

49% và amikacin là 17,4%. So sánh với nghiên cứu nước ngoài, kết quả tương đồng với tác giả Al-Zalabani A [6] ghi nhận tỷ lệ đề kháng kháng sinh: ampicillin 99,9%, cefetazolin 78%, ceftazidime 66,9%, ceftriaxone 77,8%, cefepime 68,4%, Piperacillin/Tazobactam 58,7%, imipenem 38,4%, amikacin 36,3%.

*Proteus mirabilis* đề kháng cao nhất với kháng sinh Cefazolin với tỷ lệ là 90,9%, Trimethoprim-Sulfamethoxazole là 82,6%, Ampicillin là 79,2%, đối với kháng sinh ức chế beta-lactamase là Piperacillin/Tazobactam có tỷ lệ đề kháng thấp là 16,7% và đề kháng thấp nhất với amikacin là 4,2%.

*Pseudomonas aeruginosa* đề kháng nhiều nhất với kháng sinh Ampicillin với tỷ lệ là 100%, Imipenem 60%, Ciprofloxacin 56,7%, đề kháng với nhóm cepems với tỷ lệ trung bình là 40-48,3% và đề kháng thấp nhất với amikacin là 24,1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đa kháng kháng sinh của trực khuẩn Gram âm cao là 81,4%, đây là vấn đề đáng chú ý về sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn, qua đó nhấn mạnh sự cần thiết của việc lựa chọn hợp lý kháng sinh và tuân thủ đầy đủ phát đồ điều trị kháng sinh, cũng như cần có chiến lược kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả hơn để hạn chế sự đề kháng kháng sinh của các chủng trực khuẩn Gram âm.

## V. KẾT LUẬN

- Trực khuẩn Gram âm sinh men ESBL là 35,8%, sinh men carbapenemase là 25,2% và thấp nhất là AmpC là 6,9%. Trong đó, *E.coli* sinh ESBL là 60,6%, *P.aeruginosa* sinh AmpC là 33,3% và *Acinetobacter baumannii* sinh carbapenemase là 64%.

- *Acinetobacter baumannii* kháng cao hầu hết các kháng sinh đang sử dụng trong bệnh viện hơn cả *E.coli* và *K.pneumoniae*, *E.coli* đề kháng thấp với nhóm carbapenem 13,6% - 14% và amikacin 0,7%. Tỷ lệ đa kháng kháng sinh của trực khuẩn Gram âm là 81,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thái Dương, Đỗ Hoàng Long, Nguyễn Thị Diệu Hiền** (2022). "Khảo sát vi khuẩn *Escherichia coli* sinh enzym  $\beta$ -lactam phổ rộng phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam, 518(2).
2. **Lương Hồng Loan** (2020), "Khảo Sát Trực Khuẩn Gram Âm Tiết Men Kháng Beta-Lactam Và Sự Đề Kháng Kháng Sinh", Luận Văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Hồng Thị Khánh Ngân và cộng sự** (2023), "Tần Suất Vi Khuẩn Sinh Men Beta-Lactam Phổ Rộng Và Tính Đề kháng Kháng Sinh Của Chúng Tại Bệnh Viện Bình Dân", Tạp Chí Y học Việt Nam, 528(2).
4. **Nguyễn Chí Nguyễn và cộng sự** (2022), "Tình Hình Đề Kháng Kháng Sinh Của *Klebsiella pneumoniae* Được Phân Lập Từ Các Mẫu Bệnh Phẩm Tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ Và Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ Năm 2021-2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2).
5. **Trần Linh Sơn và cộng sự** (2022), "Sự Đề Kháng Carbapenem Của Vi Khuẩn *Acinetobacter baumannii* Tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ Năm 2021-2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 518(2).
6. **Al-Zalabani A., AlThobyane O.A., Alshehri A.H., et al** (2020), "Prevalence of *Klebsiella pneumoniae* Antibiotic Resistance in Medina, Saudi Arabia, 2014-2018", *Cureus*, 12(8), pp 9714.
7. **Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI** (2018) Performance standards for antimicrobial susceptibility testing (28th edition) CLSI standard M100-S28, Wayne, PA, pp. 98-122.
8. **Jacoby G. A.** (2009) "AmpC beta-lactamases". *Clin Microbiol Rev*, 22 (1), 161-182.

