

- Nam. **2(497)**, 43-46.
5. **Hoàng Long (2018)**, Hiệu quả ứng dụng nội soi ngược dòng ống mềm điều trị sỏi thận, Y học TP. Hồ Chí Minh. **4(22)**, 213-220.
6. **Nguyễn Huy Tiên, Phạm Việt Hùng, Chu Văn Hà, (2019)**, Kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi ngược dòng với ống mềm có sử dụng C-arm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, y học Việt Nam, **số đặc biệt (483)**, 175-180.
7. **Miernik A., Wilhelm K., P. U. et al Ardelt (2012)**, Standardized flexible ureteroscopic technique to improve stone-free rates, Urology. **80(6)**, 1198-202.
8. **Traxer O., Thomas A. (2013)**, Prospective evaluation and classification of ureteral wall injuries resulting from insertion of a ureteral access sheath during retrograde intrarenal surgery, J Urol. **189(2)**, 580-4.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THẦN KINH TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO BẰNG LIỆU PHÁP OXY CAO ÁP

Nguyễn Thị Việt Hà\*, Phạm Văn Minh\*\*

### TÓM TẮT

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong và để lại nhiều di chứng cho người cao tuổi. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng thần kinh trên bệnh nhân đột quy nhồi máu não tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên 35 bệnh nhân, được chia làm hai nhóm can thiệp và nhóm chứng. **Kết quả:** Mức độ lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel có sự cải thiện từ 9 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn (47,4%) lúc vào viện giảm xuống còn 0 bệnh nhân (0,0%) ở nhóm can thiệp và 5 bệnh nhân (31,3%) lúc vào viện giảm xuống còn 1 bệnh nhân (6,3%) ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân độc lập từ 0 bệnh nhân (0,0%) lúc vào viện tăng lên có 5 bệnh nhân độc lập (26,3%) và 2 bệnh nhân độc lập hoàn toàn (10,5%) ở nhóm can thiệp và 0 bệnh nhân độc lập (0,0%) lúc vào viện tăng lên có 4 bệnh nhân (25%) ở nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Di chứng nhẹ sau đột quy não theo thang điểm Rankin ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là tương đương nhau (47,4% so với 43,8%) tuy nhiên ở mức độ di chứng vừa tỷ lệ nhóm nghiên cứu giảm đi rõ rệt so với nhóm chứng (5,2% so với 47,4%) ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Có sự cải thiện tích cực đối với nhóm bệnh nhân được can thiệp liệu pháp oxy cao áp ở bệnh nhân nhồi máu não. Bước đầu chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào ở nhóm can thiệp phục hồi chức năng với liệu pháp oxy cao áp.

**Từ khóa:** Nhồi máu não, phục hồi chức năng, liệu pháp oxy cao áp

### SUMMARY

#### FUNCTIONAL NEUROLOGICAL ASSESSMENT OF THE PATIENT AFTER STROKE BY HYPERBARIC OXYGEN THERAPY

\*Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội

\*\*Bộ môn Phục hồi chức năng-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021

Stroke is a leading cause of death and sequelae for the elderly. **Objectives:** To assess the effectiveness of neurological rehabilitation for patients with ischemic stroke at Ha Noi rehabilitation hospital in 2020 - 2021. **Patients and methodology:** controlled intervention study on 35 patients, divided in two intervention groups and control group. **Results:** The level of independence in daily living according to the Barthel scale improved from 9 patients who were completely dependent (47.4%) at admission to 0 patients (0%) in the intervention group and 5 patients (31.3%) at admission decreased to 1 patient (6.3%) in the control group. The proportion of independent patients from 0 patients (0%) at admission increased to 5 independent patients (26.3%) and 2 completely independent patients (10.5%) in the intervention group. intervention and 0 independent patients (0%) at admission increased to 4 patients (25%) in the control group ( $p < 0.05$ ). Mild sequelae after cerebral stroke according to the Rankin scale in the intervention group and the control group were similar (47.4% vs 43.8%), however, at moderate sequelae, the proportion of the study group decreased significantly compared with the control group (5.2% vs 47.4%) ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** There is a positive improvement in the group of patients who are receiving hyperbaric oxygen therapy in patients with ischemic stroke. Initially, no significant adverse effects were noted in the intervention group for hyperbaric oxygen therapy.

