

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VỠ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Nguyễn Công Huy³, Dương Ngọc Thắng¹, Nguyễn Hùng Mạnh², Phùng Duy Hồng Sơn^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phòng động mạch chủ bụng vỡ là biến chứng hay gặp nhưng cũng nặng nề nhất với tỉ lệ tử vong rất cao của nhóm bệnh lý phòng động mạch chủ, tuy nhiên chưa có nghiên cứu chuyên sâu với số lượng lớn nào được thực hiện ở Việt Nam về nhóm bệnh lý này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định phòng động mạch chủ bụng dưới thận vỡ, đã được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, từ 01/2015 đến 05/2021.

Kết quả: Có tổng số 60 bệnh nhân được phẫu thuật, tuổi trung bình $67,5 \pm 11,12$ tuổi; thời gian từ lúc bắt đầu xuất hiện triệu chứng đến lúc được nhập viện $13,3 \pm 11,72$ giờ; 95% bệnh nhân có đau bụng, 90% khám thấy khối phòng. Phòng hình thoi chiếm 90%, kích thước trung bình $66,8 \pm 16,13$ mm. Có 86,7% bệnh nhân được thay đoạn mạch nhân tạo chữ Y với thời gian phẫu thuật trung bình $219,3 \pm 60,49$ phút. Tỉ lệ tử vong sớm 13,3%, tổng tỉ lệ tử vong 28,3%.

Kết luận: cần theo dõi và điều trị sớm đối với những trường hợp phát hiện phòng động mạch chủ bụng nhằm hạn chế các biến chứng với tỉ lệ tử vong cao.

Từ khóa: Phòng động mạch chủ bụng, vỡ, bệnh viện Việt Đức

RESULT OF SURGICAL MANAGEMENT FOR RUPTURED INFRA-RENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL ABSTRACT

Introduction: Ruptured abdominal aortic aneurysm (AAA) is the most common but several

complication with a very high mortality rate in the aortic disease group, however no separate studies with large numbers have been reported in Vietnam on this group of diseases.

Method: Retrospective descriptive study of all patients with confirmed diagnosis of ruptured infra-renal AAA who were treated surgically at Viet Duc University Hospital from January 2015 to May 2021.

Results: A total of 60 patients underwent surgery, mean age 67.5 ± 11.12 years; time from symptom onset to hospital admission 13.3 ± 11.72 hours; 95% of patients who had abdominal pain; 90% were found to have a pulsatile mass. The fusil form accounted for 90%, with average diameter was 66.8 ± 16.13 mm, 86.7% of the patients underwent abdominal aortic replacement using an aorto biiliac graft with an average surgical time of 219.3 ± 60.49 minutes. Early mortality rate is 13.3%, total mortality rate is 28.3%.

Conclusion: it is necessary to management and treat early for cases with detected AAA in order to limit complications with high mortality rate.

Keywords: abdominal aortic aneurysm, rupture, Viet Duc hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm phòng động mạch (ĐM) là tình trạng một đoạn ĐM giãn ra với đường kính lớn hơn 1,5 lần so với đoạn ĐM bình thường lân cận. Tuy nhiên đối với ĐM chủ bụng, gọi là phòng

¹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

*Tác giả liên hệ: Phùng Duy Hồng Sơn;

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20/08/2021

Ngày cho phép đăng: 30/09/2021

ĐM chủ bụng (PĐMCB) khi kích thước đoạn ĐM chủ (ĐMC) $\geq 3\text{cm}$ trên siêu âm mạch hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy¹, với hơn 85% khu trú ở đoạn ĐMC dưới chỗ xuất phát của ĐM thận (PĐMCB dưới thận). Hầu hết PĐMCB được phát hiện tình cờ do không có triệu chứng lâm sàng nổi bật, trừ khi có biến chứng. Tỷ lệ tử vong khoảng 1%, 3%, 4% và 6% trong vòng 1 năm đối với bệnh nhân (BN) có khối phòng với đường kính tương ứng lần lượt là 40-50mm, 55-60mm, 60-70mm và trên 70mm². Biến chứng nặng nề nhất là vỡ PĐMCB, được định nghĩa là tình trạng chảy máu cấp tính ra ngoài thành khối phòng gây tràn máu sau phúc mạc hoặc trong ổ bụng.

