

12% ở nhóm HXT. Trong NC của chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để đại diện. Đánh giá mức độ thoái hóa u trên bệnh phẩm sau mổ (TRG) theo Becker, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đạt TRG1 cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm chứng (41% so với 14%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng điều trị liều pháp tân bổ trợ toàn bộ làm tăng tỷ lệ đáp ứng và thoái hóa u.

V. KẾT LUẬN

Liều pháp tân bổ trợ toàn bộ trong UTTT trung bình- thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng với phác đồ hóa chất mFOLFIRINOX cho tỷ lệ đáp ứng, lợi ích lâm sàng cao, với độc tính có khả năng kiểm soát được. Cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả điều trị trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Preoperative Multimodality Therapy Improves Disease-Free Survival in Patients**

With Carcinoma of the Rectum: NSABP R-03 | Journal of Clinical Oncology. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2009.22.0467>

3. **Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23):** a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial - *The Lancet Oncology.* [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00079-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00079-6/abstract)
4. **Bahadoer RR, Dijkstra EA, van Etten B, et al.** Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology.* 2021;22(1):29-42. doi:10.1016/S1470-2045(20)30555-6
5. **Multicenter, Randomized, Phase III Trial of Short-Term Radiotherapy Plus Chemotherapy Versus Long-Term Chemoradiotherapy in Locally Advanced Rectal Cancer (STELLAR) | Journal of Clinical Oncology.** <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.21.01667>
6. **Trần Anh Cường** (2017). Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI ĐỘNG MẠCH THẬN BẰNG STENTGRAFT NỘI MẠCH Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Duy Tân¹, Trần Minh Bảo Luân²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả trung hạn điều trị phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận bằng stentgraft nội mạch ở người trên 65 tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận và điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Khoa Tim mạch - lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, trong thời gian từ tháng 05/2020 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** 33 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 77,9 ± 8,7 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 29/4. Đặc điểm giải phẫu túi phình: đường kính trung bình 56 ± 14,5 mm; cổ túi phình: đường kính 21,2 ± 2,6mm (17,5 - 29), chiều

dài 29,6 ± 14 mm (8 - 90), góc cổ gần 44,3 ± 20 độ (8 - 85), cổ dạng thẳng 22 trường hợp (66,67%), cổ dạng thon và thon ngược tỷ lệ lần lượt là 15,15% và 18,18%. Thời gian can thiệp trung bình là: 187,2 ± 46,1 phút (90 - 270). Thành công về mặt kỹ thuật 32 trường hợp (97%), 1 trường hợp tắc mạch chỉ sau can thiệp (3%). Kết quả trung hạn: thời gian theo dõi trung bình 13,6 ± 8,8 tháng (6 - 39), 1 trường hợp rò nội mạch muộn loại II, không có triệu chứng; không ghi nhận trường hợp nào bị di lệch ống ghép nội mạch; 4 trường hợp (12,1%) tử vong trong năm đầu: 2 trường hợp nhồi máu cơ tim (6%), 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa (không liên quan phình động mạch chủ bụng) (3%) và 1 trường hợp vỡ phình vào tá tràng vào tháng thứ 3 sau can thiệp. **Kết luận:** Điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng stentgraft nội mạch cho thấy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao và kết quả trung hạn với các biến cố liên quan ống ghép và túi phình thấp cho thấy đây là phương pháp điều trị an toàn và khả thi đối với người cao tuổi. **Từ khóa:** Phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch, stentgraft nội mạch

¹Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 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: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

SUMMARY

MID-TERM RESULTS OF ENDOLUMINAL STENTGRAFT IN TREATMENT OF

INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS IN THE ELDERLY PATIENTS

Objectives: Evaluation of mid-term results of endoluminal Stentgraft in the treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysms in people over 65 years old. **Patients and methods:** Retrospective case series with longitudinal follow-up in patients aged 65 years and older with infrarenal abdominal aortic aneurysm and treated with endovascular intervention at the Department of Cardiovascular - Thoracic Surgery, Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, from May 2020 to June 2024. **Results:** 33 patients were included in the study, the mean age 77.9 ± 8.7 years old, the male/female ratio 29/4. Anatomical characteristics of the aneurysm: average diameter 56 ± 14.5 mm; aneurysm neck: diameter 21.2 ± 2.6 mm ($17.5 - 29$), length 29.6 ± 14 mm ($8 - 90$), neck angle 44.3 ± 20 degrees ($8 - 85$), straight neck in 22 cases (66.67%), tapered and reverse tapered necks accounted for 15.15% and 18.18%, respectively. The mean intervention durations: 187.2 ± 46.1 minutes ($90 - 270$). Technical success 32 cases (97%), 1 case of limb occlusion after intervention (3%). Mid-term results: mean follow-up time 13.6 ± 8.8 months ($6 - 39$), 1 case of late type II endovascular fistula, asymptomatic; no case of endovascular graft displacement were recorded; 4 cases (12.1%) died in the first year: 2 cases of acute myocardial infarction (6%), 1 case (3%) of gastrointestinal bleeding (unrelated to abdominal aortic aneurysm) and 1 case of aneurysm rupture into the duodenum in the 3rd month after intervention. **Conclusion:** Endoluminal stentgraft in the treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysms has shown highly technical success rates and mid-term results with low rates of graft- and aneurysm-related events, suggesting that endovascular intervention is a safe and feasible treatment for the elderly.

