

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Công Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Ước<sup>2</sup>,  
Bùi Thanh Doanh<sup>3</sup>, Nguyễn Thế May<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Phòng động mạch chủ bụng thường gặp ở người cao tuổi (> 60 tuổi), nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ tử vong do phòng động mạch chủ bụng đứng thứ 10 các nguyên nhân tử vong hàng năm ở nam trên 55 tuổi. Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị phòng động mạch chủ bụng dưới thận có biến chứng tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 2015 – 2020. Tổng số 50 bệnh nhân (36 nam, 12 nữ), tuổi trung bình 67,46 ± 11,12 tuổi. Triệu chứng thường gặp là đau bụng, đau thắt lưng chiếm 94%, hội chứng thiếu máu chiếm 26%. Hình dạng khối phòng hình thoi chiếm 92%, kích thước trung bình khối phòng là 66,83 ± 16,13mm. Tỷ lệ tử vong sớm 8%, tử vong sau 5 năm 19,56%.

**Từ khóa:** phòng động mạch chủ bụng, phòng động mạch chủ bụng vỡ.

### SUMMARY

#### CLINICAL, DIAGNOSTIC IMAGING AND TREATMENT RESULTS OF OPEN REPAIR FOR RUPTURED

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2021

Ngày duyệt bài: 30.5.2021

### ABDOMINAL AORTIC AT VIETDUC HOSPITAL

Abdominal aortic aneurysm is more common in the elderly (> 60 years), male higher than female. The death rate from abdominal aortic bulge is the 10th leading cause of death annually in men over 55 years old. Through the study of 50 patients Open Repair for Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm at Viet Duc Friendship Hospital from 2015 to 2020. A consisted of 50 patients (36 male, 12 female), median age 67, 46 ± 11.12 years. Common symptoms are abdominal pain, low back pain accounts for 94%, anemia syndrome accounts for 26%. The shape of the saccular is 92%, the median aneurysmal diameter 66.83 ± 16.13mm. Early mortality rate 8%, mortality after 5 years 19.56%.

**Keywords:** Abdominal Aortic Aneurysm, Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng động mạch là tình trạng một đoạn động mạch giãn rộng, với đường kính đoạn giãn ≥ 1,5 lần đường kính của động mạch bình thường lân cận. Phòng động mạch chủ bụng thường gặp ở người cao tuổi, năm 1987 ở Mỹ có từ 2 - 5% nam giới trên 60 tuổi bị phòng động mạch chủ bụng. Tỷ lệ tử vong do phòng động mạch chủ bụng đứng thứ 10 các nguyên nhân gây tử vong hàng năm ở nam trên 55 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh nam: nữ là 4:1.

Phồng động mạch chủ bụng dưới thận chiếm 90 - 95% trong số các phồng động mạch chủ nói chung [1]. Nguyên nhân chủ yếu của phồng động mạch là xơ vữa động mạch (95% theo De Bakey), còn lại là do bẩm sinh, sau chấn thương, viêm nhiễm,[2] ...

Biến chứng chủ yếu của phồng động mạch chủ bụng dưới thận là phồng động mạch dọa vỡ và vỡ phồng. Đây là các cấp cứu ngoại khoa- can thiệp mạch máu với tỷ lệ tử vong sau mổ cao hơn 2-10 lần nhóm bệnh nhân chưa có biến chứng.

Phẫu thuật cấp cứu ghép đoạn mạch nhân tạo có vai trò đặc biệt quan trọng, hiệu quả, triển khai nhanh chóng và phù hợp với mọi bệnh nhân. Với tần suất phẫu thuật khoảng 10-15 ca/năm, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một cơ sở y tế đầu ngành có nhiều kinh nghiệm xử trí các biến chứng của phồng động mạch chủ bụng dưới thận. Nhằm nâng cao khả năng chẩn đoán cũng như chất lượng điều trị phồng động mạch chủ bụng dưới thận chúng tôi thực hiện nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị phồng động mạch chủ bụng dưới thận có biến chứng tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

50 bệnh nhân được chẩn đoán PĐMCB dưới thận vỡ, dọa vỡ đã được phẫu thuật tại

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2015 đến 5/2020.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

### Chỉ tiêu nghiên cứu:

#### Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

**Lâm sàng:** Tuổi, giới, thời gian biểu hiện bệnh, yếu tố nguy cơ.

Triệu chứng cơ năng: đau bụng, thời gian đau, tính chất đau.