## KẾT QUẢ DÀI HẠN ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Đức Tín<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng đã là lựa chọn ưu tiên thay thế phẫu thuật hơn 20 năm nay [1]. Ngày nay, phương pháp can thiệp nội mạch để điều trị các trường hợp

phình động mạch chủ bụng vỡ thay cho phẫu thuật nặng nề đã không còn xa lạ. Và kết quả đã được chứng minh khi giảm các biến chứng hơn so với phẫu thuật [2], [3]. Kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng đang là xu hướng vì ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng và tử vong ở giai đoạn ngắn hạn. Trong phân tích gộp 51 nghiên cứu, tác giả Bulder RM và cộng sự (2019) đã ghi nhận tỉ lệ vong 30 ngày sau can thiệp là 1,16% so với 3,27% của phẫu thuật [6]. Tuy nhiên, tỉ lệ sống còn ở giai đoạn theo dõi không thay đổi đáng kể so với phẫu thuật. Đó cũng chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả dài hạn của

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

can thiệp thiệp nội mạch trong điều trị phình động mạch chủ bụng. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình  $63,5 \pm 18,1$ , nam giới chiếm đa số. Yếu tố rối loạn chuyển hoá lipid, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ lần lượt 73,9%; 66,2% và 64,6%. Cổ túi phình có chiều dài, đường kính và góc trung bình lần lượt chiếm 18,9 mm; 22,4 mm và 57,1 độ. Đường kính trung bình của thân túi phình là 70,8 mm. Đường kính trung bình động mạch chậu chung và chậu ngoài lần lượt là 33,9 mm và 7,8 mm. Đặt stentgraft chủ chậu chung chiếm 50,8%. Bên cạnh đó, đặt stentgraft chủ chậu ngoài một bên và hai bên lần lượt chiếm 20% và 29,9% mẫu nghiên cứu. Hầu hết bít động mạch chậu trong bằng amplatzer, chiếm 40% mẫu nghiên cứu. Thời gian can thiệp trung bình 105,4 phút, thời gian nằm viện trung bình 3 ngày. Thành công về kỹ thuật đạt 100% mẫu nghiên cứu, tỉ lệ tử vong sau 30 ngày can thiệp chiếm 1,5%; rò ống ghép sau can thiệp và giai đoạn theo dõi lần lượt chiếm 9,2% và 6,3%. Tỉ lệ sống còn ở giai đoạn theo dõi chiếm 87,7% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Can thiệp điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng.

**Từ khoá:** điều trị phình động mạch bằng can thiệp, phình động mạch chủ bụng, rò ống ghép.

## SUMMARY

### RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT CHO RAY HOSPITAL

**Background:** Endovascular Aneurysm Repair (EVAR) for abdominal aortic aneurysms has been the preferred alternative to surgery for more than 20 years [1]. Nowadays, endovascular intervention to treat ruptured abdominal aortic aneurysms instead of heavy surgery is no longer strange. Moreover, the results have been proven to reduce complications compared to surgery [2], [3]. Endovascular intervention techniques to treat abdominal aortic aneurysms are a trend because of their minimal invasiveness, quick recovery time, and fewer complications and deaths in the short term. In a meta-analysis of 51 studies, author Bulder RM and colleagues (2019) recorded a 30-day mortality rate after the intervention of 1.16% compared to 3.27% of surgery [6]. However, the survival rate in the follow-up period did not change significantly compared with surgery. That is also why we conducted this study to evaluate the long-term results of endovascular intervention in treating abdominal aortic aneurysms. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study's average age was  $63.5 \pm 18.1$  years, with the majority of participants being male. Lipid metabolism disorders, hypertension, and smoking account for 73.9%, 66.2%, and 64.6%, respectively. The aneurysm neck has an average length, diameter, and angle of 18.9 mm, respectively, 22.4 mm and 57.1 degrees. The average diameter of the aneurysm body was 70.8 mm. The mean diameters of the common and external iliac arteries were 33.9 mm and 7.8 mm, respectively. Common

iliac stent graft placement accounted for 50.8%. In addition, unilateral and bilateral external iliac stent graft placement accounted for 20% and 29.9% of the study sample, respectively. Most of the internal iliac artery was occluded with an amplatzer, accounting for 40% of the study sample. The average intervention time is 105.4 minutes; the average hospital stay is three days. Technical success reached 100% of the study sample, and the mortality rate after 30 days of intervention was 1.5%; Graft leaks after intervention and follow-up period accounted for 9.2% and 6.3%, respectively. The survival rate in the follow-up period accounted for 87.7% of the study sample. **Conclusion:** EVAR treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysm has a high technical success rate, few complications, and a high survival rate in the follow-up period. Therefore, this method is effective, safe, and has few complications.