**Keywords:** ischemic stroke, rehabilitation, hyperbaric oxygen therapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh thường xảy ra đột ngột, gây tử vong nhanh hoặc để lại nhiều di chứng thần kinh rất nặng nề, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người bệnh<sup>1</sup>. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới năm 2016, đột quy não là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 gây tử vong sau nguyên nhân tim mạch, chiếm 11,3% tử vong toàn cầu và là nguyên nhân thứ 3 gây ra khuyết tật lâu dài trên toàn thế giới<sup>2</sup>. Tại Việt Nam, đột quy não ngày càng gia tăng và

trở thành một vấn đề lớn của ngành thần kinh học và hồi sức cấp cứu với khoảng 230.000 ca mắc mới hàng năm. Đột quỵ não là một trong mười nguyên nhân gây tử vong cao nhất ở người cao tuổi, chiếm 27%<sup>3</sup>. Hơn nữa, với 50% bệnh nhân sống sót sau đột quỵ não có di chứng tàn tật thì hậu quả của nhồi máu não vẫn còn rất nặng nề, trở thành gánh nặng cho bản thân, gia đình người bệnh và cả xã hội.

Quan điểm về vai trò của của đơn vị thần kinh mạch máu đối với quá trình tổn thương và phục hồi sau đột quỵ não đã mở ra nhiều hướng mới cho can thiệp điều trị và phục hồi cho người bệnh. Theo đó, bảo vệ mạch máu, bảo vệ thần kinh, kích thích sinh mạch máu, sinh thần kinh và sự linh hoạt thần kinh là các mục tiêu cơ bản của quá trình điều trị và phục hồi<sup>4</sup>.

Vấn đề đặt ra là nhu mô não rất nhạy cảm với sự thiếu hụt oxy. Chỉ cần thời gian ngắn không được cung cấp đủ oxy, các tế bào thần kinh sẽ suy yếu và mất chức năng. Vì vậy việc điều trị sớm và cung cấp oxy đầy đủ là một trong những yếu tố quyết định thành công. Liệu pháp oxy cao áp (Hyperbaric Oxygen Therapy - HBOT) được ứng dụng lâm sàng đầu tiên từ cách đây khoảng nửa thế kỷ và đến nay, HBOT được sử dụng rộng rãi trong điều trị một số bệnh lý như ngộ độc carbon monoxid, tắc mạch khí, hoại thư sinh hơi, vết thương khó liền... Những năm gần đây, liệu pháp này còn được chứng minh có tác dụng với nhu mô não tổn thương, nhờ làm giảm kích thước các bóng khí và tăng áp lực riêng phần của oxy ở tất cả các mô, đặc biệt các mô nghèo oxy. HBOT cũng có thể kết hợp với các phương pháp điều trị khác để làm tăng hiệu quả phục hồi cho người bệnh<sup>5</sup>. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả phục hồi chức năng thần kinh trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng liệu pháp Oxy cao áp tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả phục hồi chức năng thần kinh trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng liệu pháp oxy cao áp"*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn hồi phục (sau 24 giờ đến 6 tháng).
- Có hình ảnh tổn thương nhồi máu não trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.
- Tuổi từ 18 trở lên.
- Điểm NIHSS  $\leq 10$ .
- MOCA  $>20$

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhồi máu não chuyển dạng chảy máu.
- Nhồi máu não có kèm theo: Mang máy tạo nhịp, rối loạn nhịp tim, đang cơn tăng huyết áp, quá suy kiệt, có tình trạng nhiễm trùng như sốt, các bệnh đường hô hấp cấp tính, viêm phổi, bệnh ác tính ở phổi.
- Có bệnh tâm thần, động kinh, xuất huyết hoặc đe dọa xuất huyết.