Chỉ định điều trị đối với PĐMCB dưới thận có biến chứng dọa vỡ hoặc vỡ là can thiệp nội mạch cấp cứu hoặc phẫu thuật cấp cứu thay đoạn ĐMC bụng bằng đoạn mạch nhân tạo. Dù đã có nhiều tiến bộ trong các lĩnh vực can thiệp mạch, hồi sức cấp cứu, tỉ lệ tử vong chu phẫu đối với PĐMCB vỡ vẫn lên đến 40-60% theo một số nghiên cứu trên thế giới^{3,4}, tạo ra thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên tim mạch. Với tần suất phẫu thuật khoảng 15-20 ca/năm, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có nhiều kinh nghiệm xử trí các PĐMCB dưới thận biến chứng dọa vỡ - vỡ; nghiên cứu chia sẻ kinh nghiệm xử trí và kết quả điều trị PĐMCB vỡ tại đây sẽ góp phần nâng cao năng lực chẩn đoán cũng như chất lượng điều trị PĐMCB dưới thận.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các BN được chẩn đoán xác định PĐMCB dưới thận vỡ, đã được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, từ 01/2015 đến 05/2021. Loại trừ những trường hợp phẫu thuật PĐMCB chưa biến chứng hoặc được điều trị bằng can thiệp nội mạch hay phương pháp Hybrid. PĐMCB vỡ được chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu

lâm sàng như: tiền sử phát hiện PĐMCB trước đó, đột ngột xuất hiện đau liên tục quanh rốn lan ra sau lưng; nặng hơn có thể có sốc tùy theo mức độ mất máu với các dấu hiệu kích thích, rối loạn tri giác, huyết áp tụt, mạch nhanh; bầm tím vùng thắt lưng nếu có tụ máu lớn sau phúc mạc. Siêu âm và CTVT đa dãy ổ bụng (nếu toàn trạng cho phép) cho thấy vị trí, hình dạng, kích thước túi phòng, tụ máu quanh khối PĐMCB; nếu tiêm thuốc cản quang có thể thấy hình ảnh thoát thuốc ra ngoài khối phòng.

Sau khi được chẩn đoán xác định PĐMCB vỡ, BN được chỉ định phẫu thuật cấp cứu ngay với gây mê nội khí quản, đặt đường truyền tĩnh mạch trung ương theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, theo dõi huyết áp ĐM xâm lấn. Tư thế phẫu thuật nằm ngửa, đường mổ trắng giữa trên và dưới rốn, thăm dò các tạng trong phúc mạc và mở phúc mạc thành sau để bộc lộ khối phòng. Tiếp cận cổ khối phòng - nếu có thể, dưới chỗ chia ĐM thận 2 bên, heparin toàn thân liều 150UI/kg, kẹp cổ khối phòng bằng kẹp mạch máu, tiếp tục phẫu tích và kẹp các ĐM chậu gốc, mạc treo tràng dưới. Mở dọc khối phòng, lấy bỏ tổ chức huyết khối, khâu cầm máu các ĐM thắt lưng. Thay đoạn ĐM bằng đoạn mạch nhân tạo chữ Y hoặc thẳng; trường hợp phòng do nguyên nhân nhiễm trùng, có thể phải khâu thắt ĐMC bụng dưới thận rồi bắc cầu nách - đùi, và đùi - đùi bằng mạch nhân tạo. Đặt dẫn lưu sau phúc mạc, đóng vỏ khối phòng che mạch nhân tạo, đóng phúc mạc thành sau và đóng bụng. BN được hồi sức sau mổ tại phòng hồi sức tích cực hoặc hồi tỉnh, đánh giá lại bằng siêu âm ĐM chủ, chậu khi về bệnh phòng, ra viện và hẹn khám lại sau 1 tháng.

KẾT QUẢ

Có 60 BN được chẩn đoán trước mổ là PĐMCB dưới thận vỡ - dọa vỡ, đã được phẫu thuật cấp cứu với chẩn đoán xác định sau mổ là phòng vỡ. Tuổi trung bình $67,5 \pm 11,12$ tuổi (30 - 87).

