

7. **Nguyễn Thị Huế, Phạm Minh Tuấn.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam 2020. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022;149(1):50-59. doi:10.52852/tcnchyh.v149i1.495
8. **Tạ Thị Như Quỳnh, Phan Thảo Nguyên,**

Nguyễn Quang Dũng (2024). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E năm 2023-2024. Tạp Chí Y học Cộng đồng 65(CĐ 7 - NCKH).
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1359.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG QUA ĐƯỜNG MỔ XUYÊN PHÚC MẠC

Trần Thanh Vỹ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bằng phương pháp phẫu thuật mở qua đường xuyên phúc mạc (đường giữa), sử dụng ống ghép nhân tạo để thay túi phình động mạch chủ bụng. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện trên các bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận được phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ bằng ống ghép nhân tạo qua đường mổ xuyên phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/2015 đến tháng 03/2023. Các dữ liệu được thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, thông tin phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu và kết quả ngắn hạn. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 53 bệnh nhân, với tuổi trung bình là $67,94 \pm 9,52$ tuổi, trong đó nam giới chiếm 75,47%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 75,47%, bệnh mạch vành 32,08% và đái tháo đường 18,87%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $223,0 \pm 55,5$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là $46,6 \pm 24,7$ phút, lượng máu mất trung bình là $479,2 \pm 293,5$ ml. Tỷ lệ tử vong chu phẫu là 3,77%. Các biến chứng sớm bao gồm suy thận cấp (18,87%), biến chứng hô hấp (13,21%) và biến chứng tiêu hóa (16,98%). Tỷ lệ thoát vị vết mổ muộn là 7,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở qua đường xuyên phúc mạc là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận. Tuy nhiên, cần theo dõi chặt chẽ các biến chứng hậu phẫu và cần nhắc kỹ lưỡng giữa các đường tiếp cận để tối ưu hóa kết quả điều trị. **Từ khóa:** Phẫu thuật mở; Phình động mạch chủ bụng; Đường mổ xuyên phúc mạc; Kết quả hậu phẫu.

SUMMARY

OPEN SURGICAL REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM VIA THE TRANSPERITONEAL APPROACH

Objective: To evaluate the surgical outcomes of open repair for infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA) using a midline transperitoneal approach and prosthetic graft replacement. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on

patients who underwent open surgical repair of infrarenal AAA via a transperitoneal approach at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2015 to March 2023. Data collected included patient characteristics, surgical details, postoperative complications, and early outcomes. **Results:** The study included 53 patients, with a mean age of 67.94 ± 9.52 years, of whom 75.47% were male. Hypertension was present in 75.47% of patients, coronary artery disease in 32.08%, and diabetes mellitus in 18.87%. The mean operative time was 223.0 ± 55.5 minutes, with a mean aortic clamp time of 46.6 ± 24.7 minutes and an average blood loss of 479.2 ± 293.5 ml. The perioperative mortality rate was 3.77%. Early complications included acute kidney injury (18.87%), respiratory complications (13.21%), and gastrointestinal complications (16.98%). Late incisional hernia occurred in 7.5% of cases. **Conclusion:** Open repair via the transperitoneal approach remains an effective and safe treatment for infrarenal AAA. However, careful postoperative monitoring and individualized surgical planning are necessary to optimize patient outcomes. **Keywords:** Open surgery; Abdominal aortic aneurysm; Transperitoneal approach; Postoperative outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (PĐMCB) là một bệnh lý nguy hiểm với nguy cơ vỡ cao, gây tỷ lệ tử vong đáng kể nếu không được điều trị kịp thời. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi, đặc biệt ở nam giới trên 65 tuổi có yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu [1].

