KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ SAU PHÚC MẠC VÀ ĐƯỜNG MỔ XUYÊN PHÚC MẠC

Trần Minh Bảo Luân[1,2], Trương Đình Đức Anh[1], Trần Thanh Vỹ[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận qua đường mổ sau phúc mạc và xuyên phúc mạc. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Lồng ngực – Mạch Máu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong thời gian từ 01/2015 tới tháng 03/2023, có 79 bệnh nhân được chia làm hai nhóm: nhóm phẫu thuật đường sau phúc mạc có 26 bệnh nhân, nhóm phẫu thuật đường xuyên phúc mạc có 53 bệnh nhân. Trong đó: 60 nam, 19 nữ; Tuổi trung bình 68,6 ± 9,46 (31-86); Đường kính túi phình trung bình nhóm 1: 5,7 ± 1,2 (4,2-8,8), nhóm 2: 5,4 ± 1,1 (4,0 – 8,8). Vị trí kẹp động mạch chủ dưới 2 động mạch thận chiếm đa số 66 trường hợp (83,5%). Thời gian kẹp động mạch chủ 44,4 ± 24,2 (20-210) phút. Thời gian phẫu thuật 225,2 ± 59,6 (130-390 phút). Biến chứng sau phẫu thuật: tim mạch 5 trường hợp (6,3%), hô hấp 13 trường hợp (16,5%), tổn thương thận cấp 18 trường hợp (22,7%), tiêu hóa 11 trường hợp (13,9%), Chảy máu 5 trường hợp (6,3%), tắc mạch chi 2 trường hợp (2,5%). Tử vong 2 trường hợp (2,5%) đều ở nhóm đường mổ xuyên phúc mạc: 1 trường hợp diễn tiến suy đa cơ quan và 1 trường hợp suy hô hấp do hít sặc. **Kết luận:** Ưu điểm đường mổ sau phúc mạc có thời gian kẹp động mạch chủ ngắn hơn. Cả hai đường tiếp cận đều có kết quả tương đương nhau về thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng sớm và tử vong.

Từ khóa: phình động mạch chủ bụng dưới thận, phẫu thuật bằng đường mổ sau phúc mạc.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS WITH RETROPERITONEAL AND TRANSPERITONEAL INCISION

Objective: Evaluating the results of surgery to treat infrarenal abdominal aortic aneurysm through retroperitoneal and transperitoneal incisions. **Methods:** This is a retrospective study, describing a series of cases conducted at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, University Medical Center, Ho Chi Minh city. **Results:** From January 2015 to March 2023, there were 79 patients divided into two groups: the retroperitoneal surgery group had 26 patients, transperitoneal surgery group had 53 patients. Of which: 60 men, 19 women; Average age 68.6 ± 9.46 (31-86); Average aneurysm diameter in group 1: 5.7 ± 1.2 (4.2-8.8), group 2: 5.4 ± 1.1 (4.0 - 8.8). The location of aortic clamping below the 2 renal arteries accounted for the majority of 66 cases (83.5%). Aortic clamping time 44.4 ± 24.2 (20-210)mins. The mean operation duration 225.2 ± 59.6 (130-390)mins. Postoperative complications: cardiovascular 5 cases (6.3%), respiratory 13 cases (16.5%), acute kidney injury 18 cases (22.7%), gastrointestinal 11 cases (13.9%), Bleeding in 5 cases (6.3%), lower limb arterial embolism in 2 cases (2.5%). There were 2 deaths (2.5%), both in the transperitoneal incision group: 1 case of multi-organ failure and 1 case of respiratory failure due to aspiration pneumonia. **Conclusion:** The advantage of retroperitoneal approach is shorter aortic clamping time. Both approaches have similar results in terms of operative time, blood loss, hospital stay, early complication rates and mortality.

