

nhóm IDA [8]. Tuy nhiên, nhóm thalassemia có sự khác biệt về tuổi trung vị so với nghiên cứu của tác giả Yeter D.K. Điều này có thể do khác biệt về tần suất bệnh thalassemia giữa các khu vực địa lý khác nhau trên thế giới [6], [8].

Khi khảo sát về đặc điểm giới tính ở đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,4% cao hơn so với nữ là 34,6%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ cũng ghi nhận tương tự trong nhóm trẻ thiếu máu thiếu sắt và thalassemia. Theo nghiên cứu của tác giả Yeter D.K. ở trẻ em, tỷ lệ nam chiếm 51,5% cao hơn nữ là 48,5% trong nhóm thalassemia, tỷ lệ nam bằng với nữ (50%) trong nhóm IDA. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Yeter D.K. Điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu trong nghiên cứu [8].

4.2. Một số đặc điểm huyết học ở trẻ em thiếu máu thiếu sắt và thalassemia.

Nghiên cứu ghi nhận số lượng hồng cầu (RBC), nồng độ hemoglobin (Hb), huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH), nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC) và nồng độ ferritin ở nhóm thiếu máu thiếu sắt thấp hơn so với nhóm thalassemia, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Yeter D.K. ở trẻ em tại Thổ Nhĩ Kỳ năm 2020 [8].

Khi khảo sát thể tích trung bình hồng cầu (MCV), nghiên cứu ghi nhận giá trị MCV ở nhóm thiếu máu thiếu sắt tương đương với nhóm thalassemia, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Dài phân bố kích thước hồng cầu (RDW) ở nhóm thiếu máu thiếu sắt cao hơn đáng kể so với nhóm thalassemia, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này phù hợp với nguyên nhân gây thiếu máu ở nhóm thiếu máu thiếu sắt do thiếu nguyên liệu tổng hợp hemoglobin chính là sắt. Hồng cầu được sản xuất trong điều kiện thiếu nguyên liệu tổng hợp sẽ dẫn đến sự đa dạng về kích thước và hình thái. Chỉ số RDW được sử dụng nhiều trong chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt và thalassemia [4], [7], [8].

4.3. So sánh chỉ số huyết sắc tố hồng cầu lưới và một số thông số hồng cầu mở rộng ở trẻ em thiếu máu thiếu sắt và thalassemia. Khi so sánh huyết sắc tố hồng cầu lưới của 104 trẻ em tham gia nghiên cứu ghi nhận giá trị trung bình CHr của nhóm thiếu máu thiếu sắt là $23,0 \pm 3,7$ pg và $25,0 \pm 2,4$ pg ở nhóm thalassemia. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong nghiên cứu của tác giả tác giả Yeter D.K. ở trẻ em cũng ghi nhận sự khác

biệt tương tự với giá trị CHr trung vị nhóm thiếu máu thiếu sắt và thalassemia lần lượt là 16,1 pg và 20,6 pg. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kadegasem P. ở trẻ em năm 2019 tại Thái Lan với CHr nhóm thiếu máu thiếu sắt là $25,4 \pm 2,7$ pg và thalassemia là $26,7 \pm 2,4$ pg [6], [8].

