

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*Nguyễn Thục, Trần Hoài Ân*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 31 bệnh nhân can thiệp đặt stentgraft động mạch chủ ngực, 4 bệnh nhân chấn thương vỡ eo động mạch chủ, 14 bệnh nhân bóc tách typ B theo Stanford và 13 trường hợp phình quai và động mạch chủ ngực xuống có đường kính túi phình trên 5cm trong đó có 3 bệnh nhân có bóc tách kèm theo. Nam giới chiếm 80,6% và nữ giới chiếm 19,4%. Tuổi trung bình là  $45 \pm 13$ . Thời gian theo dõi trung bình là 10,5 tháng. 74,2% bệnh nhân phải phẫu thuật chuyển vị các động mạch trên quai động mạch chủ để tạo landing zone đầu gần trước can thiệp đặt stentgraft, 19,3% thả stentgraft đơn thuần che lấp có chủ ý động mạch dưới đòn bên trái và 6,5% bảo tồn được động mạch dưới đòn trái. 100% bệnh nhân được thả stentgraft thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ hở, không có trường hợp nào tử vong liên quan đến túi phình hoặc bóc tách. Về biến chứng liên quan đến kỹ thuật, 1 trường hợp tổn thương đường vào trong quá trình can thiệp phải mở bụng để xử trí thương tổn. Sau 3 tháng, chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp dò stentgraft loại II. Tỷ lệ tử vong chung sau 6 tháng là 9,6%. Can thiệp đặt stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực là phương pháp mới an toàn, hiệu quả, thực hiện nhanh, ít xâm lấn, có tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

## SUMMARY

### RESULTS OF INTERVENTION WITH STENTGRAFT FOR THORACIC AORTIC DISEASE AT HUE CENTRAL HOSPITAL

31 patients were treated with stentgraft for 4 traumatic rupture of aortic isthmus cases, 14 cases acute typ B Stanford aortic dissection, 13 cases aneurysm of aortic arch and descending aortic with diameter >5cm. The mean age was  $45 \pm 13$ . 80,6% were male and 19,4 % was female. mean follow-up time was 10,5 months. The rate of patients needed aortic arch and debranching to have sufficient landing zone was 74,2%. 19,3% of patients had subclavian arterial coverage. 100% cases were successfully deployed, no case converted to open surgery. Technical related complications were type II endoleak after 3 months was 3,2%. Mortality rate after 6 months was 9,6%. Endograft therapy for thoracic aortic disease is safe, efficient, less invasive with high success and low complication rate...

**Conclusion:** Endograft therapy for thoracic aortic disease is safe, efficient, less invasive with high success and low complication rate.

**Key words:** stent graft, aortic disease, emergency intervention

## 1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý động mạch chủ ngực chủ yếu bao gồm các trường hợp phình, bóc tách và chấn thương động mạch chủ, là bệnh lý phức tạp với tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. Phẫu

thuật hở kinh điển để thay thế đoạn động mạch chủ ngực bị tổn thương bằng prothese khá phức tạp về mặt kỹ thuật với tỷ lệ tai biến, biến chứng cao và thời gian hồi phục của bệnh nhân kéo dài. Bắt đầu từ những năm 1990, can thiệp nội mạch động mạch chủ phát triển một cách nhanh chóng trên toàn thế giới và hiện nay đó như là một vũ khí để điều trị các bệnh lý động mạch chủ cấp và mạn tính tại các trung tâm tim mạch lớn trên toàn thế giới [3]. Nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp can thiệp đặt stentgraft có tỷ lệ tử vong chu phẫu thấp hơn và kết quả ngắn hạn, trung hạn tốt hơn so với phương pháp phẫu thuật hở [5],[6]. Can thiệp nội mạch động mạch chủ có thể chỉ là đặt stentgraft đơn thuần trong trường hợp landing zone tốt hoặc phẫu thuật Hybrid với mục đích tạo landing zone đầu gần phù hợp sau đó thả stentgraft che phủ thương tổn động mạch chủ ngực trong cùng một thì hoặc hai thì khác nhau tùy theo đặc điểm bệnh lý cũng như điều kiện cơ sở vật chất kỹ thuật. Phẫu thuật Hybrid còn cho phép mở rộng chỉ định can thiệp vào vùng quai động mạch chủ, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, làm giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng và giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý động mạch chủ tại bệnh viện Trung Ương Huế giai đoạn tháng 9/2019 đến tháng 4/2021.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân được can thiệp nội mạch đặt stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 9/2019 đến tháng 4/2021