- Hội chứng sợ khoang kín.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu so sánh kết quả trước và sau điều trị.

**2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu.** Cỡ mẫu gồm 35 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu và phân nhóm: Lấy cỡ mẫu thuận tiện tất cả những bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn chia thành 2 nhóm:

- Nhóm chứng (n=16) được phục hồi chức năng bằng vận động trị liệu, hoạt động trị liệu.
- Nhóm can thiệp (n=19) được phục hồi chức năng bằng vận động trị liệu, hoạt động trị liệu kết hợp liệu pháp oxy cao áp.

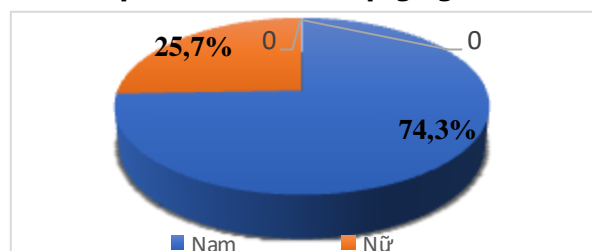
#### 2.2.3. Các biến số và chỉ tiêu đánh giá:

Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, bên liệt, mức độ rối loạn và cải thiện triệu chứng qua thang điểm Barthel, Rankin.

**2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu.** Kết quả lượng giá và điều trị được ghi chép vào phiếu đánh giá ở thời điểm trước và sau điều trị. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ % trung bình cộng. Kiểm định  $\chi^2$  so sánh 2 biến tỷ lệ với  $p < 0,05$  được xem là khác biệt có ý nghĩa.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

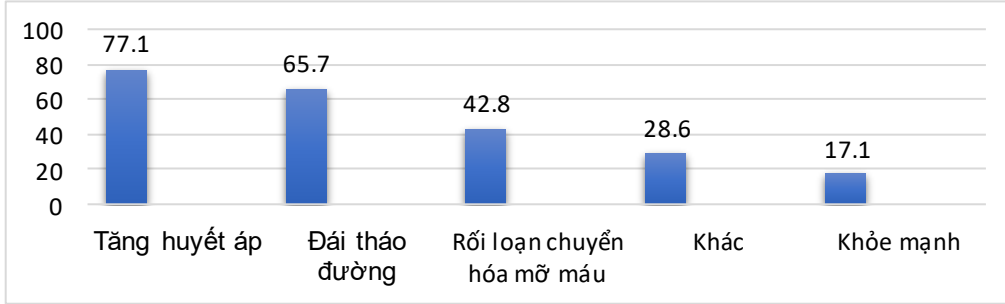
**Nhận xét:** Trong số 35 đối tượng tham gia nghiên cứu có 9 bệnh nhân nữ chiếm 25,7%, 26 bệnh nhân nam chiếm 74,3%. Nam gấp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,8.

### **Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

**của nhóm nghiên cứu**

Nhóm BN	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Chung
Tuổi trung bình	59,89± 12,76	66,6± 10,51	62,97± 12,10
Min - Max	33 - 83	46-82	33 - 83

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,89 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm chứng là 66,6 tuổi. Tuổi trung bình của cả hai nhóm là 62,97 tuổi, với người cao tuổi nhất là 83 tuổi, người thấp tuổi nhất là 33 tuổi.



**Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh lý phối hợp**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp cao nhất với 77,1%, tiếp đó là bệnh đái tháo đường chiếm 65,5%. Số bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh chỉ chiếm 17,1%.

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí bên liệt**

	Nhóm can thiệp (n=19)		Nhóm chứng (n=16)		Chung (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
Liệt nửa người trái	8	42,1	9	43,8	17	48,6
Liệt nửa người phải	11	57,9	7	56,2	18	51,4
<b>Tổng số</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

