

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

-----

**NÔNG HỮU THỌ**

**NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ  
HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HỘI CHỨNG  
ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC CẤP**

**Ngành: NGOẠI LÒNG NGỰC**

**Mã số: 62.72.01.24**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**TP. HỒ CHÍ MINH - 2022**

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

**1. PGS. TS. PHẠM THỌ TUẤN ANH**

**2. PGS. TS. NGUYỄN HOÀNG ĐỊNH**

Phản biện 1: .....

Phản biện 2 .....

Phản biện 3: .....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường họp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh vào lúc..... giờ..... ngày..... tháng..... năm.....

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam

- Thư viện Khoa học Tổng hợp

- Thư viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

## GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

### 1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Hiện nay trên thế giới bệnh lý tim mạch có xu hướng ngày càng gia tăng, đặc biệt là các bệnh lý về động mạch chủ ngực. Hội tim Hoa Kỳ và Hội tim châu Âu đã đưa ra khái niệm về hội chứng động mạch chủ ngực cấp, nhằm nhấn mạnh đây là một bệnh cảnh cấp cứu và đe dọa đến tính mạng. Mặc dù hội chứng này có cơ chế bệnh sinh gần giống nhau nhưng biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và tỷ lệ tử vong còn khá cao. Kết quả điều trị lại phụ thuộc nhiều yếu tố như: *đặc điểm tổn thương lúc khởi phát, khả năng xử trí ban đầu sớm, mức độ can thiệp phẫu thuật lên vùng quai động mạch chủ.*

Về mặt tần suất, theo nghiên cứu của châu Âu thì hội chứng ĐMC có tỷ lệ là 2-3,5 ca /10.0000 dân [72]. Tại Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 6.000-10.000 ca mỗi năm, trong đó 2/3 nam và độ tuổi trung bình trên 60 tuổi.

Về mặt hình thái, tổn thương trong hội chứng động mạch chủ khá phức tạp, tùy thuộc vào độ lan rộng và đặc điểm hình thái có thể là loét thành, máu tụ trong thành hoặc phình vỡ. *Đặc điểm và tỷ lệ các hình thái ở nhiều trung tâm trên thế giới ghi nhận vẫn còn rất khác nhau.* Trong khi đó, tại Việt Nam ít có nghiên cứu nào đề cập chi tiết về các tỷ lệ này.

Về mặt ý nghĩa, các hình thái này có tỷ lệ khác nhau và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Cụ thể, nghiên cứu của IRAD nhận thấy nhóm huyết khối thành (IMH) tỷ lệ tử vong là 20,7% (đoạn lên 8,3%, đoạn xuống 39,1%). Trong khi đó, nhóm bóc tách kinh điển (AD) tiên lượng có vẻ “ác tính” hơn, tỉ lệ tử vong tăng dần 1% trong 24 giờ đầu, 50% trong 48 giờ tiếp theo và 90% tử vong(TV) trong 30 ngày đầu.

Nếu được điều trị phẫu thuật kịp thời có thể làm giảm tỉ lệ tử vong từ 90% xuống còn 30%. *Như vậy có thể thấy, hình thái tổn thương đóng vai trò quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tiên lượng.*

*Về mặt kết quả điều trị, hội chứng động mạch chủ cấp (HCDMC) cần chẩn đoán sớm, xử trí ban đầu và mức độ phạm vi can thiệp phẫu thuật lên quai động mạch chủ nhiều hay ít mà có tỷ lệ và biến chứng khác nhau. Cụ thể, theo ESC (2014) nếu không mổ, tỷ lệ tử vong là 50% trong 48 giờ đầu, tăng lên 70% trong tuần đầu. Nếu xử trí ban đầu hợp lý, tỷ lệ TV giảm xuống còn 30%, thậm chí có trung tâm chỉ còn 17%. Như vậy có thể thấy kết quả phẫu thuật của nhiều trung tâm lớn vẫn còn có sự khác biệt. Vậy đâu là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả?*

Tại Việt Nam, hiếm có nghiên cứu nào tập trung khảo sát về đặc điểm và mô tả hình thái tổn thương của HC ĐMC, nhất là các số liệu riêng cho người VN. Đồng thời, phân tích các đặc điểm đó với kết quả điều trị phẫu thuật. Chúng tôi mong muốn từ kết quả nghiên cứu ghi nhận được sẽ góp phần cung cấp một cái nhìn tổng quát hơn về HC ĐMC. Tìm hiểu nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, giúp cải thiện tỷ lệ sống còn, nâng cao chất lượng điều trị. Với lý do trên, tiến hành đề tài này được xem là cần thiết trong giai đoạn hiện nay với câu hỏi nghiên cứu: *“Hình thái tổn thương trong HCDMC cấp ở nhóm BN nghiên cứu có những đặc điểm gì? Kết quả điều trị phẫu thuật có tỷ lệ biến chứng và tỷ sống còn là bao nhiêu %?”*

## **2. Mục tiêu nghiên cứu**

1. Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm về hình thái tổn thương trong hội chứng ĐMC ngực cấp ở nhóm bệnh nhân được nghiên cứu.

2. Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa hội chứng ĐMC ngực cấp.

3. Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật trong hội chứng ĐMC ngược cấp.

### **3. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn**

- Nghiên cứu này góp phần xác định được tỷ lệ và khảo sát đặc điểm các dạng hình thái tổn thương khác nhau trong hội chứng ĐMC ngược cấp:

- Phân tầng được mức độ xử trí tổn thương và phạm vi can thiệp lên các vùng khác nhau của động mạch chủ ngực cấp tính:

+ thay toàn bộ quai: chiếm nhiều nhất 55/101 (54,5%)

+ thay bán quai: chiếm tỷ lệ ít nhất 21/101 (20,8%)

+ xử trí thay 1 đoạn ĐMC đơn thuần là thường gặp: 20/101 (19,8%) thay đoạn lên và 5/101 (4,9%) thay đoạn xuống.