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu hàng loạt**

**2.3. Kỹ thuật:** Tất cả những bệnh nhân vào viện nghi ngờ có bệnh lý động mạch chủ ngực sẽ được chụp cắt lớp vi tính 64 lát cắt động mạch chủ có bơm thuốc cản quang. Chiến lược can thiệp sẽ được đề ra sau khi đánh giá tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng cùng với phân tích các đặc điểm hình thái thương tổn động mạch chủ dựa trên các phần mềm về chẩn đoán hình ảnh đặc hiệu: đường kính, chiều dài cổ gần và cổ xa, đường kính và chiều dài túi phình, góc cổ túi phình, đặc điểm đường vào, vị trí lỗ vào, tình trạng tưới máu trong bóc tách. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi ghi nhận các thông số thời gian, số lượng máu mất, số giờ thở máy, số giờ dẫn lưu ổ mổ, tình trạng tri giác và dấu thần kinh khu trú sau mổ. trong giai đoạn tái khám, theo dõi các biến chứng liên quan như dò, di lệch stentgraft, tổn thương động mạch đường vào, che lấp không chủ ý động mạch nuôi não, động mạch nuôi tạng... Các biến chứng nghiêm trọng như tử vong, tổn thương não, nhồi máu cơ tim, liệt tủy, suy thận, suy hô hấp, bóc tách ngược Stanford A cũng được ghi nhận. Chúng tôi phân chia bệnh nhân thành 4 nhóm dựa theo landing zone đầu gần: Zone 0: trước thân động mạch cánh tay đầu, Zone 1: sau thân động mạch cánh tay đầu, Zone 2: sau động mạch cảnh chung trái, Zone 3: sau động mạch dưới đòn bên trái.

#### **2.3.1 Đối với Zone 0**

Nếu động mạch chủ lên không bị thương tổn (phình hoặc bóc tách ngược), chúng tôi tiến hành mở ngực đường giữa xương ức, mở màng tim  $\frac{1}{2}$  phía trên. Sau đó, phẫu tích bóc lộ tĩnh mạch cánh tay đầu, phẫu tích bóc lộ động mạch thân cánh tay đầu, động mạch cảnh chung và

động mạch dưới đòn bên trái. Phẫu tích bóc lộ giải phóng động mạch chủ, động mạch phổi. Heparin liều mạch máu được cho qua đường tĩnh mạch toàn thân. Sau 3 phút cho Heparin, chúng tôi tiến hành kẹp bên động mạch chủ lên, mở động mạch chủ và làm miệng nối gần động mạch chủ lên với prothese mạch máu chữ Y 16/8 kiểu tận bên.

Sau khi làm xong miệng nối ở động mạch chủ lên. Chúng tôi hạ thấp đầu bệnh nhân, điều chỉnh và duy trì huyết áp tâm thu  $> 120$  mmHg, lần lượt kẹp thân động mạch cánh tay đầu, cắt rời và đóng đầu dưới thân động mạch cánh tay đầu bằng prolene 5.0, làm miệng nối tận tận giữa chân chữ Y với đầu xa thân động mạch cánh tay đầu bằng prolene 5.0. sau khi hoàn thành miệng nối, súc rửa sạch trong lòng prothese bằng nước có heparin, đuổi khí cẩn thận và mở kẹp để tái thông động mạch thân cánh tay đầu. các cầu nối giữa prothese với động mạch cánh chung và động mạch dưới đòn trái cũng được làm tương tự.

Trong trường hợp động mạch chủ lên bị thương tổn có hoặc không kèm theo van động mạch chủ thương tổn, chúng tôi tiến hành thay động mạch chủ lên đơn thuần hoặc làm phẫu thuật Bentall để xử trí thương tổn động mạch chủ lên sau đó cũng tiến hành làm cầu nối tương tự.

Sau khi làm xong các cầu nối, chúng tôi đặt dẫn lưu khoang màng tim và sau xương ức bằng ống 24F và đóng ngực thường quy.

Sau khi giai đoạn hậu phẫu ổn định, tiến hành chụp CTA động mạch chủ để đánh giá landing zone đầu gần cũng như đánh giá cầu nối vừa được thực hiện, đo đạc để xác định kích cỡ Stentgraft phù hợp, đánh giá lại đường vào và lên kế hoạch thả Stentgraft che phủ thương tổn động mạch chủ.