Khi so sánh các thông số %Micro, %Hypo, MH chúng tôi ghi nhận giá trị trung vị của thông số %Micro ở nhóm trẻ thiếu máu thiếu sắt và thalassemia lần lượt là 44,9 (25,9-67) và 35 (16,2-52,4) với $p < 0,05$. Đối với thông số %Hypo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ giữa nhóm trẻ thiếu máu thiếu sắt và thalassemia có giá trị trung vị lần lượt 50,5 (19,6-78,8) và 10,5 (4,1-18,9). Thông số MH ở nhóm thiếu máu thiếu máu sắt là 0,91 (0,79-1,72) thấp hơn đáng kể so với nhóm thalassemia 3,19 (1,73-5,51), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Cho đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện so sánh chỉ số huyết sắc tố hồng cầu lưới và các thông số hồng cầu mở rộng giữa thiếu máu thiếu sắt và thalassemia ở trẻ em tại Việt Nam và trên thế giới. Chúng tôi kiến nghị cần thực hiện các nghiên cứu ở trẻ em với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với chỉ số CHr, %Micro, %Hypo, MH giữa nhóm trẻ em thiếu máu thiếu sắt và thalassemia. Vì vậy có thể sử dụng chỉ số CHr và các thông số hồng cầu mở rộng trong chẩn đoán phân biệt thiếu máu thiếu sắt và thalassemia ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thu Cúc (2018)**. Thực trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại phòng khám dinh dưỡng bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Triệu Vân, Ngô Mạnh Quân, Ngô Huy Minh, Nguyễn Ngọc Dũng, Lê Xuân Hải, Dương Quốc Chính, Nguyễn Anh Trí, Bạch Quốc Khánh (2021)**. "Tổng quan thalassemia, thực trạng, nguy cơ và giải pháp kiểm soát bệnh thalassemia ở Việt Nam". Tạp chí Y học Việt Nam, 502(Chuyên đề), tr.3-16.
3. **Nguyễn Thị Mai Hương (2023)**. "Tiếp cận chẩn đoán thiếu máu ở trẻ em". Tạp chí Nhi khoa, 16(5), tr.91-98.
4. **Trần Thị Anh Loan, Trần Thành Vinh, Hồ Trọng Toàn, Phó Phước Sương, Nguyễn Ngọc Vân Anh và cộng sự (2019)**. "Nghiên cứu các thông số của hồng cầu và hồng cầu lưới trên bệnh nhân thiếu máu do thiếu sắt và thalassemia". Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 23(6), tr.343-348.

5. Lê Thị Hoàng Mỹ, Võ Thành Trí, Trần Thị Thuỳ Dung, Nguyễn Thị Kiều Trang (2024). "Đặc điểm kiểu gen và kiểu hình huyết học bệnh hemoglobin H không mất đoạn". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 71, tr166-173.
6. Kadegasem P., Songdej D., Lertthammakiat S., Chuansumrit A., Paisooksantivatana K., Mahaklan L., Wongwerawattanakoon P., Tangbubpha N., Sirachainan N. (2019). "Reticulocyte hemoglobin equivalent in a thalassemia-prevalent area". *Pediatr Int*, 61(3), pp.240-245. <https://doi.org/10.1111/ped.13775>.
7. Kılıç M., Özpınar A., Serteser M., Kilercik M., Serdar M. (2022). "The effect of reticulocyte hemoglobin content on the diagnosis of iron deficiency anemia: A meta-analysis study". *Journal of medical biochemistry*, 41(1), pp.1-13. <https://doi.org/10.5937/jomb0-31435>.
8. Yeter D.K., Konca A. (2020). "Reticulocyte hemoglobin equivalent in differential diagnosis of iron deficiency, iron deficiency anemia and β thalassemia trait in children." *Turkish Journal of Biochemistry*, 46(1), pp. 45-51. <https://doi.org/10.1515/tjb-2020-0277>.

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH VỚI CỔ TÚI PHÌNH KHÔNG THUẬN LỢI

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Văn Quảng¹, Phan Sơn An¹,
Nguyễn Hữu Thao¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Can thiệp động mạch chủ bụng có cổ túi phình không thuận lợi vẫn còn được xem là một thách thức. Hiện nay, còn ít nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận với cổ túi phình không thuận lợi. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị chu phẫu, trung hạn can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ 05/2012 đến 08/2023, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Có 92 bệnh nhân phình động mạch chủ bụng được điều trị can thiệp có cổ túi phình không thuận lợi đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $73,8 \pm 7,2$ tuổi, nam giới chiếm ưu thế (nam/nữ = 3,4/1). Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao 91,3%. Tỷ lệ tử vong sớm thấp 1,1%. Tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận trường hợp biến cố tim mạch, hô hấp giai đoạn chu phẫu. Biến chứng suy thận ghi nhận: 7,6%, đặc biệt đối với những trường hợp có làm thêm phương pháp ống khói. Rò nội mạch sớm thấp 7,6%. Tất cả đều được can thiệp lại bằng can thiệp nội mạch. Rò nội mạch loại I muộn 4,3%. Tỷ lệ tử vong trung hạn là 10,9%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi, có tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao. **Từ khóa:** Phình động mạch chủ bụng, đặt ống ghép nội mạch, cổ không thuận lợi. **Từ viết tắt:** CTL: cổ thuận lợi, CKTL: cổ không thuận lợi, CLVT: cắt lợp vi tính

