

## VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI ĐỘNG MẠCH THẬN THÔNG VỚI TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẤP CỨU THÀNH CÔNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Vũ Đức Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Kiên<sup>1</sup>,  
Lê Bá Hạnh<sup>1</sup>, Lê Việt Anh<sup>1</sup>, Khuất Duy Hòa<sup>1</sup>, Hoàng Thế Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Vỡ phình là biến chứng nặng, nguy hiểm nhất của phình động mạch chủ bụng (PĐMCB) với tỷ lệ tử vong cao dù được phát hiện và can thiệp cấp cứu sớm. Can thiệp ngoại khoa vẫn là phương pháp chính nhằm cứu sống tính mạng người bệnh, giải quyết tổn thương động mạch. Chúng tôi báo cáo một trường hợp vỡ PĐMCB dưới động mạch thận thông vào tĩnh mạch chủ (TMC) dưới do viêm, kèm theo phình động mạch chậu hai bên, được phẫu thuật cấp cứu thành công thay đoạn động mạch chủ-chậu, tạo hình TMC bằng miếng vá màng ngoài tim nhân tạo. Hậu phẫu duy trì kháng sinh phòng nhiễm khuẩn, chống viêm, kiểm soát huyết động, nuôi dưỡng tích cực, bệnh nhân (BN) ổn định dần, xuất viện sau mổ 21 ngày.

\* Từ khóa: Động mạch chủ; Vỡ phình động mạch chủ bụng; Thông động - tĩnh mạch chủ.

### ***Rupture of Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysm Complicated with Aorto-Caval Fistula: A Case Report***

#### ***Summary***

*Aneurysm rupture is the most serious and dangerous complication of abdominal aortic aneurysm, with a high mortality rate despite early detection and emergency intervention. Surgical intervention is still the main method to save the patient's life and to repair arterial damage. For large and complex lesions, post-operative rehabilitation is a difficult problem. We would like to report a patient with ruptured inflammatory infrarenal abdominal aortic aneurysm accompanied with bilateral iliac artery aneurysm, combined with aorto-caval fistula who underwent emergency surgery to replace the aorta-pelvic segment, repair the inferior vena cava with an artificial pericardial patch. Postoperatively, with maintaining antibiotics, anti-inflammatory, hemodynamic control, and nutrition, the patient gradually stabilized and was discharged 21 days after surgery.*

\* *Keywords: Aortic artery; Rupture of abdominal aortic aneurysm; Aorto-caval fistula.*

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Nguyễn Thế Kiên ([thekien103@gmail.com](mailto:thekien103@gmail.com))

Ngày nhận bài: 21/6/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 05/7/2021