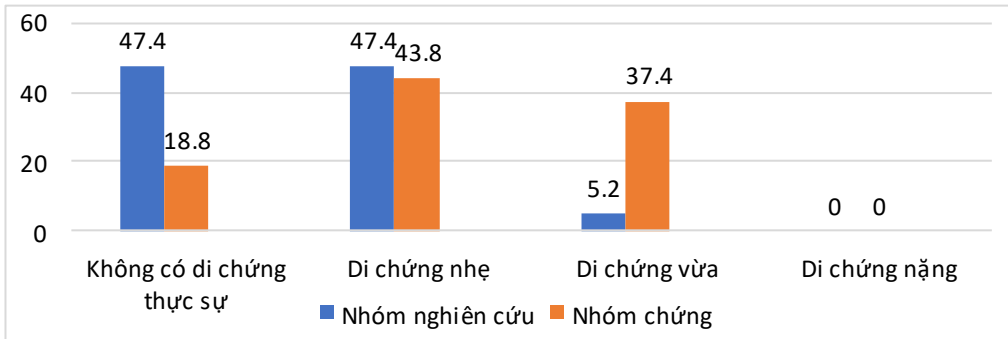
**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân bị liệt nửa người phải (51,4%) nhiều hơn bệnh nhân bị liệt nửa người trái (48,6%).

**3.2. Đánh giá kết quả sau can thiệp 1 tháng**

**Bảng 3.3: Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Barthel**

	Nhóm can thiệp (n=19)				Nhóm chứng (n=16)			
	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Phụ thuộc hoàn toàn	9	47,4	0	0,0	5	31,3	1	6,3
Phụ thuộc một phần	10	52,6	12	63,2	11	68,7	11	68,7
Độc lập	0	0,0	5	26,3	0	0,0	4	25
Độc lập hoàn toàn	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0
P	< 0,05				< 0,05			

**Nhận xét:** Có sự cải thiện về mức độ sinh hoạt độc lập trước và sau điều trị ở cả hai nhóm nghiên cứu với p < 0,05. Mức độ cải thiện của nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng. Sự khác biệt với p < 0,05.



**Biểu đồ 3.3: Đánh giá kết quả theo thang điểm Rankin**

**Nhận xét:** Có sự cải thiện về mức vận động trước và sau ở cả hai nhóm nghiên cứu với  $p < 0,05$ . Mức độ cải thiện nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng. Sự khác biệt với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, chúng tôi thấy tỷ lệ nam/nữ bị đột quỵ nhồi máu não là 2,88 (nam chiếm 74,3%, nữ chiếm 25,7%). Kết quả này cao hơn so với Dương Văn Hải nghiên cứu trên 55 bệnh nhân, nam giới gấp 1,1 lần nữ giới. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hồng, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1 (nam chiếm 62,1%, nữ chiếm 8,9%). Có sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít, tuy nhiên đều có điểm chung là đột quỵ nhồi máu não thường gặp phần lớn ở nam giới.

Theo kết quả bảng 3.1 tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,9 tuổi, của nhóm chứng là 66,6 tuổi, của chung hai nhóm là 62,97 tuổi. Trong đó, tuổi thấp nhất là 33 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 83 tuổi. Kết quả trên thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Văn Hải, tuổi trung bình là 64,84 tuổi, thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 83 tuổi. Theo Chen-Yu Chen nghiên cứu trên 50 bệnh nhân, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,3 tuổi. Sự khác biệt này có thể do vấn đề địa dư và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Biểu đồ 3.2 thể hiện rằng bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 77,1% sau đó là đến các bệnh đái tháo đường chiếm 65,7%, bệnh chuyển hóa mỡ máu là 42,8%. Điều đó cho chúng ta thấy rằng tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ, nguyên nhân chủ yếu gây ra đột quỵ nhồi máu não. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Chen-Yu Chen đã chỉ ra rằng Tăng huyết áp là nguy cơ hàng đầu trong cơ chế bệnh sinh của đột quỵ nhồi máu não với tỉ lệ 50%, đái tháo đường là 44%, bệnh rối loạn chuyển hóa mỡ máu là 16%. Theo bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ liệt bên phải chiếm 51,4%, bên trái là 48,6%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả. Theo Lê Thị Hồng thống kê thấy tỷ lệ bệnh nhân liệt bên phải là 54,17%, bên trái là 45,83%.