SUMMARY

EXPERIENCE OF TREATMENT OF INFRARENAL

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: Nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM WITH HOSTILE NECKS BY ENDOVASCULAR INTERVENTION AT CHO RAY HOSPITAL

Introduction: Treatment of abdominal aortic aneurysms with hostile necks remains a challenge. Currently, few studies have evaluated the results of treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysms with hostile necks. **Objective:** Evaluation of perioperative and mid-term outcomes of endovascular intervention for infrarenal abdominal aortic aneurysm with hostile necks. **Patients and methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from May 2012 to August 2023 at the Vascular Surgery Department of Cho Ray Hospital. **Results:** There were 92 patients with abdominal aortic aneurysms treated with unfavorable neck who met the criteria for inclusion in the study. The mean age of the study was 73.8 ± 7.2 years, with a male predominance (male/female = 3.4/1). The technical success rate was high at 91,3%. The early mortality rate was low at 1,1%. The complication rate was low, with no cardiovascular or respiratory events recorded during the perioperative period. Renal failure complications were recorded at 7.6%, especially in cases with additional chimney procedures. Early endoleak was low at 7,6%. All were re-intervened by endovascular intervention. Late type I endoleak 7.5%. The mid-term mortality rate was 10,9%. **Conclusion:** Endovascular intervention for infrarenal abdominal aortic aneurysms can be performed safely and effectively in patients with hostile neck, with a high technical success rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch động mạch chủ đã làm thay đổi đáng kể phương pháp điều trị phình động mạch chủ bụng kể từ khi được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1991. Hiện nay, can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên, hình thái giải phẫu không thuận lợi của túi phình đã

làm hạn chế khả năng áp dụng rộng rãi của phương pháp này và được xem như là "gót chân Achilles". Mặc dù vậy, nhưng không thể bàn cãi sự ưu việt của can thiệp nội mạch. Sự giàu kinh nghiệm của nhà can thiệp, cùng với sự phát triển của ống ghép nội mạch đã đưa đến những kết quả điều trị tốt hơn và vượt qua được giới hạn trước đây của phương pháp này. Nhiều phương pháp bổ sung thêm so với can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng tiêu chuẩn như phương pháp ống khói, mở cửa sổ, sử dụng thêm vít nội mạch nhằm tăng sự ổn định đầu gần cổ túi phình đang dần trở nên phổ biến. Tuy nhiên, can thiệp động mạch chủ bụng có cổ túi phình không thuận lợi vẫn còn được xem là một thách thức. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã tiến hành đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng từ tháng 5/2012 và đã điều trị nhiều trường hợp có cổ túi phình không thuận lợi, thu được hiệu quả can thiệp nội mạch ban đầu rất khả quan. Hiện nay, còn ít nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận với cổ túi phình không thuận lợi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị chu phẫu, trung hạn can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân chẩn đoán xác định phình động mạch chủ bụng dưới thận có giải phẫu túi phình được đo đạc phù hợp với tiêu chuẩn cổ không thuận lợi, được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 5/ 2012 đến 8/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Giả phình động mạch chủ bụng, (2) Phình động mạch chủ bụng nhiễm trùng, (3) Phình động mạch chủ bụng điều trị bằng phương pháp mổ mở, hoặc kết hợp can thiệp và mổ hở, (4) Có tiền căn can thiệp hay mổ mở động mạch chủ bụng.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

- Cổ túi phình được xem là CKTL khi có một trong các yếu tố giải phẫu sau đây:¹ (1) Chiều dài cổ gần túi phình $\leq 15\text{mm}$, (2) Đường kính cổ túi phình $\geq 28\text{mm}$, (3) Cổ gần gấp góc $> 60^\circ$, (4) Vôỉ hoá, huyết khối $\geq 50\%$, (5) Cổ dạng hình nón ngược, (6) Cổ hình chuông, (7) Cổ hình thùng, (8) Cổ hình nón.

