

ngày đầu sau phẫu thuật là 71.28 ± 11.08 . Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Wang Bao Jun (2009) điểm Lysholm sau 3 tháng là 78 điểm, thấp hơn trong nghiên cứu của Miguel (2012) quan sát sau 14 tháng sau phẫu thuật điểm Lysholm là 88.6 điểm^{7,8}.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả của nghiên cứu trên cho thấy can thiệp phục hồi chức năng cho bệnh nhân ngay sau phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày Schatzker III, IV giúp cải thiện mức độ đau, tầm vận động và cải thiện chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trọng Thắng.** Đánh giá kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật gãy mâm chày có sử dụng bàn tập chi dưới. Thư viện trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
2. **Arslan A, Polat M, Ciliz A, Utkan A.** Immediate Knee Joint Range of Motion after Stable Fixation of Tibial Plateau Fractures. Open J. Orthop. 2015;

- 05:198–207.
3. **Chen, Hong-Wei; Chen, Chang-Qing; Yi, Xian-Hong.** Posterior tibial plateau fracture: a new treatment-oriented classification and surgical management. International journal of clinical and experimental medicine, 2015, 8.1: 472.
4. **Iliopoulos, Efthymios; Galanis, Nikiforos.** Physiotherapy after tibial plateau fracture fixation: A systematic review of the literature. SAGE Open Medicine, 2020, 8: 2050312120965316.
5. **Kraus, Tobias M., Et al.** Return to sports activity after tibial plateau fractures: 89 cases with minimum 24-month follow-up. The American journal of sports medicine, 2012, 40.12: 2845-2852.
6. **Reátiga Aguilar, Juan, et al.** Epidemiological characterization of tibial plateau fractures. Journal of orthopaedic surgery and research, 2022, 17.1: 106.
7. **Ruiz-Ibán, Miguel Ángel, et al.** Repair of meniscal tears associated with tibial plateau fractures: a review of 15 cases. The American journal of sports medicine, 2012, 40.10: 2289-2295.
8. **Wang Baojun, Wang Baojun; Gao Hua, Gao Hua; Li Yadong, Li Yadong.** Mid-and long-term surgical effect of tibial plateau fractures. 2009.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CHI DƯỚI MẠN TÍNH DO TẮC CHẶC BA ĐỘNG MẠCH CHỦ - CHẬU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015 - 2023

Dương Đức Hùng^{1,2}, Phạm Quốc Hoa², Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng², Dương Ngọc Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý thiếu máu chi dưới do tắc chạc ba động mạch chủ - chậu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015–2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân thiếu máu chi dưới mạn tính do tắc chạc ba động mạch chủ - chậu được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 05 năm 2023. **Kết quả:** Có 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Nam giới chiếm 95,0%, tuổi trung bình $64,6 \pm 9,0$. 30 (50,0%) bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc lá và 29 (48,3%) bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp. Đau cách hồi là lý do vào viện của 86,7% bệnh nhân, 39(65,0%) bệnh nhân ở thiếu máu giai đoạn III, 21(35,0%) bệnh nhân ở giai đoạn IV. 100% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ bụng và mạch máu chi dưới. Phẫu thuật bắc cầu chủ đùi 2 bên bằng đoạn mạch nhân tạo là phương

pháp được sử dụng nhiều nhất với 45(75,0%) bệnh nhân, có 03(5,0%) bệnh nhân tử vong trong 30 ngày sau mổ. Tình trạng thiếu máu chi sau mổ cải thiện rõ rệt. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân mắc bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới do tắc chạc ba động mạch chủ - chậu là nam giới (95,0%), cao tuổi, có tiền sử hút thuốc lá, cao huyết áp. Bệnh nhân thường nhập viện giai đoạn muộn, chụp cắt lớp vi tính đa dãy dựng hình là phương pháp cận lâm sàng quan trọng. Các phương pháp phẫu thuật cho kết quả tốt. **Từ khóa:** Tắc chạc ba động mạch (ĐM) chủ-chậu, Thiếu máu mạn tính chi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF THE SURGICAL TREATMENT FOR LOWER LIMBS ISCHEMIA DUE TO AORTA-ILIAC OCCLUSIVE DISEASES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING THE PERIOD FROM 2015 TO 2023