Keywords: Abdominal Aortic Aneurysm, Endovascular Intervention, Endoluminal Stentgraft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, điều trị phình động mạch chủ bụng bằng phẫu thuật với gây mê toàn thân, đường mổ dài, cần kẹp động mạch chủ, thay đoạn phình bằng ống ghép nhân tạo, thời gian mổ lâu, nguy cơ biến chứng sau mổ nhiều, đặc biệt ở đối tượng người cao tuổi, có nhiều bệnh đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh mạch vành. Vì thế can thiệp nội mạch với chủ yếu gây tê tại chỗ là phương pháp điều trị ngày nay được ưu tiên lựa chọn, phù hợp đối tượng bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh kèm theo. Hiện nay, điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch trên thế giới đã trở nên phổ biến, đã có nhiều báo cáo điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch ở người cao tuổi trên thế giới với những kết quả an toàn và hiệu quả. Theo nghiên cứu của Pasqui, với 18 người bệnh trên 90 tuổi có phình động mạch chủ bụng không triệu chứng

được điều trị bằng can thiệp nội mạch không có tử vong chu phẫu¹.

Tại Việt Nam, can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng cũng được thực hiện ở các bệnh viện trung tâm như: Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM, Bệnh viện 108... trong thời gian gần đây với hiệu quả cao và an toàn. Tuy vậy, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này ở người trên 65 tuổi. Điểm đặc biệt ở bệnh viện Thống Nhất là tập trung chủ yếu bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh lý nội khoa đi kèm như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh thận mạn, đái tháo đường. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả trung hạn điều trị phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận bằng can thiệp nội mạch ở người trên 65 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca, theo dõi dọc được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – Lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 05/2020 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận dựa vào CT scan bụng có cản quang và được điều trị bằng can thiệp đặt stentgraft nội mạch.

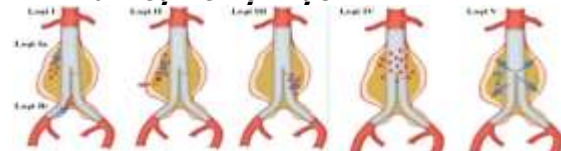
Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có kèm phình động mạch chủ ngực, phình động mạch tạng hoặc đã được phẫu thuật động mạch chủ trước đó.

Đánh giá kết quả

Thành công về mặt kỹ thuật: Đặt ống ghép đúng vị trí (xác định qua chụp cản quang), không lấp động mạch thận, không có rò nội mạch loại I, III.

Rò nội mạch: được định nghĩa khi vẫn còn dòng máu chảy vào bên trong túi phình, ngoài ống ghép.

Phân loại rò nội mạch:



Hình 1: Các loại rò nội mạch

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hóa và được xử lý bằng các thống kê toán học trong y

học, ứng dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2020 đến tháng 06/2024, có 33 bệnh nhân phình động mạch chủ bụng đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn và được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước can thiệp

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 77,9 ± 8,7 tuổi (65-94 tuổi)

Giới: Nam 29 trường hợp (87,8%), nữ 4 trường hợp (12,2%)

Đặc điểm lâm sàng

Lý do nhập viện. Lý do nhập viện phổ biến nhất là tình cờ phát hiện 63,6%, kể đến là đau bụng 21,2%. Ngoài ra, có 1 trường hợp khối đập ở bụng (3%) và nhồi máu cơ tim (3%), trong quá trình điều trị phát hiện phình động mạch chủ bụng qua siêu âm bụng tổng quát.

Các yếu tố nguy cơ và bệnh kết hợp

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ và bệnh kết hợp

Tiền căn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	33	100
Đái tháo đường	22	66,7
Rối loạn lipid máu	33	100
Hút thuốc lá	18	54,5
Tai biến mạch máu não	3	9,1
Bệnh mạch vành	20	60,6
Bệnh thận mạn	17	51,5

Đặc điểm giải phẫu túi phình

Đặc điểm cổ túi phình

Bảng 2: Đặc điểm cổ túi phình

Đặc điểm cổ túi phình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Đường kính (mm)	17,5	29	21,2 ± 2,6
Chiều dài (mm)	8	90	29,6 ± 14
Góc cổ gãn (độ)	8	85	44,3 ± 20

Phân loại cổ túi phình. Dạng cổ thẳng chiếm đa số với 22 trường hợp (66,67%), dạng cổ thon và thon ngược ít gặp hơn với tỉ lệ lần lượt là 15,15% và 18,18%.