### **2.3.2 Đối với Zone 1**

Chúng tôi tiến hành rạch da theo nếp lằn cổ dưới khoảng 30 cm. Tiến hành phẫu tích bóc lộ, đặt lacer động mạch cảnh chung bên phải, bên trái và động mạch dưới đòn bên trái. Heparin liều mạch máu được cho bolus qua đường tĩnh mạch. Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa có kê gối dưới vai, hạ thấp đầu và huyết áp tâm thu được duy trì  $> 120$  mmHg trong quá trình làm miệng nối. Một đoạn mạch máu nhân tạo 7mm được sử dụng để làm cầu nối. Trước hết, chúng tôi làm miệng nối giữa động mạch cảnh chung bên phải với mạch máu nhân tạo kiểu bên tận bằng prolene 5.0. Sau đó, chúng tôi cắt rời động mạch cảnh chung bên trái, đóng lại mỏm cắt phía động mạch chủ với nối đầu xa động mạch cảnh chung trái với mạch máu nhân tạo kiểu tận bên bằng prolene 5.0. Tương tự với động mạch dưới đòn trái, chúng tôi cũng cắt rời, đóng lại mỏm cắt động mạch dưới đòn trái phía động mạch chủ và làm miệng nối mạch máu nhân tạo với đầu xa động mạch dưới đòn trái kiểu tận tận. Sau khi kiểm tra cầm máu miệng nối và tổ chức, chúng tôi đặt dẫn lưu Redon và đóng vết mổ.

Sau khi giai đoạn hậu phẫu ổn định, tiến hành chụp CTA động mạch chủ để đánh giá landing zone đầu gần cũng như đánh giá cầu nối vừa được thực hiện, đo đạc để xác định kích cỡ

Stentgraft phù hợp, đánh giá lại đường vào và lên kế hoạch thả Stentgraft che phủ thương tổn động mạch chủ.

### **2.3.3 Đối với Zone 2 và Zone 3**

Chúng tôi tiến hành thả stentgraft đơn thuần che lấp động mạch dưới đòn trái (với Zone 2) và thả Stentgraft sau động mạch dưới đòn trái (với Zone 3)

## **3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 8/2019 đến tháng 3/2021, 31 bệnh nhân đã được tiến hành can thiệp nội mạch đặt stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch bệnh viện Trung Ương Huế. Trong đó, 4 bệnh nhân chấn thương vỡ eo động mạch chủ, 14 bệnh nhân bóc tách typ B và 13 trường hợp phình quai và động mạch chủ ngực xuống có đường kính túi phình trên 5cm trong đó có 3 bệnh nhân có bóc tách kèm theo. Nam giới chiếm tỷ lệ 80,6% và nữ giới chiếm 19,4%. Tuổi trung bình là  $45 \pm 13$ . Thời gian theo dõi trung bình là 10,5 tháng.

### **3.1 Những đặc điểm về bệnh lý và thời điểm can thiệp**

Có 5 bệnh nhân được can thiệp cấp cứu ngay sau khi nhập viện chiếm tỷ lệ 16,1% (4 trường hợp chấn thương vỡ eo động mạch chủ và 1 trường hợp bóc tách typ B có biến chứng thiếu máu tạng). Các trường hợp còn lại được can thiệp thường quy có chuẩn bị.

Có 1 bệnh nhân nữ 39 tuổi mắc hội chứng Marfan được chẩn đoán dựa trên các đặc điểm về kiểu hình, bệnh nhân này tiền sử đã được làm phẫu thuật Bentall cách thời điểm vào viện 9 năm do hở van động mạch chủ kèm phình lớn động mạch chủ lên.

### **3.2 Những đặc điểm về kỹ thuật can thiệp**

Trong 31 bệnh nhân, có 23 trường hợp (chiếm tỷ lệ 74,2 %) phải phẫu thuật chuyển vị các động mạch trên quai động mạch chủ để tạo landing zone đầu gần trước can thiệp đặt stentgraft, 6 trường hợp (chiếm tỷ lệ 19,3 %) thả stentgraft đơn thuần che lấp có chủ ý động mạch dưới đòn bên trái và 2 trường hợp (chiếm tỷ lệ 6,5%) bảo tồn được động mạch dưới đòn trái.

100 % bệnh nhân được gây mê toàn thân, theo dõi huyết áp xâm nhập 2 tay liên tục trong quá trình phẫu thuật chuyển vị. Trong thì đặt stentgraft, 25 bệnh nhân (chiếm 80,6%) được gây mê toàn thân và 6 bệnh nhân (chiếm 19,4%) chỉ cần gây tê tại chỗ vùng bẹn 2 bên.