**Keywords:** Endovascular Aneurysm Repair (EVAR), abdominal aortic aneurysm, endoleak.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng đã là lựa chọn ưu tiên thay thế phẫu thuật hơn 20 năm nay [1]. Ngày nay, phương pháp can thiệp nội mạch để điều trị các trường hợp phình động mạch chủ bụng vỡ thay cho phẫu thuật nặng nề đã không còn xa lạ. Và kết quả đã được chứng minh khi giảm các biến chứng hơn so với phẫu thuật [2], [3]. Kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng đang là xu hướng vì ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng và tử vong ở giai đoạn ngắn hạn. Tuy nhiên, nhiều tác giả nhận thấy rằng biến chứng ở giai đoạn trung hạn thì tăng cao. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng biến chứng muộn trong quá trình theo dõi những trường hợp sau can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng tăng cao, đáng để quan tâm [4], [5].

Tỉ lệ tử vong 30 ngày sau điều trị giữa 2 nhóm phẫu thuật và can thiệp nội mạch khác biệt rõ rệt. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được tỉ lệ tử vong 30 ngày sau can thiệp giảm hơn nhiều so với phẫu thuật. Trong phân tích gộp 51 nghiên cứu, tác giả Bulder RM và cộng sự (2019) đã ghi nhận tỉ lệ vong 30 ngày sau can thiệp là 1,16% so với 3,27% của phẫu thuật [6]. Tuy nhiên, tỉ lệ sống còn ở giai đoạn theo dõi không thay đổi đáng kể so với phẫu thuật. Đó cũng chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả dài hạn của can thiệp nội mạch trong điều trị phình động mạch chủ bụng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả loạt ca.

**Thời gian nghiên cứu:** lấy mẫu từ tháng

03 năm 2014 đến tháng 03 năm 2019.

**Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả trường hợp phình động mạch chủ bụng dưới thận (ĐMCBDT) được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Phình ĐMCBDT vỡ
- Phình ĐMCBDT có cổ không thuận lợi.
- Phình ĐMCBDT điều trị can thiệp phẫu thuật phối hợp mổ mở.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Đánh giá kết quả**

**Đánh giá kết quả can thiệp:** 01 tháng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp, loại can thiệp, vị trí tái thông đầu xa, phương pháp vô cảm, thời gian can thiệp, thời gian nằm viện.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật là khi can thiệp không hẹp miệng nối >50% đường kính lòng mạch, không rò loại I khi chụp DSA, không gây huyết khối tắc đầu xa, không có biến chứng cắt đoạn chi, tử vong ngay can thiệp.

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, tụ máu vết mổ, đột quỵ não, đoạn chi, nhồi máu cơ tim và tử vong trong 30 ngày.

**Đánh giá kết quả theo dõi:** theo dõi đến tháng 03 năm 2024.

- Đánh giá kết quả: tỉ lệ sống còn.
- Biến chứng theo dõi.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 65 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp:**

**Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp**

Biến số	N (%)
Tuổi	63,5 ± 18,1 (45– 87)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	42 (64,6) / 23 (35,4)
RLCH lipid máu	48 (73,9)
Tăng huyết áp	43 (66,2)
Hút thuốc lá	42 (64,6)
Đái tháo đường	36 (55,4)
Bệnh mạch vành	35 (53,9)
Bệnh động mạch cảnh	19 (29,2)
Suy thận mạn	8 (12,3)
Suy tim	7 (10,8)
Tai biến mạch máu não	6 (9,2)