Keywords: Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysms, Retroperitoneal Incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng là tình trạng giãn lớn khu trú một đoạn động mạch chủ bụng với đường kính được xác định tại vị trí có phình lớn hơn 1,5 lần đường kính đoạn động mạch chủ bụng bình thường. Phình động mạch chủ bụng có khuynh hướng lớn dần theo thời gian và diễn tiến đến vỡ phình với nguy cơ tử vong rất cao nếu bệnh không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Điều trị phẫu thuật thay đoạn phình hoặc can thiệp đặt ống ghép nội mạch áp dụng cho túi phình đường kính lớn hoặc túi phình có triệu chứng hay biến chứng. Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng bằng đường mổ xuyên phúc mạc có khả năng tiếp cận dễ dàng đến đoạn động mạch chủ bụng dưới thận, động mạch chậu đùi hai bên và các cấu trúc lân cận (tá tràng, bó mạch thận). Đường mổ này cũng bộc lộ những điểm hạn chế khi thực hiện trên những bệnh nhân có dây dính khoang phúc mạc nghiêm trọng. Bên cạnh đó, phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng bằng đường mổ sau phúc mạc cũng có nhiều ưu điểm như: không phải đi vào khoang phúc mạc, tiếp cận động mạch chủ bụng đoạn trên thận thuận lợi hơn, tỷ lệ biến chứng hô hấp sau mổ thấp hơn so với đường mổ xuyên phúc mạc.

Hiện nay, cả hai đường tiếp cận sau phúc mạc và xuyên phúc mạc vẫn đang được sử dụng trong phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận và chưa có nhiều nghiên cứu

[1]*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân
Email: luan.tmb@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 5.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025
Ngày duyệt bài: 12.2.2025

trong nước đánh giá kết quả của cả hai phương pháp này.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm giải phẫu học túi phình động mạch chủ bụng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận qua đường mổ sau phúc mạc và xuyên phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Lồng ngực – Mạch Máu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi phình thay bằng ống ghép nhân tạo. Bệnh nhân được được chia làm hai nhóm: nhóm 1 - phẫu thuật bằng đường sau phúc mạc, nhóm 2 - phẫu thuật bằng đường xuyên phúc mạc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp phình động mạch chủ bụng do nhiễm trùng.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hóa và được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược TP.HCM, quyết định số 376/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/03/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian hơn 8 năm, từ tháng 01/2015 tới tháng 03/2023, tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh có 79 bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận nhập viện được điều trị phẫu thuật và có đủ điều kiện để đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: nhóm 1 (phẫu thuật bằng đường sau phúc mạc) có 26 bệnh nhân, nhóm 2 (phẫu thuật bằng đường xuyên phúc mạc) có 53 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Giới tính: Nam 60 trường hợp (75,9%), nữ 19 trường hợp (24,1%)

Tuổi: Tuổi trung bình 68,60±9,46 (31-86) tuổi.

Nhóm 1: tuổi trung bình 69,96 ±5,46 (52 – 86)

Nhóm 2: tuổi trung bình 67,94 ±9,52 (31 – 83)

Các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh kết hợp: Phần lớn bệnh nhân có nhiều bệnh lý kết hợp, tỷ lệ cao nhất tăng huyết áp, bệnh mạch vành và thói quen hút thuốc lá.

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh lý kết hợp

	Hai nhóm n (%)	Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Hút thuốc lá	29 (36,7)	10 (38,5)	19 (35,8)	0,82*
Tiền căn PT ổ bụng	4 (5,1)	4 (15,4)	0	0,01**
Bệnh mạch vành	30 (37,9)	13 (50,0)	17 (32,1)	0,12*
Suy tim	4 (5,1)	2 (7,7)	2 (3,7)	0,40**
Tăng huyết áp	61 (77,2)	21 (80,7)	40 (75,4)	0,59*
Bệnh phổi mạn tính	8 (10,1)	3 (11,54)	5 (9,4)	0,52**
Đái tháo đường	16 (20,2)	6 (23,8)	10 (18,8)	0,66*
Bệnh thận mạn	19 (24,1)	9 (34,6)	10 (18,8)	0,12*

(*) Kiểm định Chi bình phương; (**) Kiểm định chính xác Fisher

3.2. Đặc điểm giải phẫu học túi phình động mạch chủ bụng

Hình dạng túi phình động mạch chủ bụng: đa số túi phình ĐMC bụng hình thoi 58 trường hợp, 26 bệnh nhân nhóm 1, 52 bệnh nhân nhóm 2, 1 trường hợp phình ĐMCB dạng túi được phẫu thuật bằng đường mổ xuyên phúc mạc.

Đường kính túi phình: trung bình cả 2 nhóm 5,5 ± 1,4 cm (4,0 – 8,8), nhóm 1: 5,7 ± 1,2 cm (4,2-8,8), nhóm 2: 5,4 ± 1,1 cm (4,0 – 8,8).

