

Đánh giá kết quả trung hạn điều trị phình động mạch chủ ngực bằng phương pháp can thiệp nội mạch

Medium-term results of thoracic aortic aneurysm repair by endovascular intervention

Lâm Triều Phát*,
Trần Quyết Tiến**

*Bệnh viện Chợ Rẫy,
**Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn ứng dụng kỹ thuật can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực, kèm hoặc không chuyển vị các nhánh động mạch nuôi não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân phình động mạch chủ ngực được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Khoa Phẫu thuật Tim, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2013 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Trong 80 bệnh nhân, có 62 nam (78%), 18 nữ (22%), tuổi trung bình $64,7 \pm 11,6$ (31-87) tuổi. Yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp 61 (76%), hút thuốc lá 51 (64%), rối loạn lipid máu 49 (61%). Phình dạng túi 49 (61%), phình dạng thoi 31 (39%). Đường kính túi phình trung bình 64 ± 15 (mm). Đường kính trung bình ĐM đường vào $7,23 \pm 1,13$ (mm). Có 43 trường hợp được phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch nuôi não trước can thiệp (54%). Tỷ lệ thành công của can thiệp là 95%. Tỷ lệ tử vong sớm 3 (3,7%), không gặp các biến chứng như di lệch, tắc hẹp, gãy hoặc xoắn vặn ống ghép, lóc tách ĐMC, lấp động mạch nuôi não. Thời gian theo dõi trung bình là $36,78 \pm 17,27$ tháng. Tỷ lệ tử vong trung hạn là 9 (11,7%). Có 5 trường hợp rò nội mạch và 3 trường hợp nhồi máu não được ghi nhận trong giai đoạn theo dõi trung hạn, 2 trường hợp can thiệp lại chiếm 2,6%. **Kết luận:** Điều trị phình động mạch ngực bằng phương pháp can thiệp nội mạch, kèm hoặc không phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch nuôi não được thực hiện an toàn và khả thi với kết quả sớm và trung hạn tốt.

Từ khóa: Phình động mạch chủ ngực, can thiệp nội mạch, phẫu thuật chuyển vị các động mạch nuôi não.

Summary

Objective: Evaluation of medium-term results of applying stent graft intervention technique to treat thoracic aortic aneurysms, with or without aortic arch cervical debranching. **Subject and method:** A retrospective descriptive study of thoracic aortic aneurysms patients treated by endovascular intervention at the Department of Cardiac Surgery, Cho Ray Hospital from August 2013 to October 2019. **Result:** In 80 patients, there were 62 males (78%), mean age 64.7 ± 11.6 (31-87 years old). Common risk factors were hypertension 61 (76%), smoking 51 (64%), dyslipidemia 49 (61%). Sacciform aneurysms 49 (61%), fusiform aneurysms 31 (39%). The average aneurysm diameter was 64 ± 15 (mm). The mean diameter of the arterial access was 7.23 ± 1.13 (mm). There were 43 cases of aortic arch cervical debranching before intervention (54%). The success rate of the intervention was 95%. Early mortality

Ngày nhận bài: 6/9/2023, ngày chấp nhận đăng: 26/3/2024

Người phản hồi: Lâm Triều Phát, Email: trphat2008@gmail.com - Bệnh viện Chợ Rẫy

rate 3 (3.7%), no complications such as displacement, stenosis, fracture or twisting of the stent graft, aortic dissection, and cerebral artery occlusion. The mean follow-up time was 36.78 ± 17.27 months. Mid-term mortality rate 9 (11.7%). There were 5 cases of endoleak and 3 cases of stroke recorded during the mid-term follow-up period. 2 cases of reintervention, accounted for 2.6%. *Conclusion:* Treatment of thoracic aortic aneurysms by endovascular intervention, with or without aortic arch cervical debranching is safe and feasible with good early and medium-term results.

Keywords: Thoracic aortic aneurysm, endovascular, aortic arch cervical debranching.