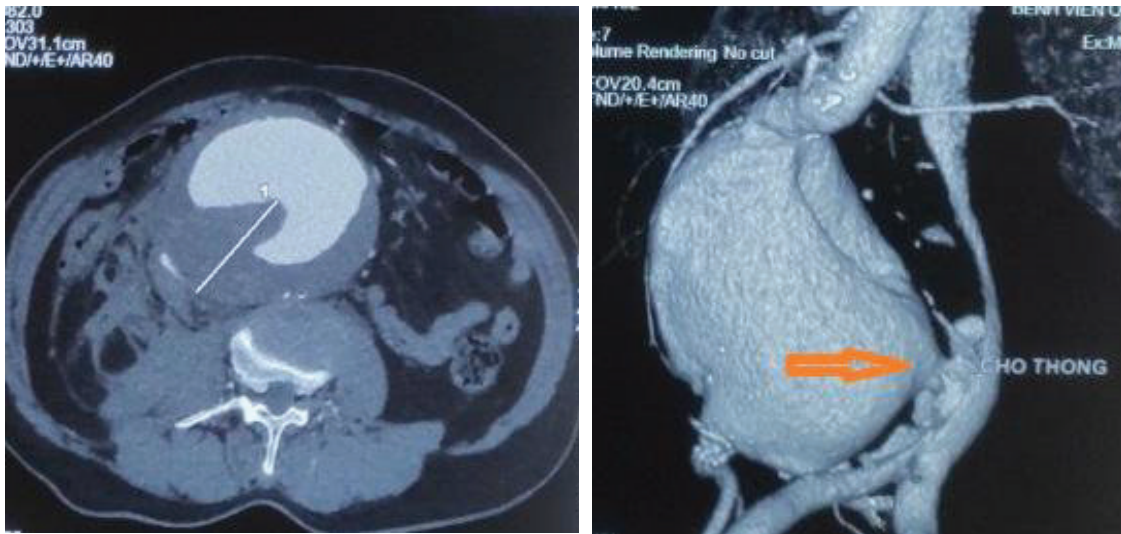
### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vỡ phình là một trong những biến chứng nặng và nguy hiểm nhất, đe dọa tính mạng của BN phình động mạch chủ, đòi hỏi chẩn đoán sớm và xử trí nhanh. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu do vỡ PĐMCB lên tới 70% [1]. Vỡ phình gồm thể vỡ vào khoang sau phúc mạc, vỡ thông vào các mạch máu lân cận (chiếm 10% số trường hợp vỡ PĐMCB [2]; trong đó, vỡ PĐMCB thông vào TMC dưới hiếm gặp nhất, chỉ chiếm 2% [1]), thể tiến triển nhanh và nặng nhất là vỡ vào ổ bụng. Đối với vỡ phình động mạch chủ, dù can thiệp nội mạch có nhiều tiến bộ, ngoại khoa vẫn là phương pháp chính nhằm cứu sống tính mạng người bệnh và xử trí tổn thương [1, 3]. Nguyên tắc ngoại khoa cơ bản là nhanh chóng cầm máu, xử trí tổn thương. Tùy theo vị trí, mức độ, nguyên nhân tổn thương, biện pháp xử trí tổn thương có thể là thay đoạn động mạch chủ bằng đoạn mạch nhân tạo, tạo hình động mạch bằng vật liệu nhân tạo... Lựa chọn vật liệu sử dụng hết sức quan trọng, nhất là trường hợp phình do viêm, vấn đề này vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau. Điều trị hậu phẫu đối với BN (BN) vỡ PĐMCB gặp nhiều khó khăn do tình trạng liệt ruột kéo dài, thiếu dưỡng, vết mổ lâu liền, các biến chứng liên quan đến bất động nằm lâu. Chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng: BN nam 77 tuổi, hút thuốc nhiều năm, không rõ tiền sử bệnh lý tim mạch, bị vỡ PĐMCB dưới động mạch thận thông vào TMC dưới vỡ vào khoang sau phúc mạc, ổ bụng được phẫu thuật cấp cứu cắt khối phình, thay đoạn động mạch chủ bụng - chậu bằng đoạn mạch nhân tạo, tạo hình TMC dưới bằng miếng và màng ngoài tim nhân tạo. BN sau mổ

huyết động ổn định, chức năng thận bình thường, loét vùng cụt do nằm lâu, tình trạng ổn định dần, xuất viện sau phẫu thuật 21 ngày.

### **CA LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nam 77 tuổi hút thuốc nhiều năm, không rõ tiền sử bệnh lý tim mạch, đột ngột thấy mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, đau bụng dữ dội vùng quanh rốn, lan ra sau lưng, rối loạn ý thức, không sốt, không buồn nôn và nôn, vào khoa cấp cứu trong tình trạng tụt huyết áp (90/50 mmHg), nhịp tim nhanh 110 lần/phút, tiếng tim nghe rõ. Khám thực thể vùng bụng thấy một khối bất thường cạnh rốn bên trái, kích thước lớn, đập nảy theo nhịp mạch. Mạch bẹn hai bên bất yếu, còn cảm giác và vận động cẳng, bàn chân hai bên. Siêu âm Doppler phát hiện PĐMCB dưới thận, đường kính 10 cm có huyết khối bám thành, nghi ngờ có lóc tách thành sau, khối phình có đường giảm âm. Vận tốc dòng chảy động mạch đùi hai bên giảm, có hình ảnh tách thành động mạch chậu hai bên, ổ bụng không có dịch. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) có tiêm thuốc cản quang cho thấy một khối PĐMCB khổng lồ, đường kính lớn nhất 82,9 mm, chiều dài 122,6 mm, dưới chỗ phân chia động mạch thận hai bên khoảng 50 mm, tới sát chỗ phân chia động mạch chậu gốc hai bên, xung quanh có huyết khối bám thành, chỗ dày nhất khoảng 60 mm. Khối phình đã vỡ vào TMC bụng, lỗ thông cách chỗ phân chia TMC bụng 40mm, kích thước lỗ thông 17 mm, TMC bụng và tĩnh mạch chậu hai bên có thuốc lưu thông trong thì động mạch. Động mạch chủ ngực không phát hiện phình, bóc tách.