Purpose: To evaluate the surgical outcomes in the treatment of aorta-iliac occlusive diseases (AIOD) at Viet Duc University Hospital during the period of 2015 to 2023. **Patients and methods:** This was a retrospective descriptive study of patients with chronic lower limb ischemia due to AOID who underwent surgical treatment at Cardiovascular and Thoracic Center, Viet Duc University Hospital, from January 2015 to May 2023. **Results:** There were 60 patients

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

included in the study. Male accounted for 95,0% of the patients, with an average age of 64.6 ± 9.0 years. Among them, 30(50,0%) had a history of smoking, and 29(48,3%) had hypertension. Claudication was the main reason for hospital admission in 86,7% of patients. 39 (65,0%) patients were in stage III and 21 (35,0%) in stage IV ischemia. All patients underwent MSCT angiography to conform diagnosis. Aorto-bifemoral bypass using synthetic grafts was the most frequently performed procedure, conducted in 45 (75,0%) patients. There were 3 (5,0%) deaths within 30 days post-surgery. Overall, postoperative ischemic symptoms showed significant improvement.

Conclusion: The majority of patients with chronic lower limb ischemia due to AIOD are male (95,0%), elderly, with a history of smoking and hypertension. Patients often present to the hospital late, and MSCT angiography is an important diagnostic method. Surgical interventions yield good outcomes.

Keywords: Aorto-iliac occlusive disease, Chronic lower limb ischemia, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

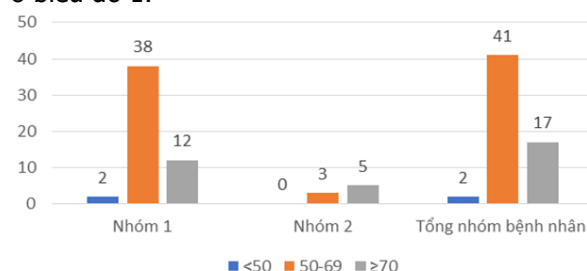
Thiếu máu chi dưới mạn tính (TMCDMT) là tình trạng bệnh lý của động mạch chủ (ĐMC) bụng và các ĐM chi dưới trong đó lòng mạch bị hẹp gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan phía hạ lưu. Thường tổn tắc chạc ba ĐM chủ chậu (Aorto-iliac occlusive disease AIOD) là tổn thương mạch máu khá ít gặp, nằm trong bệnh cảnh mạch máu toàn thân và có liên quan đến các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp (THA), hút thuốc, đái tháo đường (ĐTĐ)... Triệu chứng lâm sàng điển hình gồm đau cách hồi mông và đùi, mất mạch chi dưới 2 bên, suy giảm chức năng tình dục ở nam giới. Tam chứng này được gọi theo tên người đầu tiên mô tả bệnh lý này là Leriche (1879-1955)¹. Phẫu thuật bắc cầu theo giải phẫu và ngoài giải phẫu cho kết quả lâu dài tốt sau 5 năm và 10 năm cao, khả năng áp dụng rộng rãi cho hầu hết các dạng thương tổn ĐMC cũng như tỷ lệ biến chứng sớm và muộn thấp². Mặt khác phẫu thuật bắc cầu động mạch còn giúp bảo tồn các nhánh của ĐMC và động mạch chậu là con đường tuần hoàn trong bệnh lý AOID³. Vì vậy đây vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý này.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích đánh giá kết quả điều trị bệnh lý thiếu máu chi dưới mạn tính do tắc chạc ba động mạch chủ-chậu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2023.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2015 đến tháng 05/2023 có 60 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm phẫu thuật bắc cầu ĐMC - đùi hoặc ĐCM - chậu (nhóm 1) và nhóm phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu (nhóm 2); trong đó 57 BN

nam chiếm 95,0 %. Độ tuổi trung bình $64,6 \pm 9,04$. Phân bố BN theo nhóm tuổi được trình bày ở biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tỉ lệ nhóm tuổi (N=60)

Các đặc điểm tiền sử bệnh và tiền sử hút thuốc lá được trình bày ở bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử bệnh lý và sử dụng thuốc lá (N=60)