8 bệnh nhân (chiếm 25,8%) sử dụng dụng cụ đóng mạch qua và 23 bệnh nhân (chiếm 74,2%) mở mạch trực tiếp.

### 3.3 Những đặc điểm trong phẫu thuật chuyển vị các động mạch trên quai động mạch chủ

**Bảng 3.1: Những đặc điểm trong phẫu thuật chuyển vị**

	Số bệnh nhân (n=23)	Thời gian phẫu thuật trung bình (h)	Số lượng máu mất trung bình(ml)	Thời gian thở máy trung bình(h)	Thời gian dẫn lưu ổ mổ(h)	Tổn thương não sau phẫu thuật	Loại prothese mạch máu sử dụng làm cầu nối	Mổ lại do chảy máu
<b>Chuyển vị toàn bộ</b>	12	3,5	250	4	36	1	Mạch máu chữ Y (14/7)	0
<b>Bắc cầu cảnh cảnh dưới đòn</b>	11	3	150	3	36	0	Mạch máu thẳng 7mm	0

**Nhận xét:** Trong 22 trường hợp phẫu thuật, chúng tôi có 1 trường hợp chuyển vị toàn bộ xuất hiện yếu liệt ½ người bên trái sau mổ. Bệnh nhân nam 66 tuổi tiền sử tăng huyết áp, vào viện vì khàn giọng do khối phình động mạch chủ ngực xuống đường kính ngang lớn nhất 8cm. Chụp CT sọ não có thuốc sau mổ cho thấy bệnh nhân có hình ảnh nhồi máu não vùng chẩm phải, siêu âm doppler , CTA mạch máu cầu nối sau mổ thông tốt không có dấu hiệu hẹp tắc. Không có trường hợp nào phải mổ lại do chảy máu. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

### 3.3 Những đặc điểm trong quá trình can thiệp thả stentgraft

**Bảng 3.2: Những đặc điểm trong quá trình can thiệp**

	Số lượng bệnh nhân(n = 31)	Tỷ lệ %
<b>Thả stentgraft thành công</b>	31	100

<b>Chuyển mổ hở</b>	0	0
<b>Tử vong chu phẫu</b>	0	0
<b>Tai biến trong quá trình can thiệp</b>		
<b>Vỡ động mạch chủ</b>	0	0
<b>Bóc tách ngược</b>	0	0
<b>Tổn thương đường vào</b>	1	3,2
<b>Che phủ động mạch nuôi não</b>	0	0
<b>Che phủ động mạch nuôi tạng</b>	0	0

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân được thả stentgraft thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ hở

1 bệnh nhân nam, 25 tuổi, chấn thương vỡ eo động mạch chủ độ 3, sau khi thả thành công stentgraft che phủ chỗ thương tổn eo động mạch chủ thì không thể rút được dụng cụ mang stentgraft ra khỏi lòng mạch. Sau đó chúng tôi phải mở bụng đường giữa để lấy dụng cụ, xử trí thương tổn động mạch chậu chung và chậu ngoài bên phải bằng cách cắt bỏ đoạn động mạch bị thương tổn và làm cầu nối động mạch chủ động mạch chậu ngoài bên phải bằng prothese 7mm. Không có bệnh nhân tử vong trong quá trình can thiệp.

### 3.4 Kết quả can thiệp sau 3 tháng

**Bảng 3.3: Biến chứng can thiệp stentgraft**

<b>Biến chứng</b>	<b>Bệnh nhân (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Tử vong không liên quan đến can thiệp stent graft</b>	2	6,4
<b>Tử vong liên quan đến can thiệp stentgraft</b>	0	0
<b>Tổn thương não</b>	1	3,2
<b>Liệt 2 chi dưới</b>	0	0

**Nhận xét:** 2 bệnh nhân chiếm 6,4% tử vong sau 1 tháng do tổn thương vỡ thực quản. Cả 2 trường hợp này đều tổn thương vỡ eo động mạch chủ độ 3. Sau can thiệp stentgraft thành công bệnh nhân xuất hiện triệu chứng vỡ thực quản, được điều trị với đưa thực quản cổ ra da, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng. Cả 2 bệnh nhân tử vong do nhiễm trùng nhiễm độc do viêm trung thất. 1 bệnh nhân chiếm 3,2 % tổn thương thủy chẩm não phải sau can thiệp gây yếu liệt ½ người phải và phải khai khí quản thở máy kéo dài.