Hình 1: Hình ảnh PĐMCB vờ, có thông với TMC dưới (mũi tên màu đỏ).

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cấp cứu tối khẩn cấp, mở bụng qua đường trắng giữa trên - dưới rốn, vào ổ bụng thấy có máu đỏ tươi trong và khoang sau phúc mạc, số lượng khoảng 300 ml. Khối phình có chiều dài 10 cm, đường kính chỗ lớn nhất 10 cm, cổ trên cách chỗ phân chia động mạch thận 2 cm, cổ dưới lan xuống động mạch chậu ngoài hai bên. Thành động mạch viêm lan tỏa, loét, mụn, thông với tĩnh mạch, kích thước lỗ thông 2 x 2 cm, thành tĩnh mạch quanh lỗ thông viêm, hoại tử, mụn, chiếm 1/2 chu vi tĩnh mạch, dài 3 cm. Trong lòng khối phình có nhiều huyết khối cũ lẫn mới, một phần đã tổ chức hóa. Tiến hành khống chế động mạch chủ bụng ngay dưới động mạch thận và động mạch chậu hai bên dưới chỗ phình, mở khối phình lấy bỏ huyết khối, thay đoạn động mạch chủ bụng - chậu gốc hai bên bằng đoạn mạch Dacron chữ Y 16 x 8; cắt lọc thành TMC quanh đường thông đến phần lành,

tạo hình thành TMC bằng miếng vá màng ngoài màng tim nhân tạo.

Sau phẫu thuật, BN được kiểm soát tốt về mặt huyết động, duy trì 2 loại kháng sinh phổ rộng liều cao, theo dõi chức năng gan - thận, tình trạng thiếu máu chi, chảy máu. BN ổn định dần, chức năng gan - thận trong giới hạn bình thường, không có tình trạng thiếu máu chi, rút dẫn lưu sau mổ 7 ngày. Tuy nhiên, tình trạng trướng bụng (do liệt ruột) kéo dài, vết mổ xuất tiết dịch, loét vùng cùng-cụt do nằm lâu, thể trạng người bệnh béo, do vậy việc chăm sóc phục hồi gặp nhiều khó khăn. Người bệnh được nuôi dưỡng tích cực đường tĩnh mạch kết hợp truyền máu, duy trì chống viêm, thay băng, đặt hút áp lực âm (VAC) vết mổ và vết loét cùng - cụt. Tình trạng cải thiện đáng kể, BN có thể ngồi dậy, tập vận động, ăn qua đường miệng, vết mổ và vết loét thu nhỏ, hết xuất tiết. BN xuất viện sau phẫu thuật 21 ngày.