Các đặc điểm tiền sử bệnh		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	Tổng BN (n,%)
THA	Nhóm 1	24	46,2	30(50,0%)
	Nhóm 2	6	75,0	
Hút thuốc lá	Nhóm 1	25	48,1	29(48,3%)
	Nhóm 2	4	50,0	
Đái tháo đường	Nhóm 1	8	15,4	10(16,7%)
	Nhóm 2	2	25,0	
Tai biến mạch não	Nhóm 1	7	13,5	10(16,7%)
	Nhóm 2	3	37,5	
Bệnh mạch vành	Nhóm 1	2	3,8	2(3,3%)
	Nhóm 2	0	0	
Ngoại khoa	PT ổ bụng	8	13,3	26(43,3%)
	PT khác	18	30,0	

Đa số bệnh nhân đến viện giai đoạn muộn với các đặc điểm lâm sàng được trình bày bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước mổ (N=60)

Đặc điểm lâm sàng		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	Tổng số
Lý do vào viện	Đau cách hồi chi	52	86,7	60
	Loét mủm cụt	8	13,3	
Vị trí đau	1 chân	20	33,3	60
	2 chân	32	53,3	
Giai đoạn thiếu máu chi	Giai đoạn I	0	0	60
	Giai đoạn II	0	0	
	Giai đoạn III	39	65,0	
	Giai đoạn IV	21	35,0	

Các thăm dò cận lâm sàng trước mổ được trình bày bảng 3

Bảng 3. Thăm dò chẩn đoán hình ảnh trước mổ (N=60)

Thăm dò	Giá trị	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	Tổng số
Chụp MSCT	Có	60	100	60
	Không	0	0	
Siêu âm mạch	Có	60	100	60

chi dưới	Không	0	0	60
Chụp mạch qua da	Có	1	1,7	
	Không	59	98,3	
Chụp vành	Có	46	76,7	60
	Không	14	23,3	

Siêu âm doppler mạch chi dưới và chụp MSCT mạch máu là 2 xét nghiệm được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu. Chụp mạch qua da được chỉ định khá hạn chế với 01 trường hợp. Chụp vành là xét nghiệm được chỉ định cho 76,7% số bệnh nhân. Phân bố tổn thương mạch máu toàn thân ở các Bn nghiên cứu được trình bày bảng 4.

Bảng 4. Vị trí thương tổn động mạch chủ và thương tổn mạch máu phổi hợp (N=60)

Tổn thương	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
ĐMC bụng ngang thận	6	10,0
ĐMC bụng dưới thận	54	90,0
Động mạch vành	38	63,3
Động mạch cảnh	29	48,3
ĐMC ngực	1	1,7
Động mạch thận	10	16,7
Động mạch đùi	47	78,3
Dưới gối	46	76,7
Chi trên	05	8,3

Phần lớn bệnh nhân có tổn thương đoạn ĐMC dưới thận (54 bệnh nhân), động mạch đùi (47 bệnh nhân) và dưới gối (46 bệnh nhân) phổi hợp. Tình trạng bệnh nhân trước mổ được đánh giá theo thang điểm ASA (American society of anesthesiology) và được trình bày bảng 5.

Bảng 5. Phân loại ASA⁴ trước mổ (N=60)

Phân loại ASA	ASA II	ASA III	ASA IV	Tổng (n;%)
Nhóm 1	31(59,6%)	21(40,4%)	0(0%)	52(100%)
Nhóm 2	0(0%)	5(62,5%)	3(37,5%)	8(100%)
Tổng	31(51,7%)	26(43,3%)	3(5,0%)	60(100%)

Các bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu ĐMC - chậu, chủ - đùi thuộc nhóm ASA II, ASA III. Còn nhóm phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu đều thuộc phân loại ASA III và ASA IV. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm phẫu thuật được trình bày bảng 6.

Bảng 6. Một số đặc điểm phẫu thuật (N=60)

Đặc điểm phẫu thuật		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	Tổng số
Tính chất phẫu thuật	Mổ cấp cứu	3	5,0	60
	Mổ plann	57	95,0	
Vị trí cầu	Chủ - đùi 2 bên	45	75,0	60
	Chủ - chậu 2 bên	4	6,7	

nối	Chủ - chậu và chủ - đùi	3	5,0	60
	Nách đùi-đùi đùi	5	8,3	
	Nách đùi	3	5,0	
Vật liệu làm cầu nối	Mạch thường	54	90,0	60
	Mạch xoắn	5	8,3	
	Mạch tráng bạc	1	1,7	

Có 57 bệnh nhân mổ theo chương trình, phẫu thuật bắc cầu ĐMC đùi 2 bên được chỉ định nhiều nhất với 45 bệnh nhân, đa số các trường hợp được sử dụng mạch nhân tạo thường. 03 bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu do vào viện trong tình trạng thiếu máu bán cấp, trong đó có 02 bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu ĐMC - đùi 2 bên và 01 bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu.