3.3. Đặc điểm giải phẫu cổ túi phình động mạch chủ bụng

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh PĐMCB trên chụp CLVT

	Hai nhóm	Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Đặc điểm túi phình				
ĐM thận trái thấp hơn phải	73 (92,4%)	22 (84,6%)	51 (96,2%)	0,32 (2)
Đường kính cổ túi(mm)	20,0±3,5	20,2±3,8	19,8±3,4	0,87 (1)
Chiều dài cổ túi (mm)	26,2±13,1	24,1±13,6	27,4±12,8	0,25 (1)
Góc cổ túi phình (độ)	49,8±26,2	51,2±27,2	49,2±26,0	0,89 (1)
Tính chất cổ túi phình				
Cổ túi phình ngắn	23 (29,1)	9 (34,6)	14 (26,4)	0,61 (3)
Cổ túi phình gập góc	25 (31,6)	9 (34,6)	16 (30,1)	0,90 (3)
Cổ túi phình ngắn và/hoặc gập góc	40 (50,6)	16 (61,53)	24 (45,2)	0,26 (3)

(1)Mann-Whitney; (2) Kiểm định chính xác Fisher; (3)Chi bình phương

3.4. Các yếu tố trong mổ

Vị trí kẹp động mạch chủ: kẹp động mạch chủ ở dưới 2 động mạch thận chiếm đa số (83,54%). Tỷ lệ kẹp giữa 2 động mạch thận, dưới ĐM mạc treo tràng trên hay trên ĐM thân tạng chiếm tỷ lệ thấp. (p > 0,05).

Bảng 3: Vị trí kẹp động mạch chủ

Vị trí kẹp động mạch chủ	Hai nhóm n(%)	Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Dưới hai ĐM thận	66 (83,5)	19 (73,1)	47 (88,6)	0,10*
Giữa 2 ĐM thận	6 (7,5)	4 (15,3)	2 (3,7)	0,08*
Trên 2 ĐM thận và dưới ĐM mạc treo tràng trên	3 (3,8)	2 (7,6)	1 (1,8)	0,25*
Trên ĐM thân tạng	4 (5,1)	1 (3,8)	3 (5,6)	1,00*

(*) Kiểm định chính xác Fisher

Phẫu thuật

Bảng 4: Đặc điểm các yếu tố trong phẫu thuật

	Hai nhóm	Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	44,4±24,2(20-210)	39,9±23,1(20–150)	46,6±24,7(30-210)	0,001*
Thời gian phẫu thuật (phút)	225,2±59,6(130-390)	229,8±68,1(140–390)	223,0±55,5(130–360)	0,83*
Máu mất (ml)	500,0±316,0(100-2000)	542,3±359,9(200-1400)	479,2±293,5(100-2000)	0,92*
Thời gian nằm viện (ngày)	8,4±4,4(4-32)	8,5±3,8 (4–18)	8,4±4,7 (4–32)	0,73**

(*) Kiểm định Mann-Whitney; (**) Kiểm định chính xác Fisher

Biến chứng

Bảng 5: Biến chứng sau phẫu thuật

	Hai nhóm n(%)	Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Tim mạch	5 (6,3)	1 (3,8)	4 (7,5)	1,00*
Hô hấp	13 (16,4)	6 (23,1)	7 (13,2)	0,33*
Tổn thương thận cấp	18 (22,7)	8 (30,7)	10 (18,8)	0,23**
Tiêu hóa	11 (13,9)	2 (7,6)	9 (16,9)	0,32*
Chảy máu	5 (6,3)	5 (19,2)	0	0,003*
Tắc mạch	2 (2,5)	0	2 (3,7)	1,00*
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	0	1,00*
Tử vong	2 (2,5)	0	2 (3,7)	1,00*

(*) Kiểm định chính xác Fisher; (**) Kiểm định Chi bình phương

Tử vong sớm: cả 2 trường hợp đều ở nhóm đường mổ xuyên phúc mạc: 1 trường hợp diễn tiến suy đa cơ quan và 1 trường hợp suy hô hấp do hít sặc.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm giải phẫu túi phình động mạch chủ bụng. Các khuyến cáo can thiệp hiện nay để điều trị phình động mạch chủ bụng hình thoi không triệu chứng vẫn chủ yếu dựa vào đường kính ngang tối đa đo được trên chụp CLVT. Trong nghiên cứu chúng tôi, đường kính ngang lớn nhất của túi phình trung bình 5,5 ±1,1 cm khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quảng (2019) với đường kính túi phình trung bình trong lô nghiên cứu là 59,9 ±15,1 mm (khoảng tin cậy 95%)[1]. Đường kính ngang lớn nhất túi phình trong nghiên cứu của chúng tôi chia làm các nhóm và chiếm phần lớn là nhóm kích thước từ 5,1-6 cm (49,3%) và khá tương đồng giữa hai phương pháp phẫu thuật. Về đường kính cổ túi phình, chiều dài cổ túi phình cũng như góc cổ túi phình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Quảng[1].