**Các loại tổn thương động mạch chủ chậu:**

**Bảng 2. Các loại tổn thương động mạch**

**chủ chậu**

Tổn thương	Trung bình (mm)
<b>Cổ túi phình</b>	
Chiều dài	18,9 (14 – 27)
Đường kính	22,4 (18 – 25)
Góc (độ)	57,1 (54 – 60)
<b>Thân túi phình</b>	
Đường kính	70,8 (56 – 90)
Chiều dài	113,6 (100 – 130)
<b>ĐM chậu</b>	
Đường kính ĐM chậu chung	33,9 (27 – 41)
Đường kính ĐM chậu ngoài	7,8 (6,6 – 10)

**Phương pháp vô cảm**

**Bảng 3. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	37	56,9
Gây tê tại chỗ	28	43,1
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

**Phương pháp điều trị**

**Bảng 4. Phương pháp can thiệp**

Biến số	N	(%)
<b>Chủ - chậu chung</b>	33	50,8
<b>Chủ - chậu ngoài</b>	32	49,2
Một bên	13	20
Hai bên	19	29,2
<b>Chậu trong</b>		
Bít Coil	6	9,2
Bít amplatzer	26	40
Phục hồi	0	0

**Thời gian can thiệp, nằm viện**

**Bảng 5. Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	105,4 ± 23,1
Thời gian nằm viện (ngày)	2,5 ± 1,1 (1 - 4)
Lượng cản quang dùng (ml)	64 (45 – 90)

**Thành công, thất bại về kỹ thuật:**

**Bảng 6. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật**

Biến số	N	(%)
Thành công	65	100
Thất bại	0	0
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

**Tai biến can thiệp**

**Bảng 7. Tai biến can thiệp**

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	1	1,5
Tụ máu	1	1,5
Đột quỵ não	0	0
Suy thận cấp	2	3,1
Đoạn chi lớn	0	0
Nhồi máu cơ tim	0	0
Thiếu máu nuôi ruột	0	0
Rò ống ghép	6	9,2

Loại I	3	4,6
Loại II	2	3,1
Loại III	1	1,5
Loại IV	0	0
Tử vong trong lúc can thiệp	0	0
Tử vong 30 ngày sau can thiệp	1	1,5

**Kết quả theo dõi**

**Bảng 8. Tỷ lệ sống còn**

Biến số	N	(%)
Sống	57	87,7
Tử vong	8	12,3
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>100</b>



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống còn**

**Bảng 9. Biến chứng theo dõi**

Biến số	N=64	(%)
Gập, xoắn vặn stentgraft	0	0
Tắc stentgraft	1	1,6
Nhiễm trùng stentgraft	1	1,6
Huyết khối tĩnh mạch sâu	3	4,7
Đoạn chi lớn	1	1,6
Rò ống ghép	4	6,3
Loại I	0	0
Loại II	2	3,1
Loại III	1	1,6
Loại IV	0	0
Rò ống ghép - ruột	1	1,6

**IV. BÀN LUẬN**

Chúng tôi có 65 trường hợp thỏa điều kiện chọn mẫu, tỉ lệ nam chiếm 64,6% với tuổi trung bình 64 tuổi. Các yếu tố như rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ cao, lần lượt 73,9%; 66,2% và 85,8% mẫu nghiên cứu. Hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tuổi trung bình tương tự nghiên cứu chúng tôi. Tác giả Greenhalgh RM (2004), ghi nhận tuổi trung bình là 74 tuổi (giai đoạn lấy mẫu 1999 – 2003) [2]. Ohki T và cộng sự (1999), cũng ghi nhận tuổi trung bình 72 tuổi trong mẫu nghiên cứu [1]. Bên cạnh đó, nhiều tác giả cũng ghi nhận tỉ lệ nam chiếm ưu thế, chiếm lần lượt 91% và 78,5% mẫu nghiên cứu [2], [7]. Ngoài ra, chúng tôi còn nghi nhận tỉ lệ các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp khác cũng chiếm tỉ lệ khá cao như bệnh đái tháo đường, bệnh động mạch vành, lần lượt chiếm 55,4%; 53,9% mẫu nghiên cứu.