Bảng 7. Kết quả sớm sau phẫu thuật (N=60)

Kết quả		Nhóm 1	Nhóm 2	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Tốt		43	6	49	81,7
Biến chứng	Nhiễm trùng	2	0	2	3,3
	Chảy máu	1	0	1	1,7
	Tắc cầu nối	1	1	2	3,3
	Tử vong trong 30 ngày	2	1	3	5,0
	Rò bạch huyết	3	0	3	5,0
	Tổng biến chứng	9	2	11	18,3

Đa số bệnh nhân hậu phẫu có kết quả tốt, rò bạch huyết là biến chứng hay gặp nhất với 3 bệnh nhân (5%). Có 03 BN tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật do sốc nhiễm trùng - viêm phổi và nhồi máu cơ tim.

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật là cách tiếp cận truyền thống để điều trị AIOD. Trong số các kỹ thuật mở, phẫu thuật bắc cầu ĐMC đùi từ lâu đã được coi là tiêu chuẩn vàng để tái thông mạch máu. Kể từ khi Voorhees phát triển mạch nhân tạo vào những năm 1950; bắc cầu động mạch vẫn tiếp tục là phẫu thuật phổ biến nhất được thực hiện cho AIOD⁵.

Đặc điểm dịch tễ. Độ tuổi trung bình là 64,6 ± 9,0, đa phần các bệnh nhân có độ tuổi 50-69 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật nhóm 1 và nhóm 2 không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi (p = 0,088). Phần lớn các bệnh nhân nhóm 1 ở độ tuổi dưới 70 tuổi với 76,9% (40BN). Các bệnh nhân trong nhóm 2 gặp nhiều hơn ở lứa tuổi ≥70 với 62,5% (5BN). Trong nghiên cứu, bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi do bệnh lý Takayasu, lớn nhất là 88 tuổi. Theo thống kê của một số tác giả khác như Sharma⁶, độ tuổi trung bình là 60,5 tuổi; Rocha⁷ là 62,1

tuổi. Các số liệu này tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi và cho thấy đây là bệnh lý chủ yếu gặp ở các bệnh nhân cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ 95,0%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Allen với tỉ lệ bệnh nhân nam là 60,2%⁸. Sự khác biệt này có thể do tại các nước châu Âu, Mỹ, lối sống của phụ nữ cũng không khác biệt so với nam giới: hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích, sử dụng thức ăn nhanh là những yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ xơ vữa mạch máu dẫn đến hiện tượng tắc ĐM.

Trong các yếu tố nguy cơ AOID, THA và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt 30 và 29 Bn chiếm 50% và 48,3%. Tỷ lệ bệnh nhân THA và hút thuốc lá trong nhóm bắc cầu theo giải phẫu và ngoài giải phẫu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,254$ và $p = 1,000$. Đây là những yếu tố nguy cơ có liên quan mật thiết với việc tiến triển bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới do xơ vữa mạch cũng như kết quả của phẫu thuật, bệnh nhân cần được điều trị ổn định các bệnh mạn tính trước khi phẫu thuật và đặc biệt phải ngưng hút thuốc lá.

Phân loại tình trạng sức khỏe bệnh nhân trước phẫu thuật của nhóm bắc cầu ĐMC - chậu, ĐMC - đùi và nhóm bắc cầu ngoài giải phẫu là khác nhau với độ tin cậy 99% khi giá trị $p = 0,000$. Các bệnh nhân bắc cầu ĐMC - chậu, ĐMC - đùi đa phần thuộc ASA II, ASA III, không có bệnh nhân ASA IV nào thuộc nhóm này. Trong khi nhóm phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu đều thuộc phân loại ASA III và ASA IV. Điều này cho thấy phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu là lựa chọn ưu tiên cho những bệnh nhân nguy cơ cao, có bệnh lý toàn thân và tại chỗ, yêu cầu thời gian phẫu thuật nhanh và phẫu thuật ít xâm lấn.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Triệu chứng đau cách hồi chi là triệu chứng đặc trưng của TMCDMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau cách hồi chi là lý do vào viện của 52 bệnh nhân chiếm 86,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Sharma⁶ là 59,3%; 08 bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh khi thăm khám hoặc chậm liền móm loét. Các bệnh nhân đến khám nhập viện đều ở giai đoạn III (65,0%) và giai đoạn IV(35,0%). Điều này có thể do người dân phương Tây thường xuyên theo dõi sức khỏe định kỳ hơn nên phát hiện bệnh sớm hơn. Mặt khác, khi có dấu hiệu đau cách hồi chi, người dân chưa đến viện ngay vì bệnh nhân đa phần là người lớn tuổi, ngại làm phiền người nhà, chỉ khi triệu chứng trầm trọng hoặc loét hoại tử chi mới buộc phải đến bệnh viện. Vì vậy cần tuyên truyền, giáo dục cho bệnh nhân và

