lên, gây ra các biến chứng có thể tử vong nhanh chóng: tràn máu màng tim gây chèn ép tim, tắc ĐMV gây nhồi máu cơ tim, hở van ĐMC cấp. Do đó thay thế ĐMC là yêu cầu bắt buộc khi điều trị phẫu thuật LĐMC loại A cấp tính. Ngoài ra, phẫu thuật LĐMC loại A thường là cấp cứu nặng nề và nguy hiểm, có tỷ lệ tử vong cao, do đó ưu tiên hàng đầu là cứu sống bệnh nhân, phẫu thuật cần phải càng đơn giản càng tốt. Thay ĐMC lên đơn thuần được ưu tiên sử dụng hàng đầu, dù đa phần các trường hợp không giải quyết hết tình trạng lóc. Do đó, tỷ lệ thay ĐMC lên đơn thuần trong các nghiên cứu có thể đạt tới gần 80% [4]. Phẫu thuật mở rộng tới phần quai ĐMC được chỉ định trong một số tình thế bắt buộc: vỡ quai, vết rách nội mạc lớn ở quai, phồng quai lớn và tổ chức lòng giả của quai mủn nát [5]. Quan điểm điều trị này đã được áp dụng rộng rãi, có nhiều nghiên cứu với số mẫu đủ lớn, thời gian đủ dài, đánh giá được cả kết quả sớm cũng như kết quả lâu dài. Theo đó, những bệnh nhân được phẫu thuật phần quai có nguy cơ tử vong và biến chứng

não cao hơn hẳn phẫu thuật giới hạn ở ĐMC lên [6]. Vì vậy, mặc dù không xử lý được triệt để thương tổn lóc, có thể có nguy cơ phẫu thuật thì hai muện sau này, phạm vi can thiệp giới hạn ở ĐMC lên vẫn được coi là phương án thực tế và hiệu quả cao, đặc biệt ở những trung tâm phẫu thuật tim không lớn,

không có nhiều kinh nghiệm cũng như trang bị máy móc, vật liệu thay thế phong phú cho các phẫu thuật phức tạp, tốn kém, cũng như sự khó khăn ở phương diện hồi sức sau mổ khi thực hiện các phẫu thuật vùng quai ĐMC.



Hình 1. Thay ĐMC lên: A - Kỹ thuật “miệng nối xa mở” (1: ĐMC lên sát thân cánh tay đầu, 2: đường tưới máu não chọn lọc); B - Kỹ thuật miệng nối xa kín (1: kẹp ĐMC lên đoạn xa)

Thay ĐMC lên có thể được thực hiện với kỹ thuật “miệng nối xa kín” (cặp ĐMC lên), hoặc “miệng nối xa mở” (không cặp ĐMC lên). Kỹ thuật “kín” có ưu điểm rất quan trọng là không phải ngừng tuần hoàn, do đó giảm giảm thời gian chạy máy và thời gian cặp ĐMC, giảm thiểu nguy cơ thiếu máu tạng ổ bụng và không phải thực hiện tưới máu não chọn lọc hoặc hạ thân nhiệt sâu. Như vậy, kỹ thuật này phù hợp cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao, đặc biệt là những trường hợp cao tuổi, có bệnh lý mạch não hoặc biểu hiện giảm tưới máu tạng trước mổ. Trong nghiên cứu này, có 30/51 bệnh nhân được thực hiện “miệng nối xa kín”, chiếm 58,9% những trường hợp thay ĐMC lên. Tuy nhiên phương pháp này có 1 vài nhược điểm: 1) không loại bỏ hết tổn thương lóc ở đoạn xa của ĐMC lên (vị trí kẹp ĐMC) và quai ĐMC nên giảm tỉ lệ huyết khối - thoái triển lòng giả sau mổ, tăng nguy cơ giãn -

phồng đoạn ĐMC còn lại; 2) không loại bỏ được áp lực lòng giả trong khi làm miệng nối, do đó có nguy cơ hình thành các lỗ vào mới ở phần quai ĐMC và không cải thiện được hội chứng giảm tưới máu não và các tạng ổ bụng do lòng thật bị lòng giả chèn ép.