1. Đặt vấn đề

Trước đây, điều trị phình động mạch chủ ngực (ĐMCN) chủ yếu là phẫu thuật thay đoạn phình bằng ống ghép nhân tạo với tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ cao, đặc biệt ở người lớn tuổi, nhiều bệnh kết hợp. Kỹ thuật đặt ống ghép nội mạch điều trị phình ĐMCN đã mở ra một kỷ nguyên mới với tỷ lệ tử vong thấp, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh. Tuy nhiên, phình ĐMCN có liên quan đến các nhánh động mạch (ĐM) nuôi não hoặc nuôi tạng vẫn còn là thách thức do không thể thực hiện được bằng phương pháp can thiệp nội mạch đơn thuần vì sẽ che lấp các ĐM này khi đặt ống ghép. Để khắc phục vấn đề này việc kết hợp phẫu thuật và can thiệp nội mạch (Hybrid) nhằm tránh cho bệnh nhân một cuộc phẫu thuật lớn với nhiều nguy cơ và tận dụng những ưu thế của can thiệp nội mạch [1].

Tại Việt Nam, một số trung tâm trong nước như: Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Bình Dân, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh [2], [3], ... cũng đã thực hiện kỹ thuật này, nhưng chưa có những báo cáo đánh giá kết quả nghiên cứu trung và dài hạn. Chính vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả trung hạn can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ ngực tại Khoa Phẫu thuật tim, Bệnh viện Chợ Rẫy.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân phình động mạch chủ ngực được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch, kèm hoặc không phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch nuôi não tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2013 đến tháng 10/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch chủ ngực có chỉ định can thiệp theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu [4].

Bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch dưới hướng dẫn của máy C-arm kỹ thuật số có chức năng chụp mạch máu xóa nền, kèm hoặc không có phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch chủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phình gốc ĐMC hoặc ĐMC lên hoặc ĐMC bụng kèm theo.

Phẫu thuật tim kết hợp như van tim, phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

Bệnh lý ác tính hoặc bệnh nội khoa nặng tiên lượng sống < 6 tháng.

Bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang.

Phình lóc tách động mạch chủ đi kèm.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Trước can thiệp đặt ống ghép nội mạch: Khám lâm sàng, bổ sung các xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán phình ĐMCN chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính ngực có cản quang. Chỉ định đặt ống ghép nội mạch ĐMC với các bệnh nhân phình ĐMCN theo mục 2.1.1. và 2.1.2. Đo đạc, xử lý số liệu đo đạc bằng phần mềm OsiriX MD, tính toán và dự trừ ống ghép với kích thước phù hợp.

Bước 2: Tiến hành can thiệp bệnh nhân: Tiến hành can thiệp đặt ống ghép động mạch chủ ngực: thực hiện tại phòng mổ với máy C-arm kỹ thuật số có chức năng chụp mạch máu xóa nền, phù hợp với

tổn thương của từng trường hợp cụ thể. Với bệnh nhân phải chuyển vị động mạch trước khi can thiệp nội mạch, ghi nhận động mạch chuyển vị và kiểu chuyển vị.

Bước 3: Điều trị và theo dõi sau can thiệp: Bệnh nhân được hồi sức tích cực đến khi ổn định sau can thiệp, tiếp tục điều trị nội khoa, chống kết tập tiểu cầu và xuất viện. Ghi nhận quá trình hồi sức, biến chứng và cách xử trí. Kết quả trung hạn: Là khoảng thời gian từ tháng thứ 6 sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch ĐMC ngực cho đến 5 năm [5]. Bệnh nhân được tái khám theo qui định của bệnh viện gồm: Khám lâm sàng (cơ năng, thực thể), cận lâm sàng (điện tâm đồ, xét nghiệm máu, chụp CLVT). Bệnh nhân tới khám kiểm tra tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và các năm tiếp theo.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hóa và được xử lý bằng các thống kê toán học trong y học, ứng dụng phần mềm SPSS 20.

Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được trình bày dưới dạng %. So sánh kết quả giữa các biến liên tục phân phối bình thường bằng phép kiểm định T-student cho hai giá trị khác nhóm, phép kiểm định T-student bắt cặp cho hai giá trị cùng nhóm và ANOVA test cho 3 giá trị trở lên. So sánh kết quả các biến rời rạc bằng phép kiểm Chi bình phương. Fisher với biến phân nhóm và Log - rank so sánh kết cục. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Mức độ ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến các biến số rời rạc được ước tính nguy cơ dựa vào tỉ số chênh OR (Odds ratio). Các biến sống còn (tử

vong, phẫu thuật lại trong trung hạn): Sử dụng thời gian trung vị, tứ phân vị và biểu đồ Kaplan Meier.