Bệnh gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi (93,3%), với 46 nam (76,7%) và 14 nữ (23,3%). Bệnh lý nền thường gặp là tăng huyết áp không điều trị thường xuyên (66%), suy thận (12%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (8%). Thời gian từ lúc bắt đầu xuất hiện triệu chứng đến lúc được nhập viện trung bình là $13,3 \pm 11,72$ giờ, muộn nhất là sau 72 giờ. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (95%), có 3 BN nhập viện trong tình trạng mất ý thức nhưng khai thác được dấu hiệu đau bụng

xuất hiện đột ngột. Có 54/60 BN (90%) khi thăm khám phát hiện khối cạnh rốn đập theo nhịp mạch, 5 ca nhập viện trong tình trạng sốc mất máu trong đó có 1 trường hợp đi ngoài phân máu đỏ tươi nghi ngờ khối PĐMCB vỡ vào đường tiêu hóa. Đặc điểm khối PĐMCB trên hình ảnh CLVT được trình bày trong các bảng 1-2; chỉ có 2/54 trường hợp khối PĐMCB hình thoi mà không có tổn thương ĐM chậu phối hợp.

Bảng 1. Hình thái PĐMCB xác định trên CLVT

		N	% (N=60)
Hình thái	Hình thoi	54	90,0
	Hình túi	6	10,0
Vị trí	Dưới động mạch thận > 1,5 cm	58	96,7
	Sát động mạch thận	2	3,3
Tổn thương động mạch chậu phối hợp	Có	53	88,3
	Không	7	11,7

Bảng 2. Kích thước trung bình PĐMCB đo trên CLVT

	N	$\bar{X} \pm SD$ (mm)	MIN (mm)	MAX (mm)
Hình thoi	54	$66,8 \pm 16,13$	45	108
Hình túi	6	$70,8 \pm 44,13$	70	120

Về mặt đại thể, trong mổ phát hiện 3 ca khối phòng vỡ vào khoang phúc mạc (5%), có 1 ca vỡ vào D3 tá tràng, 1 ca vỡ vào tĩnh mạch chủ dưới, còn lại 55/60 trường hợp khối phòng vỡ vào khoang sau phúc mạc. Mức độ thương tổn nhẹ nhất là máu tụ khoang sau phúc mạc quanh khối phòng, nặng nhất là vỡ vào ổ bụng và tổ chức lân cận. Chỉ có 2 trường hợp phát hiện thương tổn phối hợp cần được xử lý trong cùng thì phẫu thuật PĐMCB: 1 ca u nhày ruột thừa kích thước lớn (cắt ruột thừa), 1 ca tắc mạch chi dưới cấp tính do huyết khối (lấy huyết khối).

Bảng 3. Một số đặc điểm phẫu thuật

		N	% (N=60)
Phương pháp tái thông mạch	Thay đoạn mạch thẳng	6	10,0
	Thay đoạn chữ Y	52	86,7
	Thắt ĐMC, bắc cầu nách-đùi	2	3,3
Vị trí cặp ĐMC bụng	Trên chỗ chia ĐM thận	3	5,0
	Dưới chỗ chia ĐM thận	57	95,0
Thời gian phẫu thuật	$219,3 \pm 60,49$ phút (120 – 390)		
Thời gian cặp ĐMC	$83,88 \pm 22,89$ phút (40 – 150)		
Lượng máu truyền trong mổ	$1513,1 \pm 984,59$ ml (250 – 4350)		

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng sau mổ

Biến chứng		N	% (N=60)
Chảy máu		0	0,0
Hoại tử đại tràng		1	1,7
Tụ dịch sau phúc mạc		7	11,7
Bội nhiễm, thở máy kéo dài		3	5,0
Biến chứng khác	Suy đa tạng	3	5,0
	Rò D3 tá tràng	1	1,7
	Tắc mạch chi dưới	2	3,3
	Tụ máu thành bụng	1	1,7
Mổ lại		7	11,7
Tử vong sớm		8	13,3

Bảng 5. Biến chứng xa sau phẫu thuật

Biến chứng - xử trí	N	% (N=39)
Phẫu thuật điều trị nhiễm trùng mạch nhân tạo ĐMC	1	2,6
Phẫu thuật điều trị thiếu máu chi dưới	2	5,1
Phẫu thuật điều trị tắc ruột do dính	1	2,6
Tử vong (nhiều bệnh lý người cao tuổi)	9	23,1