Trong trường hợp lỗ vào ở phần xa của ĐMC lên sát thân cánh tay đầu hoặc ở phần ranh giới của ĐMC lên và quai ĐMC, hoặc khi có dự định thay thế toàn bộ ĐMC lên tới sát thân cánh tay đầu thì không thể cặp ĐMC lúc thực hiện miệng nối xa. Do đó, để thay được ĐMC lên, cần phải áp dụng kỹ thuật “miệng nối xa mở”. Điều kiện tất yếu trong tình huống này là thường phải ngừng tuần hoàn, kéo theo hạ thân nhiệt và tưới máu não chọn lọc. Đây là yếu tố làm nặng nề thêm cho cuộc mổ: thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, các rối loạn toàn thân nặng hơn, nguy cơ chảy máu sau mổ cao hơn và nguy cơ thiếu máu tạng ổ bụng sau mổ nhiều

hơn. Tuy nhiên, với kỹ thuật và kinh nghiệm cũng như gây mê hồi sức tốt, các nguy cơ ở trên có thể được kiểm soát chủ động. Hơn nữa, khi thực hiện “miệng nối xa mở”, các đường tưới máu chọn lọc có thể tạo dòng máu não ổn định và chắc chắn trong lòng thật và không còn hiện tượng lòng giả chèn ép lòng thật như với kỹ thuật “miệng nối xa kín”. Ngoài ra dưới ngừng tuần hoàn, do không còn áp lực lòng giả, do đó giảm nguy cơ hình thành các lỗ rách nội mạc mới, loại bỏ hoàn toàn sự đè ép lòng giả vào lòng thật các ĐM cảnh cũng như các mạch tạng ổ bụng. Thêm vào đó, mức độ hạ thân nhiệt phù hợp (thường là mức độ vừa, duy trì 25 – 28 độ C) là yếu tố rất quan trọng giúp các tạng được bảo vệ an toàn. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, 21/51 bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật này, chiếm 41,1%. Nhóm bệnh nhân này có tỉ lệ tử vong, phẫu thuật lại sớm, biến chứng não cũng như suy thận thấp hơn nhóm thực hiện kỹ thuật “miệng nối xa kín”. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng song song cả hai kỹ thuật thay ĐMC lên ở trên. Kỹ thuật “miệng nối xa kín” ưu tiên áp dụng cho những trường hợp bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao (nhiều tuổi, bệnh hô hấp ...), không có lỗ vào ở ĐMC lên hoặc lỗ vào cách xa thân cánh tay đầu. Ngược lại, kỹ thuật “miệng nối xa mở” ưu tiên cho những bệnh nhân trẻ tuổi, không có bệnh lý kèm theo, có lỗ vào sát thân cánh tay đầu, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trong điều kiện gây mê, hồi sức tốt.

Ngoài ra, khi thực hiện kỹ thuật “miệng nối xa mở”, thương tổn lóc của ĐMC lên được cắt bỏ hoàn toàn, ngoài ra còn có thể cắt bỏ lẫn sang phần quai ĐMC. Chính vì vậy, khả năng huyết khối hóa lòng giả sau mổ sẽ lớn hơn. Theo tác giả Malvindi, tỉ lệ huyết khối lòng giả cao hơn ở nhóm thực hiện “miệng nối xa mở” (50%) so với nhóm “miệng nối xa kín” (27%). Hơn nữa, khi thực hiện “miệng nối xa mở” dưới ngừng tuần hoàn, không còn áp lực lòng giả, do đó giảm nguy cơ hình thành các lỗ rách