## BÀN LUẬN

### 1. Chẩn đoán

Vỡ PĐMCB tiến triển nhanh, tỷ lệ tử vong cao, đòi hỏi chẩn đoán nhanh chóng, chính xác. Các triệu chứng lâm sàng như đột ngột đau bụng dữ dội, liên tục, lan khắp ổ bụng hoặc lan ra sau lưng kèm theo trướng bụng, bí trung - đại tiện, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt, > 65 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, tăng huyết áp không kiểm soát, đặc biệt ở BN nam giới, đều có giá trị định hướng trong việc phát hiện vỡ PĐMCB [1]. Triệu chứng lâm sàng của vỡ phình động mạch chủ thông với TMC nằm trong bệnh cảnh chung của phình động mạch chủ vỡ. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định, cung cấp thông tin về vị trí tổn thương, các nhánh liên quan, là cơ sở để đưa ra chiến thuật can thiệp. Trong đó, siêu âm là phương tiện đầu tay, nhanh chóng, không xâm lấn, thực hiện ngay tại giường bệnh, thậm chí khi toàn trạng người bệnh diễn biến nặng với độ nhạy 98,9%; độ đặc hiệu 99% [2]. Tuy nhiên, trên siêu âm không xác định chính xác được vị trí khối phình, liên quan giữa khối phình với các cơ quan và mạch máu lân cận (đặc biệt là động mạch thận hai bên), do vậy không thể dựa trên siêu âm để đưa ra chiến thuật, chỉ định can thiệp. Trong khi đó, MSCT khắc phục được những nhược điểm trên, là cơ sở xác định chiến thuật, chỉ định can thiệp. Hình ảnh MSCT cho biết chính xác vị trí, liên quan, đường kính lớn nhất của khối phình, là các yếu tố có giá trị trong tiên lượng [2, 4]. Trong điều kiện toàn trạng người bệnh không cho

phép (sốc, suy chức năng đa cơ quan...), việc tiến hành chụp MSCT động mạch chủ - chậu khó có thể tiến hành. Khi đó, lâm sàng, hình ảnh trên siêu âm và kinh nghiệm của thầy thuốc đóng vai trò hết sức quan trọng trong cứu sống tính mạng người bệnh.

### 2. Điều trị

Khi đã chẩn đoán xác định vỡ PĐMCB, phải tiến hành can thiệp ngay và nhanh chóng, mới có thể cứu sống tính mạng BN. Ngày nay, can thiệp nội mạch ngày càng tiến bộ, đóng vai trò quan trọng trong cấp cứu vỡ PĐMCB. Can thiệp nội mạch tiến hành nhanh chóng, ít xâm lấn, có tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu thấp hơn đáng kể so với mổ mở, giảm thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong trong viện, phục hồi chức năng sau can thiệp cũng nhẹ nhàng hơn [4, 5]. Do vậy, can thiệp nội mạch cho phép thực hiện trên người bệnh lớn tuổi với nhiều bệnh lý kết hợp [5]. Tuy vậy, theo dõi BN trong thời gian dài hơn, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tử vong sau 30 ngày cũng như tỷ lệ biến chứng nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, rối loạn nhịp giữa can thiệp nội mạch và mổ mở, thậm chí tỷ lệ xuất hiện các biến cố còn cao hơn ở can thiệp nội mạch [6]. Mặt khác, can thiệp nội mạch đòi hỏi phải có cơ sở trang thiết bị đặc biệt; bắt buộc phải có phim MSCT làm cơ sở, trong khi điều kiện cấp cứu không phải cơ sở y tế nào cũng có thể tiến hành. Ngoài ra, nghiên cứu của Bethany J. Slater và CS (2008) cho thấy khối phình có đường kính cổ > 32 mm, chiều dài cổ < 10 mm, góc cổ - thân > 60°, động mạch chậu gặp góc, đường kính

động mạch chậu ngoài < 6 mm không phù hợp cho can thiệp nội mạch [4]. Vì vậy, phẫu thuật vẫn là phương pháp được áp dụng phổ biến trong điều trị PĐMCB vỡ.

Phình động mạch chủ bụng do viêm chỉ chiếm khoảng 5 - 10% số trường hợp PĐMCB [5]. Quan điểm cũ cho rằng phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị phình động mạch chủ do viêm. Ngày nay, quan điểm về chiến thuật điều trị PĐMCB do viêm còn đang tranh cãi. África Duque Santos và CS (2017) lại cho rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về yêu cầu truyền máu, thời gian điều trị tại khoa hồi sức tích cực, tỷ lệ tử vong ngắn hạn cũng như dài hạn giữa 2 nhóm phương pháp [5]. H. Maeda và CS (2013) nghiên cứu trên 50 người bệnh PĐMCB do viêm nhận thấy: Nhóm can thiệp nội mạch có tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày đầu thấp hơn, nhưng kết quả dài hạn của 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa; nhóm can thiệp nội mạch có gần 50% số BN còn tình trạng xơ hóa quanh động mạch chủ và suy chức năng thận sau can thiệp [6]. Ở BN này, chúng tôi quan sát sau phẫu thuật BN không có biến chứng chảy máu, không có tình trạng suy chức năng thận, toàn trạng BN cải thiện tốt sau mổ. Như vậy, có thể thấy rằng, phẫu thuật vẫn là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị vỡ PĐMCB dưới động mạch thận.