Hình ảnh học của phình động mạch chủ bụng rất đa dạng và phong phú, trong đó yếu tố giải phẫu của cổ túi phình và hai động mạch chậu quyết định thành công cao. Có 3 yếu tố góp phần tạo nên cổ túi phình gồm chiều dài, đường kính và góc túi phình. Góc túi phình trong nghiên cứu chúng tôi khoảng 57,1 độ với chiều dài trung bình 18,9 mm và đường kính trung bình 22,4 mm. Về mặt giải phẫu, với những tổn thương và hình dạng này tương đối thuận lợi trong quá trình đặt stentgraft. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [3], [4]. Tuy nhiên, tác giả Yei K và cộng sự (2022), nghiên cứu kết quả phẫu thuật và can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng (N= 32760) ghi nhận có nhiều hình thái khác nhau của túi phình, trong đó có những giải phẫu không thuận lợi như cổ gấp góc lớn hơn 60 độ, cổ hình nón hoặc hình chuông [7]. Đường kính túi phình trung bình trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 70,8 mm (56 – 90 mm). Kính thước túi phình cũng khá lớn và có nhiều nguy cơ vỡ trong tương lai. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [5], [6]. Tuy nhiên, có một số tác giả ghi nhận đường kính túi phình nhỏ hơn từ 51 – 60 mm [9]. Qua đây cho thấy đường kính túi phình cũng rất đa dạng và ít ảnh hưởng nhiều đến quá trình can thiệp so với cổ túi phình. Đường kính phình động mạch chậu chung và chậu ngoài trung bình là 33,9 mm và 7,8 mm. Đây là những kích thước tương đối lớn và cần giải quyết đi kèm với tổn thương động mạch chủ bụng.

Phương pháp gây mê bằng nội khí quản và tại chỗ gần như tương đương nhau, chiếm lần lượt 56,9% và 43,1% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, gây tê tại chỗ vẫn là phương pháp được chọn lựa trên các trường hợp can thiệp mạch máu ngoại biên lẫn mạch máu chủ. Tuy nhiên, qua thời gian dài tiến hành can thiệp động mạch chủ, chúng tôi nhận thấy việc chọn lựa gây mê nội khí quản giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn, giúp bệnh nhân bớt lo lắng và phải chịu đựng đau đớn trong quá trình can thiệp. Bên cạnh đó, nếu có biến cố nào xảy ra thì dễ dàng kiểm soát và xử trí hiệu quả hơn khi gây mê nội khí quản. Chúng tôi ghi nhận có 33 trường hợp (50,8% mẫu nghiên cứu) là đặt stentgraft động mạch chủ bụng kèm hai động mạch chậu chung. Bên cạnh đó, có khoảng 49,2% mẫu nghiên cứu là có tiến hành đặt ra động mạch chậu ngoài một bên hoặc hai bên. Việc chọn lựa vùng hạ đặt của chi hoàn toàn phụ thuộc vào các yếu tố như kích thước, giải phẫu và khả năng thiếu máu nuôi vùng tiểu khung. Hầu hết chúng tôi dùng amplatzer để bít động mạch chậu trong, chiếm

40% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng dùng Coil để bít động mạch chậu trong. Việc dùng dụng cụ nào tùy thuộc vào tình hình thực tế tại cơ sở đó. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy Amplatzer có ưu điểm là chắc chắn và độ bít lòng động mạch nhanh chóng hơn. Nhược điểm là phải dùng sheath dài cong đi từ động mạch đùi đối bên đi vào trong chậu trong, điều này gây nhiều khó khăn và cũng mất nhiều thời gian trong quá trình can thiệp. Còn Coil thì đơn giản hơn với catheter, có thể đi trực tiếp từ động mạch đùi cùng bên. Nhược điểm, khó bung ra và độ thông mạch còn nhìn thấy sau khi bung bít động mạch chậu.