Kết quả sau mổ: thời gian nằm viện trung bình là $15,1 \pm 9,2$ ngày, dài nhất là 51 ngày. Trong số các trường hợp có biến chứng sớm trong vòng 30 ngày sau mổ (bảng 4), có 7 trường hợp phải mổ lại: 2 ca tụ dịch sau phúc mạc - mổ làm sạch và dẫn lưu, 2 ca tắc mạch chi dưới - mổ lấy huyết khối, 1 ca tụ máu thành bụng - mổ lấy máu tụ + cầm máu, 1 ca hoại tử đại tràng - mổ cắt toàn bộ đại tràng trái + làm hậu môn nhân tạo, 1 ca rò ĐMC vào D3 tá tràng - mổ lấy bỏ đoạn mạch nhân tạo + bắc cầu nách-đùi và đùi-đùi + cắt đoạn tá tràng nối trực tiếp. Có 8 trường hợp tử vong sớm sau mổ: 3 ca do viêm phổi thở máy kéo dài, 1 ca do tắc mạch chi dưới và suy đa tạng, 1 ca do hoại tử đại tràng và 1 ca do rò ĐMC - D3 tá tràng đã được mổ lại, 2 ca sốc nhiễm khuẩn - 1 do nhiễm nấm huyết và 1 do nhiễm khuẩn huyết. Có 39 BN được theo dõi xa sau phẫu thuật với thời

gian theo dõi sau mổ trung bình $35,2 \pm 17,2$ tháng (1-63 tháng) và kết quả ở bảng 5.

BÀN LUẬN

PĐMCB vỡ là biến chứng hay gặp nhất của PĐMCB, với tổng tỉ lệ tử vong lên tới 80-90% ngay cả ở các nước phát triển⁵. Dựa trên kết quả nghiên cứu 60 trường hợp PĐMCB dưới thận vỡ tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, cho phép chia sẻ một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị.

Đặc điểm lâm sàng: Độ tuổi trung bình là 67,5 tuổi (30 – 87), tương đương với các nghiên cứu về dịch tễ học chung của PĐMCB của các tác giả Việt Nam như Văn Tần⁶ (trung bình 69 tuổi). Có 5/60 (8,3%) BN nam có hút thuốc nhiều năm, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của M. Batt (87%)⁷. Tác giả cũng chỉ ra rằng hút thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ phổ biến với bệnh lý PĐMCB, mạch chậu cũng như bệnh lý

ĐM chi dưới. Ngoài ra. Chỉ có 6/40 BN bị tăng huyết áp đã dùng thuốc thường xuyên và theo dõi định kì tại các cơ sở y tế. Theo nghiên cứu của Văn Tân, tỷ lệ BN tăng huyết áp là 50%⁶, còn của Batt M là 41%⁷. Trong bệnh lý PĐMCB có biến chứng, tăng huyết áp đóng vai trò quan trọng thúc đẩy dẫn đến vỡ túi phồng. Nhiều tài liệu cho thấy kích thước mạch > 6cm thì nguy cơ vỡ PĐMCB rất cao, tuy nhiên với kích thước mạch nhỏ hơn thì vẫn có nguy cơ nếu không khống chế được huyết áp⁸. Các yếu tố được coi là nguyên nhân của biến chứng sau phẫu thuật: suy thận (12%), tiểu đường type II (2%), tăng lipid máu (8%). Tác giả Tan (2017) còn thống kê một số yếu tố khác: COPD (17%), suy tim (3%), nhồi máu cơ tim (2%), bệnh lý mạch máu ngoại vi (3%), nhồi máu não thoáng qua (5%)⁹. Bệnh lý nền là những yếu tố tăng nặng cho BN sau phẫu thuật, thậm chí có các biến cố sau mổ gây tử vong cho BN từ các bệnh lý này. Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là 13 giờ, còn tương đối dài đối với một bệnh lý mang tính chất tối cấp cứu như PĐMCB vỡ. Các triệu chứng như đau bụng dữ dội đột ngột, vã mồ hôi lạnh, đôi khi mất ý thức... là nguyên nhân chính khiến BN phải đến bệnh viện. Tuy nhiên, do đa số BN đều qua các cơ sở cấp cứu ban đầu để làm chẩn đoán trước khi đến bệnh viện Việt Đức, khiến thời gian tiền phẫu bị kéo dài. Tại các nước châu Âu - Mỹ, những trường hợp tối cấp cứu sẽ được vận chuyển bằng trực thăng thẳng đến cơ sở điều trị thực thụ. Đối với PĐMCB có biến chứng, thời gian diễn biến thường rất cấp tính, nên BN đến viện càng sớm thì khả năng cứu sống người bệnh càng cao¹⁰. Triệu chứng lâm sàng khi BN vào viện thường rất điển hình của bệnh PĐMCB dọa vỡ - vỡ, với dấu hiệu thường gặp là đau bụng hoặc đau thắt lưng ở 54/60 bệnh nhân. Nguyên nhân của cơn đau được một số tác giả cho là do