Trong 79 trường hợp của chúng tôi, tỷ lệ phình hình thoi lên đến 99,9% các trường hợp và tương đương nhau giữa 2 nhóm. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của tác giả Chaikof và cộng sự[2], hầu hết các túi phình động mạch chủ bụng là dạng hình thoi. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp phình dạng túi được điều trị bằng phẫu thuật. Đối với loại túi phình lệch tâm này, chỉ định can thiệp thường sớm hơn với đường kính nhỏ hơn do nguy cơ vỡ cao hơn loại túi phình dạng thoi. Túi phình càng lệch tâm, nguy cơ vỡ càng cao. Điều này cũng được khuyến cáo bởi Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (2022)[3].

Đặc điểm cổ túi phình. Trong phẫu thuật, đánh giá chiều dài cổ túi phình giúp cho tiên lượng việc kẹp động mạch chủ trên túi phình để khâu miệng nối trên. Chiều dài cổ túi phình 26,2±13,1

và khá tương đồng giữa hai nhóm phẫu thuật và tỷ lệ cổ túi phình ngắn chiếm tỷ lệ 31,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao nhóm bệnh nhân có đặc điểm cổ túi phình ĐMC bụng xếp loại "cổ khó" trong can thiệp nội mạch, chiếm tỷ lệ khoảng 61,5% ở nhóm sau phúc mạc và 45,2% ở nhóm xuyên phúc mạc. Trong can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng dưới thận, hình thái học của cổ túi phình đóng vai trò rất quan trọng, ảnh hưởng đến việc đưa hệ thống ống ghép lên, bung ống ghép, loại trừ túi phình ở đầu gần và chức năng lâu dài của ống ghép. Vì cổ túi phình chính là vị trí bám vào của ống ghép nên đây chính là nhân tố chính quyết định sự thành công hay thất bại của can thiệp nội mạch. Cổ túi phình không phù hợp là chống chỉ định tương đối của can thiệp nội mạch động mạch chủ. Trong các đặc điểm của cổ túi phình, chiều dài cổ, góc cổ và đường kính cổ là những đặc điểm quan trọng nhất khi tính toán và tiên lượng cho phẫu thuật.

Về đường kính cổ túi phình ĐMC bụng dưới thận ở dân số trong nhóm nghiên cứu chúng tôi trung bình 20,0±3,5mm. Kích thước trong nghiên cứu chúng tôi lớn hơn so với nhóm dân số người trưởng thành không phình ĐMC bụng của tác giả Đặng Nguyễn Trung An (2020)[4] với đường kính ĐMC bụng ngang mức đốt sống thắt lưng 2 và 3 lần lượt là 15,8±1,5mm và 15,2± 1,7mm. Giải phẫu ĐMC có động mạch thận trái thấp hơn động mạch thận phải chiếm tới 92,4% và khá tương đồng giữa hai nhóm phẫu thuật.

Thời gian và vị trí kẹp động mạch chủ. Thời gian kẹp động mạch chủ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,9 ± 23,1 phút ở nhóm sau phúc mạc và 46,6 ± 2 4,7 phút ở nhóm xuyên phúc mạc, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê, thời gian kẹp động mạch chủ ở nhóm sau phúc mạc là ngắn hơn đáng kể. Kết quả trong nghiên cứu chúng tôi có khác so với tác giả Nguyễn Văn Quảng[1], thời gian kẹp ĐMC của tác giả không khác biệt giữa hai nhóm đường mổ và thời gian tương đối dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do tất cả trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật chương trình nên có sự chuẩn bị tốt và phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ gây mê và phẫu thuật viên. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy đường mổ sau phúc mạc giúp bộc lộ động mạch chủ rộng rãi, thuận tiện nên thao tác nhanh hơn, thời gian kẹp ĐMC ngắn hơn so với đường mổ xuyên phúc mạc. Ngoài ra, đường mổ sau phúc mạc có thể tiếp cận động mạch chủ đoạn ngang và trên thận tốt hơn, thuận lợi cho các túi phình có cổ cao sát động mạch thận, đặc biệt túi phình viêm dính có khả năng gây chảy máu nhiều khi phẫu tích bộc lộ cổ túi phình. Tuy nhiên khi động mạch chậu phải phình lớn, viêm dính hoặc khi cần can thiệp trên động mạch thận phải sẽ khó khăn hơn khi phẫu tích bộc lộ, kiểm soát các động mạch này đối với các phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm. Lựa chọn đường mổ sau phúc mạc theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tổn thương phối hợp: phình hay tắc động mạch chậu, đùi bên phải; bệnh nhân có phẫu thuật ổ bụng trước đó.