Thời gian can thiệp trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 105 phút. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [3], [4]. Thời gian nằm viện trung bình 3 ngày sau can thiệp. Qua đây cho thấy phương pháp can thiệp nội mạch đã có thời gian can thiệp ngắn, nằm viện ít ngày và hồi phục nhanh sau can thiệp. Kết quả này phản ánh rõ nét khi so sánh với các kết quả mổ mở có thời gian phẫu thuật và nằm viện kéo dài. Kết quả của tác giả Yei K và cộng sự (2022), nghiên cứu so sánh kết quả lâu dài của phẫu thuật và can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng (N=32760) cũng cho thấy kết quả rằng thời gian can thiệp, thời gian nằm viện ngắn hơn so với phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng [4]. Lượng cản quan chúng tôi dùng cũng rất thấp, trung bình khoảng 64 ml. Kết quả này cho thấy liều dùng cản quan đảm bảo an toàn cho những trường hợp có suy thận mạn và tránh được các biến chứng suy thận cấp xảy ra.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thành công về kỹ thuật chiếm 100 % mẫu nghiên cứu. Biến chứng ghi nhận chiếm tỉ lệ cao gồm suy thận cấp, tu máu và tắc mạch lần lượt chiếm 3,1%; 1,5% và 1,5% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [5], [6]. Tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật của chúng tôi chiếm 1,5% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cho kết quả thấp hơn chúng tôi như tác giả Scallan O và tác giả Chandra V chiếm lần lượt 1% và 2,3% mẫu nghiên cứu [8], [9]. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong trong lúc can thiệp. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận rò ống ghép chiếm 9,2% (6 trường hợp), trong đó rò ống ghép loại I, II và III lần lượt chiếm 4,6% (3 trường hợp), 3,1% (3 trường hợp) và 1,5% (01 trường hợp). Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [4], [6].

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sống còn tại thời điểm 10 năm chiếm 87,7% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cho kết quả thấp hơn nghiên cứu

chúng tôi. Tác giả Chandra V, tác giả Yei K lần lượt chiếm 59% và 41,2%. Biến chứng chiếm tỉ lệ cao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu và rò ống ghép lần lượt chiếm 4,7% và 6,3% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cũng có ít biến chứng như trong nghiên cứu chúng tôi [4], [9]. Qua đây cho thấy, hầu hết các loại rò loại II và III là chúng tôi theo dõi sát chứ không can thiệp gì thêm. Các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chúng tôi tiến hành dùng kháng đông và theo dõi mỗi tháng. Chúng tôi không có trường hợp nào phải đặt lưới lọc dự phòng cho những trường hợp này. Qua đây cho thấy, can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận đã đem lại được hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn và ít biến chứng theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ohki T, Veith FJ, Sanchez LA, Cynamon J, Lipsitz EC, Wain RA, Morgan JA, Zhen L, Suggs WD, Lyon RT.** Endovascular graft repair of ruptured aortoiliac aneurysms. *J Am Coll Surg* 1999;189:102 – 112; discussion 112 – 113.
2. **Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP, Powell JT, Thompson SG;** EVARtrialparticipanst. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:843–848.
3. **Prinssen M, Verhoeven EL, Buth J, Cuypers PW, vanSambeek MR, Balm R, Buskens E, Grobbee DE, Blankensteijn JD;** Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2004;351: 1607 – 1618.
4. **AlOthman O, Bobat S.** Comparison of the short and long- term outcomes of endovascular repair and open surgical repair in the treatment of unruptured abdominal aortic aneurysms: meta-analysis and systematic review. *Cureus*. 2020;12(8):e9683.
5. **Giannopoulos S, Kokkinidis DG, Armstrong EJ.** Long-Term outcomes of endovascular vs open surgical repair for Abdominal Aortic Aneurysms: a meta-analysis of randomized trials. *Cardiovasc Revasc Med*. 2020;21(10):1253-1259.
6. **Bulder. R.M., Bastiaannet. E., Hamming. J.F., & Lindeman. J.H.** (2019). Meta-analysis of long-term survival after elective endovascular or open repair of abdominal aortic aneurysm. *British Journal of Surgery*, 106.
7. **Yei K, Mathlouthi A, Naazie I, Elsayed N,**

**Clary B, Malas M.** Long-term Outcomes Associated With Open vs Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair in a Medicare-Matched Database. *JAMA Netw Open.* 2022 May 2;5(5):e2212081.

**8. Scallan O, Novick T, Power AH, DeRose G, Duncan A, Dubois L.** Long-term outcomes

comparing endovascular and open abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians. *J Vasc Surg.* 2020 Apr;71(4):1162-1168.

**9. Chandra V, Tranq K, Virgin-Downey W, Dalman RL, Mell MW.** Long-term outcomes after repair of symptomatic abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2018 Nov;68(5):1360-1366.