3. Kết quả

Từ tháng 8/2013 đến tháng 10/2019 có 80 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu gồm 62 BN nam và 18 BN nữ, độ tuổi trung bình $64,7 \pm 11,6$ tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 3,4/1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bệnh kết hợp, tiền sử và yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	61	76,25
Đái tháo đường	10	12,50
Bệnh mạch vành có đặt stent	5	6,25
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	2	2,50
Suy thận mạn	1	1,25
Rối loạn chuyển hóa lipid	49	61,25
Đột quỵ não cũ	4	5,00
Hút thuốc lá	51	63,75

Nhận xét: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao nhất với 61 bệnh nhân mắc phải, chiếm hơn 70%. Hút thuốc lá và rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ 2 và thứ 3 trong nhóm với tỉ lệ lần lượt là 63,75% và 61,25%. Đái tháo đường type 2 chiếm tỉ lệ không cao trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, với 10 trường hợp trong số 80 bệnh nhân.

Đau ngực là triệu chứng hay gặp chiếm 67,50%. Các triệu chứng khác có thể gặp nhưng ít hơn như khó thở (8,75%), khàn tiếng (12,5%) và nuốt nghẹn (2,50%).

Bảng 2. Hình thái túi phình ở nhóm có và không chuyển vị mạch máu

Đặc điểm hình thái	Không chuyển vị (n = 37)	Chuyển vị (n = 43)	p
Đường kính ngang lớn nhất (mm)	$62,5 \pm 15,7$	$65,5 \pm 15,3$	0,245
Đường kính đầu gần túi phình (mm)	$30,3 \pm 4,6$	$33,5 \pm 4,1$	<0,001
Đường kính đầu xa túi phình (mm)	$25,2 \pm 4,3$	$27,6 \pm 4,8$	0,012
Khoảng cách đến ĐM dưới đòn trái (mm)	$51,1 \pm 51,6$	$7,4 \pm 5,5$	<0,001
Khoảng cách đến ĐM cảnh chung trái (mm)	$66,4 \pm 53,0$	$15,7 \pm 6,2$	<0,001
Khoảng cách đến ĐM thân tay đầu (mm)	$77,3 \pm 53,3$	$24,1 \pm 6,9$	<0,001
Khoảng cách đến ĐM thân tạng (mm)	$107,6 \pm 64,5$	$170,2 \pm 51,7$	<0,001

Nhận xét: Kích thước túi phình lớn với đường kính ngang trung bình lớn nhất là $64,16 \pm 15,48$ (mm). Khoảng cách đến các ĐM nuôi não quai ĐMC như dưới đòn, cảnh chung trái, thân cánh tay đầu lần lượt là $27,63 \pm 45,41$; $40,20 \pm 47,87$ và $50,82 \pm 48,30$ (mm).

Tỉ lệ phẫu thuật chuyển vị các nhánh ĐM trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá cao có 43 trường hợp, chiếm 53,75%, nhiều hơn nhóm không chuyển vị (46,25%). Trong đó, chuyển vị ĐM cảnh chung phải - cảnh chung trái - dưới đòn trái chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,82%. Chuyển vị toàn bộ các nhánh nuôi não chiếm tỉ lệ 21,42%.

Kết quả sớm sau can thiệp với tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 95%. Tỷ lệ tử vong sớm sau can thiệp chủ yếu ở nhóm có chuyển vị mạch máu quai ĐMC với tỷ lệ 3,75%, nhóm không chuyển vị mạch máu là 0%.

Bảng 3. Biến chứng sớm ở nhóm có và không chuyển vị mạch máu

Biến chứng	Không chuyển vị (n = 37)	Chuyển vị (n = 43)	p
Chảy máu	0	2 (4,65)	-
Suy thận	1 (2,70)	1 (2,33)	>0,05
Viêm phổi	4 (10,81)	3 (6,98)	>0,05
Tràn dịch/khí khoang màng phổi	1 (2,70)	3 (6,98)	>0,05
Nhồi máu não	0 (0,00)	4 (9,30)	-
Tử vong sớm	0 (0,00)	3 (6,98)	-

