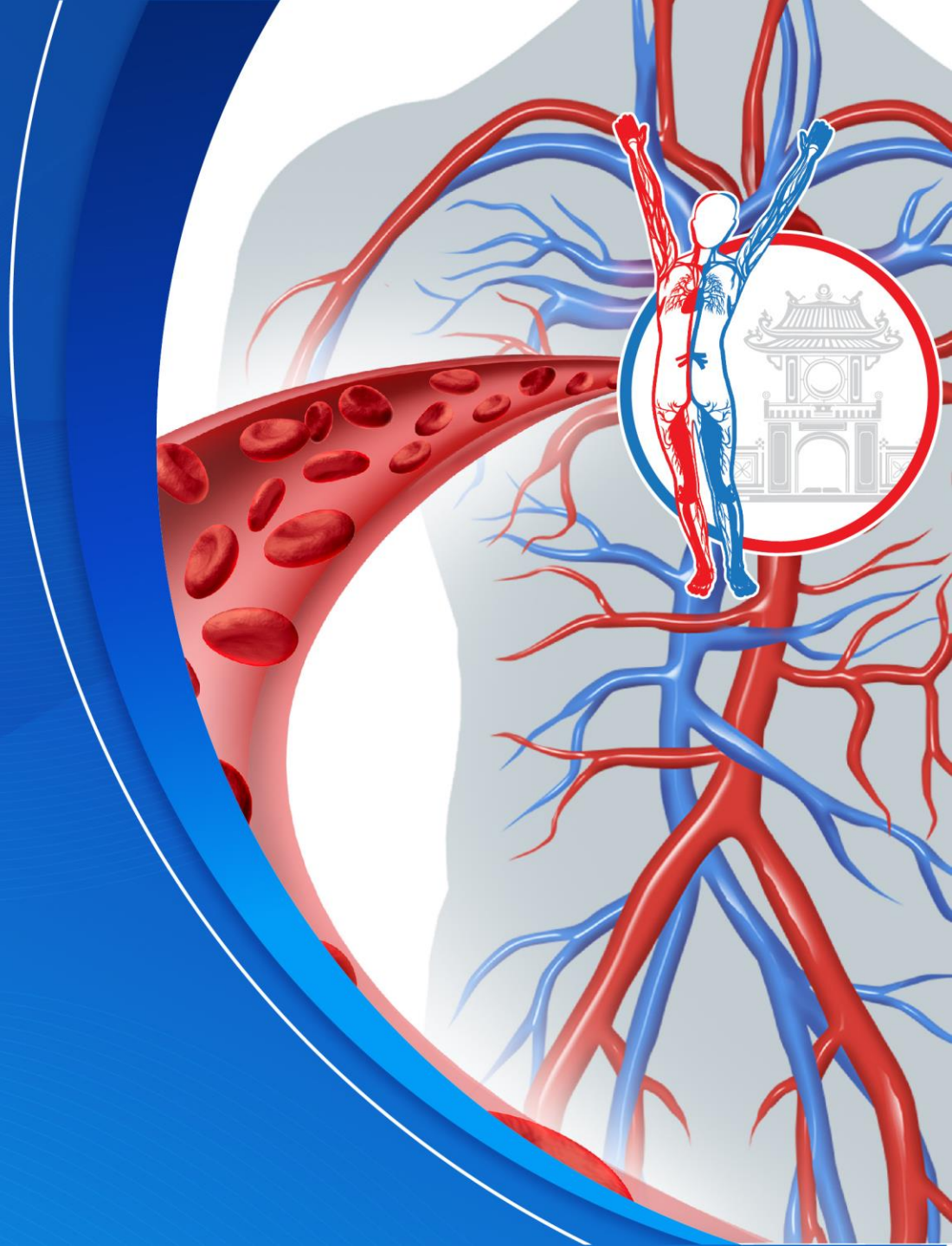




VNVDA
Hội Bệnh Mạch Máu Việt Nam
Viet Nam Vascular Disease Association

HỘI NGHỊ KHOA HỌC TOÀN QUỐC LẦN THỨ I **HỘI BỆNH MẠCH MÁU VIỆT NAM**

Ninh Bình, ngày 04-06 tháng 03 năm 2022





BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ
VIỆT ĐỨC
UNIVERSITY HOSPITAL



