

lệ sử dụng Ibuprofen là 17,9%; Diclofenac 9,4%; Tenoxicam 5,7% và Aspirin 3,8%. Tỷ lệ tổn thương thương cả dạ dày và tá tràng là 7,5%; tỷ lệ tổn thương tá tràng 0,9% và tổn thương dạ dày 59,4%. Tỷ lệ tổn thương hay gặp nhất là ở hàng vị chiếm 84,4%; tiếp theo là môn vị 50,0% và hành tá tràng 14,1%; vị trí ít gặp nhất là tổn thương ở phình vị là 1,6%. Tỷ lệ tổn thương niêm mạc dạ dày 37,7%; tá tràng 6,6%; chung là 40,6%. Tỷ lệ phù nề dạ dày 13,3%; tá tràng 3,8%; chung là 11,3%. Tỷ lệ xung huyết dạ dày 34,0%; tá tràng 3,8% và chung là 34,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tuấn Dũng** (2015), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng theo thang điểm Lanza ở bệnh nhân sử dụng thuốc chống viêm không steroids, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Quốc Khải, Phạm Thành Suôi, Dương Thị Xuân Hoàng** (2022), "Nghiên cứu

tình hình kê đơn thuốc kháng viêm không Steroid điều trị ngoại trú và các yếu tố liên quan đến việc kê đơn thuốc của bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2021-2023", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022 (54), tr. 145-152.

3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Thị Ân** (2005), "Bệnh lý dạ dày tá tràng do thuốc chống viêm không Steroid", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 34 (2), tr. 33-39.
4. **Đoàn Văn Sang** (2016), Áp dụng bảng điểm Lanza trong đánh giá tổn thương niêm mạc dạ dày tá tràng ở người cao tuổi có dùng thuốc chống viêm giảm đau non steroid, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Massó González E.L., Patrignani P., Tacconelli S., et al.** (2010), "Variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding", Arthritis Rheum, 62 (6), pp. 1592-1601.
6. **Wongrakpanich S., Wongrakpanich A., Melhado K., et al.** (2018), "A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly", Aging Dis, 9 (1), pp. 143-150.

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT CẦU NỐI ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHỦ CHẬU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Lê Đức Tín*, Lâm Văn Nút*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các loại phẫu thuật đơn giản gồm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch, cầu nối nách đùi... Tuy nhiên quy cơ tắc cầu nối cao [3]. Từ đó, phẫu thuật cầu nối chủ đùi đã ra đời và nhiều tác giả nghiên cứu. Tác giả Brewster DC và cộng sự mô tả năm 1997, bước đầu cho thấy hiệu quả của loại phẫu thuật này [1]. Nhiều tác giả sau đó tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cầu nối chủ đùi, kết quả cũng rất khả quan [2], [3]. Phương pháp can thiệp nội mạch đã chiếm một vị trí đáng kể trong điều trị tắc động mạch chủ chậu vì ít xâm lấn, thuận lợi trên những bệnh nhân có nguy cơ cao và nhiều bệnh phối hợp [5]. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả lâu dài khi theo dõi giữa hai nhóm phẫu thuật và can thiệp nội mạch điều trị tắc ĐMCBC là không khác nhau về tỷ lệ lưu thông mạch máu [5]. Đó cũng chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật cầu nối chủ đùi trong điều trị bệnh lý chủ chậu. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình $56,3 \pm 19,3$, nam giới chiếm đa số. Yếu tố đái tháo đường và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ lần lượt 90,2% và 68,8%. Tắc động mạch chủ bụng dưới thận

là chủ yếu, chiếm 86,8% mẫu nghiên cứu. Tắc động mạch chủ bụng kèm tắc hai bên động mạch chậu chiếm 96,1% mẫu nghiên cứu. Đường mở giữa bụng chiếm hầu hết, 96,1% mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận loại prothese chữ Y và ống thẳng, lần lượt chiếm 96,1% và 3,9%. Hầu hết chúng tôi có kèm phục hồi lưu thông động mạch chủ chậu trong, chiếm 67,3%. Thời gian kẹp động mạch chủ chậu khoảng 53,7 phút và thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 217 phút. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 96,6%, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 4,1%. Ở giai đoạn theo dõi, tỷ lệ sống còn tại thời điểm 10 năm chiếm 87,8% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị tắc động mạch chủ bụng chậu ngang và dưới thận có tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng. Ở giai đoạn theo dõi dài hạn, tỷ lệ lưu thông mạch máu và tỷ lệ sống còn chiếm tỷ lệ cao. Do đó, phương pháp phẫu thuật cầu nối đã đem lại hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân về lâu dài.