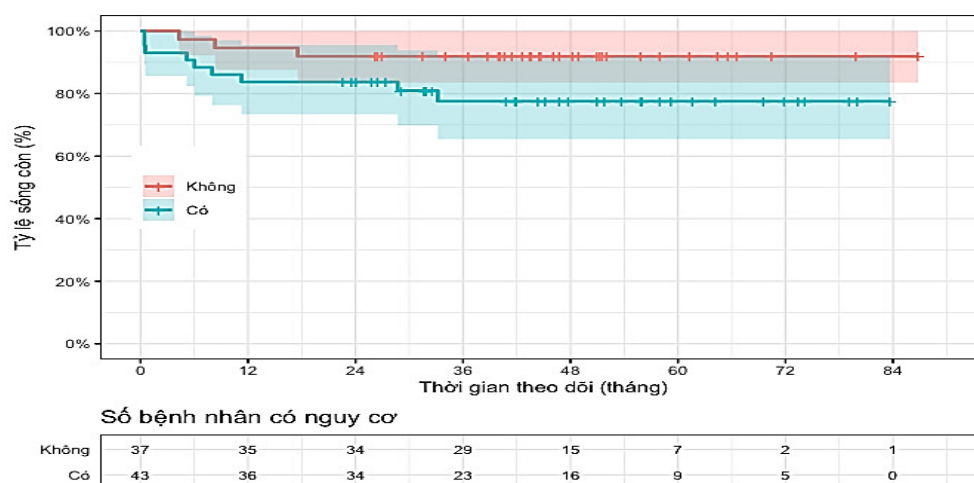
Nhận xét: Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không chuyển vị các nhánh nuôi não ($p > 0,05$). Tuy nhiên nhồi máu não đều nằm trong nhóm có chuyển vị nên cần lưu ý biến chứng này có thể xảy ra ở nhóm có kẹp ĐM nuôi não.

Thời gian theo dõi sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ ngực trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $36,78 \pm 17,27$ tháng. Tỉ lệ tử vong trung hạn là 11,68% (9/77) trong đó chỉ có 2 bệnh nhân tử vong liên quan đến sau can thiệp nội mạch động mạch chủ, các trường hợp còn lại do các bệnh lý nền kết hợp như suy thận, nhiễm khuẩn, suy kiệt cơ thể... Có 3 trường hợp nhồi máu não mới, trong đó 2 trường hợp xuất hiện sau can thiệp động mạch chủ 3 năm và hồi phục dần sau đó, 1 trường hợp xảy ra sau 1 năm. Có 5 trường hợp rò nội mạch được ghi nhận trong giai đoạn theo dõi trung hạn. Trong đó có 3 trường hợp rò nội mạch loại IA và 2 trường hợp can thiệp lại.

Bảng 4. Biến chứng ở nhóm có và không chuyển vị mạch máu trung hạn

Biến chứng	Không chuyển vị (n = 37)	Chuyển vị (n = 43)	p
Đột quỵ	1 (2,70)	2 (4,65)	>0,05
Can thiệp lại	0 (0,00)	2 (4,65)	<0,05
Rò nội mạch IA	0 (0,00)	3 (6,97)	<0,05
Rò nội mạch II	0 (0,00)	2 (4,65)	<0,05
Biến chứng khác	0 (0,00)	0 (0,00)	-

Nhận xét: Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không chuyển vị mạch máu khi so sánh về biến chứng rò nội mạch và can thiệp lại ($p < 0,05$) và khác biệt không ý nghĩa thống kê khi so sánh về đột quỵ sau can thiệp nội mạch ở cả 2 nhóm.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-Meier về sống còn của nhóm có và không chuyển vị

Liên quan đến đặc điểm bệnh nhân tử vong trung hạn, một số yếu tố có chỉ số chênh cao: Tăng huyết áp (OR = 2,88), đái tháo đường (OR 2,14), tiền căn đột quỵ (OR = 4,13), chuyển vị các nhánh nuôi não (OR = 2,00). Tuy nhiên, mỗi liên quan này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

Tuổi trung bình nhóm BN nghiên cứu là 65 tuổi, trong đó chủ yếu từ 60 đến 69 tuổi (38,8%), tỉ lệ nam/nữ là 3,4/1. Trong nghiên cứu của Shih-Wei W. và cộng sự ở dân số Đài Loan, tuổi trung bình là 73,33; 78,83% bệnh nhân thuộc nhóm ≥ 65 tuổi, 75,6% bệnh nhân là nam [6]. Tác giả Rita F và cộng sự thực hiện nghiên cứu đơn trung tâm về can thiệp nội mạch ĐMC trên 53 bệnh nhân báo cáo độ tuổi trung bình là 71 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 5,6/1. Qua phân tích độ tuổi và tỉ lệ nam/nữ, chúng tôi nhận thấy Phình ĐMCN thường xuất hiện trong độ tuổi ≥ 60 , thường nhất ở nhóm 65-70 tuổi và nam giới nhiều hơn nữ giới từ 3 - 5 lần [7].