- Xác định được tỷ lệ tử vong sớm và các biến chứng sau phẫu thuật động mạch chủ ngực cấp cũng như tỷ lệ sống còn trung hạn trong thời gian nghiên cứu.

- Khảo sát tìm ra được một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật như: mức độ phạm vi can thiệp lên vùng quai ĐMC nhiều hay ít có ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong sớm và các biến chứng sớm trong thời gian nằm viện. Các yếu tố liên quan giữa bệnh cảnh khởi phát lúc nhập viện ( có hay không có tình trạng rối loạn huyết động) với kết quả sống còn trung hạn.

### **4. Bố cục của luận án**

Luận án gồm 156 trang. Bao gồm phần mở đầu 02 trang, tổng quan tài liệu 41 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 26 trang, kết quả nghiên cứu 28 trang, bàn luận 51 trang, kết luận và kiến nghị 03

trang. Có 69 bảng, 30 hình, 01 lược đồ và 49 biểu đồ, 10 tài liệu tham khảo tiếng Việt và 110 tài liệu tham khảo tiếng Anh.

## **CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1. Tổng quan về hội chứng động mạch chủ cấp**

Hội chứng động mạch chủ cấp (AAS) là một khái niệm bao quát và khá cập nhật gần đây, được hội tim mạch Châu Âu (ESC 2014) xếp vào nhóm bệnh cấp cứu ĐMC, gồm các thể khác nhau: bóc tách động mạch chủ, máu tụ trong thành và vỡ xơ loét xuyên thành. Hiện nay, hội chứng động mạch chủ cấp được hiểu và mở rộng thêm gồm cả: bóc tách động mạch chủ, máu tụ trong thành, vỡ xơ loét xuyên thành, phình ĐMC dọa vỡ hoặc tổn thương ĐMC cấp tính do thủ thuật.

### **1.2. Tổng quan về đặc điểm hình thái tổn thương trong hội chứng động mạch chủ ngược cấp**

#### **1.2.1. Bóc tách ĐMC kinh điển (AD)**

Hình thái bóc tách kinh điển (AD) là bệnh cảnh phổ biến nhất, bao gồm khoảng 60% đến 70% trong số các trường hợp mắc hội chứng ĐMC. Về mặt hình ảnh học, bóc tách kinh điển có phân chia thành lòng thật và lòng giả rõ ràng, có lỗ rách nội mạc.

#### **1.2.2. Huyết khối tụ thành (IMH)**

Huyết khối tụ thành (IMH) có tỷ lệ từ 6% đến 25% trong HC ĐMC cấp, có thể liên quan đến động mạch chủ đoạn lên hoặc đoạn xuống. Phần lớn các trường hợp liên quan đến động mạch chủ đoạn xuống (60 - 80%), trong khi khoảng 30% liên quan đến động mạch chủ đoạn lên và 10% ở quai động mạch chủ.

Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 20% đối với IMH, nếu IMH có bóc tách tiền triển, nguyên nhân tử vong có thể là vỡ, bít lấp các MM quan trọng nuôi tim, não và mức độ nguy cơ tử vong này phụ thuộc vào vị trí giải phẫu.

#### 1.2.3. Loét xơ vữa xuyên thành (PAU)

Về mặt tần suất, loét thành chiếm 2% - 7% trong tổng số BN của HC ĐMC cấp. Bản chất là do mảng vữa xơ thành mạch ăn mòn qua lớp nội mạc đến lớp áo giữa gây một ổ loét đọng thuốc ở thành mạch.

#### 1.2.4. Phình dọ vỡ (CRA)

Phình được định nghĩa là sự giãn nở khu trú một đoạn ĐMC, với kích thước trên 1,5 lần đường kính bình thường của từng đoạn ĐMC. Cơ chế của phình trong HC ĐMC là do lớp áo ngoài yếu và lớp áo giữa mất độ chun giãn gây ra phình.

### 1.3. Tổng quan điều trị ngoại khoa hội chứng động mạch chủ

Bảng 1.12 Tỷ lệ tử vong sớm ở các trung tâm trên thế giới

Tổ chức NC	Năm	Số lượng BN	Tỷ lệ tử vong
<i>IRAD (Mỹ)</i>	2000	464	26%
<i>GERAADA (Đức)</i>	2015	2137	16,9%
<i>CTAC (Canada)</i>	2017	692	17,8%
<i>NORCAAD (Bắc Âu)</i>	2019	1159	16%

Các nghiên cứu ở các trung tâm tim mạch trên thế giới ghi nhận tỷ lệ tử vong sớm dao động từ 16% đến 26% và tỷ lệ này còn có sự khác nhau nhiều hay ít tùy trung tâm. Do đó, vấn đề này vẫn có tính thời sự, được quan tâm và tiếp tục nghiên cứu.

#### **1.4. Vấn đề còn tồn tại và hướng giải quyết của đề tài**

HC ĐMC là một cấp cứu ngoại khoa, cần được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời; phẫu thuật trên ĐMC vẫn là một cuộc mổ nặng, nhiều nguy cơ. Khảo sát hình thái tổn thương ĐMC có vai trò quan trọng trong quyết định lựa chọn chiến lược xử trí và điều trị. Hiện nay, các nghiên cứu trong nước chủ yếu báo cáo một số ca lâm sàng về bệnh lý ĐMC, hoặc về phình ĐMC, hoặc về bóc tách ĐMC mà chưa có một nghiên cứu tổng quan chung, cần một bức tranh tổng thể hơn để nhìn về hội chứng động mạch chủ cấp: từ hình thái đặc điểm tổn thương như thế nào, kết quả chung của điều trị phẫu thuật ĐMC cấp này ra sao, tỷ lệ sống còn theo thời gian là bao nhiêu, biến chứng lớn hay gặp là gì? ( ở nhóm nghiên cứu là bệnh nhân người Việt Nam nói riêng )... đây là khoảng trống cần tiếp tục nghiên cứu và làm rõ. Từ đó, sẽ rút ra được những yếu tố nào sẽ ảnh hưởng đến kết quả sống còn của bệnh nhân ( có thể là yếu tố về hình thái tổn thương, hay yếu tố về đặc điểm bệnh cảnh lâm sàng khởi phát cấp tính ban đầu, hay là yếu tố về phạm vi mức độ tác động can thiệp phẫu thuật lên quai ĐMC càng nhiều thì càng ảnh hưởng đến biến chứng và tỷ lệ sống còn?

## CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hội chứng động mạch chủ ngực cấp tại khoa Hồi sức - phẫu thuật tim bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Phẫu thuật tim mạch, Bệnh viện Đại Học Y Dược trong thời gian từ tháng 9/2015 đến 9/2018

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh :** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương thuộc nhóm hội chứng ĐMC ngực cấp tính và được điều trị phẫu thuật. Hội chứng ĐMC ngực cấp tính bao gồm các thể như: + Bóc tách động mạch chủ kinh điển. + Huyết khối tụ thành.

+ Loét vỡ xuyên thành. + Phình động mạch chủ vỡ/ dọa vỡ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý động mạch chủ mạn tính. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, tiến cứu, có phân tích..

#### 2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

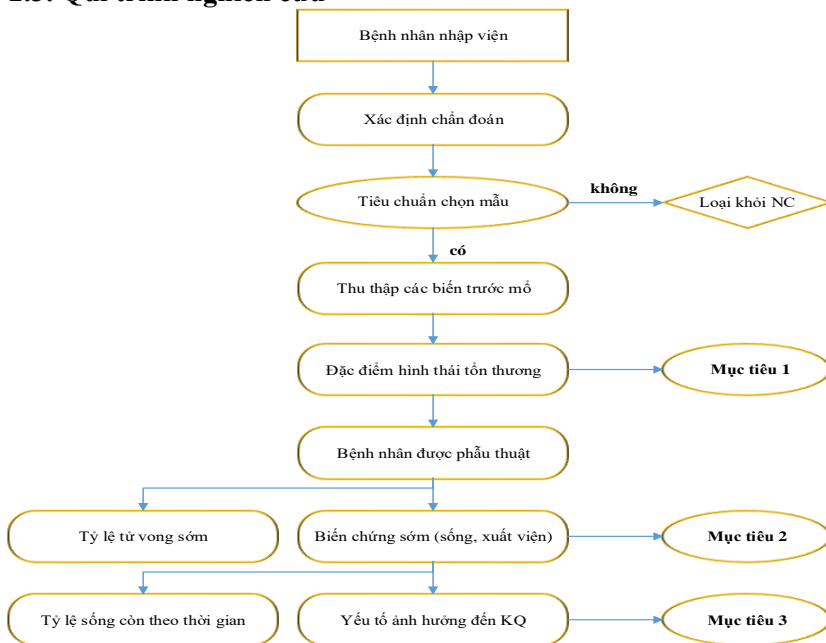
Thời gian : từ tháng 9/2015 đến 9/2018

Địa điểm : khoa Hồi sức - phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy và khoa Phẫu thuật tim mạch Bệnh viện Đại Học Y Dược

#### 2.2.3. Cỡ mẫu

Dựa vào tỷ lệ tử vong chung của BN sau phẫu thuật ĐMC cấp. Với  $p=0,2$  dựa trên báo cáo của Eduardo B., với  $\alpha=0,05$ ;  $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ ;  $d=0,08$ ;  $n \geq 96$ . 
$$n \geq Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

### 2.3. Quy trình nghiên cứu



Hình 2. 1. Sơ đồ thu thập số liệu

### 2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào bằng phần mềm Excel 2016. Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm SPSS 2019.

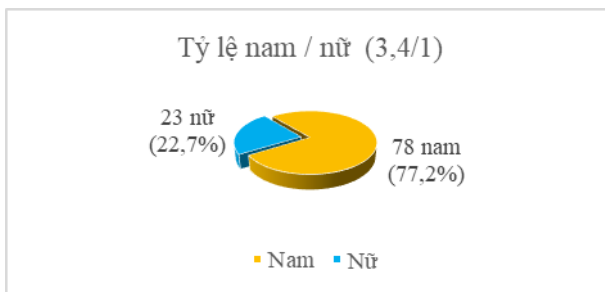
Đối với mục tiêu số 1 và mục tiêu số 2: để khảo sát đặc điểm hình thái và tỷ lệ các biến chứng, các biến định lượng được mô tả dưới dạng tỷ lệ trung bình, trung vị,  $\pm$  độ lệch chuẩn; các biến định tính được mô tả dưới dạng thống kê tần số và tỷ lệ %.

Đối với mục tiêu số 3: để khảo sát các yếu tố liên quan, sử dụng kiểm định T test ( để so sánh kết quả giữa các biến liên tục) và sử dụng kiểm định  $\chi^2$  ( để so sánh kết quả giữa các biến rời rạc).

## CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

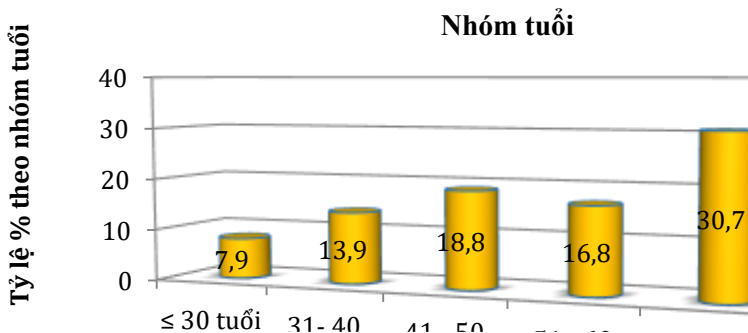
Đặc điểm về giới



Biểu đồ 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

*Nhận xét:* Số lượng bệnh nhân được phẫu thuật là 101 ca, có 78 nam (77,2%) và 23 nữ (22,7). Tỷ lệ nam cao hơn nữ gấp 3,4 lần.

Đặc điểm về nhóm tuổi



Biểu đồ 3. 2. Phân bố nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu

*Nhận xét:* Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu:  $54,1 \pm 14,9$  (tuổi). Trong đó, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 20 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi từ 61-70 có tỷ lệ cao nhất là 30,7 %.