người nhà cũng như chiến lược đào tạo bổ sung kiến thức về bệnh lý mạch máu cho nhân viên y tế. Đau cách hồi trong AOID gặp ở 2 chân nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân đau cách hồi 1 chân. Điều này có thể do tình trạng hẹp tắc ĐM ở 2 chân là khác nhau dẫn đến quãng đường đi được đến khi có triệu chứng là khác nhau.

100% số bệnh nhân được làm siêu âm mạch máu và chụp MSCT có dựng hình hệ mạch ĐMC chậu và mạch chi dưới, chỉ có 1 bệnh nhân được chụp mạch qua da. Siêu âm Doppler là phương tiện chẩn đoán không xâm lấn, đơn giản, nhanh, khá chính xác. Xét nghiệm này cho biết chi tiết vị trí, mức độ cũng như nguyên nhân gây thiếu máu chi. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được thực hiện siêu âm doppler mạch trước mổ để đánh giá ĐM chi dưới cũng như mạch máu các vị trí khác trên cơ thể. Chụp MSCT cho chẩn đoán xác định bệnh lý tắc mạn tính chạc ba ĐMC - chậu, vị trí của huyết khối trong lòng ĐMC bụng, tình trạng các ĐM dưới chỗ tổn thương để phẫu thuật viên có thể lên chính xác kế hoạch điều trị, kỹ thuật phẫu thuật. Tuy nhiên, đây là phương pháp xâm lấn và có sử dụng thuốc cản quang. Do đó, trên những bệnh nhân có tình trạng suy thận, suy gan hoặc dị ứng thuốc cản quang, cần cân trọng khi sử dụng phương pháp này. Ngoài ra, có một trường hợp trong nghiên cứu được chụp ĐM chi dưới vì đây là bệnh nhân đã được chỉ định can thiệp qua da để tái thông mạch máu nhưng thất bại.

Các xét nghiệm CDHA cho thấy 6 bệnh nhân (10,0%) có thương tổn ĐMC ngang mức chia ĐM thận, 47 bệnh nhân (78,3%) có thương tổn ĐM đùi, 46 bệnh nhân (76,7%) hẹp tắc dưới gối và 38 bệnh nhân (63,3%) có tổn thương ĐM vành. Kết quả cho thấy bệnh lý này nằm trong bệnh cảnh mạch máu toàn thân và cần có chiến lược điều trị riêng cho từng bệnh nhân với thương tổn cụ thể.



Hình 1. Hình ảnh MSCT tắc chạc ba động mạch chủ chậu

(Bệnh nhân Chu Văn C, Mã BN: 217414)

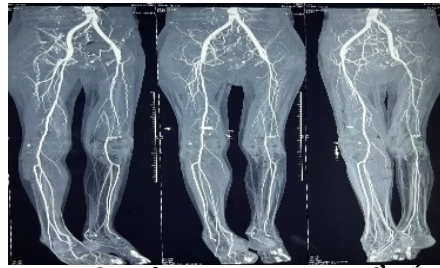
Đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị. Phẫu thuật bắc cầu ĐMC-đùi 2 bên hoặc chủ-chậu 2 bên là phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với 52 bệnh nhân (86,67%). Có 3 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật bắc cầu động mạch nách-đùi, đùi-đùi do mắc các bệnh lý toàn thân nặng, nguy cơ cao cho quá trình gây mê và phẫu thuật kéo dài. Kết quả này minh chứng phẫu thuật bắc cầu ĐMC-đùi hoặc chủ-chậu 2 bên vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý AOID.