## 2. Điều trị hậu phẫu

Điều trị kháng sinh hậu phẫu đóng vai trò quan trọng trong phục hồi sau mổ, dự phòng nhiễm trùng tái phát; viêm, nhiễm khuẩn đoạn mạch nhân tạo (graft); dự phòng biến chứng như viêm - hoại tử tử

sống, trướng bụng, tắc ruột... đảm bảo thành công của cuộc mổ [7]. Thời gian duy trì kháng sinh sau can thiệp vẫn chưa có sự thống nhất. J.M. Fichelle và CS (1993) nghiên cứu trên 25 BN phình động mạch chủ dưới động mạch thận có nhiễm khuẩn được can thiệp ngoại khoa, đưa ra khuyến cáo nên duy trì kháng sinh trên 6 tuần sau mổ [8]. Trong nghiên cứu của Munetaka Hashimoto và CS (2019), sau phẫu thuật, BN được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trung bình 3 tuần, sau đó duy trì kháng sinh đường uống trung bình 5 - 6 tháng thì không ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn tái phát [7]. Trong trường hợp này, chúng tôi duy trì liên tục 2 loại kháng sinh mạnh đường tĩnh mạch trong 3 tuần, sau đó dùng kháng sinh đường uống trong 2 tháng; BN tái khám không có dấu hiệu nhiễm trùng tái phát.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị vỡ PĐMCB dưới động mạch thận có thông động mạch chủ vào TMC do viêm là một trong những phương pháp chủ đạo, an toàn và hiệu quả. Việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong điều trị kịp thời cho BN, cứu sống tính mạng người bệnh vỡ PĐMCB nói riêng, phình động mạch chủ nói chung. Duy trì kháng sinh sau can thiệp điều trị PĐMCB do viêm, nhiễm khuẩn rất có ý nghĩa trong bảo đảm kết quả điều trị. Tuy nhiên, cần tiến hành thêm những nghiên cứu có hệ thống về thời gian duy trì kháng sinh sau phẫu thuật cũng như kết quả lâu dài của phẫu thuật trong điều trị vỡ phình động mạch chủ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Andrew C. Hollingsworth et al. Aneurysm morphology is a more significant predictor of survival than Hardman's index in patients with ruptured or acutely symptomatic abdominal aortic 2019.

2. Rubano E., Mehta N., Caputo W., Paladino L., Sinert R. Systematic review: Emergency department bedside ultrasonography for diagnosis of suspected abdominal aortic aneurysm. Acad Emerg Med 2013; 20(2): 128-138. [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar].

3. Prasoon P. Mohan et al. Comparison of endovascular and open repair of ruptured abdominal aortic aneurysm in the United States in the past decade 2014.

4. Bethany J. Slater et al. Anatomic suitability of ruptured abdominal aortic aneurysms for endovascular repair 2008.

5. África Duque Santos et al. Outcomes of open and endovascular repair of inflammatory abdominal aortic aneurysms 2017.

6. H. Maeda et al. Early and late outcomes of inflammatory abdominal aortic aneurysms: Comparison with the outcomes after open surgical and endovascular aneurysm repair in literature reviews 2013.

7. Munetaka Hashimoto et al. Long-term outcomes of surgical treatment by in situ graft reconstruction for infected abdominal aortic aneurysm 2019.

8. J.M. Fichelle et al. Infected infrarenal aortic aneurysms: When is in situ reconstruction safe? 1993.