Thực thể: Dấu hiệu mất máu, sốc, dấu hiệu tại chỗ.

#### Cận lâm sàng:

Siêu âm doppler : Vị trí khối phồng, kích thước, hình thái, dọa vỡ hay vỡ, các tổn thương phối hợp khác

CT scans: Vị trí khối phồng, kích thước, hình thái, dọa vỡ hay vỡ, các tổn thương phối hợp khác.

#### Kết quả phẫu thuật:

Đánh giá tổn thương trong mổ: hình thái, kích thước khối phồng, vỡ hay dọa vỡ, lượng máu mất trong mổ, tổn thương phối hợp.

Thời gian phẫu thuật và cấp động mạch chủ. Lượng máu truyền trong phẫu thuật..

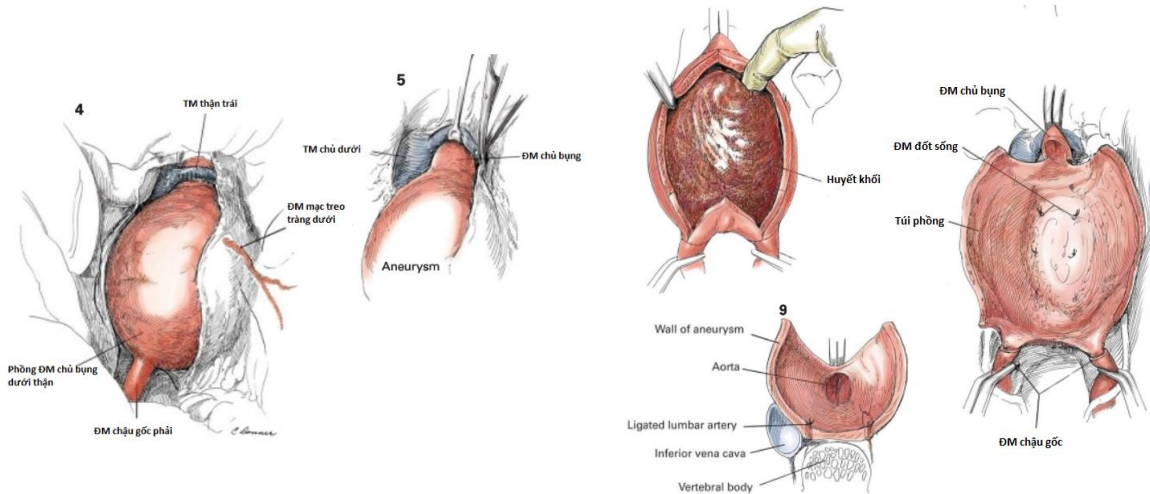
Thời gian nằm viện.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Theo dõi sau phẫu thuật.

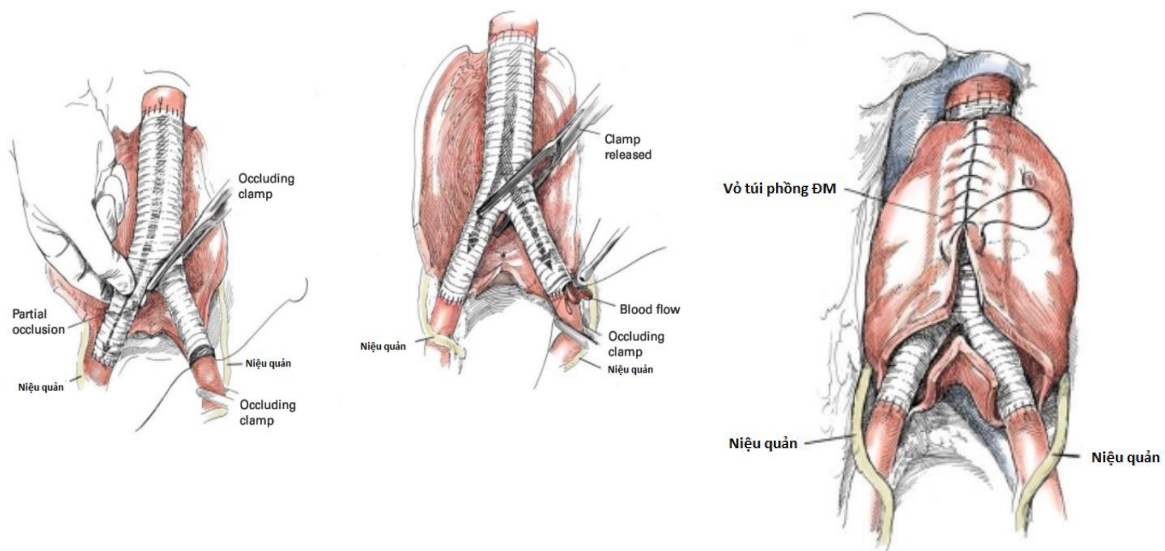
**Phương pháp phân tích số liệu:** xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