Trong nghiên cứu đa phần các bệnh nhân được sử dụng mạch nhân tạo thường với 54 bệnh nhân, 01 trường hợp sử dụng mạch nhân tạo tráng bạc 16-8 do nguy cơ nhiễm trùng, 05 trường hợp bệnh nhân bắc cầu nách-đùi sử dụng mạch PTFE do đường đi của cầu nối dài dễ gập xoắn và việc không thuận lợi về mặt huyết động dễ tạo thành huyết khối gây tắc cầu nối.

Tỷ lệ biến chứng chung giữa 2 nhóm phẫu thuật không có sự khác biệt với $p = 0,631$. Trong nghiên cứu có 03 bệnh nhân (chiếm 5,0%) tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật do sốc nhiễm trùng- viêm phổi và nhồi máu cơ tim. Đây là những bệnh nhân già yếu hoặc có bệnh lý nền trước phẫu thuật. Kết quả này của Vries và Hunink⁹ là 4,8%, của Sharma⁶ là 0,8%. Biến chứng hay gặp nhất là rò bạch huyết (3 bệnh nhân chiếm 5,0%) do động mạch chủ bụng dưới thận và động mạch đùi 2 bên là những vùng rất giàu hạch bạch huyết. Các biến chứng này là nguyên nhân kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân. Có 03 bệnh nhân phải mổ lại, trong đó 02 bệnh nhân tắc cầu nối phải mở động mạch lấy huyết khối, 01 bệnh nhân chảy máu cần phẫu thuật cầm máu miệng nối. Tình trạng bệnh nhân và chi thể sau mổ lại ổn định.



Hình 2. Hình ảnh trong miệng nối bằng đoạn mạch nhân tạo Dacron chữ Y 16-8
(Bệnh nhân Cao Phi Y, Mã BN: 490963)



Hình 3: Hình ảnh MSCT sau mổ bắc cầu động mạch chủ - đùi 2 bên
(Bệnh nhân Đỗ Văn C, Mã BN: 43169)

IV. KẾT LUẬN

TMCDMT 2 bên do AIOD là bệnh lý ít gặp, nằm trong bệnh cảnh mạch máu toàn thân. Việc chẩn đoán và điều trị vẫn còn nhiều khó khăn. Vì vậy tuyên truyền, thay đổi nhận thức của người dân cũng như đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của các cán bộ, nhân viên y tế là việc hết sức quan trọng. Phẫu thuật bắc cầu ĐMC-đùi hoặc chủ-chậu 2 bên là phẫu thuật kinh điển điều trị bệnh lý này. Phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu có thể chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân già yếu, nguy cơ cao về gây mê và phẫu thuật. Kết quả sớm sau phẫu thuật là khả quan với tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leriche R, Morel A.** The Syndrome of Thrombotic Obliteration of the Aortic Bifurcation. *Annals of Surgery.* 1948;127(2):193-206.
2. **Brewster DC.** Current controversies in the management of aortoiliac occlusive disease. *Journal of Vascular Surgery.* 1997;25(2):365-379.
3. **Ahmed S, Raman SP, Fishman EK.** CT angiography and 3D imaging in aortoiliac occlusive disease: collateral pathways in Leriche syndrome. *Abdom Radiol.* 2017;42(9):2346-2357.
4. **Statement on ASA Physical Status Classification System.** Accessed June 18, 2024.
5. **Choudhry AJ, Shaw PM.** Endovascular Aorto-Iliac Reconstruction vs. Aortobifemoral Bypass as First Choice for a Durable Revascularization for Aorto-Iliac Occlusive Disease. *Vasc Endovascular Surg.* 2023;57(1):88-92.
6. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, et al.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *Journal of Vascular Surgery.* 2018;68(6):1796-1804.e2.
7. **Rocha-Neves J, Ferreira A, Sousa J, et al.** Endovascular Approach Versus Aortobifemoral Bypass Grafting: Outcomes in Extensive Aortoiliac Occlusive Disease. *Vasc Endovascular Surg.* 2020;54(2):102-110.
8. **Allen AJ, Russell D, Lombardi ME, et al.** Gender Disparities in Aortoiliac Revascularization in Patients with Aortoiliac Occlusive Disease. *Ann Vasc Surg.* 2022;86:199-209.
9. **Vries SO de, Hunink MGM.** Results of aortic bifurcation grafts for aortoiliac occlusive disease: A meta-analysis. *Journal of Vascular Surgery.* 1997;26(4):558-569.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÁC BỆNH NHÂN RÒ HẬU MÔN PHẦN CAO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Văn Vinh¹, Lê Tư Hoàng², Đặng Quốc Ái^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của những người bệnh rò hậu môn phần cao được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (1/2020 – 6/2023). **Đối tượng và phương pháp:** mô tả hồi cứu cắt ngang trên 152 bệnh nhân rò hậu môn phần cao được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $44,86 \pm 13,76$; độ tuổi chiếm nhiều nhất là 21-60 chiếm 80,92%. Bệnh hay gặp ở nam giới chiếm 141/152 BN (92,76%). Thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm 77,33%. Có 45,39% bệnh nhân đã phẫu thuật từ 1 lần trở lên. Tỷ lệ rò xuyên cơ thắt cao chiếm 91,45%. Biến chứng sau mổ: 1,33% bệnh nhân bị chảy máu sau mổ, 8,67% phải thông tiểu, 3,33% viêm tấy lan tỏa. Thời gian liền sẹo trung bình là $7,06 \pm 3,11$ tuần; $p < 0,05$. Kết quả chung cho thấy tỉ lệ tốt là 81,58%; trung bình là 16,45% và kém là 1,97%. Sự khác biệt kết quả chung theo phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Rò hậu môn phần cao là loại điều trị khó, cần được chẩn đoán sớm và điều trị chăm sóc phù hợp. Thời gian từ khi phẫu thuật đến liền sẹo hoàn toàn trung bình là $7,06 \pm 3,11$ tuần.