Tiền sử và yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu như tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao (76,25%), hút thuốc lá và rối loạn chuyển hóa lipid máu cũng là các yếu tố nguy cơ quan trọng với tỉ lệ lần lượt là 63,75% và 61,25%.

Kết quả sớm: Tỷ lệ tử vong sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,75%, tất cả ở nhóm chuyển vị động mạch nuôi não. Khi so sánh kết quả sớm sau can thiệp ở nhóm có và không chuyển vị thấy sự

khác biệt về rò ống ghép, di lệch, tắc hẹp, gãy hoặc xoắn vặn, lóc tách ĐMC và lấp động mạch nuôi não khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tỷ lệ gặp các biến chứng nặng như nhồi máu não, tử vong sớm, chảy máu chủ yếu gặp ở nhóm chuyển vị mạch máu nuôi não. Có 2 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 ĐMC, 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. Bệnh nhân chảy máu thứ 2 cần phẫu thuật lại là biến chứng rách động mạch chậu ngoài bên trái do hệ thống ống ghép. Chảy máu được phát hiện ngay khi chuyển bệnh nhân ra khu vực hồi sức. Động mạch chậu ngoài được bóc lộ qua đường mở sau phúc mạc và phục hồi thành mạch. Bệnh nhân phục hồi tốt và xuất viện sau đó. Có 1 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 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 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. Như vậy, tỷ lệ tử vong và biến chứng sớm trong lô nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và ở mức thấp.

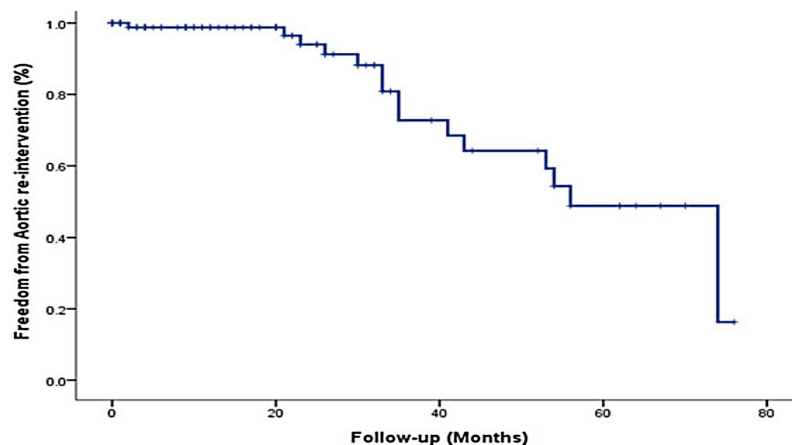
Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi là 95%, tương đồng với các tác giả trên thế giới, hầu hết là trên 90%. Qua đó có thể thấy can thiệp nội mạch ĐMC là phương pháp khả thi về mặt kỹ thuật, với tỷ lệ thành công cao.

Kết quả trung hạn: Với kết quả ngắn hạn tốt so với phẫu thuật mở, can thiệp nội mạch động mạch chủ dường như mở ra một xu hướng mới để điều trị bệnh động mạch chủ, có khả năng thay thế phẫu thuật mở. Tuy vậy, cần phải đánh giá kết quả trung hạn cũng như dài hạn để có cái nhìn toàn diện hơn về phương pháp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi trung bình $36,78 \pm 17,27$ tháng, trong đó, thời gian theo dõi dài nhất là 72 tháng với tỷ lệ tử vong trung hạn là 11,6% (9 bệnh nhân/ 77 bệnh nhân). Có 2 trường hợp tử vong liên quan đến túi phình và 7 BN không liên quan đến túi phình, nguyên nhân do lớn tuổi, suy kiệt, nhiễm trùng. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ tử vong trung hạn của chúng tôi tương đồng với các tác giả trên thế giới.

Nghiên cứu của Hyun-Chel J và cộng sự trên 125 bệnh nhân phình ĐMCN. Kết quả cho thấy ở thời điểm ngắn hạn, tỷ lệ tử vong của phẫu thuật hở vùng quai ĐMC cao hơn (OR = 4,396; $p=0,086$), và tỷ lệ biến chứng phổi cũng nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật lai (OR 4,372; $p=0,025$). Đối với theo dõi trung hạn, hai kỹ thuật không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sau 10 năm theo dõi, tỷ lệ không can thiệp lại của nhóm phẫu thuật lai thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật mở (46,3% so với 85,2%, $p<0,01$) [8].