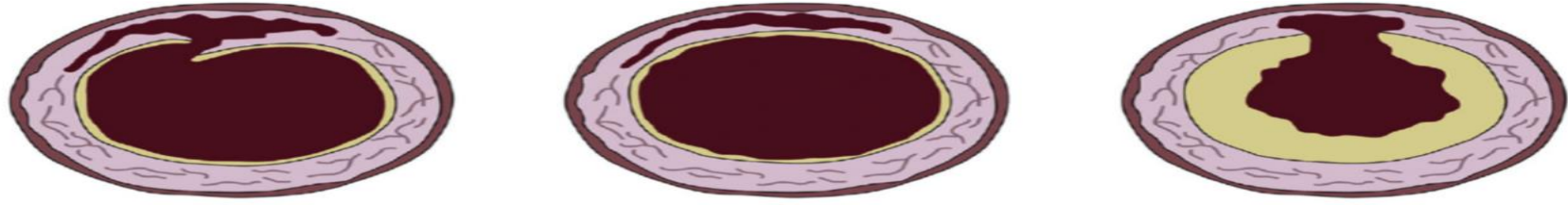
LÓC NGƯỢC ĐỘNG MẠCH CHỦ TYPE A SAU CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC KẾT QUẢ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

LÊ HỒNG QUÂN, PHÙNG DUY HỒNG SƠN và CS
Trung tâm Tim mạch - Lồng ngực
Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

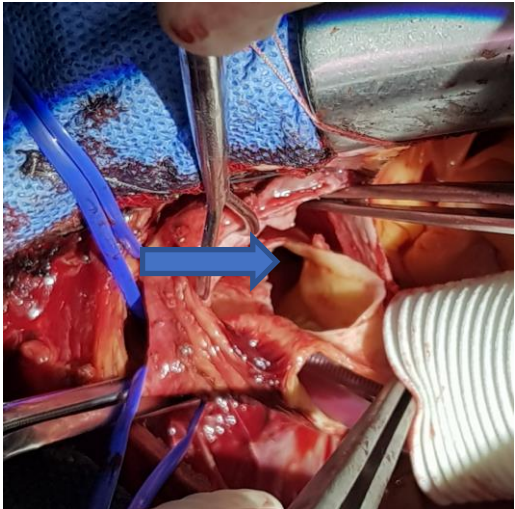
KHÁI NIỆM

Lóc động mạch chủ (aortic dissection) là sự tổn thương lớp áo giữa của động mạch chủ (ĐMC) kèm theo chảy máu bên trong và dọc theo thành động mạch làm cho các lớp áo của ĐMC tách rời nhau.