Hiện nay, có hai phương pháp điều trị chính cho PĐMCB: can thiệp nội mạch (EVAR - Endovascular Aneurysm Repair) và phẫu thuật mở (OSR - Open Surgical Repair). EVAR có ưu điểm ít xâm lấn, giúp giảm thời gian nằm viện và biến chứng sớm [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu dài hạn cho thấy EVAR có tỷ lệ tái can thiệp cao hơn, đặc biệt ở những bệnh nhân có cổ túi phình ngắn hoặc giải phẫu mạch máu không thuận lợi [3]. Trong khi đó, phẫu thuật mở vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn với tỷ lệ tái can thiệp thấp hơn và hiệu quả bền vững hơn về lâu dài [4].

Phẫu thuật mở có thể được thực hiện qua

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ

Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025

đường xuyên phúc mạc (transperitoneal approach - TP) hoặc đường sau phúc mạc (retroperitoneal approach - RP). Đường xuyên phúc mạc qua đường giữa giúp phẫu thuật viên tiếp cận dễ dàng với động mạch chủ bụng và các nhánh lớn, thuận lợi trong việc thay thế túi phình bằng ống ghép nhân tạo [5]. Tuy nhiên, phương pháp này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng ruột và nhiễm trùng vết mổ [6].

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bằng phương pháp phẫu thuật mở qua đường xuyên phúc mạc (đường giữa), sử dụng ống ghép nhân tạo để thay túi phình, từ đó cung cấp thêm bằng chứng về tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế hồi cứu mô tả, nhằm đánh giá đặc điểm bệnh nhân và kết quả hậu phẫu của phẫu thuật mở điều trị phình động mạch chủ bụng qua đường mổ xuyên phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/2015 đến tháng 03/2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí chọn vào bao gồm: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng hình ảnh học (CT-angiography); (2) Được phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ bụng bằng ống ghép nhân tạo qua đường mổ xuyên phúc mạc; (3) Có hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu nghiên cứu. Tiêu chí loại trừ là bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật động mạch chủ trước đó.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp thu thập số liệu. Cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn vào. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và hệ thống PACS của bệnh viện.

2.4. Biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ (Giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử hút thuốc lá, bệnh mạch vành, suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn); Đặc điểm túi phình (Đường kính, hình dạng (hình thoi hoặc hình túi), đặc điểm cổ túi phình (độ dài, mức độ vôi hóa) và tổn thương động mạch chậu kết hợp); Thông tin phẫu thuật (Vị trí kẹp động mạch chủ, kiểu nối ống ghép, thời gian kẹp mạch, lượng máu mất, biến chứng hậu phẫu như suy thận cấp, nhiễm trùng, biến chứng tim mạch, hô hấp); Kết quả hậu phẫu (Thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong chu phẫu,

biến chứng sớm sau mổ, biến chứng trong vòng 3 năm sau phẫu thuật).

2.6. Phương pháp phân tích số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), trong khi các biến có phân phối không chuẩn được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR).

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược TP.HCM phê duyệt. Dữ liệu bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học (Mã số 23322/ĐHYD, 20/2/2023)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân. Tuổi trung bình là $67,94 \pm 9,52$ tuổi, với phần lớn bệnh nhân là nam giới (75,47%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $22,0 \pm 3,4$ kg/m². Tăng huyết áp (75,47%) và bệnh mạch vành (32,08%) là các bệnh lý kèm theo phổ biến nhất. Lý do nhập viện thường gặp nhất là đau bụng (56,60%), tiếp theo là phát hiện tình cờ (15,09%) và túi phình tăng kích thước (18,87%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (n=53)

Biến số	Giá trị n (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Giới tính	
Nam	40 (75,47)
Nữ	13 (24,53)
Tuổi	$67,94 \pm 9,52$ (nhỏ nhất 31 tuổi- lớn nhất 83 tuổi)
Nhóm tuổi	
Dưới 60	7 (13,21)
Từ 61 đến 70	24 (45,28)
Từ 71 đến 80	18 (33,96)
Trên 80	4 (7,55)
Chỉ số khối cơ thể	$22,0 \pm 3,4$
$\leq 18,5$	10 (18,87)
18,5 – 22,9	18 (33,96)
23 – 24,9	15 (28,30)
≥ 25	10 (18,87)
Lý do nhập viện	
Tình cờ phát hiện	8 (15,09)
Đau bụng	30 (56,60)
Đau chân	1 (1,89)
Đau lưng	4 (7,55)
Túi phình tăng kích thước	10 (18,87)
Yếu tố nguy cơ và bệnh lý kết hợp	