Về vị trí kẹp động mạch chủ trên túi phình, trong nghiên cứu của chúng tôi không khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các đường mổ, chiếm tỷ lệ cao nhất là kẹp động mạch chủ dưới 2 động mạch thận. Khác với chúng tôi, nghiên cứu tác giả Vinamr Rastogi (2022)[5] cho thấy không có trường hợp nào kẹp động mạch chủ dưới 2 động mạch thận, và chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm kẹp ĐMC trên 2 động mạch thận và dưới động mạch mạc treo tràng trên. Nguyên nhân dẫn tới sự khác biệt này do phần lớn các bệnh nhân phình ĐMC bụng của Vinamr Rastogi có giải phẫu cổ túi phình ngắn dẫn tới việc kẹp ĐMC dưới thận là không an toàn (không cắt bỏ được hết đoạn mạch tổn thương và nguy cơ biến chứng tổn thương thận cấp sau mổ do mảng xơ vữa trôi lấp mạch thận). Trong nghiên cứu cửa chúng tôi có khoảng 16,6% trường hợp kẹp động mạch chủ trên thận, đa số các trường hợp này có cổ túi phình vôi hoá và huyết khối thành nên chủ động kẹp ĐMC trên thận để có thể xử lý đoạn thành mạch tổn thương.

Biến chứng

Biến chứng tim mạch. Trong quá trình phẫu thuật các động tác kẹp và thả kẹp động mạch chủ có thể làm thay đổi sức cản ngoại vi, huyết động rất lớn nên biến chứng về tim rất dễ xảy ra. Đây là biến chứng nặng, gây tử vong cao, hậu quả nặng nề, có thể làm kéo dài thời gian nằm hồi sức cũng như thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, phát sinh nhiều biến chứng khác do quá trình điều trị dài ngày, nên cần được theo dõi nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có biến chứng tim mạch giữa 2 đường mổ không có khác biệt có ý nghĩa thống kê, đa số biến chứng nhồi máu cơ tim được phát hiện và điều trị kịp thời, không gây tử vong. Tỷ lệ biến chứng tim tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quảng[1] và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vinamr Rastogi (2022)[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp (2,5%) tắc mạch chi sau mổ, cả hai đều xảy

ra ở nhóm đường mổ xuyên phúc mạc. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Cả hai trường hợp đều được mổ cấp cứu tái thông mạch, vị trí tắc ở miệng nối chân ống ghép. Cả hai bệnh nhân đều phục hồi tốt sau mổ, không có trường hợp phải đoạn chi hay tử vong. Tỷ lệ biến chứng tắc mạch chi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quảng[1] và tác giả Vinamr Rastogi[5].

Biến chứng hô hấp. Các biến chứng hô hấp nặng sau mổ phình động mạch chủ bụng bao gồm viêm phổi, suy hô hấp phải đặt nội khí quản, thở máy kéo dài trên 24 giờ. Một số trường hợp bị xẹp phổi sau mổ nhất là khi bệnh nhân béo phì, giảm đau sau mổ không tốt. Trong nghiên cứu chúng tôi có 16,4% có biến chứng hô hấp sau mổ, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, các biến chứng đa phần là viêm phổi bệnh viện xuất hiện sau mổ và đáp ứng với điều trị kháng sinh. Có 1 trường hợp biến chứng suy hô hấp cấp do hít sặc ở hậu phẫu ngày 2, diễn tiến nặng gây tử vong.