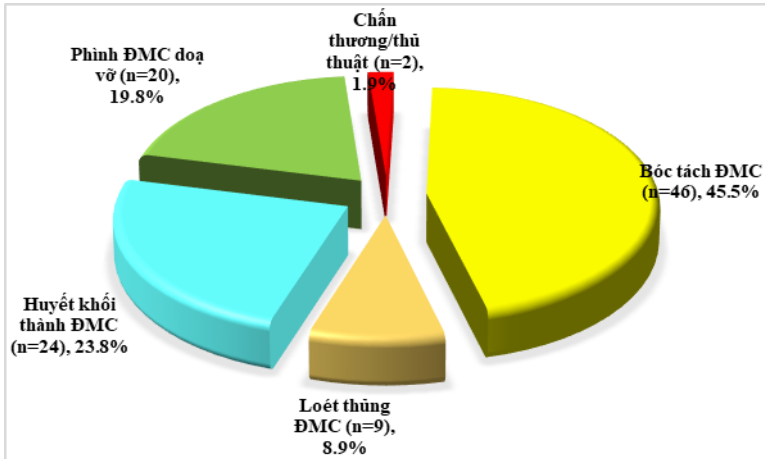
Bảng 3. 2. Phân tầng nguy cơ trước mổ

<b>Phân tầng nguy cơ</b>	<b>Số</b> (n=101)	<b>BN</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>1. Tiền căn nguy cơ cao</b>	56		55,4
Kiểu hình Marfan	3		2,9
NMCT cũ	4		6,9
TBMMN cũ	5		4,9
Tiền sử có mổ tim trước đó	2		1,9
Tiền sử có Phình ĐMC trước	7		6,9
Tiền sử có bệnh thận mạn	2		1,9
Bệnh nền khác (ĐTĐ,THA)	15		14,8
Hút thuốc lá	18		17,8
<b>2. Hình thái đau nguy cơ cao</b>	50		49,5
Đau xé ngực đột ngột	37		36,6
Đau có tính chất di chuyển (đau ngực sau lan ra lưng)	13		12,8
<b>3. Lâm sàng nguy cơ cao</b>	58		57,4
Sốc / tụt huyết áp.	22		21,8
Mất mạch chi.	6		6,9
Chênh lệch HA 2 tay.	11		10,8
Dấu hiệu thần kinh khu trú.	7		6,9
Tiếng thổi ở van ĐMC (mới)	12		11,8

*Nhận xét:* Tiền sử bệnh nhân có bệnh lý nền là THA, ĐTĐ là thường gặp nhất 15(14,8%). Đặc điểm đau có tính chất di chuyển có tỷ lệ ít 13(12,8%) nhưng là một yếu tố báo hiệu sự lan rộng của tổn thương. Có hơn 50% (51/101) bệnh nhân đều có đặc điểm lâm sàng có

nguy cơ cao, đặc biệt tình trạng huyết động không ổn định (sốc tụt huyết áp) là nguy cơ cao, tiên lượng nặng 22(21,8%).

### 3.2. Tỷ lệ và đặc điểm hình thái tổn thương

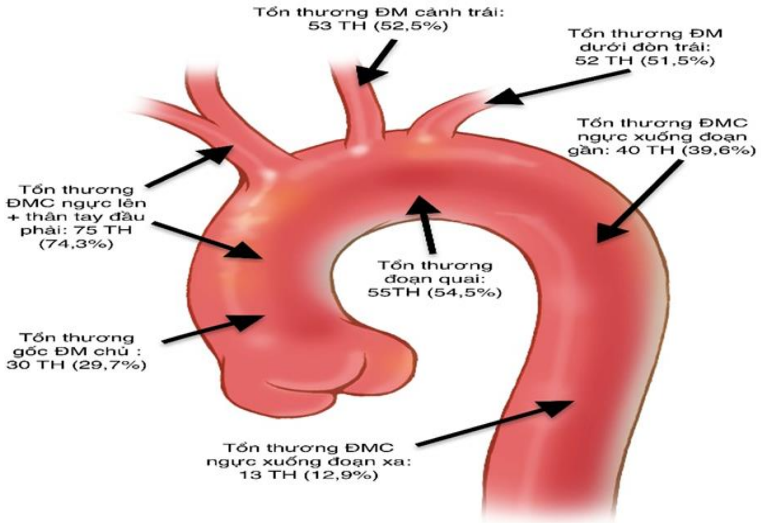


Biểu đồ 3. 4. Các dạng tổn thương trong hội chứng ĐMC cấp

*Nhận xét:*

Dựa trên bảng phân loại của Svensson và khuyến cáo của ESC 2014, chúng tôi ghi nhận có nhiều hình thái tổn thương đa dạng trong hội chứng ĐMC cấp.

Thường gặp nhất vẫn là hình thái bóc tách ĐMC kinh điển AD chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%; các hình thái ít gặp hơn là loét thủng PAU và huyết khối tụ thành IMH với tỷ lệ lần lượt là 8,9% và 23,8 %; nhóm có tỷ lệ ít gặp nhất là tổn thương ĐMC cấp tính sau thủ thuật (Iatrogenic) có tỷ lệ 2% (2/101)



Hình 3. 1. Tần suất xuất hiện tổn thương theo các vị trí trên quai

*Nhận xét:*

Trong các vị trí tổn thương chú ý nhất là : *đoạn lên và đoạn quai.*

Vị trí tổn thương có tần suất gặp nhiều nhất là ĐMC đoạn lên và thân cánh tay đầu phải: 75/101 (74,3%).