Từ khóa: tắc động mạch chủ bụng ngang và dưới thận, phẫu thuật cầu nối chủ đùi, chủ chậu

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF BYPASS SURGERY FOR AORTOILIAC OCCLUSIVE DISEASE AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Simple surgical procedures include endarterectomy and axillo-femoral bypass. However, the risk of bypass occlusion is significant. In response to this concern, aorto-iliac bypass surgery has been developed, and numerous studies have explored its effectiveness. Brewster DC and colleagues first

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: dr.ductin@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

demonstrated its efficacy in 1997. Following this, various researchers have conducted studies to assess the outcomes of aorto-iliac bypass surgery, and their findings have generally been very positive. Endovascular intervention has also become an important option for treating aorto-iliac artery occlusion, as it is less invasive and more convenient for high-risk patients and those with comorbidities. Nonetheless, many studies indicate that there are no significant differences in long-term outcomes, specifically regarding the primary patency rate, between surgical bypass and endovascular intervention for aorto-iliac artery occlusion. In light of this, we conducted our study to evaluate the long-term results of aorto-iliac bypass surgery in treating aortic stenosis. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study included participants with an average age of 56.3 years (± 19.3), predominantly male. Diabetes and smoking were prevalent, affecting 90.2% and 68.8% of the participants, respectively. Infrarenal abdominal aortic occlusion was the leading condition, present in 86.8% of the study sample. Within this group, infrarenal abdominal aortic occlusion accompanied by bilateral iliac artery occlusion accounted for 96.1%. The majority of surgeries, 96.1% of the cases, utilized a midline abdominal approach. The study recorded two types of prostheses: Y-shaped prostheses, making up 96.1%, and straight-tube prostheses at 3.9%. Most patients (67.3%) underwent internal iliac artery revascularization. The average aortic-iliac clamping time was 53.7 minutes, while the average surgical time was 217 minutes. The technical success rate was high at 96.6%, with a 30-day mortality rate of 4.1%. During the follow-up period, the 10-year survival rate was reported to be 87.8% of the study participants. **Conclusion:** Surgery to treat juxtarenal iliac and infrarenal aortic occlusion typically has a high success rate and few complications. Long-term follow-up shows that primary patency and survival rates remain high. As a result, the bypass surgery method provides long-lasting effectiveness and safety for patients.

Keywords: Juxtarenal and Infrarenal abdominal aortic occlusion, Aorto-iliac and aorto-femoral bypass surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch chủ bụng chậu (ĐMCBC) là tình trạng tắc hệ động mạch chủ bụng và động mạch chậu do xơ vữa mạch máu, biểu hiện bằng các triệu chứng giảm tưới máu nuôi hai chi dưới, các triệu chứng như đau cách hồi, đau khi nghỉ hoặc loét, hoại tử các ngón... Tuỳ thuộc các nhánh bàng hệ từ hệ động mạch trên động mạch thận mà các biểu hiện lâm sàng sẽ khác nhau. Các loại phẫu thuật tái thông mạch máu chi dưới từ lâu đã được áp dụng. Các loại phẫu thuật đơn giản gồm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch, cầu nối nách đùi... Tuy nhiên nguy cơ tắc cầu nối cao [3]. Từ đó, phẫu thuật cầu nối chủ đùi đã ra đời và nhiều tác giả nghiên cứu. Tác giả Brewster DC và cộng sự mô tả năm

1997, bước đầu cho thấy hiệu quả của loại phẫu thuật này [1]. Nhiều tác giả sau đó tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cầu nối chủ đùi, kết quả cũng rất khả quan [2], [3].