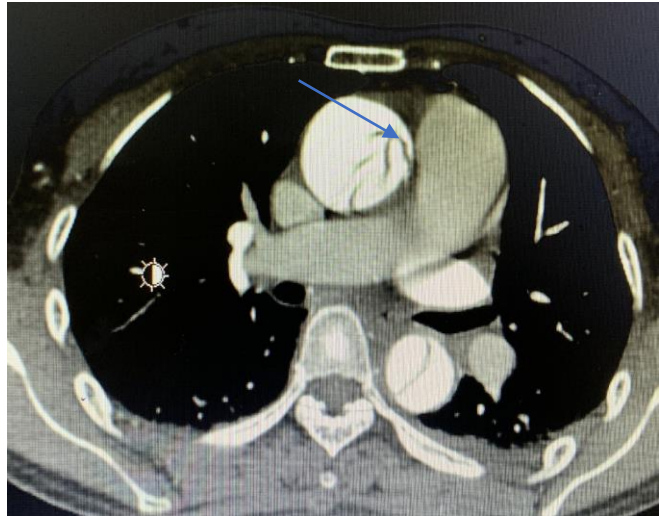
Hội chứng
ĐMC cấp tính



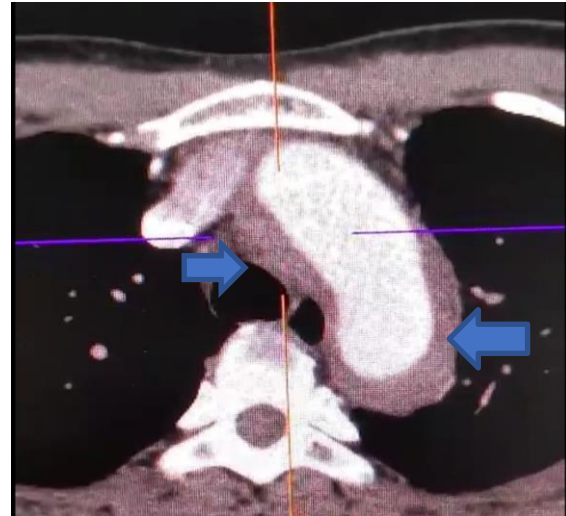
↑
Lóc ĐMC
↓



↑
Tụ máu trong thành
↓



↑
Loét xuyên thành ĐMC
↓



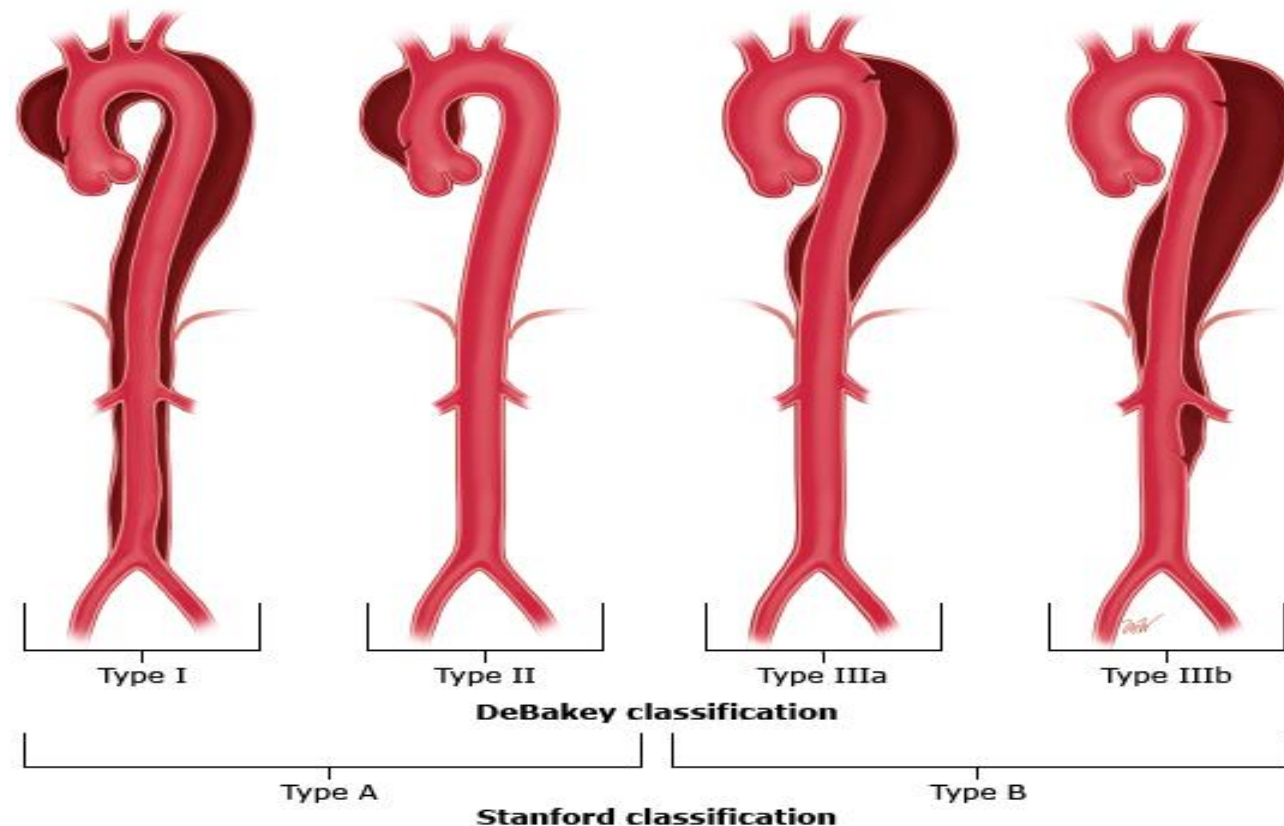