- Các kết quả sẽ được phân tích bao gồm:

+ Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: Tuổi, giới, các bệnh kèm theo, đặc điểm cổ túi phình.

+ Đánh giá kết quả sớm (trong vòng 30 ngày) dựa trên các biến số: (1) Các đặc điểm của can thiệp; (2) Tỷ lệ rò nội mạch sớm; (3) Tỷ lệ biến chứng, tử vong sớm; (4) Can thiệp lại, lý do can thiệp lại.

+ Đánh giá kết quả trung hạn (sau 30 ngày) qua các biến số: (1) Tỷ lệ tử vong chung, tử vong do tim mạch, tử vong liên quan phình; (2) Tỷ lệ rò nội mạch muộn, phương pháp xử lý; (3) Tỷ lệ can thiệp lại, lý do can thiệp lại

- Thành công về mặt kỹ thuật: bung ống ghép đúng vị trí, không lấp động mạch thận, không rò nội mạch loại I và III, không tắc ống ghép động mạch chậu.

- Rò nội mạch được định nghĩa khi vẫn còn dòng máu chảy vào bên trong túi phình, ngoài ống ghép sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ. Rò nội mạch sớm là rò được xác định trong lúc can thiệp ngay sau khi bung ống ghép bằng chụp động mạch chủ chậu cản quang và rò sau khi kết thúc can thiệp đến 30 ngày sau can thiệp qua CLVT. Rò nội mạch muộn là rò được phát hiện từ sau 30 ngày trở đi sau can thiệp được xác định thông qua CLVT. Phân loại rò nội mạch: Loại I: Rò từ cổ gần hoặc xa của túi phình (Loại IA là rò từ đầu gần, loại IB là rò từ đầu xa, loại IC là rò từ chỗ làm tắc động mạch chậu chung vào túi phình trong trường hợp đặt ống ghép chủ chậu một bên và làm cầu nối đùi – đùi); Loại II: Rò từ các nhánh động mạch vào túi phình như: động mạch thắt lưng, mạc treo tràng dưới, chậu trong; Loại III: Rò từ chỗ hở giữa các khúc nối của ống ghép; Loại IV: Rò từ các chỗ hở của thân ống ghép; Loại V: Tăng áp lực bên trong túi phình, không thấy rò. Nghiên cứu này tập trung vào rò nội mạch liên quan đến cổ túi phình đó là rò loại IA.

- Tăng kích thước túi phình được định nghĩa khi tăng trên 5mm đường kính ngang túi phình đo trên phim chụp CLVT tại thời điểm kết thúc nghiên cứu so với phim chụp trước can thiệp.

- Phương pháp xử lý rò:

+ Rò nội mạch loại IA trong lúc can thiệp ngay sau khi bung ống ghép: Nong bóng hoặc đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần.

+ Rò nội mạch IA muộn: Đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần hoặc chuyển mổ mở tùy theo chiều dài cổ túi phình từ vị trí ống ghép đến động mạch thận (bên thấp hơn) còn đủ 10mm hay ngắn hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 92 bệnh nhân (71 nam/21 nữ) đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình là $73,8 \pm 7,2$; bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 51

tuổi, lớn tuổi nhất là 91. Bệnh lý kèm phổ biến của hai nhóm bệnh nhân là tăng huyết áp (80,4%) và rối loạn lipid máu (67,4%). Các bệnh lý khác ít gặp hơn bao gồm: bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, suy thận mạn và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	73,8
Nam giới	71	77,2
Tăng huyết áp	74	80,4
Rối loạn lipid máu	62	67,4
Hút thuốc lá	57	62
Đái tháo đường	17	18,5
Bệnh mạch vành	45	48,9
Đặt stent mạch vành	25	27,2
Suy thận mạn	15	16,3
Bệnh mạch máu não	15	16,3
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	14	15,2