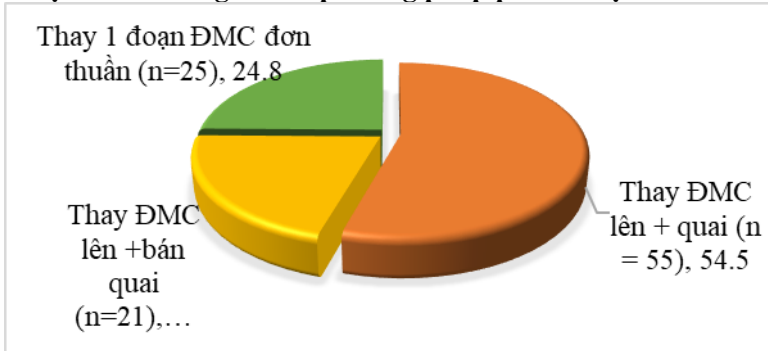
Tổn thương lan đến ĐM cánh chung trái : 53/101 (52,4%)

Tổn thương lan đến ĐM dưới đòn trái : 52/101 (51,4%)

Tổn thương lan đến toàn bộ đoạn quai : 55/101 (54,5%).

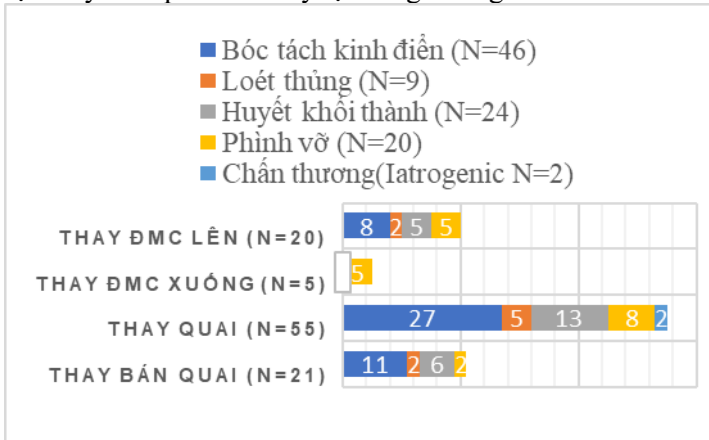
Tổn thương lan đến đoạn gốc : 30/101 (29,7%).

### 3.3. Đặc điểm chung về các phương pháp phẫu thuật



Biểu đồ 3. 9. Đặc điểm chung về tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

*Nhận xét:* Mức độ can thiệp, nhận thấy tỷ lệ thay ĐMC lên và quai chiếm tỷ lệ cao 54,5%. Tỷ lệ thay ĐMC lên đơn thuần hoặc thay bán quai chiếm tỷ lệ tương đương nhau.

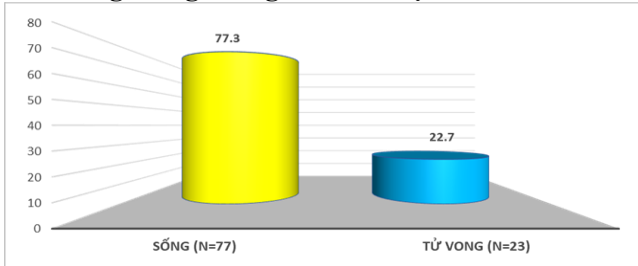


Biểu đồ 3.10. Mức độ can thiệp lên quai ĐMC

*Nhận xét:* Trong hội chứng ĐMC cấp, ghi nhận tỉ lệ thay ĐMC ngược lên + quai là cao nhất chiếm 55/101(54,5%). Tương tự ở các loại tổn thương: bóc tách, huyết khối thành và loét thủng có tỉ lệ

thay quai lần lượt là 27/46, 13/24 và 5/9. Nhóm phình ĐMC dọa vỡ, tỷ lệ thay quai ĐMC là 8/20 (40%).

### 3.4. Tử vong trong thời gian nằm viện



Biểu đồ 3.11. Tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện

*Nhận xét:* Tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện ở nghiên cứu chúng tôi là 22,7% (23/101).

### 3.5. Kết quả sớm và biến chứng hậu phẫu

Bảng 3.15. Thời gian nằm viện và thở máy

Thông số về thời gian	Trung bình	Trung vị	Nhỏ nhất – Lớn nhất
Thời gian mổ (giờ)	7,5	7,5	3,1-15
Thời gian thở máy (ngày)	7,1	2	1-49
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	12,1	6	1-73
Thời gian nằm viện (ngày)	23,8	21	1-83

*Nhận xét:* Thời gian mổ trung bình là 7,5 giờ, ca mổ nhanh nhất là 3,1 giờ và lâu nhất là 15 giờ. Thời gian thở máy trung bình là 7,1 ngày và thời gian nằm trong hồi sức tích cực là 12,1 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 23,8 ngày.

Bảng 3.16. Tỷ lệ các biến chứng hậu phẫu

	<b>Biến chứng</b>	<b>N</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<i>Thần kinh</i>	tạm thời (có hồi phục)	35	34,6%
	không hồi phục	26	25,7%
<i>Tim</i>	Suy tim cấp	15	14,9%
	Nhồi máu cơ tim	3	3,0%
	Loạn nhịp	35	34,7%
	Tràn dịch màng tim	34	33,7%
<i>Phổi</i>	Viêm phổi	38	37,6%
	Thở máy kéo dài	13	12,9%
<i>Thận</i>	Suy thận	19	18,8%
<i>Mạch máu</i>	Chảy máu	15	14,9%
	Tắc mạch	5	5,0%
<i>Tại chỗ</i>	Nhiễm trùng vết mổ	19	18,8%
<i>Toàn thân</i>	Suy đa cơ quan	12	11,9%

*Nhận xét:* Biến chứng viêm phổi chiếm 37,6% sau mổ, BN được điều trị kháng sinh và thở máy, ghi nhận có 12,9% BN thở máy kéo dài trên 30 ngày do biến chứng viêm phổi. Biến chứng thần kinh không hồi phục chiếm tỉ lệ 25,7%. Biến chứng thần kinh tạm thời là 35 (34,6%) có hồi phục.