Phân loại lóc động mạch chủ

Phân loại lóc động mạch chủ theo thời gian:

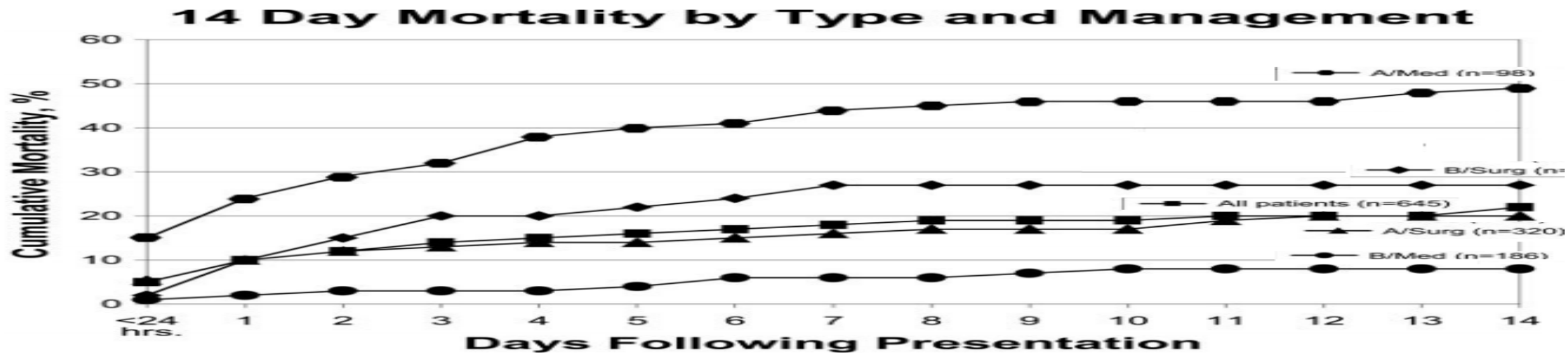
- **Tối cấp tính:** < 24 giờ.
- **Cấp tính:** < 14 ngày.
- **Bán cấp:** 14 – 90 ngày.
- **Mạn tính:** > 90 ngày.