nội mạc mới, loại bỏ hoàn toàn sự đè ép lòng giả vào lòng thật các ĐM cảnh, và tưới máu não trực tiếp vào lòng thật qua các đường tưới máu não chọn lọc có thể tạo ra được dòng tưới máu não ổn định và chắc chắn trong lòng thật [7]. Theo tác giả Van Arsdell nghiên cứu trên 50 tử thi sau mổ, có 32% có lỗ vào ở quai khi thực hiện kỹ thuật “miệng nối xa kín”, trong khi chỉ có 16% khi thực hiện kỹ thuật “miệng nối xa mở” [8]. Ngừng tuần hoàn kèm theo hạ nhiệt độ là phương pháp thường được sử dụng trong phẫu thuật tách thành ĐMC loại A cấp tính. Việc phối hợp giữa ngừng tuần hoàn để bảo vệ các tạng, đặc biệt là não, và hạ thân nhiệt nhưng không gây ra các rối loạn đông máu nặng sao cho hợp lý là rất cần thiết. Trong nghiên cứu, hầu hết bệnh nhân ngừng tuần hoàn được hạ thân nhiệt ở mức độ vừa, chỉ 2 bệnh nhân hạ mức độ sâu, để tránh các rối loạn toàn thân nặng sau mổ.

Kết quả sau mổ và sau ra viện

Những tiến bộ trong chẩn đoán và kỹ thuật phẫu thuật đã giúp cải thiện kết quả phẫu thuật trong những thập kỷ qua. Hiện nay, tỉ lệ tử vong có thể giảm còn dưới 10% ở một số trung tâm phẫu thuật có kinh nghiệm [9]. Tuy nhiên trong những nghiên cứu tổng hợp đa trung tâm với số lượng bệnh nhân lớn, tỉ lệ tử vong còn khá cao. Theo nghiên cứu của tác giả Pape trong khoảng thời gian 18 năm (1995 - 2013) với 2952 bệnh nhân, tỉ lệ tử vong sớm là 19,7%. Tỉ lệ này được cải thiện theo thời gian, từ 25% ở giai đoạn đầu, tới giai đoạn gần đây nhất là 18,4% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tử vong sớm tại viện là 11,7% (Bảng 5) với nguyên nhân chính là tình trạng lóc ĐMC tiến triển gây suy đa tạng và nhiễm trùng trung thất.

Phẫu thuật LĐMC loại A đòi hỏi thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài, hạ thân nhiệt ngừng tuần hoàn kéo theo tình trạng rối loạn đông máu. Hơn nữa, đa phần phẫu thuật được tiến hành trong điều kiện cấp cứu, khó có sự chuẩn bị đầy đủ máu và các

chế phẩm máu, tiểu cầu... Do đó, chảy máu là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu của phẫu thuật LĐMC loại A. Để hạn chế chảy máu ngoại khoa, chúng tôi áp dụng kỹ thuật tạo lớp đệm kép với vật liệu PTFE, keo sinh học tăng cường tại các miệng nối. Chính vì vậy, chảy máu sau mổ về cơ bản được kiểm soát. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân phải mổ lại để cầm máu, tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác [3].

Tỉ lệ nhiễm trùng trung thất, viêm xương ức sau mổ tim hở chiếm tỉ lệ 0,4 - 5,1%. Phẫu thuật LĐMC loại A tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm trùng xương ức - trung thất hơn các phẫu thuật tim hở thông thường nên nguy cơ biến chứng nhiễm trùng xương ức và trung thất vì thế cũng cao hơn [10]. Trong nghiên cứu này, 2 trường hợp mổ lại vì viêm xương ức, nhiễm trùng trung thất. Đây cũng chính là những bệnh nhân tử vong sau này.

Theo dõi bệnh nhân ra viện với thời gian nhiều nhất là 50 tháng, ít nhất 12 tháng, với tỉ lệ khám lại thường xuyên 95,5%, có 1 trường hợp tử vong sau mổ 1 năm với nguyên nhân vỡ phồng ĐMC xuống.

Tỉ lệ bệnh nhân còn sống khoẻ mạnh đến thời điểm nghiên cứu là 80,3% (Bảng 7). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Crawford với 79,0 % sau 1 năm và 66,0% sau 5 năm [11] và của Geirsson là 80,0% sau 1 năm và 63% sau 5 năm [12].