Ngày nay với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, phương pháp can thiệp nội mạch đã chiếm một vị trí đáng kể trong điều trị tắc ĐMCBC vì ít xâm lấn, thuận lợi trên những bệnh nhân có nguy cơ cao và nhiều bệnh phối hợp [5]. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả lâu dài khi theo dõi giữa hai nhóm phẫu thuật và can thiệp nội mạch điều trị tắc ĐMCBC là không khác nhau về tỉ lệ lưu thông mạch máu [5]. Và nhiều tác giả tại Việt Nam cũng nhận thấy rằng dù kết quả bước đầu của can thiệp nội mạch ưu điểm hơn, tuy nhiên về lâu dài can thiệp nội mạch cho thấy tái hẹp cao hơn. Đó cũng chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật cầu nối chủ đùi trong điều trị bệnh lý chủ chậu.

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 2013 đến tháng 03 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trường hợp tắc động mạch chủ bụng chậu (ĐMCBC) ngang và dưới thận được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tắc ĐMCBC kèm tắc một trong hai ĐM thận
- Tắc ĐMCBC có chuyển vị động mạch thận trong lúc phẫu thuật.

- Tắc ĐMCBC kèm GFR < 30 mL/phút.

- 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 phối hợp, loại phẫu thuật, vị trí tái thông đầu xa, phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện.

- Đánh giá tỉ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: sau khi phẫu thuật không hẹp miệng nối >50% đường kính lòng mạch hoặc giả phình miệng nối, không gây huyết khối tắc đầu xa, không có biến chứng cắt đoạn chi.

- 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 12 năm 2023.

- Đánh giá kết quả: tỉ lệ lưu thông mạch

máu, tỉ lệ sống còn.

- Biến chứng theo dõi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 205 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

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

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

Biến số	N (%)
Tuổi	56,3 ± 19,3 (33– 86)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	133 (64,9) / 72 (35,1)
Đái tháo đường	185 (90,2)
Hút thuốc lá	141 (68,8)
RLCH lipid máu	139 (67,8)
Tăng huyết áp	135 (65,9)
Bệnh mạch vành	122 (59,5)
Bệnh động mạch cảnh	104 (50,7)
Suy thận mạn	69 (33,7)
Tai biến mạch máu não	11 (5,4)
Suy tim	5 (2,4)

Các vị trí tắc động mạch chủ chậu:

Bảng 2. Các vị trí tắc động mạch chủ chậu.

Vị trí tắc	N (%)
ĐM chủ	
Ngang thận	27 (13,2)
Dưới thận	178 (86,8)
ĐM chậu	
Chậu chung	159 (77,6)
Cả chậu chung + ngoài	46 (22,4)
Một bên ĐM chậu	08 (3,9)
Hai bên ĐM chậu	197 (96,1)
ĐM đùi	
Đùi chung	41 (20)
Đùi nông	09 (4,4)

Kết quả: Phương pháp vô cảm

Bảng 3. Phương pháp vô cảm

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	205	100
Gây tê tại chỗ	00	0
Tổng	205	100

Phương pháp điều trị

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Biến số	N	(%)
Đường tiếp cận		
Sau phúc mạc	08	3,9
Đường giữa bụng	197	96,1
Loại Prothese		
Ong thẳng	08	3,9
Chữ Y	197	96,1
Miệng nối đầu xa		
ĐM chậu	159	77,6
ĐM đùi	46	22,4
Phục hồi ĐM chậu trong	138	67,3
Bóc nội mạc ĐM đùi	43	21

Thời gian phẫu thuật, nằm viện

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình
Thời gian kẹp ĐM chủ trên thận (phút)	15,3
Thời gian kẹp ĐM chủ chậu (phút)	53,7
Lượng máu truyền (đơn vị)	1,9 ± 0,7
Thời gian phẫu thuật (phút)	217,6 ± 26,3
Thời gian nằm viện (ngày)	8,3 ± 2,3 (5-11)

Thành công, thất bại về kỹ thuật:

Bảng 6. Tỉ lệ thành công, thất bại kỹ thuật

Biến số	N	(%)
Thành công	198	96,6
Thất bại	07	3,4
Tổng	205	100

Tai biến phẫu thuật

Bảng 7. Tai biến phẫu thuật

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	06	2,9
Tụ máu	09	4,4
Đột quỵ não	04	1,9
Suy thận cấp	05	2,4
Đoạn chi lớn	01	0,5
Nhồi máu cơ tim	07	3,4
Thiếu máu nuôi ruột	04	1,9
Tử vong trong lúc phẫu thuật	00	0
Tử vong 30 ngày sau phẫu thuật	09	4,1