Thời gian được tính từ lúc khởi phát triệu chứng đến thời điểm thăm khám.

Phân loại lóc động mạch chủ theo giải phẫu



Tiên lượng



Lóc ĐMC cấp type A không điều trị phẫu thuật:

- 25% tử vong /24 giờ đầu
- 50% /1 tuần
- 90% /3 tháng.

Contemporary Reviews in Cardiovascular Medicine

Acute Aortic Syndromes

Thomas T. Tsai, MD; Christoph A. Nienaber, MD; Kim A. Eagle, MD

Circulation is available at <http://www.circulation.org>

DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.102.24128

© 2002 American Heart Association, Inc.

(Circulation 2002;105:2805-2813)

Reprints requests to Kim A. Eagle, MD, Division of Cardiology, University Hospital, Room 300, 300 N Ingalls, 48105 Ann Arbor, MI 48106-0433. E-mail: keagle@umich.edu
 From the Department of Internal Medicine, Division of Cardiology, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor (T.T.T., K.A.E.), and

Phân đoạn động mạch chủ

ZONES OF THE AORTA

Zone 0: ascending aorta (Ao) to innominate artery (innom.)

Zone 1: innominate artery to left common carotid (LCC)

Zone 2: LCC to left subclavian artery (LSA)

Zone 3: first 2 cm distal to LSA

Zone 4: Zone 3 to mid descending Ao (~T6)

Zone 5: mid descending Ao to celiac artery

Zone 6: celiac artery to superior mesenteric artery (SMA)

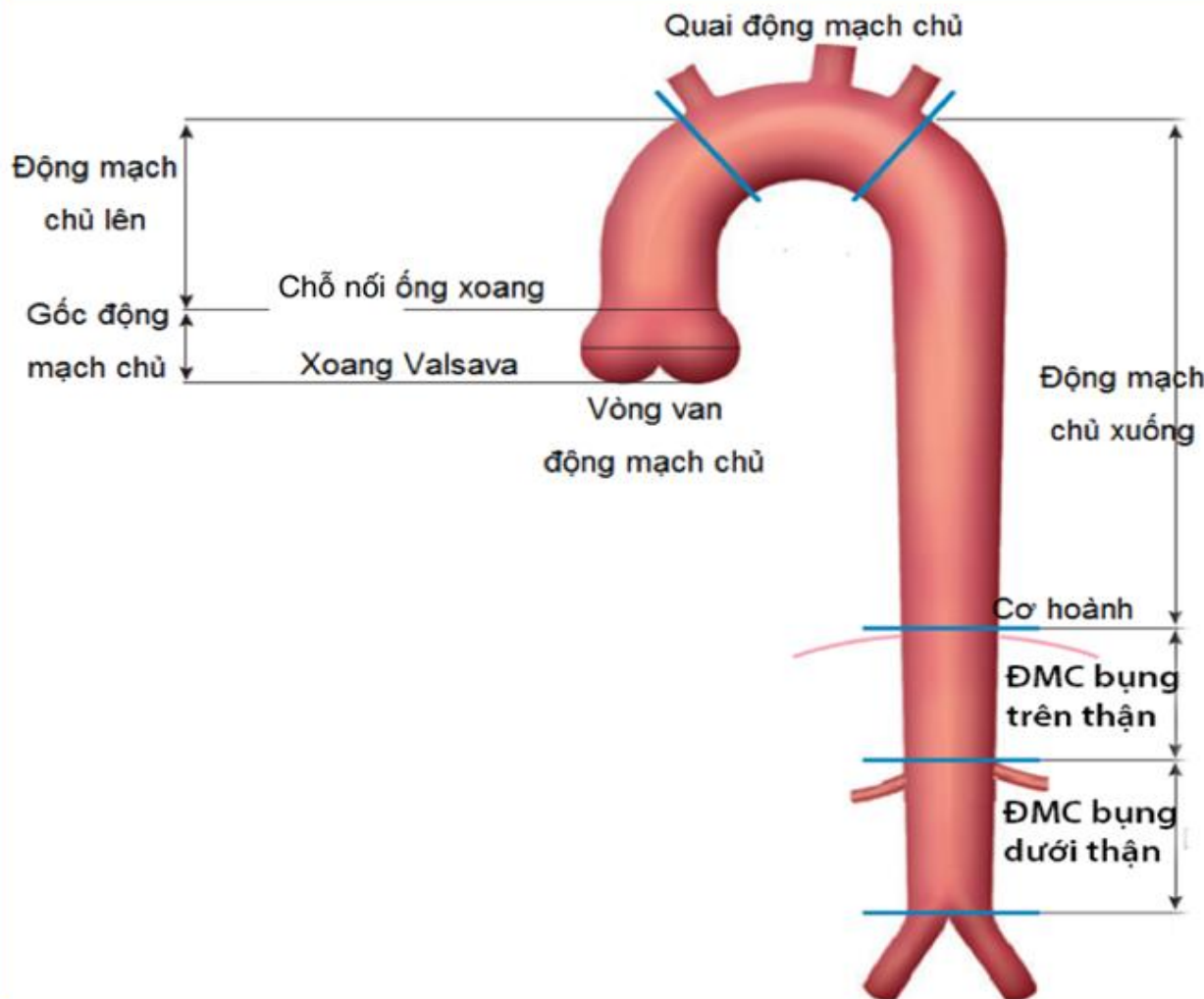
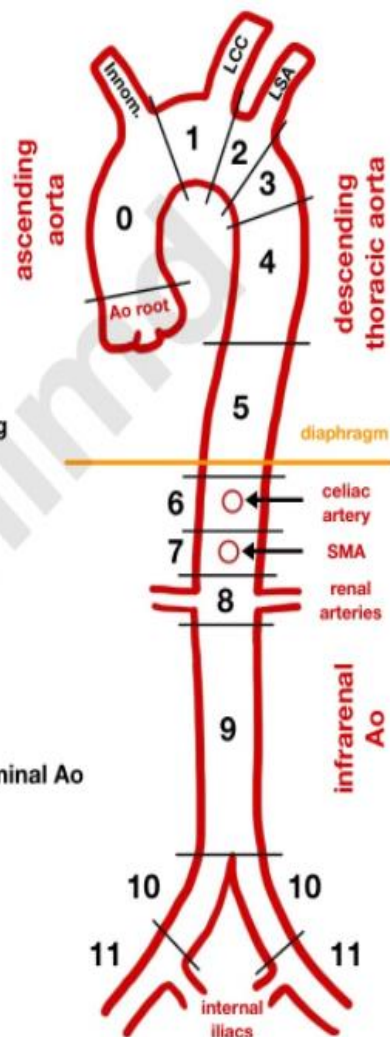
Zone 7: SMA to renal arteries