#### Phương pháp ghép nối mạch máu



**Hình 1: Bộc lộ phòng động mạch chủ bụng dưới thận**

**Hình 2: Thắt ĐM mạc treo tràng dưới, mở túi phồng động mạch chủ bụng, khâu cầm máu các nhánh ĐM đốt sống**



**Hình 3: Khâu các miệng nối ĐM chủ - chậu gốc**

**Hình 4: Khâu vô túi phồng bọc đoạn ghép**

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### Đặc điểm lâm sàng

Tổng số 50 bệnh nhân được chẩn đoán PĐMCB dưới thận vỡ, dọa vỡ đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2015 đến 5/2020. Tuổi trung bình:  $67,46 \pm$

11,12 tuổi. Trẻ nhất 30 tuổi, già nhất 87 tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi (chiếm 94%). Trong đó, 36 nam (76%), 12 nữ (24%)

Bệnh lý nền thường gặp là tăng huyết áp (66%) không được điều trị đều, suy thận

(12%), tăng Lipid máu (8%). Trong bệnh lý PĐMCB có biến chứng huyết áp đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy dẫn đến dọa vỡ hoặc vỡ phồng ĐM. Nhiều tài liệu cho thấy kích thước mạch > 6cm nguy cơ vỡ phồng ĐM rất cao, tuy nhiên với kích thước mạch nhỏ hơn vẫn có nguy cơ vỡ nếu không khống chế được huyết áp [5].

Thời gian biểu hiện bệnh trung bình trước khi vào viện :  $13,34 \pm 11,72$  giờ. BN lâu nhất sau 72 giờ có triệu chứng đau BN vào viện.

**Triệu chứng**

Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng hoặc đau thắt lưng có 47/50 bệnh nhân (94%) trong đó nhóm vỡ và dọa vỡ lần lượt là 38%, 56%. Nguyên nhân của cơn đau được

một số tác giả cho là sự chèn ép thứ phát của khối máu tụ lên các nhánh thần kinh cảm giác quanh ĐMCB [6]. Khối ở bụng đập theo mạch chiếm tỷ lệ: nhóm dọa vỡ (56%), nhóm vỡ chiếm 22%. Hội chứng thiếu máu có 13 bệnh nhân (26%), sốc mất máu 3 bệnh nhân (6%). Do đó khi gặp bệnh nhân cao tuổi vào cấp cứu trong tình trạng huyết động không ổn định kèm đau bụng, đau lưng cần khẩn trương làm các thăm dò đánh giá bệnh nhân có phồng động mạch chủ bụng vỡ hay không [6].

Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện :  $13,34 \pm 11,72$  giờ. Bệnh nhân lâu nhất vào viện sau 72 giờ.

**Cận lâm sàng**

**Bảng 1: Hình dạng khối phồng**

	Vỡ		Dọa vỡ	N
	Vào ổ bụng	Sau phúc mạc		
Hình thoi	2	17	27	46
Hình túi	1	2	1	4
Siêu âm	3	19	28	50
Chụp CT scans	0	17	28	45

**Bảng 2: Kích thước khối phồng**

Nhóm	N	$\pm$ SD (mm)	Min (mm)	Max (mm)
Hình thoi	46	$66,83 \pm 16,13$	45	108
Hình túi	4	$70,75 \pm 44,13$	70	120

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì số bệnh nhân phồng động mạch đa số là phồng dạng hình thoi chiếm 92%. Khác với phồng động mạch do nhiễm trùng thì phồng hình túi là chủ yếu. Kích thước trung bình phồng ĐMCB hình thoi là  $66,83 \pm 16,13$ mm, kích thước phồng lớn nhất hình thoi là 108 mm. PĐMCB có biến chứng thường gặp với kích thước mạch lớn > 60mm, kích thước khối phồng càng lớn, nguy cơ vỡ càng cao.