**4.2. Đánh giá kết quả sau can thiệp 1 tháng.** Kết quả phục hồi khả năng độc lập sinh hoạt hàng ngày của cả 2 nhóm theo bảng 3.3 cho thấy sau điều trị đã có cải thiện rõ ở cả 2 nhóm ( $p < 0,05$ ): mức phụ thuộc hoàn toàn từ 9 bệnh nhân (47,4%) lúc vào viện giảm xuống còn

0 bệnh nhân (0,0%) ở nhóm can thiệp và 5 bệnh nhân (31,3%) lúc vào viện giảm xuống còn 1 bệnh nhân (6,3%) ở nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân độc lập từ 0 bệnh nhân (0,0%) lúc vào viện tăng lên có 5 bệnh nhân độc lập (26,3%) và 2 bệnh nhân độc lập hoàn toàn (10,5%) ở nhóm can thiệp và 0 bệnh nhân độc lập (0,0%) lúc vào viện tăng lên có 4 bệnh nhân (25%) ở nhóm chứng. Hiệu quả cải thiện của nhóm can thiệp cao hơn ở nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Lê Thị Hồng, ở nhóm nghiên cứu, độc lập (79,2%), phụ thuộc ít (8,3%), phụ thuộc nhiều (10,4%), phụ thuộc hoàn toàn (2,1%). Trong khi đó các tỷ lệ này nhóm chứng lần lượt là 52,4%; 16,7%; 26,3%; 4,7%. Điều này có thể giải thích do mẫu bệnh nhân của chúng tôi còn ít, chưa đủ đại diện cho một quần thể.

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy di chứng nhẹ sau đột quỵ não theo thang điểm Rankin ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là tương đương nhau (47,4% so với 43,8%) tuy nhiên ở mức độ di chứng vừa tỷ lệ nhóm nghiên cứu giảm đi rõ rệt so với nhóm chứng (5,2% so với 47,4%) ( $p < 0,05$ ). Các kết quả nghiên cứu đều cho rằng oxy cao áp đem lại hiệu quả có ý nghĩa trên nhóm bệnh nhân được can thiệp và khuyến cáo rằng nên điều trị oxy cao áp cho bệnh nhân càng sớm càng tốt. Tác dụng phụ đau tai ghi nhận được trên nhóm nghiên cứu không đáng kể và đều có thể phòng tránh khi bệnh nhân được hướng dẫn trước khi vào buồng Oxy cao áp điều trị.

#### V. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện tích cực đối với nhóm bệnh nhân được can thiệp phục hồi chức năng sớm trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng liệu pháp oxy cao áp.

Bước đầu chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào ở nhóm được can thiệp phục hồi chức năng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **America Heart Association (2008).** Heart disease and stroke statistics, update 2008. Dallas, AHA, p.145-172. Published online.
2. **WHO (2020).** Disease Burden and Mortality Estimates. WHO. Accessed November 9.
3. **Bộ Y tế (2014).** Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2013, Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm. Hà Nội. In: 2014.
4. **Chopp M và Li Y (2012).** Kích thích tính mềm dẻo và sự hồi phục chức năng sau đột quỵ - Liệu pháp Dược lý và Liệu pháp tế bào. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, 7, 5-9.
5. **Londahl M, Katzman P, Nilsson A, Hammarlund C (2010).** Hyperbaric oxygen

therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33: 998 – 1003.

6. **Dương Văn Hải (2017)**. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân nhồi máu não trước và sau điều trị bằng oxy cao áp tại viện y học biển năm 2016-2017. Published online 2017.
7. **Lê Thị Hồng (2017)**. Đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu não cấp bằng liệu pháp Oxy cao áp tại viện y học biển.