sự chèn ép thứ phát của khối máu tụ lên các nhánh thần kinh cảm giác quanh ĐMC bụng và các tạng sau phúc mạc¹¹. PĐMCB có biến chứng thường xảy ra với kích thước ngang khối phồng > 5cm, do đó dễ dàng cảm nhận được khối phồng đập mạch khi khám bụng, ngay cả khi khối phồng vỡ, bụng chướng do tụ máu sau phúc mạc, vẫn có thể thấy được dấu hiệu này. Có 6 BN biểu hiện sốc mất máu do khối phồng vỡ, được hồi sức tích cực và mổ cấp cứu. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Moneta với 24% BN nhập viện trong tình trạng huyết động không ổn định¹². Do đó khi gặp BN trên 50 tuổi vào cấp cứu trong tình trạng rối loạn huyết động kèm theo đau bụng - đau lưng, cần khẩn trương làm các thăm dò đánh giá xem có PĐMCB vỡ hay không¹¹.

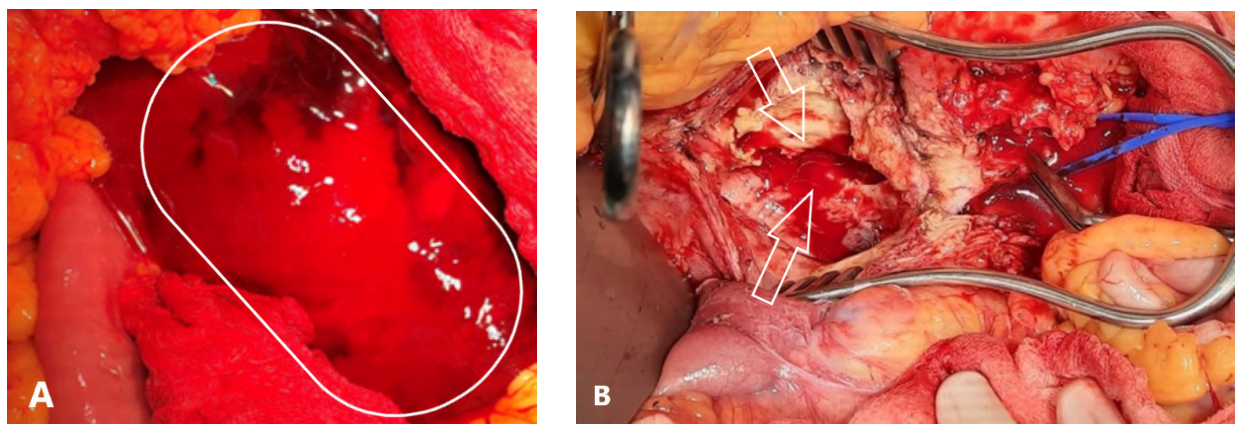
Đặc điểm cận lâm sàng: Trong nghiên cứu chỉ có 3 trường hợp khối PĐMCB nằm “sát thận” (cổ khối phồng dưới lỗ xuất phát ĐM thận < 1,5cm) được phát hiện trên phim chụp CLVT, đều có tổn thương là phồng hình túi, trong đó có 1 ca khối phồng vỡ vào D3 tá tràng. Các thống kê trên thế giới cũng cho thấy tỉ lệ PĐMCB dưới thận chiếm tỉ lệ cao nhất trong bệnh lý ĐMC, như của Peter Gloviczki vị trí thường gặp nhất là ĐMC bụng (65%), tiếp theo là ĐMC ngực (19%), ĐMC bụng + ĐM chậu (13%), ĐMC ngực-bụng (2%) và ĐM chậu đơn độc (1%)¹³. Nguyên nhân là do: (1) đoạn ĐMC bụng dưới thận và đoạn chạc 3 chủ bụng - chậu có lưu lượng và áp lực dòng máu lớn nên thành mạch dễ bị tổn thương; (2) cấu tạo thành mạch, đặc biệt là lớp áo giữa của ĐM ở đoạn này mỏng hơn những nơi khác; (3) các mạch nuôi mạch ở đoạn này dễ bị bít tắc do mảng xơ vữa gây nên thiếu dưỡng, thành mạch yếu đi và dễ bị phồng¹¹. Kích thước khối phồng trong nghiên cứu là $66,8 \pm 16,1$ mm đối với PĐMCB hình thoi, minh chứng cho quan điểm là PĐMCB có biến chứng thường gặp với kích