Hút thuốc lá	19 (35,85)
Tiền căn phẫu thuật ổ bụng	0 (0,0)
Bệnh mạch vành mạn	17 (32,08)
Suy tim	2 (3,77)
Tăng huyết áp	40 (75,47)
Bệnh phổi mạn tính	5 (9,43)
Đái tháo đường	10 (18,87)
Bệnh thận mạn	10 (18,87)

Bảng 2 trình bày thông tin về hình dạng và kích thước của túi phình động mạch chủ bụng. Phần lớn bệnh nhân có túi phình hình thoi (99,9%), với đường kính trung bình $5,4 \pm 1,1$ cm. Trong đó, 58,49% bệnh nhân có túi phình có kích thước từ 5 đến dưới 6 cm, và 3,77% bệnh nhân có túi phình lớn hơn 7 cm. Đặc điểm cổ túi phình bao gồm cổ ngắn (28,96%), cổ gấp góc (33,33%), hoặc kết hợp cả hai yếu tố này (46,67%). Ngoài ra, 8,89% bệnh nhân có hẹp nặng hoặc tắc động mạch chậu chung.

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu học túi phình động mạch chủ bụng (n=53)

Biến số	Giá trị: n (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)
Hình dạng túi phình	
Hình thoi	52 (99,9)
Hình túi	1 (0,1)
Đường kính túi phình (cm)	$5,4 \pm 1,1$ (4,0 – 8,8)
Dưới 5cm	14 (26,42)
Từ 5cm tới dưới 6cm	31 (58,49)
Từ 6cm tới dưới 7cm	6 (11,32)
Từ 7cm trở lên	2 (3,77)
Đặc điểm cổ túi phình	
ĐM thận trái thấp hơn ĐM thận phải	43 (95,56%)
Đường kính cổ túi (mm)	$19,8 \pm 3,4$ (14–30)
Chiều dài cổ túi (mm)	$27,4 \pm 12,8$ (10–56)
Góc cổ túi (độ)	$49,2 \pm 26,0$ (10–121)
Cổ túi phình ngắn	13 (28,96)
Cổ túi phình gấp góc	15 (33,33)
Cổ túi phình ngắn và gấp góc	21 (46,67)
Đặc điểm động mạch chậu	
ĐƯỜNG KÍNH NGÃ BA ĐỘNG MẠCH CHỦ CHẬU	$27,0 \pm 9,2$ (14–60)
ĐƯỜNG KÍNH ĐỘNG MẠCH CHẬU CHUNG PHẢI	$18,2 \pm 12,4$ (7–60)
ĐƯỜNG KÍNH ĐỘNG MẠCH CHẬU CHUNG TRÁI	$13,3 \pm 4,8$ (7–34)
Phình động mạch chậu chung phải	11 (24,44)
Phình động mạch chậu chung trái	2 (4,44)

Hẹp nặng hoặc tắc động mạch chậu chung trái	4 (8,89)
---	----------

Bảng 3 mô tả các thông tin liên quan đến phẫu thuật, bao gồm vị trí kẹp động mạch chủ, thời gian mổ và lượng máu mất. Đa số bệnh nhân được kẹp động mạch chủ dưới hai động mạch thận (88,68%). Kiểu nối ống ghép chủ yếu là ống ghép chữ Y (94,34%). Thời gian mổ trung bình là $223,0 \pm 55,5$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là $46,6 \pm 24,7$ phút. Lượng máu mất trung bình là $479,2 \pm 293,5$ ml. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,4 \pm 4,7$ ngày. Biến chứng sớm phổ biến nhất là tổn thương thận cấp (18,87%), biến chứng hô hấp (13,21%), và tiêu hóa (16,98%). Tỷ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật là 3,77%.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị ngoại khoa (n=53)