Bảng 2: Đặc điểm cổ túi phình

Đặc điểm cổ túi phình	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	Trung bình (mm)
Đường kính (mm)	15	31	20,1 ± 3,4
Chiều dài (mm)	8	64	27,4 ± 14,7
Gập góc (độ)	30	109	69,8 ± 15,9

Về hình dạng cổ túi phình, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận:

Bảng 3: Dạng cổ túi phình

Hình dạng cổ túi phình	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Cổ ngắn	28	26,82
Cổ gập góc	76	82,6
Cổ hình nón	14	15,2
Cổ hình nón ngược	12	13
Cổ hình thùng	3	3,2
Cổ ngắn + gập góc	20	21,7
Đường kính ≥ 28mm	7	7,6

Có 17 bệnh nhân với cổ túi phình vừa ngắn và vừa gập góc chiếm 18,5%. Trong các trường hợp cổ ngắn ghi nhận chiều dài trung bình là: 12,4 ± 2,3 mm; đối với các trường hợp cổ gập góc thì góc trung bình là: 72,3 ± 16,4 độ.

Bảng 4: Đặc điểm can thiệp

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian can thiệp (phút)	156,3 ± 42,7
Lượng cản quang sử dụng (ml)	104,3 ± 18,5
Lượng máu mất (ml)	101,9 ± 82,8
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4,2 ± 2,6
Thành công về mặt kỹ thuật	84 (91,3%)

Trong 92 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, có 84 trường hợp thành công về mặt kỹ thuật, chiếm tỷ lệ 91,3%. Ghi nhận 8 trường hợp không thành công về mặt kỹ thuật: gồm 7 trường

hợp rò nội mạch loại IA và 1 trường hợp rò nội mạch loại III.

Kết quả sớm

Bảng 5: Rò nội mạch trong thời gian theo dõi 30 ngày

Biến chứng	Số trường hợp (N=92)	Tỷ lệ (%)
Loại IA	7	7,6
Loại IB	0	0
Loại II	13	14,1
Loại III	1	1,1
Loại IV	0	0

Biến chứng rò nội mạch sớm được tính từ thời điểm ngay sau mổ đến 30 ngày sau đó. Có 7 trường hợp rò nội mạch loại IA, 2 trường hợp này cổ gập góc nhiều (82 độ và 85 độ); 1 trường hợp rò nội mạch loại III, 13 trường hợp rò nội mạch loại II ngay sau mổ. Trong đó 8 trường hợp rò nội mạch loại IA và loại III được can thiệp nong lại nong bóng cổ gần, và khớp nối giữa các ống ghép. Trong 13 trường hợp rò nội mạch loại II có 3 trường hợp từ động mạch mạc treo tràng dưới còn lại 10 trường hợp từ động mạch đốt sống thắt lưng.

Bảng 6: Các biến chứng sớm và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim	0	0
Viêm phổi	0	0
Suy thận	7	7,6
Lắp động mạch thận	0	0
Suy đa cơ quan	1	1,1
Tụ máu vết mổ	3	3,3
Tắc mạch chi	0	0
Di lệch ống ghép	0	0
Tử vong sớm	1	1,1

Trong 92 trường hợp, không có bệnh nhân nào nhồi máu cơ tim và viêm phổi. Có 7 trường hợp suy thận cấp, chiếm tỷ lệ 7,6%; bao gồm 3 bệnh nhân được Chimney động mạch thận, 4 bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn 3 trước đó. Các bệnh nhân suy thận, có 2 trường hợp được chạy thận nhân tạo, 5 trường hợp được điều trị nội khoa theo dõi; tuy nhiên chỉ có 3 trường hợp phục hồi và chức năng thận về bình thường trước khi xuất viện.

Không có trường hợp nào thiếu máu chi, tắc ống ghép sau can thiệp. Không có ca nào di lệch ống ghép sau can thiệp. Ba trường hợp tụ máu vết mổ, chiếm tỷ lệ 3,3%. Tuy nhiên vết mổ tụ máu ít, được theo dõi sát và không phải can thiệp cầm máu lại.