thước mạch lớn hơn 60mm. Kích thước khối phòng càng lớn - nguy cơ vỡ càng cao, ngoài ra còn gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, đối với khối PĐMCB hình túi thì ngay cả ở kích thước nhỏ cũng có nguy cơ vỡ khối phòng, do nguyên nhân thường là nhiễm trùng hoặc bệnh lý cấu trúc thành mạch. Chụp CLVT đa dãy có tiêm thuốc cản quang cho phép khảo sát đầy đủ các chi tiết khối phòng và các tổn thương phối hợp, giúp chỉ định điều trị, lập kế hoạch phẫu thuật⁶. Nhưng trong PĐMCB có biến chứng chỉ nên chụp CLVT khi toàn trạng BN cho phép, hạn chế chỉ định khi đã xác định PĐMCB vỡ vào ổ bụng.

Đặc điểm phẫu thuật

Sau khi chẩn đoán PĐMCB vỡ, BN được chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp với thời gian nhanh nhất là 30 phút tính từ lúc nhập viện đến khi rạch da; trường hợp vỡ sau phúc mạc có huyết động tạm ổn định thì có thời gian chuẩn bị phẫu thuật trung bình là $4,5 \pm 3,86$ giờ. Thực tế cho thấy, đối với PĐMCB vỡ hoàn toàn ra sau phúc mạc - tuy nguy cơ tử vong có thể đến chậm hơn (khoảng 2 – 4 giờ), nhưng vẫn rất cần chỉ định mổ sớm mới hy vọng cứu sống BN. Tổn thương điển hình trong mổ là khối phòng có kích thước lớn, cổ

ngắn hoặc gấp góc, tụ máu quanh túi phòng, thành khối phòng mỏng dễ chảy máu, mở khối phòng trong lòng chứa nhiều tổ chức huyết khối bám thành và nội mạc vôi hóa, thành mạch có những mảng vôi cứng. Chỉ có 3 BN thấy tổn thương vỡ khối phòng vào ổ bụng, còn lại là vỡ vào khoang sau phúc mạc, 1 trường hợp vỡ vào tĩnh mạch chủ dưới, và 1 trường hợp vỡ vào D3-4 tá tràng. Tỷ lệ vỡ PĐMCB tương đối cao, nguyên nhân có thể đến từ hai phía: các cơ sở y tế chưa có thói quen sàng lọc và phát hiện bệnh lý này một cách hệ thống, trong khi người bệnh còn ít chú trọng đến sức khỏe, chỉ đến bệnh viện khi tình trạng đã nặng. Với tổn thương PĐMCB, việc loại bỏ đoạn mạch bệnh lý, thay bằng mạch nhân tạo là hết sức cần thiết để tránh nguy cơ vỡ túi phòng gây tử vong rất cao cho người bệnh¹⁴. Tất cả 60 BN trong nghiên cứu được mổ cắt bỏ khối phòng và phục hồi lưu thông mạch. Có 2 ca được thắt ĐMC bụng và bắc cầu ngoài giải phẫu (cầu nối nách-đùi và đùi-đùi bằng mạch nhân tạo), do tổn thương là PĐMCB hình túi với ổ nhiễm trùng lớn sau phúc mạc, nếu thay đoạn mạch tại chỗ có nguy cơ rất cao nhiễm trùng mạch nhân tạo và bục miệng nối sau mổ.



**Hình 2. (A)- Khối máu tụ lớn sau phúc mạc do PĐMCB vỡ
(B) Khối PĐMCB vỡ vào khoang sau phúc mạc ở thành sau [tác giả]**

Hiện nay với sự phát triển của can thiệp nội mạch, nhiều trung tâm trên thế giới đã tiến hành điều trị PĐMCB vỡ bằng kỹ thuật can thiệp mạch đặt stent-graft ĐM chủ-chậu cấp cứu. Kết quả cho thấy tỉ lệ tử vong sau can thiệp mạch thấp hơn so với phẫu thuật kinh điển¹⁵. Tuy nhiên tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi vẫn lựa chọn phẫu thuật kinh điển cho đa số các trường hợp PĐMCB vỡ vì 1 số lý do: (1) BN nhập viện với tình trạng mất máu, huyết động không ổn định, nguy cơ tiến triển thành sốc nặng, việc phẫu thuật cho phép bộc lộ và cặp ĐMC trên chỗ vỡ một cách nhanh nhất để cầm máu, còn nếu triển khai can thiệp nội mạch thì mất nhiều thời gian chuẩn bị vật tư thiết bị và nhân lực; (2) giá thành vật tư can thiệp nội mạch ở Việt Nam còn rất cao, vượt quá khả năng của nhiều người bệnh.