**Bảng 3: Thời gian từ khi vào viện đến khi phẫu thuật**

Tổn thương		n	$\pm$ SD (giờ)	Min (giờ)	Max (giờ)
Vỡ khối phồng	Vào ổ bụng	3	$1,0 \pm 0,50$	0,5	1,5
	Sau phúc mạc	19	$4,5 \pm 3,86$	0,5	16
Dọa vỡ		28	$7,8 \pm 4,83$	1	18

Khi được chẩn đoán vỡ phồng ĐMCB BN được chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp với thời gian nhanh nhất là 0,5 giờ, trường hợp vỡ sau phúc mạc có thời gian chuẩn bị đến khi phẫu thuật trung bình:  $4,5 \pm 3,86$  giờ. Nhóm BN PĐMCB dọa vỡ cho phép chỉ định mổ cấp cứu có trì hoãn với thời gian chờ mổ

trung bình:  $7,8 \pm 4,83$  giờ. Theo Nguyễn Hữu Ước đối với vỡ sau phúc mạc nguy cơ tử vong đến chậm hơn 2 – 4 giờ nên cần chỉ định mổ sớm mới hy vọng cứu sống bệnh nhân. [3]

#### Kết quả điều trị

**Bảng 4: Tổn thương trong mổ cấp cứu**

Tổn thương		n	Tỷ lệ (%)
Vỡ khối phồng	Vào ổ bụng	3	6
	Sau phúc mạc	19	38
Dọa vỡ		28	56
Mạch mạch treo tràng dưới	Bình thường	2	4
	Hẹp tắc	48	96
Tổn thương phối hợp	Tắc ĐM cẳng chân T do huyết khối	1	2
	U nhày ruột thừa	1	2

Có 22 bệnh nhân (chiếm 44%) khối phồng đã vỡ trong đó vỡ ra sau phúc mạc là chủ yếu với 19 bệnh nhân, chỉ có 3 trường hợp vỡ vào ổ bụng. Tổn thương dọa vỡ gặp 28 trường hợp (56%).

Tổn thương khác trong ổ bụng: 1 bệnh nhân tắc ĐM cẳng chân trái do huyết khối đã

được lấy huyết khối bằng Fogarty. 1 bệnh nhân có kèm theo u nhày ruột thừa đã được cắt ruột thừa cắt ruột thừa sau khi xử trí xong tổn thương mạch máu.

Trong nhóm nghiêm cứu 45 BN (90%) được ghép mạch chữ Y, 5 BN (10%) được ghép bằng mạch thẳng.

**Bảng 5: Thời gian phẫu thuật và cấp ĐM chủ trung bình**

	$\pm$ SD	Min	Max
Thời gian phẫu thuật (phút)	$219,3 \pm 60,49$	120	390
Thời gian cấp ĐMC (phút)	$83,88 \pm 22,89$	40	150

Với phẫu thuật bệnh lý ĐMC bụng nói chung và phẫu thuật phồng ĐMCB có biến chứng thì việc bộc lộ tổn thương luôn gặp khó khăn và tổn thương mạch phức tạp do đó thời gian phẫu thuật thường kéo dài.

**Bảng 6: Lượng máu truyền trong phẫu thuật**

	$\pm$ SD (ml)	Min (ml)	Max (ml)
Lượng máu truyền trong mổ	$1513,1 \pm 984,59$	250	4350
Vỡ vào ổ bụng	$2685 \pm 422,69$	2255	3100
Vỡ sau phúc mạc	$2105,2 \pm 957,99$	750	4350
Dọa vỡ	$985,7 \pm 668,17$	250	3900

22 trường hợp vỡ PĐMCB cần truyền lượng máu lớn hơn gấp 2 -2,5 lần (2105,2 – 2685ml) so với trường hợp dọa vỡ (985,7 ml)