## XỬ TRÍ U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYỀN QUANG

Nguyễn Duy Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Linh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Tuấn Minh<sup>3</sup>, Phan Thúy Quỳnh<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí khối u buồng trứng được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyền Quang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 211 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyền Quang từ ngày 01/01/2018 đến ngày 31/12/2022. **Kết quả:** Thăm khám định kỳ phụ khoa phát hiện 46,4% trường hợp. Phần lớn u buồng trứng có ranh giới u rõ (74,9%), di động dễ (63,5%), nằm ở một bên (91,5%). Tính chất u chủ yếu là trống âm và giảm âm (47,4%) và tỷ lệ có dịch ổ bụng rất ít (3,3%). Phần lớn các trường hợp được tiến hành phẫu thuật nội soi (70,6%), trong đó chủ yếu là phẫu thuật bóc u (68,5%). Nhóm ác tính: 66,7% cắt tử cung – buồng trứng, 33,3% cắt phần phụ. Nhóm lành tính: 58,7% bóc u. Nhóm chưa đủ con có tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao. **Kết luận:** Khối u buồng trứng lành tính chủ yếu được phẫu thuật nội soi và bảo tồn, trong đó nhóm ác tính là mổ mở và phẫu thuật triệt để. Bệnh nhân chưa đủ con được ưu tiên bảo tồn chức năng sinh sản.

**Từ khóa:** phẫu thuật, u buồng trứng

### SUMMARY

#### REVIEW OF SURGICAL STATUS OF OVARIAN TUMOR AT TUYEN QUANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the characteristics and treatment attitudes of ovarian tumor at Tuyen Quang Provincial General Hospital. **Materials and method:** A retrospective study was conducted on 211 patients with ovarian tumor operated at Tuyen Quang Provincial General Hospital from January 01, 2018 to December 31, 2022. **Results:** Routine gynecological

examination detected 46.4% of cases. Of these, 74.9% had clear boundaries, 63.5% were freely mobile, 91.5% were located on one-side. The most morphologic characteristics of ultrasound was anechoic and hypoechoic (47.4%). The rate of laparoscopic surgery was 70.6%, of which mainly was cystectomy (68.5%). Malignant group: 66.7% hysterectomy, 33.3% adnexectomy. Benign group: 58.7% cystectomy. The group with not enough children has a high rate of conservative surgery. **Conclusion:** Benign ovarian tumors were mainly underwent laparoscopic and conservative surgery, while malignant tumors underwent with open and radical. Patients who have not yet had enough children should be protected their reproductive function. **Keywords:** surgery, ovarian tumor.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là khối u thường gặp, ước tính có khoảng 15-20% phụ nữ sẽ xuất hiện u buồng trứng trong đời. Trên thế giới, u biểu mô buồng trứng là loại hay gặp nhất, chiếm khoảng 60% u buồng trứng nói chung và 90% u buồng trứng ác tính nói riêng.<sup>1,2</sup> Dựa vào khả năng tăng sinh, mức độ biệt hoá tế bào và có hay không sự xâm lấn cơ quan, u buồng trứng có thể được phân ra làm: (1) u buồng trứng lành tính, (2) u buồng trứng giáp biên, (3) ung thư buồng trứng.<sup>3</sup> Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới tỉ lệ mới mắc ung thư buồng trứng là 6.6/100.000 dân, tỉ lệ tử vong là 4.2/100.000 dân, Việt Nam có khoảng 1404 trường hợp mới mắc và 923 ca tử vong mỗi năm.<sup>4</sup> U buồng trứng có triệu chứng rất nghèo nàn. Các triệu chứng này lại ít có liên quan đến các hoạt động của buồng trứng, nên thường phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khỏe, siêu âm bụng tổng quát hay phát hiện khối vùng chậu qua khám bụng và phụ khoa. Một số trường hợp có triệu chứng cấp tính như u buồng trứng xoắn, nếu chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn đến hoại tử buồng trứng.

Trước đây, kinh điển xử trí u buồng trứng bằng phẫu thuật mở bụng. Những năm gần đây,

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>BV Đa khoa tỉnh Tuyền Quang

<sup>3</sup>BV Phụ Sản Hà Nội

<sup>4</sup>Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thúy Quỳnh

Email: phanthuyquynh520@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024