Ghi nhận 1 trường hợp suy đa cơ quan, chiếm tỷ lệ 1,1%. Tử vong sớm trong bệnh viện

có 1 trường hợp, bệnh nhân được đặt ống ghép nội mạch chủ - chậu 2 bên, Chimney vào cả 2 động mạch thận, trong phẫu thuật bệnh nhân ổn định, không rò ống ghép nội mạch, lượng máu mất là 400ml, lượng nước tiểu sau phẫu thuật là 700ml, tổng lượng cân quang sử dụng là 250ml, thời gian phẫu thuật là 420 phút. Thời gian hậu phẫu, bệnh nhân suy thận cấp nặng hơn, không có nước tiểu, diễn tiến nặng dần suy đa cơ quan và tử vong trong lúc nằm viện.

Kết quả trung hạn

Bảng 7: Tỷ lệ rò nội mạch muộn

Biến chứng	Số trường hợp (N=92)	Tỷ lệ (%)
Loại IA	4	4,3
Loại IB	1	1,1
Loại II	8	8,7
Loại III	0	0
Loại IV	0	0

Trong thời gian theo dõi trung hạn, ghi nhận có 13 trường hợp bệnh nhân rò nội mạch, chiếm 14,1% các bệnh nhân trong nghiên cứu được theo dõi tiếp tục. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào di lệch ống ghép. Có 5 trường hợp tăng kích thước túi phình. Đặc biệt chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp nhiễm trùng ống ghép sau 27 tháng, thấy có hình ảnh khí dịch tụ quanh ống ghép nội mạch, tuy nhiên chưa có bất kỳ biến chứng hay triệu chứng lâm sàng nào.

Trong thời gian theo dõi, chúng tôi ghi nhận có 10 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 10,9%. Trong 10 trường hợp tử vong trong quá trình theo dõi: có 2 trường hợp tử vong vì nguyên nhân tai biến mạch máu não, 6 trường hợp tử vong vì nguyên nhân tim mạch và 1 trường hợp tử vong vì viêm phổi nặng tại tháng thứ 2, có 1 trường hợp tử vong liên quan đến phình.

IV. BÀN LUẬN

Về phương diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước can thiệp, kết quả của chúng tôi ghi nhận được bệnh nhân phình động mạch chủ bụng trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình cao (>70 tuổi), nam giới chiếm ưu thế. Các bệnh lý kèm theo phổ biến là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh mạch vành. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Trong các nghiên cứu trước đây, cổ túi phình không thuận lợi được xem như là nguyên nhân chính của hơn 60% bệnh nhân không được can thiệp động mạch chủ bụng. Trong các đặc điểm của cổ túi phình, chiều dài cổ, góc cổ, hình dạng cổ và đường kính cổ là những đặc điểm quan trọng nhất khi tính toán và tiên lượng cho phẫu

thuật.² Chiều dài cổ túi phình của chúng tôi ghi nhận kết quả trung bình là 27,4mm. Trong khi theo nghiên cứu của tác giả Torsello³ cùng cộng sự báo cáo tại Đức ghi nhận chiều dài cổ túi phình trung bình là 13,1mm; hay của tác giả Setacci⁴ tại Ý là 10,56mm và của tác giả Matsagkas⁵ cùng cộng sự báo cáo tại Hy Lạp là 6,1 mm. Sở dĩ có sự khác biệt lớn về chiều dài trung bình cổ túi phình vì tại trung tâm của chúng tôi mới chỉ áp dụng kĩ thuật Chimney, chưa thực hiện các kĩ thuật mở lỗ hay ống ghép có nhánh như các trung tâm lớn của các tác giả khác. Vì vậy sự lựa chọn bệnh nhân có chiều dài cổ túi phình ngắn của chúng tôi cũng được xem xét rất kĩ lưỡng. Ngoài ra, báo cáo của tác giả Matsagkas cùng cộng sự chỉ xét trên các bệnh nhân có chiều dài cổ túi phình ngắn vì vậy chiều dài trung bình thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Góc gập của túi phình trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 69,8 độ, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Torsello (60,3 độ) nhưng có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Setacci tại Ý (37,67 độ) và của tác giả Matsagkas tại Hy Lạp (26,6 độ). Bệnh nhân đến với chúng tôi thường khi đã có triệu chứng đau bụng rõ, kích thước khối phình thường to, vì vậy động mạch chủ cũng dẫn và ngoằn ngoèo hơn. Về đường kính của cổ túi phình chúng tôi nhận thấy kết quả của mình cũng khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác.