**Bảng 3.4: Biến chứng dò stentgraft**

<b>Biến chứng dò stentgraft</b>	<b>Số lượng (n= 31)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Dò typ 1</b>	0	0
<b>Dò typ 2</b>	1	3,2
<b>Dò typ 3</b>	0	0
<b>Dò typ 4</b>	0	0
<b>Dò typ 5</b>	0	0
<b>Di lệch stentgraft</b>	0	0

**Nhận xét:** Có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,2% xuất hiện dò typ 2 từ thân động mạch cánh tay đầu vào túi phình động mạch chủ ngực được phát hiện trên CTA ở thời điểm tháng thứ 3. Bệnh nhân này được đặt vấn đề can thiệp lại thân cánh tay đầu nhưng tử vong ở tháng thứ 6 do viêm phổi.

### **3.5 Kết quả can thiệp sau 6 tháng**

Ngoại trừ 3 trường hợp tử vong, tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều tái khám đúng thời điểm. Các kết quả CTA động mạch chủ ở thời điểm tái khám đều cho kết quả tốt, không dò, không di lệch.

## **4. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi có 31 trường hợp bệnh lý động mạch chủ ngực được can thiệp, nam giới chiếm 80% là tương tự như các nghiên cứu trên y văn thế giới[1]. Một ưu điểm vượt trội của can thiệp nội mạch so với mổ hở trong điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực là tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như tỷ lệ tử vong thấp hơn, bệnh nhân hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả của các phương pháp vô cảm trong can thiệp. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt trong tỷ lệ tử vong giữa các phương pháp vô cảm[2]. Tuy nhiên, nhiều tác giả lại khuyến cáo gây mê toàn thân trong đặt stent graft vì phương pháp gây mê giúp phẫu thuật viên kiểm soát dễ dàng huyết áp trong lúc thả stentgraft qua đó tránh các tai biến di lệch hoặc stentgraft nằm ở vị trí không như mong muốn. Không những thế, gây mê toàn thân giúp BN nằm yên và tránh được những thay đổi tư thế không mong muốn có nguy cơ gây tổn thương đường vào trong quá trình can thiệp. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 6 bệnh nhân (19,4%) sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ. Đây là những trường hợp chúng tôi tiên lượng kỹ thuật can thiệp đơn giản, thời gian can thiệp ngắn và bệnh nhân hợp tác tốt trong quá trình can thiệp. 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi huyết áp xâm nhập liên tục trong quá trình phẫu thuật và can thiệp. điều này giúp kiểm soát tốt và điều chỉnh huyết áp kịp thời

74,2 % bệnh nhân được mở mạch trực tiếp bằng đường mổ ngang nếp lần bên, bộc lộ bó mạch đùi chung. Ưu điểm của dụng cụ đóng mạch qua da là không có đường mổ nên hạn chế được nguy cơ nhiễm trùng, dò bạch mạch và tính thẩm mỹ cao tuy nhiên nhược điểm là giá thành cao và đòi hỏi phẫu thuật viên phải thông thạo kỹ thuật sử dụng.

Trong can thiệp động mạch chủ ngực, một vấn đề hay gặp là chuyển vị các nhánh ĐM trên quai ĐMC . Việc chuyển vị là bắt buộc nếu chiều dài đầu gần nhỏ hơn 20mm nhằm tạo ra landing zone thích hợp cho stent garft, đây là một trong những yếu tố quyết định để đảm bảo cho sự thành công của 1 trường hợp can thiệp động mạch chủ. 74,2% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phải tiến hành phẫu thuật chuyển vị trước can thiệp động mạch chủ. Trong đó, vừa có những trường hợp bắc cầu nối mạch máu đơn thuần, vừa có những trường hợp bắc cầu nối kết hợp với các phẫu thuật tim hở phức tạp như phẫu thuật Bentall, phẫu thuật thay động mạch chủ lên....