Zone 8: renal to infra-renal abdominal Ao

Zone 9: infrarenal abdominal Ao

Zone 10: common iliac arteries

Zone 11: external iliac arteries



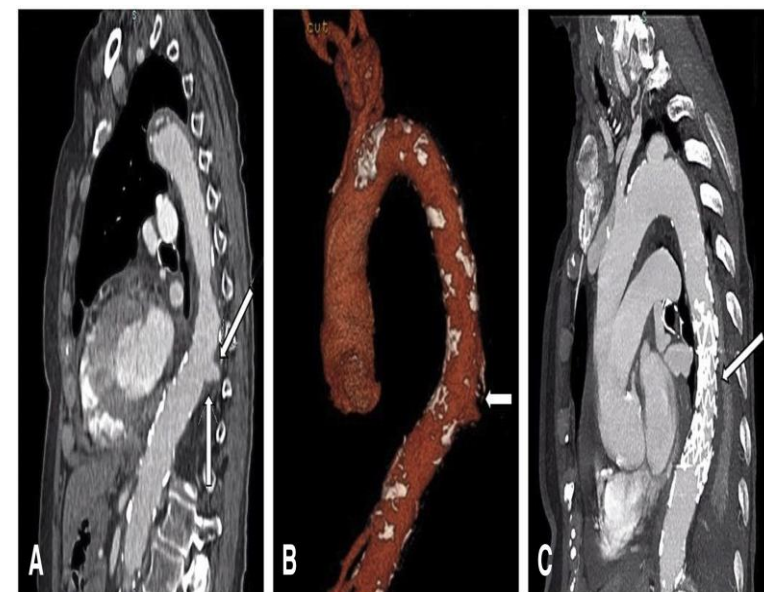
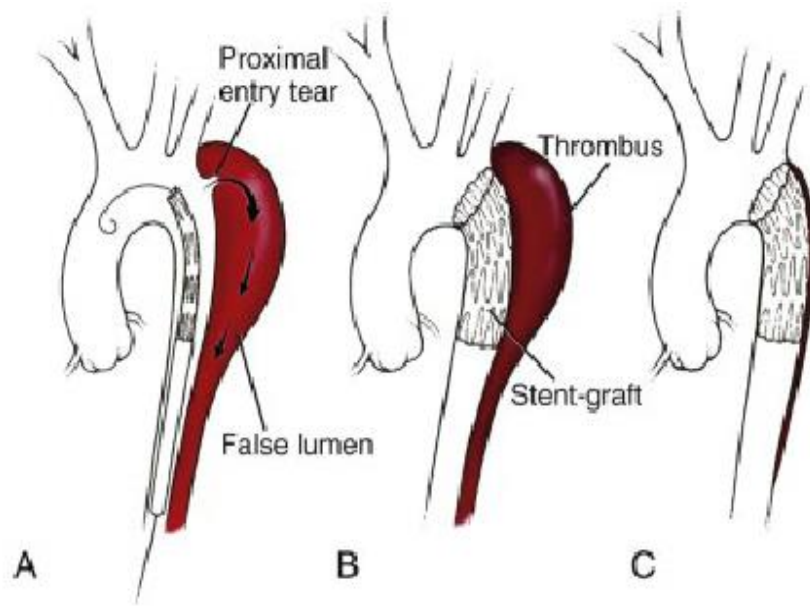
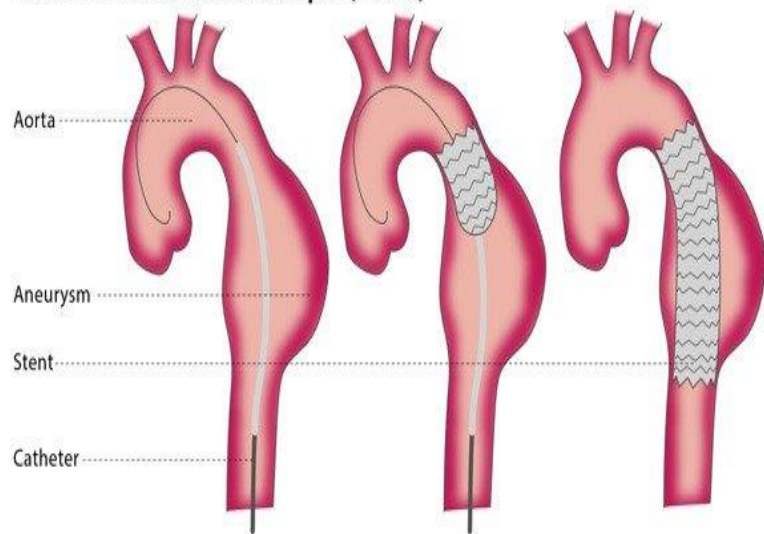
Can thiệp nội mạch động mạch chủ (ĐMC) là một phương pháp ít xâm lấn được sử dụng ngày càng nhiều để điều trị các bệnh lý ĐMC ngực như

Phồng ĐMC ngực

Lóc ĐMC type B

Loét xuyên thành ĐMC

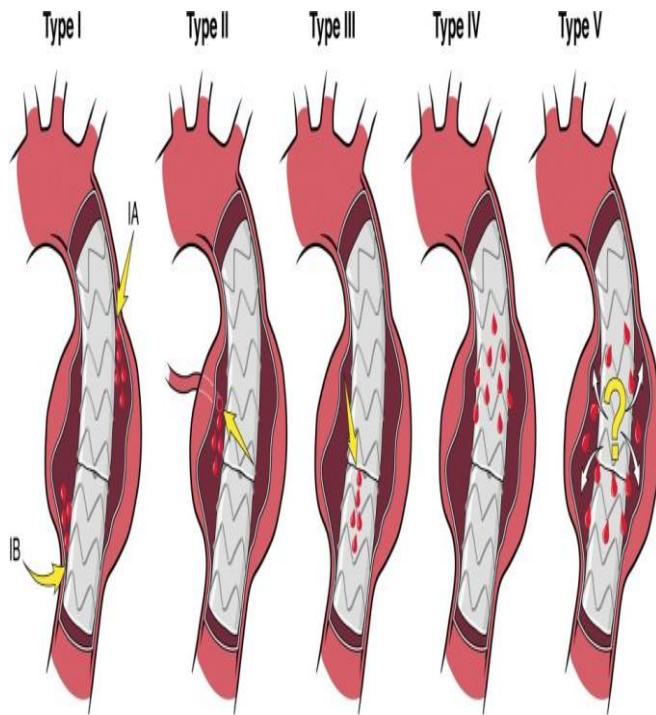
Thoracic endovascular aortic repair (TEVAR)



Một số bệnh lý ĐMC khác

Chen Y, Zhang S, Liu L, Lu Q, Zhang T, Jing Z. Retrograde Type A Aortic Dissection After Thoracic Endovascular Aortic Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2017;6(9):e004649. doi:10.1161/JAHA.116.004649