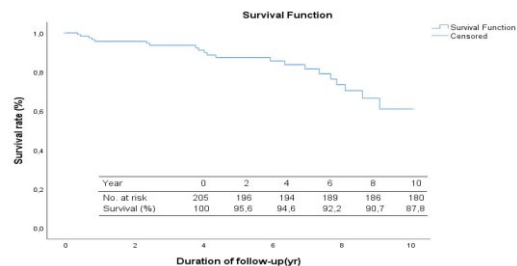
Kết quả theo dõi

Bảng 8. Tỉ lệ lưu thông

Biến số	N	(%)
Lưu thông	138	70,4
Không lưu thông	58	29,6
Tổng	196	100

Bảng 9. Biến chứng theo dõi

Biến số	N	(%)
Giả phình miệng nối	11	5,6
Nhiễm trùng prothese	09	5,7
Huyết khối tĩnh mạch sâu	07	3,6
Đoạn chi lớn	13	6,6
Rò vào ruột	05	2,4
Phẫu thuật lại	37	18,9
Tử vong	16	8,2



Biểu đồ 1. Tỉ lệ sống còn theo dõi theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận 205 trường hợp thỏa điều kiện nghiên cứu, tỉ lệ nam chiếm 64,9% với tuổi trung bình 56 tuổi. Các yếu tố như đái tháo đường, hút thuốc lá và rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao, lần lượt 90,2% và 68,8% và 67,8% mẫu nghiên cứu. Tác giả Lee GC và cộng sự (2012), ghi nhận tuổi trung bình là 60 tuổi, nam chiếm 89,1%. Bên cạnh đó, ghi nhận các yếu tố nguy cơ cũng tương tự chúng tôi gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm tỉ lệ lần lượt 71,7%; 51,8% và 38% mẫu nghiên cứu [6]. Tác giả Bredahl K và cộng sự (N= 3767), ghi nhận tuổi trung bình của nghiên cứu 62 tuổi, nữ chiếm ưu thế. Tuy nhiên các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường chiếm tỉ lệ thấp trong nghiên cứu, lần lượt chiếm 38% và 12% mẫu nghiên cứu [7]. Tác giả Wang C và cộng sự, nhóm phẫu thuật cầu nối (N=52), ghi nhận tuổi trung bình 58 tuổi, nam chiếm ưu thế và bệnh liên quan gồm tăng huyết áp, đái tháo đường lần lượt chiếm 54% và 21% mẫu nghiên cứu [7]. Bên cạnh đó, các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tuổi trung bình tương tự nghiên cứu chúng tôi [3], [5], [9].

Hầu hết chúng tôi ghi nhận vị trí tắc đầu gần dưới động mạch thận hai bên, chiếm 86,8% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, vị trí tắc đầu xa chủ yếu ở động mạch chậu chung, chiếm tỉ lệ 77,6% và hầu hết là tổn thương tắc ở cả hai bên động mạch chậu, chiếm 96,1% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng có ghi nhận một số ít trường hợp, vị trí tắc đầu gần ngang động mạch thận, chiếm 13,2% và vị trí tắc đầu xa ở động mạch đùi chiếm 24% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, tổn thương tắc là những tổn thương dài, phức tạp và đòi hỏi tái thông giúp phục hồi dòng máu cho 2 chi dưới. Tổn thương tắc hệ động mạch chủ chậu nguyên nhân thường gặp nhất là do xơ vữa thành mạch, bên cạnh đó chúng tôi cũng có ghi nhận một số trường hợp viêm mạch gây tắc hoàn toàn động mạch chủ chậu. Nhiều trường hợp tắc động mạch chủ chậu trong khoảng thời gian dài nhưng tình trạng thiếu máu hai chi dưới không trở nên trầm trọng do có hệ thống mạch máu bàng hệ từ các nhánh nông như vòng nối động mạch ngực trong và động mạch thượng vị nông, các vòng nối từ các nhánh trong sâu như động mạch mũ chậu sâu và các nhánh của động mạch chậu trong... Do đó, đây cũng là lý do mà tổn thương mạch máu dù kéo dài từ chủ bụng đến đùi, cả 2 bên

nhưng vẫn có những trường hợp không có dấu hiệu của thiếu máu nuôi chi trầm trọng.