Biến số	Giá trị: n (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)
Vị trí kẹp động mạch chủ đầu trên túi phình	
Dưới hai ĐM thận	47 (88,68)
Giữa 2 ĐM thận	2 (3,77)
Trên 2 ĐM thận và dưới ĐM mạc treo tràng trên	1 (1,89)
Trên ĐM thận tạng	3 (5,66)
Kiểu nối ống ghép	
Ống ghép thẳng	3 (5,66)
Ống ghép chữ Y	50 (94,34)
Thời gian kẹp động mạch chủ (phút)	$46,6 \pm 24,7$ (30–210 phút)
Thời gian mổ (phút)	$223,0 \pm 55,5$ (130–360 phút)
Tái thông động mạch mạc treo tràng dưới	3 (5,66%)
Lượng máu mất (ml)	$479,2 \pm 293,5$ (100–2000 ml)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	$8,4 \pm 4,7$ (4–32)
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	
Tim mạch	4 (7,55)
Hô hấp	7 (13,21)
Tổn thương thận cấp	10 (18,87)
Tiêu hóa	9 (16,98)
Tắc mạch	2 (3,77)
Tử vong sớm	3,77 (2)
Thời gian theo dõi (tháng)	$24,7 \pm 24,3$ (6–84)

Bảng 4 mô tả biến chứng muộn, có 6 bệnh nhân bị thoát vị vết mổ thành bụng, trong đó 4 trường hợp xảy ra sau 1-2 năm. Hai bệnh nhân gặp biến chứng tắc ống ghép, yêu cầu can thiệp phẫu thuật để tái thông mạch.

Bảng 4. Biến chứng muộn sau phẫu thuật

Thời điểm	Lý do	Phương pháp phẫu thuật
3 tháng	Tắc ống ghép chân phải	Phẫu thuật lấy huyết khối tái thông ống ghép
6 tháng	Tắc ống ghép chân trái	Phẫu thuật bắc cầu nhánh đùi trái
1 năm	Thoát vị vết mổ thành bụng	Phẫu thuật khâu lỗ thoát vị phục hồi thành bụng
2 năm	Thoát vị vết mổ thành bụng	Phẫu thuật khâu lỗ thoát vị phục hồi thành bụng
1 năm	Thoát vị vết mổ thành bụng	Phẫu thuật khâu lỗ thoát vị phục hồi thành bụng
1 năm	Thoát vị vết mổ thành bụng	Phẫu thuật khâu lỗ thoát vị phục hồi thành bụng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm giải phẫu túi phình và ảnh hưởng đến phẫu thuật. Phình động mạch chủ bụng có thể có nhiều hình thái khác nhau, ảnh hưởng đáng kể đến phương pháp điều trị và kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có túi phình hình thoi (fusiform aneurysm), tương tự báo cáo của Lê Đức Tín và cộng sự, trong đó 90% túi phình có hình thoi [1]. Túi phình hình thoi thường liên quan đến xơ vữa động mạch lan rộng, làm phức tạp quá trình bóc tách và khâu nối mạch máu trong phẫu thuật.

Bên cạnh đó, một số bệnh nhân có túi phình dạng túi (saccular aneurysm), thường liên quan đến bất thường thành mạch hoặc viêm nhiễm, làm tăng nguy cơ vỡ túi phình [2]. Theo Hossack et al., túi phình dạng túi có thể đòi hỏi kẹp động mạch ở vị trí cao hơn, đôi khi phải mở rộng đường mổ để kiểm soát dòng chảy tốt hơn [3].