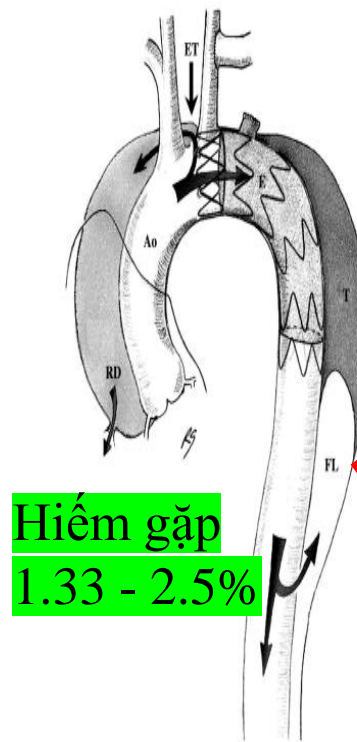
ĐẶT VẤN ĐỀ Một số biến chứng sau can thiệp ĐMC ngực



Endoleak



Đột quỵ



Hiếm gặp
1.33 - 2.5%

Die: 37.1 - 42%



Xảy ra sau can thiệp

- 30 ngày: 40 - 46%
- 1 năm: 80%
- > 1 năm: 2.5 - 10%

Fig. 1. Intrapericardial rupture of a retrograde aortic dissection (RD) beginning in the aortic arch near the endoprosthesis (E) bare spring. Patent false lumen (FL) persistence in front of the non-covered part of the descending aorta. Thrombosis (T). Aorta (Ao). Entry tear (ET).

Lóc ngược
ĐMC type A

- Chen Y, Zhang S, Liu L, Lu Q, Zhang T, Jing Z. Retrograde Type A Aortic Dissection After Thoracic Endovascular Aortic Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2017;6(9):e004649. doi:10.1161/JAHA.116.004649
- Wang L, Zhao Y, Zhang W, et al. Retrograde Type A Aortic Dissection after Thoracic Endovascular Aortic Repair: Incidence, Time Trends and Risk Factors. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2021;33(3):639-653. doi:10.1053/j.semtcvs.2020.11.010.

ĐẶT VẤN ĐỀ



Yếu tố nguy cơ tiên lượng lóc ngực ĐMC type A

Lựa chọn tối ưu để điều trị hiện nay





Chúng tôi báo cáo các trường hợp lâm sàng có lóc ngực ĐMC type A sau can thiệp nội mạch ĐMC ngực tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, xử trí và nhìn lại y văn.

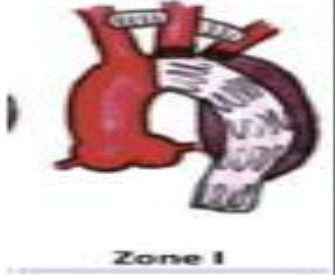

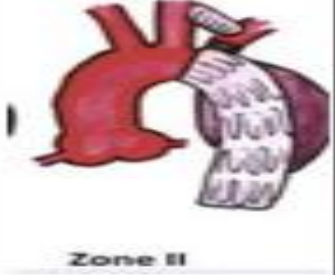

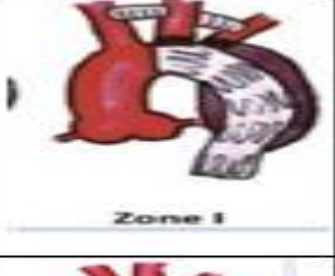


KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Từ 2017 - 2021, chúng tôi có 7 bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm			Số bệnh nhân	%
Tuổi trung bình (năm)			56.9±13.9(31-70)	
Giới tính	Nam		5	71,4
	Nữ		2	29,6
Bệnh kèm theo	Cao huyết áp		6	85,7
	Đái tháo đường		1	14,3
	Hội chứng Marfan		1	14,3
	Đường kính động mạch chủ lên > 4cm		2	28,6
Bệnh trước can thiệp	Lóc ĐMC type B	Cấp tính	4	57,1
		Mạn tính	1	14,3
	Phòng quai ĐMC và ĐMC xuống		2	28,6
Điều trị lần 1	Hybrid	Bắc cầu ĐM cảnh- cảnh, ĐM cảnh- ĐM dưới đòn + ống ghép nội mạch	3	42,9
		Bắc cầu ĐMC- ĐM cảnh hai bên + ống ghép nội mạch	1	14,3
		Bắc cầu ĐM cảnh – ĐM dưới đòn trái + ống ghép nội mạch	1	14,3
	Can thiệp đơn thuần	Ống ghép nội mạch ĐMC	2	28,6
Triệu chứng lóc ĐMC	Đau ngực		7	100
	Chèn ép tim cấp		6	85,7

Bệnh nhân	Can thiệp lần 1	Xử lý lóc ngược ĐMC type A		Kết quả
1		Dẫn lưu màng tim cấp cứu Thiết lập THNCT qua ĐM và TM đùi	Chưa kịp phẫu thuật	Tử vong trong khi đang thiết lập THNCT ngoại vi, trước khi mở xương ức
2		Thay ĐMC lên và quai ĐMC Thiết lập THNCT qua ĐM và TM đùi		Tử vong sau mổ 2 tuần do nhiễm khuẩn
3		Thiết lập THNCT qua ĐM và TM đùi	Chưa kịp phẫu thuật	Tử vong trong khi đang thiết lập THNCT ngoại vi, trước khi mở xương ức