Phương pháp gây mê nội khí quản chiếm 100% mẫu nghiên cứu vì đây là phẫu thuật lớn, cần phải kiểm soát huyết động học và tri giác bệnh nhân, bên cạnh đó đường mổ lớn vào ổ bụng là chủ yếu, chiếm 96,1% nên phải tiến hành gây mê nội khí quản. Chúng tôi chỉ sử dụng prothese ống thẳng trong những trường hợp đường mổ sau phúc mạc, với phẫu thuật cầu nối chủ chậu hoặc chủ đùi một bên trong trường hợp tổn thương chỉ một bên động mạch chậu hoặc giải quyết tạm bên thiếu máu nuôi nặng. Tỉ lệ sử dụng đường mổ sau phúc mạc, với ống thẳng chiếm thấp, 3,9% mẫu nghiên cứu. Trong những trường hợp như vậy, có tác giả cho rằng phẫu thuật nách đùi cũng hiệu quả như của tác giả Passman MA và cộng sự, nghiên cứu so sánh giữa hai nhóm phẫu thuật nách đùi (N=108) và phẫu thuật cầu nối chủ đùi (N=139) ghi nhận không có sự khác biệt về kết quả theo dõi và hữu dụng trên những bệnh nhân có nguy cơ cao cần phải bảo tồn tưới máu chi [9]. Tác giả Lee GC và cộng sự (2012), ghi nhận tỉ lệ sử dụng đường mổ sau phúc mạc chiếm thấp, 2,2% mẫu nghiên cứu [6].

Nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ thành công về kỹ thuật 96,6% mẫu nghiên cứu. Theo tác giả Wang C và cộng sự (2023), nghiên cứu so sánh hai nhóm can thiệp và phẫu thuật điều trị tắc động mạch chủ chậu, ghi nhận tỉ lệ thành công về kỹ thuật của nhóm phẫu thuật (N=52) đạt 100% mẫu nghiên cứu [8]. Chúng tôi nhận thấy rằng hầu hết các trường hợp phải tiến hành phẫu thuật khi mà đều có biểu hiện thiếu máu nuôi 2 chi dưới. Tác giả Passman MA và cộng sự (N=139), ghi nhận có 58% mẫu nghiên cứu có triệu chứng đau cách hồi [9]. Tác giả Lee GC và cộng sự (2012), ghi nhận đau cách hồi trung bình đến nặng chiếm 78,3% mẫu nghiên cứu [6]. Phẫu thuật được tiến hành hầu hết là đi vào khoang phúc mạc bằng đường giữa bụng, vén toàn bộ ruột sang bên phải, mở phúc mạc thành sau và bộc lộ ĐM chủ bụng ngang hoặc dưới thận. Đối với những trường hợp dưới thận thì việc bộc lộ đầu gần tương đối đơn giản, tuy nhiên những trường hợp có tắc động mạch chủ bụng ngang thận thì việc bộc lộ không đi vào khoang hậu cung mạc nối có chút khó khăn khi phải vén cao lên. Nhưng chúng tôi nhận thấy, bộc lộ trực tiếp động mạch chủ bụng ngang thận bằng đường vén ruột cao lên sẽ nhanh chóng

hơn, thuận lợi cho các thao tác và thời gian kẹp trên thận không kéo dài. Chúng tôi nhận thấy, trong hầu hết các trường hợp cần kiểm soát hai động mạch thận tránh huyết khối trôi vào gây tắc, thiếu máu nuôi và dẫn đến suy thận. Chúng tôi ghi nhận có 13,2% có tắc động mạch chủ ngang thận. Kết quả này cũng tương tự tác giả Lee GC và cộng sự [6], tỉ lệ tắc động mạch chủ ngang thận chiếm 20,7%. Bên cạnh đó, việc làm cầu nối bằng prothese cũng cần chú ý việc cầu nối nhu cao gây bất tiện khi đóng phúc mạc thành sau, dễ ma sát và dò vào ruột trong thời gian theo dõi. Chúng tôi thường phục hồi lưu thông động mạch chậu trong, chiếm 67,3% mẫu nghiên cứu. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ghi nhận 217 phút, nằm viện khoảng 8 ngày. Theo tác giả Wang C và cộng sự (N=52), ghi nhận thời gian nằm viện trung bình 11 ngày [8]. Các tai biến chứng chúng tôi gặp gồm tụ máu, nhồi máu cơ tim, tắc mạch và suy thận cấp lần lượt chiếm 4,4%; 3,4%; 2,9% và 2,4% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [6],[8], [9]. Qua đây cho thấy, phương pháp mổ mở đã đem lại những hiệu quả cho bệnh nhân tắc động mạch chủ bụng chậu mạn tính.