Ngoài hình thái túi phình, cổ túi phình (aneurysm neck) cũng đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị. Một số bệnh nhân có cổ túi phình ngắn (<10 mm) hoặc gấp góc, gây khó khăn khi đặt kẹp động mạch và thực hiện miệng nối mạch máu. Theo Twine et al., nhóm bệnh nhân này có nguy cơ rò rỉ nội mạch (endoleak) cao hơn khi thực hiện EVAR, khiến phẫu thuật mở trở thành lựa chọn phù hợp hơn [4].

4.2. Bệnh nền và ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa lipid là 90% và tăng huyết áp là 85,8%, phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Tất Thành và cộng sự [5]. Những bệnh lý này làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch, ảnh hưởng đến việc đặt kẹp động mạch và tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu

thuật. Ngoài ra, bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá (chiếm 75%) có nguy cơ giảm đàn hồi thành mạch, giảm khả năng lành thương và tăng nguy cơ tắc mạch sau phẫu thuật [6]. Theo Buckarma et al., những bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính do hút thuốc cũng có nguy cơ viêm phổi hậu phẫu cao hơn, đặc biệt khi sử dụng đường mổ xuyên phúc mạc [7]. Bệnh nhân đái tháo đường trong nghiên cứu này chiếm 35%, tương tự nghiên cứu của Gruber et al., trong đó nhóm bệnh nhân này có tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ cao hơn đáng kể [8].

4.3. Kết quả và so sánh với các nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật mở xuyên phúc mạc cho thấy hiệu quả cao, tỷ lệ tử vong trong quá trình theo dõi trung hạn là 3,77% và tỷ lệ biến chứng hậu phẫu dao động từ 10-20% tùy loại. Những kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Đức Tín và cộng sự, trong đó tỷ lệ thành công đạt 97,3%, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 4,1% và biến chứng hậu phẫu chiếm khoảng 15% [1]. Về thời gian phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tương đương với báo cáo của Đỗ Tất Thành và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, trong đó thời gian phẫu thuật dao động từ 180-210 phút [2]. Sự ổn định này cho thấy phương pháp phẫu thuật mở xuyên phúc mạc có thể được chuẩn hóa và áp dụng rộng rãi.

Về lượng máu mất trong phẫu thuật, trung bình là $479,2 \pm 293,5$ ml, tương đồng với nghiên cứu của Buckarma et al., trong đó nhóm bệnh nhân phẫu thuật mở có lượng máu mất trung bình từ 400-600 ml, cao hơn so với nhóm EVAR [5]. Điều này phản ánh mức độ xâm lấn của phẫu thuật mở, nhưng cũng khẳng định rằng lượng máu mất vẫn trong mức kiểm soát được.

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật mở xuyên phúc mạc là phương pháp hiệu quả và an toàn, với tỷ lệ thành công cao, thời gian phẫu thuật hợp lý và biến chứng trong mức kiểm soát. Tuy nhiên, cần có thêm nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên giữa phẫu thuật xuyên phúc mạc và sau phúc mạc, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc cần can thiệp trên nhiều nhánh động mạch.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở xuyên phúc mạc vẫn là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận, đặc biệt đối với những bệnh nhân có giải phẫu phức tạp hoặc không phù hợp với EVAR. Tuy nhiên, cần cân nhắc các yếu tố về hình thái túi phình, bệnh

nền và nguy cơ biến chứng hậu phẫu để tối ưu hóa kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Tín, Lâm Văn Nút.** Kết quả dài hạn phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận bằng mạch máu nhân tạo tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024
2. **Đỗ Tất Thành, et al.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng đoạn dưới động mạch thận bằng mạch máu nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam. 2023
3. **Hossack M, et al.** Open Retroperitoneal Repair for Complex Abdominal Aortic Aneurysms. Aorta (Stamford). 2022
4. **Twine CP, et al.** The retroperitoneal approach to the abdominal aorta. J Vasc Surg. 2012;56(3):834-838.
5. **Buckarma ELN, et al.** A midline retroperitoneal approach for complex abdominal aortic repair. J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2022;8(4):678-687.
6. **Cambria RP, et al.** Open repair of abdominal aortic aneurysm: Techniques and outcomes. IntechOpen. 2023.
7. **Williams IM, et al.** Open surgical repair of abdominal aortic aneurysms: Comparing retroperitoneal and transperitoneal approaches. Aorta (Stamford). 2022.
8. **Gruber M, et al.** Comparative study between endovascular intervention and open surgery for abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2023.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 PHÁC ĐỒ VINORELBINE KẾT HỢP TRASTUZUMAB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT HER2 DƯƠNG TÍNH

