

Mười điểm cần chú ý trong các khuyến cáo hiện nay về chẩn đoán và điều trị phình và/hoặc tách thành động mạch chủ

PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

Viện Tim mạch Việt Nam

Trong năm 2014, Hội Tim Mạch Châu Âu (ESC) đã trình bày một khuyến cáo mới về chẩn đoán và xử trí các bệnh lý động mạch chủ. Trước đó, năm 2010, Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ và Hội Tim Mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) cũng đã đưa ra một khuyến cáo về vấn đề này. Trong thời gian đó, đã có một số nghiên cứu mới về tiếp cận chẩn đoán bệnh và đặc biệt các biện pháp điều trị với sự phát triển của can thiệp nội mạch. Chúng tôi xin lược ra một số điểm quan trọng trong các khuyến cáo này.

1. Có 2 nguyên nhân chính gây tách thành động mạch chủ cần phải lưu ý. Nguyên nhân thứ nhất là liên quan đến sự thoái hóa của thành động mạch chủ bao gồm bất thường về di truyền (gen) và cả những bệnh lý viêm động mạch chủ. Nguyên nhân thứ hai thường gặp là do gia tăng áp lực lên thành Động mạch chủ (ĐMC) bao gồm tăng huyết áp và chấn thương thực thể.

2. Nguyên lý quan trọng hàng đầu điều trị bệnh lý phình ĐMC là khống chế huyết áp tối ưu, việc này giúp làm giảm tiến triển giãn phình ĐMC và nguy cơ tách thành ĐMC. Mức hạ huyết áp thấp nhất có thể mà bệnh nhân dung nạp được. Vấn đề bỏ thuốc lá, điều trị rối loạn lipid máu, tránh những gắng sức quá mức... có thể mang lại lợi ích.

3. Lợi ích lâm sàng của thuốc chẹn beta giao cảm ở bệnh nhân có phình ĐMC ngực vẫn chưa được rõ ràng. Một số nghiên cứu nhỏ cho thấy việc làm giảm tốc độ giãn ĐMC ở bệnh nhân hội chứng Marfan với beta-blockers, nhưng, nghiên cứu tổng hợp lại không chứng minh được lợi ích mà thậm chí có xu hướng gây hại. Tuy vậy, vẫn cần lưu ý là đối với bệnh nhân bị tách thành ĐMC type A cấp, thì beta-blockers vẫn đóng vai trò quan trọng, có lợi ích làm giảm tỷ lệ tử vong và có lợi ích lâm sàng đã rõ.

4. Một số nghiên cứu cho thấy thuốc ức chế thụ thể angiotensin-II có thể làm giảm tốc độ giãn ĐMC ở bệnh nhân có hội chứng Marfan nhưng vẫn cần những nghiên cứu thêm để chứng minh.

5. Cần theo dõi tiếp và theo dõi sát sao phình ĐMC là rất quan trọng để chứng minh liệu những bệnh nhân bị phình ĐMC không có triệu chứng có lợi ích với phẫu thuật phòng ngừa sớm.

6. Sự gia tăng kích thước của ĐMC là nguy cơ quan trọng gây tách thành ĐMC hoặc vỡ ĐMC. Những đồng thuận trong các khuyến cáo hiện nay là nên gửi bệnh nhân đi phẫu thuật khi có đường kính gốc ĐMC ≥ 5.5 cm (hoặc ≥ 5.0 cm ở bệnh nhân với bệnh lý van ĐMC có hai lá van

và có tiền sử gia đình có những thành viên bị tách thành ĐMC hoặc sự gia tăng nhiều giãn ĐMC). Phẫu thuật cũng được chỉ định cho những bệnh nhân có đường kính ĐMC nhỏ hơn ở hội chứng Marfan hoặc hội chứng Loeys-Dietz.

7. Một vấn đề quan trọng cần lưu ý là có rất nhiều bệnh nhân bị tách thành ĐMC có đường kính ĐMC nhỏ hơn các mốc trên. Những yếu tố nguy cơ gây tách thành ĐMC bao gồm tăng huyết áp, tuổi cao, và đau tiến triển.

8. Tách thành ĐMC type A cấp liên quan đến tỷ lệ tử vong cao, và do vậy tất cả các bệnh nhân đều cần cân nhắc gửi phẫu thuật sớm. Vai trò của điều trị nội khoa ổn định trước phẫu thuật không được chứng minh là có lợi ích và việc chỉ định chụp ĐMV thường quy cũng không được khuyến cáo.

9. Phình và tách ĐMC đoạn lên (type A) cần được điều trị ngoại khoa, trong khi can

thIỆP qua đường ống thông nên được chỉ định cho bệnh lý phình ĐMC xuống (type B). Việc chỉ định can thiệp qua đường ống thông ĐMC phụ thuộc vào sự phù hợp của giải phẫu, đường vào động mạch, và nguy cơ tắc mạch liên quan đến xơ vữa động mạch.

10. Tách thành ĐMC type B không có biến chứng chủ yếu được điều trị nội khoa. Việc chỉ định can thiệp qua đường ống thông (đặt Stent graft) được thống nhất chỉ định cho bệnh nhân tách thành ĐMC type B có biến chứng. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần cho thấy, ở trung tâm có kinh nghiệm, việc can thiệp đặt Stent graft qua đường ống thông cho bệnh nhân tách thành ĐMC type B có thể được cân nhắc chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, Evangelista A, Falk V, Frank H, Gaemperli O, Grabenwöger M, Haverich A, Jung B, Manolis AJ, Meijboom F, Nienaber CA, Roffi M, Rousseau H, Sechtem U, Sirnes PA, Allmen RS, Vrints CJ; ESC Committee for Practice Guidelines. 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). Eur Heart J. 2014 Nov 1;35(41):2873-926. doi: 10.1093/eurheartj/ehu281. Epub 2014 Aug 29.

2. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, Bersin RM, Carr VF, Casey DE Jr., Eagle KA, Hermann LK, Isselbacher EM, Kazerooni EA, Kouchoukos NT, Lytle BW, Milewicz DM, Reich DL, Sen S, Shinn JA, Svensson LG, Williams DM. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation* 2010; **121:e266-e369.**