Bảng 3.17. Kết quả sớm sau phẫu thuật

<b>Kết quả</b>	<b>Đặc điểm</b>	<b>N</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<i>Tốt</i>	Bn sống xuất viện và không biến chứng	41	40,6
<i>Trung bình</i>	Bn sống xuất viện và có biến chứng (hồi phục hoặc không hồi phục)	37	36,8
<i>Xấu</i>	Bn tử vong / nặng về	23	22,8

*Nhận xét:* Tỷ lệ tử vong sau mổ là 22,8% (23/101), kết quả chung sau phẫu thuật có tỷ lệ tốt khỏe ra viện không biến chứng là 40,6%, tỷ lệ ra khỏi viện nhưng có biến chứng là 36,8%, trong đó tỷ lệ biến

chứng hồi phục / không hồi phục là 23/14 (22,8% / 13,9%).

### 3.6. Kết quả theo dõi xa

Bảng 3.18. Thời gian theo dõi và tử vong kết cuộc của nghiên cứu

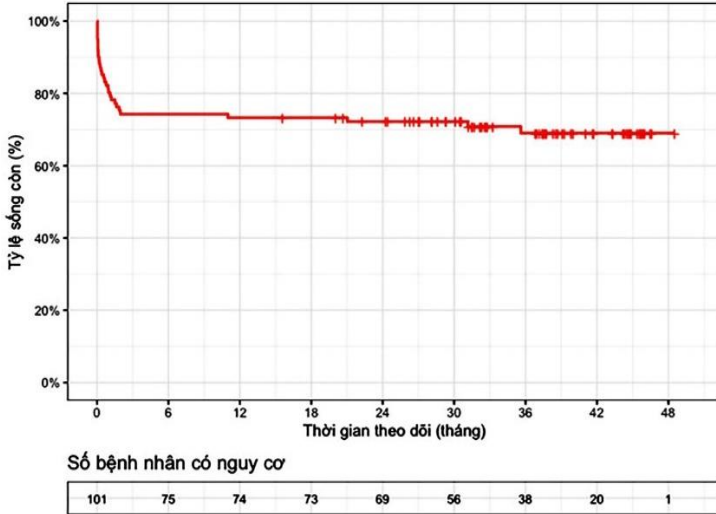
<b>Kết quả theo dõi</b> ( 3 năm)	<b>Số ca</b> (n=101)	<b>Tỷ lệ</b> (%)
Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	31,2 (2,0 – 39,3)	
<b>Kết cuộc theo dõi</b>		
<i>Tử vong trong thời gian nằm viện</i>	23/101	22,7%
<i>Tử vong thêm trong thời gian theo dõi</i>	7/101	6,9%
<i>Tử vong chung cuộc</i>	30/101	29,7%
<i>Sống còn chung cuộc</i>	71/101	70,3%

*Nhận xét:*

Thời gian theo dõi trung bình của BN trong nghiên cứu là: 31,2 tháng; ( ngắn nhất là 2 tháng và dài nhất là 39,3 tháng ).

Ghi nhận có 7 (6,9%) trường hợp tử vong thêm trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ tử vong chung cuộc : 29,7% (30/101).

Tỷ lệ sống còn chung cuộc: 70,3% (71/101).



Biểu đồ 3.14. Đường cong Kaplan-Meier về tỷ lệ sống còn

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 31,2 tháng; (2 tháng-39,3 tháng). Ghi nhận có: 7 TH tử vong thêm trong thời gian theo dõi.

Tỉ lệ sống trong thời gian nghiên cứu : 70,3%

Tỷ lệ tử vong chung cuộc của nghiên cứu : 29,7% (29/101).

### 3.7. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Nghiên cứu này khảo sát nhiều yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sớm. Trong đó, chúng tôi chú ý đến các yếu tố sau:

**1. Yếu tố về phạm vi can thiệp lên vùng quai càng nhiều thì càng có nguy cơ. Cụ thể có mối liên quan giữa:**

- Phạm vi can thiệp PT ( bán quai và toàn bộ quai) với biến chứng thần kinh tạm thời.
- Phạm vi can thiệp PT ( bán quai và toàn bộ quai) với thời gian thở máy.
- Phạm vi can thiệp PT ( bán quai và toàn bộ quai) với thời gian nằm viện.

**2. Phân tầng nguy cơ trước mổ (gồm: tiền căn nguy cơ cao, hình thái đầu nguy cơ cao và bệnh cảnh khởi phát nguy cơ cao). Trong đó, bệnh cảnh khởi phát có mối liên hệ với tỷ lệ có hay không có biến chứng hậu phẫu.**

**3. Yếu tố về xử trí ban đầu ( kiểm soát huyết áp mục tiêu và kiểm soát nhịp tim) với tỷ lệ có biến chứng hậu phẫu.**

**4. Yếu tố về thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài với biến chứng suy thận sau mổ.**

Bảng 3.21. Biến chứng hậu phẫu theo mức độ can thiệp lên ĐMC

Biến chứng	Bán quai		Toàn bộ quai		Không quai		p*
	(N=21)		(N=55)		(N=25)		
<b>Thần kinh tạm thời (có hồi phục)</b>	5	5,0%	27	26,7%	3	3,0%	<b>0,03</b>
Thần kinh (không hồi phục)	8	7,9%	13	12,9%	5	5,0%	0,32
Suy tim cấp	3	3,0%	10	9,9%	2	2,0%	0,49
Nhồi máu cơ tim	1	1,0%	1	1,0%	1	1,0%	0,74
Viêm phổi	5	5,0%	26	25,7%	7	6,9%	0,87
Thở máy kéo dài	1	1,0%	9	8,9%	3	3,0%	0,39
Suy thận	3	3,0%	13	12,9%	3	3,0%	0,39
Chảy máu	2	2,0%	11	10,9%	2	2,0%	0,27
Suy đa cơ quan	2	2,0%	9	8,9%	1	1,0%	0,26
Loạn nhịp	10	9,9%	19	18,8%	6	5,9%	0,24
Nhiễm trùng	1	0,1%	15	14,8%	3	2,9%	<b>0,04</b>

*Nhận xét:* Thay toàn bộ quai sẽ có tỷ lệ biến chứng thần kinh cao hơn so với thay bán quai hoặc không can thiệp lên quai.