Biến chứng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22,7% có biến chứng tổn thương thận cấp sau mổ, đa số bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị nội khoa không cần lọc thận. Không có trường hợp nào tử vong do suy thận hoặc cần lọc máu vĩnh viễn. Một phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng tổn thương thận cấp sau phẫu thuật ở 15% đến 20% bệnh nhân, nhưng suy thận phụ thuộc điều trị thay thế thận chỉ ở 3,5%. Nguyên nhân chủ yếu gây suy thận sau mổ là tình trạng giảm tưới máu thận trong và sau mổ. Một nghiên cứu lớn gần đây đánh giá các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng thận sau phẫu thuật phình ĐMC bụng sát thận ở 2635 bệnh nhân và ghi nhận tỷ lệ tổn thương thận cấp là 24%, trong đó 2,2% cần lọc máu tạm thời và thêm 1,7% tiến triển thành lọc máu vĩnh viễn.[6]

Biến chứng tiêu hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13,9% biến chứng tiêu hóa, đa phần là liệt ruột sau mổ, tỷ lệ xảy ra giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Có 1 trường hợp tử vong do sốc nhiễm trùng nhiễm độc từ đường tiêu hóa nghi thiếu máu ruột thời điểm hậu phẫu ngày 2. Các yếu tố nguy cơ cao thiếu máu đại tràng: thắt động mạch mạc treo tràng dưới có kích thước lớn, thắt các mạch nối quan trọng ở vùng sau phúc mạc, không tái thông tối thiểu một động mạch chậu trong, mất máu trong phẫu thuật và giảm thể tích máu trong thời gian quanh phẫu thuật, và sử dụng thuốc vận mạch sau phẫu thuật đều có thể góp phần gây ra thiếu máu đại tràng. Mặc dù một số tác giả ủng hộ việc tái thông động mạch mạc treo tràng dưới thường quy, nhưng một số tác giả khác mô tả không có tác dụng bảo vệ chống lại viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ và tỷ lệ biến chứng cao hơn.[7]

Chảy máu sau mổ. Chảy máu sau mổ là biến chứng nặng nề trong phẫu thuật mạch máu. Chảy máu sau mổ có thể do rối loạn đông máu, bất thường mạch máu hay do kỹ thuật mổ. Các tác giả ghi nhận các bệnh nhân phải mổ lại do chảy máu sau mổ liên quan nhiều đến bệnh lý đông máu, giảm tiểu cầu và hạ thân nhiệt ở cuối cuộc mổ, tăng nguy cơ tử vong.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quảng[1] ghi nhận 1 trường hợp chảy máu ở đường mổ sau phúc mạc, không có trường hợp chảy máu ở nhóm đường mổ xuyên phúc mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6,3% (5 trường hợp) chảy máu sau mổ, tất cả đều thuộc nhóm đường mổ sau phúc mạc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ chảy máu sau mổ của nhóm đường mổ xuyên phúc mạc là 0% ($p < 0,05$). Có 2 trường hợp theo dõi máu tụ khoang sau phúc mạc diễn tiến tăng dần cần mổ lại lấy máu tụ và cầm máu. Các trường hợp này đều có đặc điểm chung cần khởi động sớm kháng đông hoặc kháng kết tập tiểu cầu sau mổ vì nguyên nhân tim mạch (rung nhĩ, bệnh lý mạch vành mạn) làm tăng nguy cơ chảy máu, nhất là khi khoang sau phúc mạc là khoang lỏng lẻo nên là nơi dễ hình thành máu tụ.

Tử vong hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp tử vong, cả hai đều thuộc nhóm đường mổ xuyên phúc mạc. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,5%, thấp hơn so với tỷ lệ tử vong sớm sau mổ của tác giả Nguyễn Văn Quảng[1] là 5,1% và tác giả Vinamr Rastogi (2022)[5] là 4,2%. Kết quả này cho thấy việc tầm soát và tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ, điều trị tốt các bệnh kèm theo đóng vai trò hết sức quan trọng trong thành công của phẫu thuật, giảm tỷ lệ tử vong, biến chứng cho bệnh nhân. So sánh với các nghiên cứu khác 2,9% (Chinsakchai, 2017, Thái Lan)[8], kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật mổ mở thay túi phình bằng ống ghép là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh phình động mạch chủ bụng.