Có 6 bệnh nhân chiếm 19,3% được che lấp có chủ ý động mạch dưới đòn trái khi thả stentgraft, mặc dù theo khuyến cáo của hiệp hội phẫu thuật mạch máu thế giới năm 2009[4], nếu landing zone trong vùng 2, việc che phủ ĐM dưới đòn trái kèm với chuyển vị nên được thực hiện thường quy trong những trường hợp can thiệp chương trình. Tuy nhiên, nếu trong trường hợp nguy cơ phẫu thuật cao và cần can thiệp cấp cứu, việc che phủ ĐM dưới đòn trái không kèm chuyển vị có thể chấp nhận được mặc dù nguy cơ đột quỵ và thiếu máu nuôi tay trái cao hơn so với che phủ có kèm theo chuyển vị. Hiện tại trong nhóm này khi tái khám chúng tôi chưa phát hiện bất cứ biến chứng nào của việc che phủ động mạch dưới đòn bên trái. Việc che lấp động mạch dưới đòn trái bị chống chỉ định trong các trường hợp: bệnh nhân đã bắc cầu mạch vành và có sử dụng ĐM vú trong trái làm cầu nối, bệnh nhân suy thận mạn được phẫu thuật làm shunt động – tĩnh mạch trái để chạy thận, bệnh nhân đã được phẫu thuật thay ĐMC bụng dưới thận, tắc hoặc hẹp ĐM đốt sống phải, tắc ĐM chậu trong hai bên....

Tỷ lệ tử vong chung sau 6 tháng của chúng tôi là 9,6% đều không liên quan đến tai biến và biến chứng của động mạch chủ (2 bệnh nhân tử vong do vỡ thực quản gây nhiễm trùng nhiễm độc do viêm trung thất và 1 bệnh nhân tử vong do viêm phổi trái phải thở máy kéo dài). Theo kinh nghiệm của chúng tôi, trong những trường hợp chấn thương vỡ eo động mạch chủ bên cạnh xử trí cấp cứu thương tổn động mạch chủ những xét nghiệm tầm soát để tìm kiếm tổn thương thực quản, khí quản: nội soi thực quản, nội soi khí quản, chụp dạ dày thực quản có thuốc cản quang cũng cần được thực hiện cấp cứu để phát hiện và xử trí thương tổn kịp thời.

Về biến chứng liên quan đến kỹ thuật, chúng tôi không gặp trường hợp nào dò typ 1, sau 6 tháng can thiệp CTA động mạch chủ đều cho kết quả tốt. Lý giải cho điều này là do chúng tôi đã chuẩn bị được landing zone đầu gần đủ tiêu chuẩn trước khi thả stentgraft bằng phẫu thuật chuyển vị. Chỉ có 1 bệnh nhân bị dò typ 2 từ động mạch thân cánh tay đầu sau can thiệp. Đây là 1 trường hợp phức tạp bệnh nhân mắc hội chứng Marfan, đã được phẫu thuật Bentall cách thời điểm can thiệp 9 năm nhưng không được phẫu thuật chuyển vị. CTA cho thấy bệnh nhân dẫn lớn toàn bộ động mạch chủ ngực bụng. Toàn bộ khoang màng phổi trái chứa động mạch chủ ngực, nhu mô phổi bị đè xẹp hoàn toàn. Chúng tôi dùng kỹ thuật Chimney thân động mạch cánh tay đầu kết hợp bắc cầu cánh cánh dưới đòn và thả stentgraft che phủ thương tổn. Bệnh nhân này tử vong sau 6 tháng vì viêm phổi, suy hô hấp.

## 5. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch đặt stentgraft điều trị các bệnh lý động mạch chủ ngực là phương pháp mới, an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thành công cao. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân cần được phẫu thuật chuyển vị trước can thiệp chiếm tỷ lệ lớn. Với những trường hợp chấn thương vỡ eo động mạch chủ, bên cạnh xử trí thương tổn động mạch chủ cần tầm soát để phát hiện và xử trí kịp thời các thương tổn của các tạng lân cận: khí quản, thực quản....

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Duy Kiên, Phạm Minh Ánh (2018), *Kết quả can thiệp cấp cứu đặt Stentgraft điều trị bệnh lý động mạch chủ tại khoa phẫu thuật mạch máu BV Chợ Rẫy, phẫu thuật tim mạch lồng ngực Việt Nam*, 21, 69 – 74.



2.Hogendoorn (2014), *Surgical and anesthetic considerations for the endovascular treatment of ruptured descending thoracic aortic aneurysm. Curr Opin Anaesthesiol* , 27, 12-20.

3.Michael, D. (1994), *Transluminal placement of endovascular stent-grafts for the treatment of descending thoracic aneurysm. N Englan J Med* , 331, 1725-1734.

4.Patterson (2014), *Management of the left subclavian artery and neurologic complications after thoracic endovascular aortic repair. J Vasc Surg* , 60, 1491-1497.

5.Reimerink, J. (2013), *Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. Annals of surgery* , 258, 248-256.

6. Schermerhorn(2008), *Population - based outcomes of open descending thoracic aortic aneurysm repair. J vasc surg* , 48, 821-827.