Từ khóa: Rò hậu môn, rò hậu môn phần cao, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIGH ANAL FISTULA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of surgical treatment of patients with high anal fistula treated surgically at Viet Duc University Hospital (January 2020 - June 2023). **Subjects and methods:** retrospective cross-sectional description of 152 patients with high anal fistula treated surgically at Viet Duc Hospital from January 2020 to June 2023. **Results:** Mean age 44.86 ± 13.76 ; The largest age group is 21 -60, accounting for 80.92%. The disease is common in men, accounting for 141/152 patients (92.76%). Disease duration is less than 6 months, accounting for 77.33%. There are 45.39% of patients had surgery 1 time or more. The rate of transsphincteric fistula is high, accounting for 91.45%. Postoperative complications: 1.33% of patients had

bleeding after surgery, 8.67% had to be catheterized, and 3.33% had diffuse inflammation. The average healing time is 7.06 ± 3.11 weeks; $p < 0.05$. The overall results showed a good rate of 81.58%; average is 16.45% and poor is 1.97%. The difference in overall results according to surgical method is statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** High anal fistula is difficult to treat and requires careful monitoring and dressing changes. Opening the fistula is the main method of treatment. The average time from surgery to complete scar healing was 7.06 ± 3.11 weeks. **Keywords:** Anal fistula, high anal fistula, Viet Duc University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn (RHM) là nhiễm khuẩn khu trú, mà điểm khởi phát là những nhiễm khuẩn bắt nguồn từ một trong những tuyến Hermann – Desfosses nằm ở hốc hậu môn trên đường lược, gọi là những lỗ nguyên phát hay lỗ trong. Bệnh không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng lại ảnh hưởng nhiều đến công việc và chất lượng cuộc sống của người bệnh¹.

Ở loại rò cao, lỗ rò thường đi qua hoặc trên nhiều sợi cơ, lộ trình của nó có thể phức tạp hơn và xa rìa hậu môn hơn. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đang sử dụng một số kỹ thuật mổ từ kinh điển đến mới được phát triển gần đây, mục đích cuối cùng là để đạt hiệu quả điều trị cao nhất và giảm thiểu rủi ro cho người bệnh. Phẫu thuật vẫn đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị, mặc dù vẫn không tránh khỏi có tỉ lệ tái phát, tái biến hoặc biến chứng². Có nhiều báo cáo kết quả phẫu thuật điều trị, chủ yếu về bệnh lý rò hậu môn nói chung, nhưng có khá ít các nghiên cứu riêng rẽ về chẩn đoán và điều trị về các thể RHM cụ thể, đặc biệt là nhóm rò phần cao. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của những người bệnh rò hậu môn phần cao được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (1/2020 – 6/2023).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân rò hậu môn phần cao được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến hết tháng 06 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu cắt ngang
- Cỡ mẫu: 152

Phân loại rò hậu môn phần cao

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện E - Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Vinh

Email: bstranvanvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.9.2024