Về kỹ thuật mổ, chỉ có 1 trường hợp xảy ra tai biến trong mổ do rách ĐM thận trái và thiếu máu đại tràng trái, đã được cắt thận trái và đại tràng trái trong cùng thì. Thời gian phẫu thuật trung bình là $219 \pm 60,5$ phút, cặp ĐMC trung bình $83 \pm 22,9$ phút, tương đối dài so với phẫu thuật PĐMCB chưa biến chứng, do gặp khó khăn khi bộc lộ tổn thương với khối máu tụ lớn và kiểu tổn thương mạch thường phức tạp. Tuy nhiên, việc rút ngắn thời gian mổ sẽ giúp tăng tỉ lệ sống của BN⁸. Trong 60 trường hợp, lượng máu truyền trung bình trong mổ là $1513 \pm 984,6$ ml. Tác giả Montan nghiên cứu riêng về lượng máu truyền trong mổ thấy: phẫu thuật PĐMCB vỡ cần truyền tới 15 đơn vị khối hồng cầu (9 – 26 đơn vị), còn phẫu thuật PĐMCB chưa vỡ thì chỉ truyền 2 – 3 đơn vị (1 đơn vị = 250ml)¹⁶. Phẫu thuật PĐMCB có biến chứng luôn trong tình trạng cấp cứu, có thể đã mất máu trước mổ, chảy máu ồ ạt trong khi

bộc lộ vùng mạch bệnh lý, nên lượng máu truyền trong mổ thường rất lớn để bù lại thể tích tuần hoàn đã mất. Ngoài ra, còn cần bù máu trong lúc hồi sức trước, trong và sau phẫu thuật để duy trì huyết động, tưới máu các cơ quan đặc biệt là não¹⁶. Sau mổ nguy cơ rối loạn yếu tố đông máu, tai biến truyền máu dễ xảy ra và BN có thể tử vong vì biến cố này.

Kết quả phẫu thuật

Do là biến chứng nặng của PĐMCB, nên tất cả các BN đều phải chuyển về điều trị tại phòng hồi sức sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $15 \pm 9,2$ ngày (6 - 51 ngày), dài nhất là ca bệnh nam giới, 86 tuổi, chẩn đoán PĐMCB và ĐM chậu vỡ trên nền suy thận mạn, thể trạng già yếu. Sau phẫu thuật cai máy thở khó khăn, thời gian hồi sức kéo dài, rồi lại bị tụ máu thành bụng ở cơ thẳng bụng bên trái sau mổ 21 ngày, được mổ lại lấy máu tụ, cầm máu. Biến chứng suy đa tạng gặp ở 3 ca – trong đó có 2 ca tử vong (1 có tiền sử suy thận, nặng lên sau mổ kèm theo tắc cấp tính ĐM chi dưới; 1 bị hoại tử toàn bộ đại tràng gây sốc nhiễm độc). Bệnh nhân PĐMCB thường có tuổi cao với nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo, thường gặp là tăng huyết áp, tăng lipid máu, suy thận...; bên cạnh đó việc mất máu cấp trước mổ, tụt huyết áp, sốc khiến tình trạng thiếu oxy tổ chức càng nặng nề, nên hồi sức sau mổ rất khó khăn. Có 3 BN gặp biến chứng suy hô hấp và bội nhiễm sau mổ, phải thở máy kéo dài; đây là biến chứng nặng, điều trị hết sức khó khăn, thậm chí có trường hợp không cai được máy thở; nguyên nhân thường do tuổi cao, phổi xơ giãn kèm rối loạn chức năng hô hấp, khó tập vật lý trị liệu hô hấp sau mổ. Để giảm biến chứng này, cần tăng cường các biện pháp lý liệu pháp hô hấp và

nội soi - hút phế quản tại giường. Tỷ lệ tử vong sớm sau mổ trong nghiên cứu là 13,3% và tỉ lệ tử vong toàn phần là 28,3%. Đây là kết quả tương đối khả quan nếu so sánh với một số trung tâm khác trên thế giới, như nghiên cứu của Englund (2017) trên 105 BN vỡ phồng ĐMCB, có 35 trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu (33,33%). Tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm, 5 năm, 10 năm, 15 năm, 20 năm lần lượt là 93,6%, 71,2%, 40%, 17% và 2%¹⁷. Tỷ lệ sống giảm rất nhanh sau mỗi 5 năm, do hầu hết các BN đều cao tuổi, với nhiều bệnh nền phức tạp.