8. **Chen-Yu Chen, Rw W, Nw T, et al.** Increased circulating endothelial progenitor cells and improved short-term outcomes in acute non-cardioembolic stroke after hyperbaric oxygen therapy. *J Transl Med.* 2018;16(1). doi:10.1186/s12967-018-1629-x

## BIẾN CHỨNG SỚM SAU CAN THIỆP VỠ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Nguyễn Tùng Sơn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hữu Phong<sup>1</sup>, Phùng Duy Hồng Sơn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Vỡ phòng động mạch chủ xuống là bệnh lý hiếm gặp nhưng rất nặng nề. Phẫu thuật trước đây là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý này với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Ngày nay phương pháp can thiệp nội mạch đã phát triển và dần thay thế phẫu thuật kinh điển với kết quả tích cực làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong và trở thành phương pháp điều trị chính hiện nay. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có những mặt hạn chế và các biến chứng đặc thù. Tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã áp dụng phương pháp này trong nhiều năm qua. Chúng tôi báo cáo một trường hợp tử vong sau can thiệp nội mạch điều trị vỡ phòng động mạch chủ xuống, đồng thời nhìn nhận lại y vấn về những biến chứng sớm của kỹ thuật này.

**Từ khóa:** Phòng động mạch chủ xuống; phòng động mạch chủ vỡ; can thiệp nội mạch.

### SUMMARY

#### EARLY COMPLICATIONS AFTER ENDOVASCULAR TREATMENT OF RUPTURED DESCENDING THORACIC AORTIC ANEURYSM: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Ruptured descending thoracic aortic aneurysm (rDTAA) is a rare but serious disease. Open surgical repair was previously the gold standard in treatment which is associated high morbidity and mortality rates. Endovascular thoracic aortic aneurysm repair (TEVAR) have developed with lower morbidity and mortality compared with surgery. However, TEVAR has its own limitations and is still a high-risk method. At Viet Duc University Hospital, we have applied this method for many years. We report a case of death following TEVAR for rDTAA, and review the literature with focusing on early complications of this technique.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2021

Ngày duyệt bài: 15.7.2021

**Key words:** Descending thoracic aortic aneurysm; Ruptured aortic aneurysm; Endovascular intervention.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ phòng động mạch chủ ngực đoạn xuống (rDTAA) hiếm gặp nhưng là một tình trạng cấp cứu rất nặng nề với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao<sup>1</sup>. Trước đây, phẫu thuật qua đường mở ngực là tiêu chuẩn vàng trong điều trị, tuy nhiên kết quả sau mổ thường rất kém<sup>1</sup>. Nhiều nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ tử vong sớm trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật từ 20 – 50%<sup>1</sup>. Phương pháp can thiệp nội mạch (TEVAR) đã ra đời và phát triển nhanh chóng trở thành phương pháp điều trị chính hiện nay đối với rDTAA<sup>2,3</sup>. Những ưu điểm nổi bật của kỹ thuật này có thể kể đến như ít xâm lấn, có thể tiến hành nhanh chóng, thời gian thực hiện ngắn và hạn chế mất máu<sup>2</sup>. Kỹ thuật đã cho thấy tính hiệu quả, làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong so với phẫu thuật và có thể áp dụng thành công cả với những bệnh nhân không phù hợp phẫu thuật<sup>1,2</sup>. Dù vậy, can thiệp nội mạch với rDTAA vẫn là một phương pháp điều trị có nguy cơ cao với tỷ lệ tử vong sớm khoảng 16 – 19%<sup>1,4</sup>. Tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã áp dụng phương pháp điều trị này trong nhiều năm qua. Chúng tôi báo cáo một trường hợp tử vong sau can thiệp nội mạch điều trị rDTAA, đồng thời nhìn nhận lại y vấn về những biến chứng sớm của kỹ thuật này.

### II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 78 tuổi, được chuyển tới phòng cấp cứu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (BV Việt Đức) từ tuyến dưới do đau ngực trái đột ngột lan sau lưng kèm khó thở nhiều từ trước đó 2 ngày. Bệnh nhân (BN) có tiền sử tăng huyết áp 2 năm – có điều trị nhưng không rõ loại thuốc, huyết áp động mạch cao nhất khoảng 190/90 mmHg, tiểu đường nhiều năm – có điều trị nhưng không rõ loại thuốc. Khám lâm sàng lúc