KẾT LUẬN

LĐMC loại A là bệnh lý cấp tính ngoại khoa nặng nề và có nguy cơ tử vong cao. Phẫu thuật thay ĐMC lên đơn thuần là phẫu thuật cơ bản trong điều trị LĐMC loại A cấp tính. Mặc dù không xử trí triệt để thương tổn lóc ĐMC, nhưng với mục tiêu cao nhất là cứu sống bệnh nhân, phẫu thuật thay ĐMC lên với kỹ thuật đơn giản và thời gian ngắn nhất là phương pháp phù hợp nhất đáp ứng mục tiêu này. Từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật thay ĐMC lên cho 51 bệnh nhân, với hai kỹ thuật cơ bản: “miệng nối xa kín” (cấp ĐMC) và “miệng nối xa mở” (không cấp ĐMC). Kết quả sau mổ thể hiện ưu thế hơn ở nhóm “kỹ thuật mở”. Sau khi ra viện, tỉ lệ bệnh nhân sống khoẻ mạnh là 80,3%.

ABSTRACT

Background: Acute type A aortic dissection (AAAD) is a surgical emergency with high mortality. Diagnosis of AAAD with echocardiography and CT scanner. Simple replacement of the ascending aorta is the simplest manner necessary to preserve life.

Methods: A retrospective descriptive study with 51 patients who underwent ascending aortic replacement from January 2015 to December 2017 at Viet Duc hospital.

Results: Mean age was $57,5 \pm 8,8$ (38 – 76), male/female was 2,4:1, chest pain in 90,2%; hypertension in 82,3%; cardiopulmonary bypass time was $143,7 \pm 24,58$ (minute) and aortic clamp time was $107,04 \pm 21,88$ (minute); In-hospital mortality was 11,7%; 2 main causes of death were multiorgan failure – progressive dissection and mediastinal infection – sternal wound infection. 48,9% temporal neurological complications but only 1 patient with cerebral stroke. In-hospital mortality, renal failure and neurological complications is lower in open anastomosis group.

Conclusions: Ascending aortic replacement is the simplest and effective method for treatment of AAAD.

Keywords: Acute type A aortic dissection, ascending aortic replacement.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shiga T, Wajima Z, Apfel CC, et al (2006)**. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 166, 1350-6.
2. **Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Hữu Ước (2015)**, *Một số kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị bóc động mạch chủ type A tại bệnh viện Việt Đức*. Tạp chí Y học thực hành, 987, 131 - 134.
3. **Pape LA, Awais M, Woznicki EM, et al (2015)**. Presentation, diagnosis, and outcomes of acute aortic dissection. *J Am Coll Cardiol*, 66(4), 350-358.
4. **Rylski B, Suedkamp M, Beyersdorf F, et al (2011)**. Outcome after surgery for acute aortic dissection type A in patients over 70 years: data analysis from the German Registry for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA). *Eur J Cardiothorac Surg*, 40, 435-440.
5. **Roselli EE (2013)**. We should replace the aortic arch and more in DeBakey type I dissection - A perspective from the Cleveland Clinic. *Ann Cardiothorac Surg*, 2(2), 216-21.
6. **Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al (2014)**. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *Eur Heart J*, 35(41), 2873-926.
7. **Malvindi PG, Modi A, Miskolczi S, et al (2016)**. Open and closed distal anastomosis for acute type A aortic dissection repair. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*.
8. **Van Arsdell GS, David TE, Butany J (1998)**. Autopsies in acute type A aortic dissection. Surgical implications. *Circulation*, 98(19 Suppl), II299-302; discussion II302-4.
9. **Bavaria JE, Pochettino A, Brinster DR, et al (2001)**. New paradigms and improved results for the surgical treatment of acute type A dissection. *Ann Surg*, 234(3), 336-42; discussion 342-3.
10. **Shi YD, Qi FZ, Zhang Y**. Treatment of sternal wound infections after open-heart surgery. *Asian Journal of Surgery*, 37(1), 24-29.
11. **Kouchoukos NT, et al (2013)**. Acute aortic dissection, *Kirklin/Barratt-Boyes cardiac surgery*, 4th edition, Elsevier Saunders, Philadelphia, 941-972.
12. **Geirsson A, Szeto WY, Pochettino A, et al (2007)**. Significance of malperfusion syndromes prior to contemporary surgical repair for acute type A dissection: outcomes and need for additional revascularizations. *Eur J Cardiothorac Surg*, 32(2), 255-62.