Bảng 3.23. Liên quan giữa phân tầng nguy cơ với tỷ lệ

## có biến chứng hậu phẫu

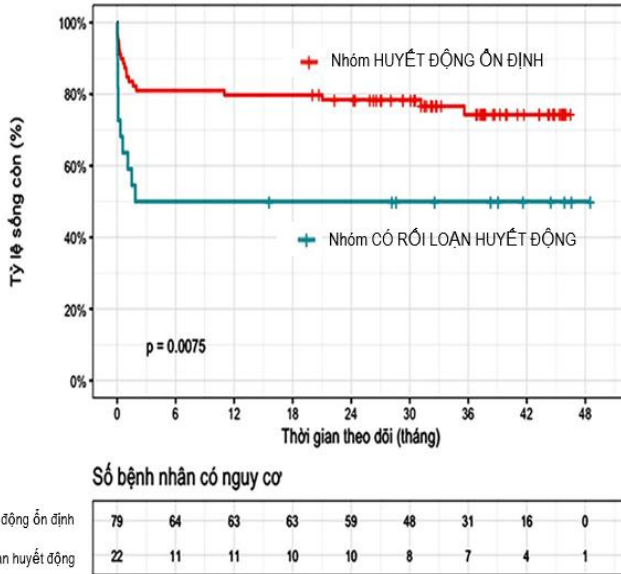
<b>Phân tầng nguy cơ theo IRAD</b>	<b>Có biến chứng HP (N=60)</b>	<b>Không biến chứng HP (N=41)</b>	<b>OR</b>	<b>KTC</b>	<b>Giá trị P</b>
<b>1. Tiền căn nguy cơ cao</b>	29 (28,7%)	26 (25,7%)	0,78	0,56 - 1,07	0,158
<b>2. Hình thái đau nguy cơ cao</b>	25 (24,7%)	25 (24,7%)	0,72	0,52 - 1,01	0,070
<b>3. Lâm sàng nguy cơ cao</b>	41 (40,5%)	10 (9,9%)	2,11	1,44 - 3,09	<b>&lt;0,01</b>

*Nhận xét:* yếu tố thứ ba: đặc điểm lâm sàng nguy cơ cao lúc khởi phát có liên quan đến tỷ lệ biến chứng hậu phẫu với  $p < 0,01$ .

Bảng 3.24. Liên quan giữa xử trí ban đầu và tỷ lệ biến chứng

<b>Xử trí ban đầu</b>	<b>Không biến chứng HP (N=41)</b>	<b>Có biến chứng HP (N=60)</b>	<b>OR</b>	<b>Giá trị P</b>
<b>1. Giảm đau (morphin)</b>	9/41	15/60	0,9 (0,5-1,6)	0,72
<b>2. Kiểm soát HA tối đa &lt; 100</b>	34/41	20/60	4,2 (2,1-8,6)	<b>&lt;0,01</b>
<b>3. Kiểm soát nhịp tim đạt &lt; 60 l/ph</b>	22/41	9/60	2,6 (1,6-4,0)	<b>&lt;0,01</b>

*Nhận xét:* Trong xử trí ban đầu : việc kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu HA tối đa < 100 mmHg và kiểm soát nhịp tim < 60 l/ph có mối liên hệ với tỷ lệ không xuất hiện các biến chứng ở giai đoạn hậu phẫu.



Biểu đồ 3. 19. Tỷ lệ tử vong muộn với bệnh cảnh lâm sàng lúc khởi phát

*Nhận xét:* Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống còn với **bệnh cảnh lâm sàng lúc khởi phát (có rối loạn huyết động hay không có rối loạn huyết động lúc nhập viện)** ( $p < 0,001$ ).

## CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

Hội chứng động mạch chủ cấp bao gồm các tổn thương: bóc tách ĐMC ngực, huyết khối thành ĐMC ngực, loét thủng ĐMC ngực, phình ĐMC ngực vỡ/ doạ vỡ và chấn thương ĐMC ngực và có tính chất cấp cứu. Tổn thương bóc tách ĐMC ngực là tổn thương thường gặp nhất trong hội chứng động mạch chủ cấp tính. Nghiên cứu chúng tôi nhóm bóc tách ĐMC ngực có phân bố tương đối đều và tăng dần

theo nhóm tuổi, 17,4% ở nhóm tuổi 51-60 tuổi và 26,1% ở nhóm tuổi 61- 70 tuổi.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có nhiều hình thái tổn thương đa dạng trong hội chứng ĐMC cấp. Thường gặp nhất vẫn là hình thái bóc tách ĐMC kinh điển AD chiếm tỷ lệ cao nhất 66,3%; các hình thái ít gặp hơn là loét thủng PAU và huyết khối tụ thành IMH với tỷ lệ lần lượt là 8,9% và 23,8 %; nhóm có tỷ lệ ít gặp nhất là tổn thương ĐMC cấp tính sau thủ thuật (Iatrogenic) có tỷ lệ 2% (2/101). Nhìn chung thì tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như DeMartino, Randall R., (2018). Tuy nhiên, tỷ lệ loét thủng PAU trong nghiên cứu của chúng tôi thì khá thấp có thể do thời gian nghiên cứu và cỡ mẫu ở mức độ ít hơn so với các tác giả Âu Mỹ. Đồng thời, nhóm bn chúng tôi nghiên cứu chủ yếu ở trong nước khu vực TpHCM và các tỉnh thành lân cận, nên đặc điểm phân bố này sẽ khác đôi chút so với các thống kê của Hiệp hội tim mạch Châu Âu ESC (2014).

Poon S. và cộng sự (2016) nghiên cứu phân tích đa trung tâm so sánh giữa nhóm bán quai và thay quai, nhận thấy tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện của thay toàn bộ quai cao hơn thay bán quai.