**Bảng 7: Thời gian nằm viện trung bình**

	$\pm$ SD	Min	Max
Thời gian nằm viện (ngày)	15,14 $\pm$ 9,17	6	51

**Bảng 8: Tỷ lệ biến chứng sau mổ**

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%) (N = 50)
Chảy máu	0	0
Hoại tử đại tràng	1	2
Tụ dịch sau phúc mạc	6	12
Bội nhiễm, thở máy kéo dài	2	4
Biến chứng khác	Suy đa tạng	2
	Rò D3 tá tràng	1
	Tắc mạch chi dưới	2
	Tụ máu thành bụng	1
Mổ lại	7	14
Tử vong	4	8

Tổng cộng có 7 trường hợp mổ lại: 2 BN tụ dịch sau phúc mạc, 2 BN tắc mạch chi dưới, 1 BN tụ máu thành bụng, 1 BN hoại tử đại tràng, 1 BN rò D3 tá tràng. Có 4 trường hợp (8%) tử vong: 1 BN viêm phổi thở máy kéo dài, 1 BN tắc mạch chi dưới và suy đa tạng, 1 BN hoại tử đại tràng, 1 BN rò D3 tá tràng.

**Bảng 9: Vỡ khối phồng với nguy cơ tử vong sớm sau mổ**

Tình trạng	Vỡ khối phồng		Dọa vỡ		r	p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Có tử vong	4	18,18	0	0	0,333	0,018
Không tử vong	18	81,82	28	100		
<b>Tổng</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>		

Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có vỡ khối phồng cao hơn nhóm dọa vỡ có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

**Bảng 10: Kết quả theo dõi sau phẫu thuật**

Kết quả	n	Tỷ lệ (%) N=46
Tắc miệng nổi	0	0
Thiếu máu chi dưới	2	4,34
Cắt cụt chi	0	0
Tắc ruột dính	1	2,17
Tử vong	9	19,56

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 35,2 ± 17,2 tháng. Ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 63 tháng. Có 9 trường hợp tử vong trong 33 bệnh nhân theo dõi được (chiếm 19,56%). Nguyên nhân: Nhồi máu cơ tim gặp 1 trường hợp, xuất huyết tiêu hóa 1 trường hợp, bệnh lý phổi 1 trường hợp còn lại không rõ nguyên nhân. Theo Englund (2017) 105 bệnh nhân vỡ phồng ĐMCB, có 35 trường hợp tử vong trong 30 ngày đầu chiếm 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% [4]

#### IV. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu của nghiên cứu khả quan với tỷ lệ sống sau phẫu thuật là 92%. Trừ biến chứng nặng gây tử vong 8%, các biến chứng còn lại được điều trị ổn định, BN ra viện không để lại di chứng gì. Theo dõi bệnh nhân bước đầu của chúng tôi với tỷ lệ tử vong 19,56%. Không có trường hợp nào tắc mạch nhân tạo. Với bệnh lý phồng ĐMC bệnh nhân thường cao tuổi do đó người bệnh tử vong còn có thể do các biến cố tim mạch, bệnh lý phổi tắc nghẽn, tai biến mạch não.... Tỷ lệ tử vong trong 5 năm đầu của nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của một số tác giả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hanh Đệ Và Cs (2001)**, Phòng động mạch chủ bụng vỡ. Phẫu thuật cấp cứu tim mạch và lồng ngực.(NXB y học): p. 177 – 188.
2. **Văn Tàn Và Cs (2010)**, Tiến bộ trong điều trị phồng động mạch chủ bụng. Tạp chí y học Việt Nam 375: p. 311.
3. **Nguyễn Hữu Ước (2017)**, Phòng động mạch chủ. Bệnh học ngoại lồng ngực - tim mạch Sau đại học, hệ Ngoại: p. 406-418.
4. **Englund R. and Katib N.(2017)**, Long-term survival following open repair of ruptured abdominal aortic aneurysm. ANZ J Surg,87(5): p. 390-393.
5. **Erbel R., Aboyans V., et al.(2014)**, 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,35(41): p. 2873-926.
6. **Thomas S. Huber W. Anthony Lee(2011)**, Abdominal Aortic Aneurysms. Greenfield's surgery : scientific principles and practice 5th ed,100.