Qua thời gian theo dõi, chúng tôi nhận thấy còn lưu thông mạch máu chiếm 70,4% mẫu nghiên cứu. Tác giả Lee GC và cộng sự (2012), ghi nhận tỉ lệ còn lưu thông tại thời điểm 10 năm theo dõi chiếm 77,6% mẫu nghiên cứu [6]. Tác giả Wang C và cộng sự (2023), ghi nhận nhóm phẫu thuật chiếm 80,6% mẫu nghiên cứu là còn lưu thông mạch máu tại thời điểm theo dõi [8].

Biến chứng theo dõi chúng tôi theo dõi ghi nhận các biến chứng đoạn chi, nhiễm trùng prothese, giả phình miệng nối, rò vào ruột và huyết khối tĩnh mạch sâu lần lượt chiếm 6,6%; 5,7%; 5,6%; 2,4% và 3,6% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [6],[7], [8]. Bên cạnh đó, tỉ lệ sống còn chúng tôi theo dõi tại thời điểm 10 năm chiếm 87,8% mẫu nghiên cứu. Tác giả Wang C và cộng sự (2023), ghi nhận tỉ lệ sống còn tại thời điểm theo dõi 53,1% mẫu nghiên cứu. Tác giả Lee GC và cộng sự [6], ghi nhận tỉ lệ sống còn 91,7% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cho thấy, tỉ lệ sống còn có khác nhau tùy từng nghiên cứu. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ sống còn ở giai đoạn theo dõi chiếm tỉ lệ cao và đem lại hiệu quả lâu dài của phẫu thuật cầu nối điều trị tắc động mạch chủ bụng chậu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị tắc động mạch chủ bụng ngang và dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống còn 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. **Brewster DC.** Current controversies in the management of aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg* 1997;25(2):365-379. doi:10.1016/s0741-5214(97)70359-8.
2. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, et al.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg* 2018;68(6):1796-1804. doi:10.1016/j.jvs.2018.01.067.
3. **Lau H, Cheng SW.** Long-term outcome of aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *Ann Acad Med Singapore*. 2000; 29(4):434-438.
4. **Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing G, Conte MS, Pomposelli FB, et al.** Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *J Vasc Surg* 2015;61(3 suppl 1): 2S-41S. doi:10.1016/j.jvs.2014.12.009.
5. **Rocha-Neves J, Ferreira A, Sousa J, et al.** Endovascular Approach Versus Aortobifemoral Bypass Grafting: Outcomes in Extensive Aortoiliac Occlusive Disease. *Vasc Endovasc Surg* 2020;54(2):102-110. doi:10.1177/1538574419888815.
6. **Lee GC, Yang SS, Park KM, Park Y, Kim YW, Park KB, Park HS, Do YS, Kim DI.** Ten year outcomes after bypass surgery in aortoiliac occlusive disease. *J Korean Surg Soc*. 2012 Jun;82(6):365-9. doi: 10.4174/jkss.2012.82.6.365.
7. **Bredahl K, Jensen LP, Schroeder TV, Sillesen H, Nielsen H, Eiberg JP.** Mortality and complications after aortic bifurcated bypass procedures for chronic aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg*. 2015 Jul;62(1):75-82. doi: 10.1016/j.jvs.2015.02.025.
8. **Wang C, Chen J, Shao J, Wang J, Oiu C, Lai Z, Li K, Xu L, Yu X, Zhu Z, Wang J, Liu X, Yuan J, Liu B.** Ten-year experiences and outcomes of bypass surgery and endovascular therapy in the management of infrarenal aortic occlusion: a single-center retrospective cohort study. *Quant Imaging Med Surg*. 2023 Dec 1;13(12):7854-7865. doi: 10.21037/qims-23-236.
9. **Passman MA, Taylor LM, Moneta GL, Edwards JM, Yeager RA, McConnell DB, Porter JM.** Comparison of axillofemoral and aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg*. 1996 Feb;23(2):263-9; discussion 269-71. doi: 10.1016/s0741-5214(96)70270-7.