V. KẾT LUẬN

Hai đường mổ sau phúc mạc và xuyên phúc mạc có kết quả tương đương nhau về thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian nằm viện, tỷ lệ

biến chứng sớm và tử vong. Ưu điểm đường mổ sau phúc mạc có thời gian kẹp động mạch chủ ngắn hơn và thuận lợi hơn khi phẫu tích các trường hợp cổ túi phình cao sát động mạch thận. Ngược lại, khi có phình động mạch chậu phải kết hợp thì khả năng bộc lộ và kiểm soát động mạch này sẽ khó khăn hơn khi phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Quảng.** Nghiên cứu ứng dụng đường mổ sau phúc mạc trong điều trị ngoại khoa phình động mạch chủ bụng dưới thận. Luận văn thạc sĩ y học - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2012.
2. **Chaikof, Elliot L. et al.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. Journal of Vascular Surgery. 2018; Volume 67, Issue 1, 2 - 77.
3. **ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease:** A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. 2022; doi: doi.org/10.1161/CIR.0000000000001106.
4. **Đặng Nguyễn Trung An.** Nghiên cứu kích thước và phân nhánh của động mạch chủ ở người Việt Nam trưởng thành. Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2020
5. **Rastogi V, Marcaccio CL, Patel PB, et al.** A retroperitoneal operative approach is associated with improved perioperative outcomes compared with a transperitoneal approach in open repair of complex abdominal aortic aneurysms. 2022;(1097-6809)
6. **Tallarita T, Sobreira ML, Oderich GS.** Results of open pararenal abdominal aortic aneurysm repair: Tabular review of the literature. Ann Vasc Surg. Jan 2011;25(1):143-9. doi:10.1016/j.avsg.2010.10.005
7. **Lee KB, Lu J, Macsata RA, et al.** Inferior mesenteric artery replantation does not decrease the risk of ischemic colitis after open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair. J Vasc Surg. Jun 2019;69(6): 1825-1830. doi:10.1016/j.jvs.2018.09.046
8. **Chinsakchai K, Phetpoonpipat W, Ruangsetakit C, et al.** Outcomes of asymptomatic abdominal aortic aneurysm as compared between open aortic repair and endovascular aneurysm repair. J Med Assoc Thai. 2017;100(2):S162-S169.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG TRÊN NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH XƯƠNG KHỚP CÓ SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID KÉO DÀI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phan Lâm Tín[1], Lưu Thị Bình[2], Vũ Tiến Thăng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương dạ dày - tá tràng trên nội soi ở bệnh nhân mắc bệnh xương khớp có sử dụng glucocorticoid kéo dài tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân mắc bệnh xương khớp đang được điều trị bằng glucocorticoid tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tỉ lệ bệnh nhân từ 60-69 tuổi chiếm 17,9%; từ 70-79 tuổi chiếm 47,0%. Tỉ lệ dùng glucocorticoid ≤12 tháng là 49,6% và >12 tháng 50,4%; liều trung bình tương đương prednisolon là 34,73±20,79 mg. Tỉ lệ sử dụng Methylprednisolon 69,2%; Dexamethasone 25,6% và Hydrocortisone 4,3%. Tỉ lệ sử dụng đường uống 49,6%; tiêm tĩnh mạch là 27,4%. Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương niêm mạc dạ dày 26,5%; tá tràng 3,4%; tổn thương chung là 27,4%. Tỉ lệ phù nề dạ dày 12,0%; tá tràng 0,9%; tổn thương chung là 12,8%. Tỉ lệ xung huyết dạ dày 22,0%; tá tràng 1,7% và tổn thương chung là 23,1%. Tỉ lệ nhiễm vi khuẩn Helicobacter Pylori là 22,2%. **Kết luận:** Tỉ lệ tổn thương dạ dày – tá tràng trên nội soi ở bệnh nhân mắc bệnh xương khớp có sử dụng glucocorticoid kéo dài chiếm tương đối cao. ***Từ khóa:*** dạ dày – tá tràng, nội soi, cơ xương khớp, glucocorticoid.

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
[2]*Sở Y tế Thái Nguyên*
[3]*Trường Đại học Phenikaa*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Lâm Tín
Email: phanlamtinhg@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025
Ngày duyệt bài: 14.2.2025

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF GASTRIC - DUODENAL LESIONS ON ENDOSCOPY OF MUSCULOSKELETAL PATIENTS USING LONG-TERM GLUCOCORTICOID AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of gastric and duodenal lesions on endoscopy of musculoskeletal patients using long-term glucocorticoid at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 117 musculoskeletal patients who are being treated with glucocorticoid at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The proportion of patients aged 60-69 years old was 17.9%; from 70-79 years old was 47.0%. The proportion of glucocorticoid use ≤12 months was 49.6% and >12 months was