Về can thiệp lại ở giai đoạn trung hạn của TEVAR, Shin-Ah S và cộng sự thực hiện nghiên cứu đánh giá tỷ lệ can thiệp lại của bệnh nhân phình ĐMC ngực xuống trên 95 bệnh nhân. Kết quả cho thấy tỷ lệ sống còn tại thời điểm 1 năm là 83,7%, tại thời điểm 5 năm là 63,6%. Tỷ lệ không can thiệp lại sau 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 94%, 72,8% và 48,9%. Các yếu tố nguy cơ độc lập của can thiệp lại bao gồm: Rò nội mạch sau TEVAR (OR 6,13; $p=0,017$); Tăng kích thước túi phình hơn 5%/năm (OR 20,40; $p=0,001$); Bệnh lý tắc hẹp ĐM ngoại biên (OR 13,62; $p=0,007$); Ho ra máu ($p=0,059$) [9].



Biểu đồ 2. Biểu đồ Kaplan Meier không can thiệp lại của TEVAR (Nguồn: theo Shin-Ah S. (2019) [9])

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân rò nội mạch được ghi nhận trong giai đoạn theo dõi trung hạn. Trong 3 bệnh nhân rò nội mạch loại IA, có 2 trường hợp cần can thiệp lại bằng đặt thêm ống ghép nội mạch, trường hợp còn lại xin điều trị nội. Như vậy, tỷ lệ can thiệp lại của chúng tôi tương đối thấp hơn các tác giả trên. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng do thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn

hơn so với các nghiên cứu lớn, cũng như số lượng bệnh nhân thấp hơn, vì vậy có thể tỷ lệ can thiệp lại trong thời gian dài hơn sẽ tăng lên.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 80 trường hợp phình ĐMCN được can thiệp đặt ống ghép nội mạch kèm hoặc không phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch

nuôi não tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy đây là kỹ thuật an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công cao (chiếm 95%). Tuy nhiên, các biến chứng liên quan đến ống ghép cũng xuất hiện trong quá trình theo dõi với tỉ lệ tử vong hạn 11,7% và tỉ lệ rò nội mạch 3,8%, do đó bệnh nhân cần được theo dõi và đánh giá cẩn thận trong các lần tái khám.

Tài liệu tham khảo

1. Suguru S, Yoshinobu N, Shingo H et al (2020) *Debranching thoracic endovascular aortic repair for distal aortic arch aneurysm in elderly patients aged over 75 years old*. J Journal of cardiothoracic surgery 15(1): 1-7.
2. Trần Quyết Tiến, Phan Quốc Hùng (2015) *Cần thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ tại Bệnh viện Chợ Rẫy: Một số kết quả bước đầu*. Y học Việt Nam, 1, tr. 39-44.
3. Nguyễn Lâm Hiếu, Trần Vũ Hoàng (2013) *Một số đặc điểm kỹ thuật và kết quả bước đầu của can thiệp đặt stent graft ở bệnh nhân có bệnh lý động mạch chủ tại Viện Tim mạch quốc gia*. Y học thực hành 866 (04), tr. 171-173.
4. Raimund E, Victor A, Catherine B et al (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)*. J European heart journal 35(41): 2873-2926.
5. Mark FF, Roy KG, James FM et al (2010) *Reporting standards for thoracic endovascular aortic repair (TEVAR)*. J Journal of vascular surgery 52(4): 1022-1033.
6. Shih-Wei W, Yaw-Bin H, Jiann-Woei H et al (2015) *Epidemiology, clinical features, and prescribing patterns of aortic aneurysm in Asian population from 2005 to 2011*. J Medicine 94(41): 1-6.
7. Rita F, Giuseppe G, Paolo C et al (2013) *Endovascular treatment of thoracic aortic aneurysm: a single-center experience*. J Annals of vascular surgery 27(8): 1020-1028.
8. Hyun-Chel J, Young-Nam Y, Young-Guk K et al (2018) *Comparison of open surgical versus hybrid endovascular repair for descending thoracic aortic aneurysms with distal arch involvement*. J Journal of thoracic disease 10(6): 3548-3557.
9. Shin-Ah S, Deok HL, Tak-Hyuk O et al (2019) *Risk factors associated with reintervention after thoracic endovascular aortic repair for descending aortic pathologies*. J Vascular endovascular surgery 53(3): 181-188.