KẾT LUẬN

Với cỡ mẫu nghiên cứu khá lớn nhưng thời gian theo dõi chưa dài, tuy nhiên kết quả thu được từ nghiên cứu là khả quan, cho thấy phẫu thuật cấp cứu PĐMCB dưới thận vỡ đã tăng cơ hội sống sót cho đa số người bệnh. Tuy nhiên, để nâng cao chất lượng điều trị bệnh PĐMCB, cần tổ chức khám bệnh định kỳ cho nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh phồng động mạch do xơ vữa mạch nhằm; và nâng cao kiến thức, năng lực chẩn đoán - phẫu thuật mạch máu cho các tuyến y tế để triển khai phẫu thuật hoặc chuyển tuyến kịp thời, giúp cứu sống nhiều người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Golledge J. Abdominal aortic aneurysm: update on pathogenesis and medical treatments. *Nature reviews Cardiology*. 2019; 16: 225-242.
2. Parkinson F. Rupture rates of untreated large abdominal aortic aneurysms in patients unfit for elective repair. *J. Vasc. Surg*. 2015; 61: 1606-1612.
3. Reite A, Soreide K, Ellingsen CL *et al*. Epidemiology of ruptured abdominal aortic aneurysms in a well-defined Norwegian population

with trends in incidence, intervention rate, and mortality. *J Vasc Surg*. 2015; 61 (5): 1168-1174.

4. Reimerink JJ, Van der Laan MJ, Koelemay MJ *et al*. Systematic review and meta-analysis of population-based mortality from ruptured abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2013; 100 (11): 1405-1413.

5. Gawenda M, Brunkwall J. Ruptured abdominal aorticaneurysm—the state of play. *Dtsch Arztebl Int*. 2012; 109 (43): 727-732.

6. Văn Tần. Tiến bộ trong điều trị phồng động mạch chủ bụng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2010; 375: 311.

7. Michel Batt, Jean-Luc Magne, Pierre Alric *et al*. In situ revascularization with silver-coated polyester grafts to treat aortic infection: early and midterm results. *Journal of Vascular Surgery*. 2003; 38 (5): 983-989.

8. Erbel R., Aboyans V., Boileau C. *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). *Eur Heart J*. 2014; 35 (41): 2873-2926.

9. Tan T.W., Eslami M., Rybin D. *et al*. Outcomes of endovascular and open surgical repair of ruptured abdominal aortic aneurysms in elderly patients. *J Vasc Surg*. 2017; 66 (1): 64-70.

10. Jacomelli J., Summers L., Stevenson A. *et al*. Update on the prevention of death from ruptured abdominal aortic aneurysm. *J Med Screen*. 2017; 24 (3): 166-168.

11. Anthony W., Lee Thomas, Huber S.

Abdominal Aortic Aneurysms. *Greenfield's surgery : scientific principles and practice 5th ed.* 2011; 100:

12. Taylor LM Jr, Yeager Ra Surgical treatment of infected aortic aneurysm. *Am J Surg.* 1998; 396 - 405.

13. Joseph J. Ricotta II Peter Gloviczki. Aneurysmal Vascular Disease. *Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed.* 2007; CHAPTER 65:

14. Christopher Jr. E., Ellison Robert, Zollinger M. Resection of abdominal aortic aneurysm. *Atlas of surgical operations.* 2011; 9th: 328-335.

15. Azizzadeh A, Villa MA, Miller CC *et al.* Endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: systematic literature review. *Vascular.* 2008; 16: 219-224.

16. Montan C., Hammar U., Wikman A. *et al.* Massive Blood Transfusion in Patients with Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016; 52 (5): 597-603.

17. Englund R., Katib N.. Long-term survival following open repair of ruptured abdominal aortic aneurysm. *ANZ J Surg.* 2017; 87 (5): 390-393.