Qua kết quả so sánh ta có thể thấy, can thiệp nội mạch có tỷ lệ thành công về mặt kĩ thuật rất cao. Theo một nghiên cứu gần đây vào năm 2022 của tác giả M.B.Batenburg⁶ ghi nhận tỷ lệ thành công về mặt kĩ thuật là 93,3%, và tỷ lệ này không có sự khác biệt giữa các nhóm chiều dài cổ túi phình. Còn tại Anh, tác giả Stather¹ cùng cộng sự ghi nhận tỉ lệ thành công về mặt kĩ thuật lên đến 98%. Hay tác giả Torasello³ ghi nhận tỷ lệ này là 96,4%. Cả hai nghiên cứu này cũng đều cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm cổ không thuận lợi và thuận lợi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ thành công về mặt kĩ thuật là 91,3%, tương đồng với các tác giả khác. Riêng xét về các trường hợp được thực hiện thêm kĩ thuật ống khói trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thành công về mặt kĩ thuật rất khả quan là 100%. Theo nghiên cứu PERICLES⁷, ghi nhận tỷ lệ thành công về mặt kĩ thuật rất cao lên đến 97,1%.

Rò nội mạch cho đến nay vẫn là một trong vấn đề quan trọng trong can thiệp nội mạch động mạch chủ. Mặc dù biến chứng rò nội mạch loại IA cao hơn ở nhóm cổ ngắn đơn thuần, tuy nhiên, khi xét đến tổng thể nhóm bệnh nhân có

CKTL và CTL, các khác biệt hầu hết không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này. Các nghiên cứu trên thế giới cũng kết luận rằng việc khó khăn trong can thiệp ở nhóm bệnh nhân có giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi khó hơn nhóm có CTL là điều đương nhiên. Cùng với sự phát triển của các dụng cụ can thiệp phù hợp với đặc điểm giải phẫu, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, những khó khăn hầu như có thể giải quyết được, các biến chứng có thể được hạn chế và kiểm soát khi bệnh nhân được theo dõi tốt sau can thiệp. Nghiên cứu của Dillavou và cộng sự kết luận rằng không có sự khác biệt giữa tỷ lệ các biến chứng sớm hoặc muộn trên hai nhóm bệnh nhân. Tác giả Robbins và cộng sự cũng kết luận tương tự, tuy nhiên, nhóm CKTL có tỷ lệ dùng thêm các ống ghép bổ sung, nong bóng hơn nhiều so với nhóm CTL.⁸

Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá mức độ an toàn trong giai đoạn hậu phẫu sớm của can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng so với mổ mở. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của bệnh nhân được can thiệp động mạch chủ thấp hơn so với mổ mở. Theo nghiên cứu gộp của tác giả Antoniou và cộng sự tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 2% đối với nhóm cổ không thuận lợi, và không có sự khác biệt của cả 2 nhóm cổ thuận lợi và không thuận lợi. Còn tác giả Stather và cộng sự cũng so sánh giữa cổ thuận lợi và không thuận lợi; ghi nhận tỷ lệ tử vong trong 30 ngày lần lượt là 1,1% và 0,5%; không có sự khác biệt có ý nghĩa. Nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tỷ lệ này là 1,1%; đây là trường hợp cổ túi phình rất ngắn phải đặt theo phương pháp ống khối cả 2 động mạch thận; trong quá trình hậu phẫu bệnh nhân rơi vào tình trạng suy đa cơ quan dẫn đến tử vong. Theo các nghiên cứu của tác giả, tỷ lệ những biến chứng sớm khác như: nhồi máu cơ tim, đột quỵ hay suy thận cấp không có sự khác biệt giữa nhóm cổ thuận lợi và không thuận lợi.¹