*Biến chứng thần kinh:* chia làm hai loại, biến chứng thần kinh tạm thời và biến chứng thần kinh không hồi phục. Biến chứng thần kinh không hồi phục của chúng tôi là 34,6% tương đương với các tác giả Merkle J. (2018) với tỷ lệ 35,1 %. Trong khi đó tỷ về biến chứng thần kinh không hồi phục chưa có sự khác biệt rõ ở các nhóm, tỷ lệ 26,7%. Chúng tôi cũng nhận thấy phạm vi can thiệp lên vùng quai càng nhiều thì tỷ lệ biến chứng thần kinh tạm thời càng cao.

Tử vong trong thời gian nằm viện, nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 22,7%. Nguyên nhân tử vong trong viện thường gặp là viêm phổi 8/24 và TBMMN chiếm 5/24, Suy tim 4/24 TH.

Bảng 4. 7. Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện

Tổ chức NC (quốc gia)	Năm	Số lượng BN	Tỷ lệ tử vong sớm
<i>IRAD (Mỹ)</i>	2000	464	26,0%
<i>GERAADA (Đức)</i>	2015	2137	16,9%
<i>CTAC (Canada)</i>	2017	692	17,8%
<i>NORCAAD (Bắc Âu)</i>	2019	1159	16%
<i>V.N.Tú (Hà Nội, Vn)</i>	2017	86	17,3%
<i>Chúng tôi (TpHCM, Vn)</i>	2021	101	22,7%

*Yếu tố (bệnh cảnh khởi phát) có rối loạn huyết động:*

Chúng tôi cũng so sánh kết quả này với các tác giả khác trên thế giới. Tác giả Brian Conway nghiên cứu 251 Bn được phẫu thuật, ghi nhận tỷ lệ sống còn của nhóm có rối loạn huyết động là 44% so với 63% ở nhóm huyết động ổn định, sự khác biệt với  $p < 0,001$ . Bàn về yếu tố có rối loạn huyết động với kết quả trung hạn, trong thời gian 3 năm, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong muộn của nhóm *có rối loạn huyết động* là 18/101 (17,8%) và tỷ lệ tử vong muộn của nhóm *huyết động ổn định* là 12/101 (11,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## KẾT LUẬN

### 1. Tỷ lệ và đặc điểm hình thái tổn thương trong hội chứng ĐMC ngực cấp

- Hình thái tổn thương trong hội chứng ĐMC cấp khá đa dạng và phức tạp, thường gặp nhất vẫn là hình thái bóc tách ĐMC kinh điển (AD) chiếm tỷ lệ cao nhất 45,6% (46/101); loét thủng (PAU) là 8,9% (9/101) và huyết khối tụ thành (IMH) là 23,8%.

### 2. Kết quả điều trị ngoại khoa hội chứng ĐMC ngực cấp

- Phân tầng xử trí tổn thương và phạm vi can thiệp:

+ thay toàn bộ quai : chiếm nhiều nhất 55/101 (54,5%)

+ thay bán quai : chiếm tỷ lệ ít nhất 21/101 (20,8%)

+ thay một đoạn ĐMC đơn thuần là thường gặp: 20/101 (19,8%) thay đoạn lên và 5/101 (4,9%) thay đoạn xuống.

- Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện là: **22,7 % ( 23/101)**.

- Kết quả trung hạn: thời gian theo dõi trung bình 32,2 tháng.

- Tỷ lệ tử vong chung cuộc : 29,7% (30/101).

- Tỷ lệ sống còn chung cuộc: 70,3% (71/101).

### 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật

3.1. Yếu tố về phạm vi can thiệp lên vùng quai càng nhiều thì càng có nguy cơ. Cụ thể có mối liên quan giữa PT quai và bán quai:

-với biến chứng thàn kinh tạm thời (5% và 26,7%).

-với thời gian thở máy (3,8 ngày và 8,6 ngày).

-với thời gian nằm viện (17,7 ngày và 25,6 ngày).

3.2. Phân tầng nguy cơ trước mổ (gồm: tiền căn nguy cơ cao, hình thái đau nguy cơ cao và lâm sàng nguy cơ cao). Trong đó, yếu tố lâm sàng nguy cơ cao có mối liên hệ với tỷ lệ có biến chứng hậu phẫu.

3.3. Yếu tố về xử trí ban đầu ( kiểm soát huyết áp mục tiêu và kiểm soát nhịp tim) có mối liên quan với giảm số lượng các biến chứng hậu phẫu.

3.4. Yếu tố về thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài với có mối liên quan với biến chứng suy thận sau mổ.

3.5. BN với bệnh cảnh khởi phát: có biểu hiện rối loạn huyết động là yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong cao sau mổ.

3.6. Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trung hạn :

Tỷ lệ sống còn trung hạn và bệnh cảnh khởi phát lúc nhập viện (có hay không có rối loạn huyết động) có mối liên quan với ( $p < 0,001$ ).

## **KIẾN NGHỊ**

1. Ngoài khám lâm sàng, biện pháp quan trọng để phát hiện và chẩn đoán sớm là cần mạnh dạn chụp CLVT lồng ngực ngay từ đầu để tránh bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác. Từ kết quả chụp CLVT sẽ dự kiến được chiến lược xử trí ngay thì đầu.

2. Áp dụng “yếu tố có hay không có rối loạn huyết động lúc khởi phát” để góp phần tiên lượng và điều trị hậu phẫu cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

3. Mặc dù, xử trí ban đầu không làm thay đổi tỷ lệ tử vong sớm và trung hạn, nhưng giúp giảm được tỷ lệ các biến chứng giai đoạn hậu phẫu. Do đó, cần phải triệt để trong xử trí ban đầu thật tốt: cụ thể là kiểm soát huyết áp và nhịp tim mục tiêu thì hậu phẫu sẽ giảm thiểu được tỷ lệ biến chứng.

## **DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nông Hữu Thọ, Phạm Thọ Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Định (2021), “Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa hội chứng động mạch chủ ngực cấp”. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tháng 3-số 2, tập 500, tr.(4-8).

2. Nông Hữu Thọ, Phạm Thọ Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Định (2021), “Khảo sát một số đặc điểm về hình thái tổn thương trong hội chứng động mạch chủ ngực cấp”. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tháng 3-số 2, tập 500, tr.(34-38).