Vũ Hải Hằng¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phác đồ vinorelbine kết hợp trastuzumab trong điều trị bước 1 ung thư vú tái phát HER2 dương tính (HER2+) tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 35 bệnh nhân có chẩn đoán ung thư vú tái phát di căn HER2+ từ 1/2019 đến 12/2022 tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 60,0%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 8,6%, tỷ lệ lợi ích lâm sàng là 82,9%. Bệnh nhân không di căn tạng có tỷ lệ đáp ứng cao hơn bệnh nhân có di căn tạng (86,7% so với 40,0%, $p = 0,005$). Các độc tính thường gặp là giảm bạch cầu 40,0%, giảm bạch cầu hạt 65,7%, thiếu máu 60,0%, tăng AST/ALT 68,6%, buồn nôn/ nôn 22,9%, đa số độc tính độ 1 – 2, ít gặp độc tính độ 3 – 4. **Kết luận:** Phác đồ vinorelbine kết hợp trastuzumab trong điều trị ung thư vú tái phát di căn HER2+ là phác đồ có tính hiệu quả và an toàn, bệnh nhân dung nạp thuốc tốt.

Từ khóa: ung thư vú tái phát di căn, HER2 dương tính, vinorelbine, trastuzumab.

SUMMARY

EFFICACY OF FIRST-LINE VINORELBINE PLUS TRASTUZUMAB IN BREAST CANCER HER2 POSITIVE RECURRENT

Objective: To evaluate the effectiveness of vinorelbine plus trastuzumab in first-line of breast cancer HER2 positive recurrent at Institute of

Oncology and Nuclear Medicine, Military Hospital 175. **Subject and methods:** A retrospective descriptive study of 35 patients diagnosed of breast cancer HER2 positive recurrent from 1/2019 to 10/2022 at Institute of Oncology and Nuclear Medicine, Military Hospital 175. **Result:** The overall response rate was 60,0%, in which there were 37,8% complete response, clinical benefit rate was 82,9%. The overall response rate for patients with nonvisceral metastases was significantly higher in patients with visceral metastases (86,7% versus 40,0%, $p = 0,005$). Common toxicities were leukopenia 40,0%, neutropenia 65,7%, anemia 60,0%, increased AST/ALT 68,6%, nausea/ vomiting 22,9%, grade 1 – 2 toxicities were common, grade 3 – 4 toxicities were rare. **Conclusion:** Regimen of vinorelbine plus trastuzumab in breast cancer HER2 positive recurrent is an effective and safe regimen, patients are well tolerated.

Keywords: breast cancer recurrent, HER2 positive, vinorelbine, trastuzumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ giới. Theo Globocan 2022, trên toàn thế giới có 2.296.840 trường hợp ung thư vú mới mắc (chiếm 23,8% trong tổng số tất cả các loại ung thư ở nữ) và 666.103 trường hợp tử vong do ung thư vú (chiếm 15,4% trong tổng số tất cả tử vong do ung thư ở nữ). Tại Việt Nam, ước tính năm 2022 có 24.563 (28,9%) trường hợp mới mắc và 10.008 (20,5%) trường hợp tử vong do ung thư vú.¹

Tại thời điểm chẩn đoán có 63% trường hợp ung thư vú ở giai đoạn khu trú tại vú, 28% trường hợp ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng, 6% đã ở giai đoạn di căn xa, 3% không rõ giai

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025