Về tỷ lệ tử vong trung hạn, nghiên cứu 199 trường hợp có cổ túi phình không thuận lợi của tác giả P.W. Stather¹ và cộng sự cho thấy sau thời gian theo dõi 50,1 tháng, tỷ lệ tử vong chung là 14,6%, tỷ lệ tử vong liên quan đến túi phình chỉ là 2% và không có sự khác biệt về hai tỷ lệ này so với nhóm có cổ túi phình thuận lợi. Hay theo nghiên cứu EAGLE⁵, được ghi nhận tổng hợp ở 23 trung tâm tại châu Âu với số lượng bệnh nhân là 150 ghi nhận tỷ lệ tử vong sau 1 năm là 9,3%, tỷ lệ tử vong liên quan đến túi phình là 2,7%. Trong đó so sánh giữa các nhóm cổ túi phình thì không có sự khác biệt giữa nhóm cổ ngắn, cổ trung bình và cổ dài. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những kết quả

khả quan tương tự với tỷ lệ tử vong chung là 12% và có 1 trường hợp (1,1%) tử vong liên quan đến túi phình.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 92 trường hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi chúng tôi rút ra các kết luận: Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi, có tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao. Tuy nhiên, cổ túi phình không thuận vẫn được xem là một thử thách, vì vậy cần phải được tính toán kỹ lưỡng và cá thể hoá trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stather PW, Sayers RD, Cheah A, Wild JB, Bown MJ, Choke E.** Outcomes of endovascular aneurysm repair in patients with hostile neck anatomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* Dec 2012;44(6):556-61. doi:10.1016/j.ejvs.2012.10.003
2. **Aburahma AF, Campbell JE, Mousa AY, et al.** Clinical outcomes for hostile versus favorable aortic neck anatomy in endovascular aortic aneurysm repair using modular devices. *J Vasc Surg.* Jul 2011;54(1):13-21. doi:10.1016/j.jvs.2010.12.010
3. **Torsello G, Troisi N, Donas KP, Austermann M.** Evaluation of the Endurant stent graft under instructions for use vs off-label conditions for endovascular aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* Aug 2011; 54(2):300-6. doi:10.1016/j.jvs.2010.12.062
4. **Setacci F, Sirignano P, de Donato G, et al.** AAA with a challenging neck: early outcomes using the Endurant stent-graft system. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* Sep 2012;44(3):274-9. doi:10.1016/j.ejvs.2012.04.031
5. **Matsagkas M, Kouvelos G, Peroulis M, et al.** Standard endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms in patients with very short proximal necks using the Endurant stent graft. *J Vasc Surg.* Jan 2015; 61(1):9-15. doi:10.1016/j.jvs.2014.07.002
6. **van Basten Batenburg M, Mannetje YW, van Sambeek MRHM, et al.** Editor's Choice – Endurant Stent Graft in Patients with Challenging Neck Anatomy "One Step Outside Instructions for Use": Early and Midterm Results from the EAGLE Registry. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery.* 2022/12/01/ 2022; 64(6): 611-619. doi:https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.08.002
7. **Donas KP, Lee JT, Lachat M, Torsello G, Veith FJ.** Collected world experience about the performance of the snorkel/chimney endovascular technique in the treatment of complex aortic pathologies: the PERICLES registry. *Ann Surg.* Sep 2015;262(3):546-53; discussion 552-3. doi:10.1097/sla.0000000000001405
8. **Silingardi R, Tasselli S, Gennai S, Saitta G, Coppi G.** Thoracic Endograft for Abdominal Aortic Aneurysms, an Unusual Application for Severe Neck Angulation: Case Report and Literature Review. *Vascular.* 2010/04/01 2010;18(2):102-105. doi:10.2310/6670.2009.00054