Bệnh nhân	Can thiệp lần 1	Xử lý lóc ngược ĐMC type A		Kết quả
4	 Zone I	Thay ĐMC lên và quai ĐMC		Ra viện
5	 Zone II	Thay ĐMC lên và quai ĐMC, bắc cầu các ĐM nuôi não.		Ra viện
6	 Zone I	Thay ĐMC lên và quai ĐMC, bắc cầu các ĐM nuôi não.		Ra viện
7	 Zone II	Bệnh nhân tử vong tại bệnh viện tuyến dưới, chưa kịp chuyển lên phẫu thuật.		

KẾT QUẢ

Đặc điểm		Tỷ lệ (%)
Vị trí đầu gần (Zone)	0	14.3
	I	42.9
	II	42.9
Oversizing	9 – 9.7%	
Thời gian (phát hiện - phẫu thuật)	11,3±6,1 giờ (6-24)	
Tỉ lệ tử vong	Trước phẫu thuật	42.9
	Sau mổ	25
Tỉ lệ ra viện	42.9	

Yếu tố nguy cơ tiên lượng

Chỉ định cho can thiệp nội mạch ĐMC ngực

Lóc tách ĐMC > phình, chấn thương ĐMC

Cấp tính > mạn tính

Bệnh lý mô liên kết

Van ĐMC hai lá van

ĐMC lên ≥ 4 cm

Huyết khối lòng giả một phần, Die > 2.7 lần HK lòng giả toàn phần; Endoleak

Mất vị trí liên kết xoang- ống nối, hoặc dị dạng quai ĐMC

Cấu tạo ống ghép nội mạch

“Bare stent” ở đầu gần

Oversize > 20%

Yếu tố kỹ thuật

Vùng 0-2: V0 – 6.8 %
V3,4 – 1.3 %

Bóng để nong stent

THA không kiểm soát được sau can thiệp

- Chen Y, Zhang S, Liu L, Lu Q, Zhang T, Jing Z. Retrograde Type A Aortic Dissection After Thoracic Endovascular Aortic Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Heart Association. 2017;6(9):e004649. doi:10.1161/JAHA.116.004649
- Dun Y, Shi Y, Guo H, et al. The surgical management of retrograde type A aortic dissection after thoracic endovascular aortic repair. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. 2020;30(5):732-738. doi:10.1093/icvts/ivz326

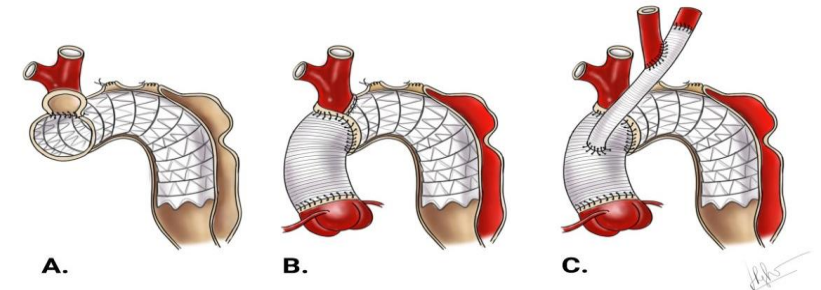
- Phẫu thuật : Thay động mạch chủ lên có hoặc không thay bán phần hoặc toàn bộ quai ĐMC, có thể sử dụng kỹ thuật FET, hoặc kỹ thuật FET cải tiến để thay quai
- **4 điểm chú ý khi phẫu thuật theo Yaojun Dun và cộng sự**

Phải loại bỏ hoàn toàn vị trí động mạch chủ bị tổn thương rách (thường hay gặp tại vị trí “bare stent”)

Cắt bỏ “bare stent”,

Sử dụng kỹ thuật vôi voi cải tiến: mạch Dacron đầu trung tâm + stent đầu xa

Chiến lược bảo vệ não, đặc biệt là tưới máu não chọn lọc



Dun Y, Shi Y, Guo H, et al. The surgical management of retrograde type A aortic dissection after thoracic endovascular aortic repair. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*. 2020;30(5):732-738. doi:10.1093/icvts/ivz326

- Lóc ngược động mạch chủ type A là một biến chứng **hiểm gặp** sau can thiệp nội mạch động mạch chủ ngực nhưng **diễn biến nhanh** và **nguy cơ tử vong cao** kể cả được phẫu thuật kịp thời.
- Để giảm tỉ lệ biến chứng nguy hiểm này **cần phát hiện các yếu tố nguy cơ** trước can thiệp để chọn phương pháp điều trị phù hợp.