Động mạch thận phải thấp: có 10 trường hợp chiếm 30,3%. Động mạch thận trái thấp: có 23 trường hợp chiếm 69,7%. Cần xác định vị trí của động mạch thận thấp trong quá trình can thiệp nội mạch, để đo lường chiều dài ống ghép, và giúp canh chỉnh vị trí hạ đặt đầu gần thân chính ống ghép ngay từ dưới vị trí xuất phát của động mạch thận thấp.

Đặc điểm túi phình. Đường kính túi phình: trung bình: 56 ± 14,5 mm (37 - 106 mm)

Hình dạng túi phình

Bảng 3: Các dạng phình động mạch chủ bụng

Loại phình	Tần số	Tỉ lệ (%)	Đường kính trung bình (mm)
Hình thoi	24	72,7	59,7 ± 14,7
Hình túi	9	27,3	45,7 ± 7,8
Tổng	33	100	56 ± 14,5

Đặc điểm điều trị can thiệp nội mạch

Tiếp cận động mạch đường vào: 2 phương pháp tiếp cận động mạch đường vào được ghi nhận trong nghiên cứu: bộc lộ động mạch đùi: 11 trường hợp (33,3%), chọc kim động mạch đùi kết hợp dụng cụ khâu qua da: 22 trường hợp (66,7%)

Phương pháp đặt ống ghép nội mạch: 2 phương pháp đặt ống ghép nội mạch được thực hiện trong nghiên cứu: ống ghép động mạch chủ - chậu 2 bên: 30 trường hợp (91,9%), ống ghép động mạch chủ bụng đơn thuần: 3 trường hợp (9,1%) đều là phình dạng túi

Thời gian can thiệp trung bình: 187,2 ± 46,1 phút (90 - 270 phút)

Lượng máu mất trung bình trong thủ thuật: 80,6 ± 98 ml (20 - 400ml)

Lượng thuốc cản quang sử dụng trung bình: 105,4 ± 24,2 ml (65 - 90ml)

Thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình: 7,58 ± 4,4 ngày (2 - 21 ngày)

Kết quả sớm

Thành công về mặt kỹ thuật. Với 33 trường hợp phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận trong nghiên cứu được đặt ống ghép nội mạch, thành công về mặt kỹ thuật 32 trường hợp chiếm tỉ lệ 97%. Có 1 trường hợp sau khi đặt ống ghép, thân chính lệch 1 cm xuống dưới động mạch thận thấp, gây rò nội mạch loại IA, chúng tôi đặt thêm một ống ghép để xử lí, chụp lại kiểm tra không còn ghi nhận rò nội mạch.

Biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong nào trong 30 ngày, không có trường hợp nào bị lấp động mạch thận, nhồi máu cơ tim cấp và tổn thương thận cấp. Có 1 trường hợp tắc mạch chi sau can thiệp (3%), 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (9,1%). Không có trường hợp nào tụ máu hay giả phình tại vị trí đường vào.

Tắc mạch chi sau can thiệp được phát hiện cùng ngày can thiệp, được xử lí mở mạch lấy huyết khối, BN sau đó hồi phục, chi ấm, mạch mu chân rõ, vận động cảm giác tốt.

5 trường hợp tụ máu nhỏ ngay vị trí đường vào (vùng bẹn) (15,15%) chỉ cần băng ép trọng điểm, không cần mổ cầm máu.

3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ là nhiễm trùng tại vị trí chọc kim vùng bẹn, có rạch da nhỏ khoảng 0,5- 1cm để đưa được ống thông

16Fr- 18Fr vào động mạch đùi chung. BN được chăm sóc vết thương và kháng sinh, diễn tiến hồi phục hoàn toàn sau 7 ngày.

Kết quả trung hạn. Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là $13,6 \pm 8,8$ tháng (6 - 39 tháng). Chúng tôi có được 15 trường hợp có thời gian theo dõi trên 12 tháng (chiếm 45,5%)

Rò nội mạch muện. Chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp rò nội mạch muện loại II, bệnh nhân 93 tuổi, không có triệu chứng, đường kính túi phình có tăng hơn so với ban đầu, tuy nhiên tăng khoảng 3mm sau 1 năm và không tăng thêm khi tiếp tục theo dõi cho đến nay (32 tháng)

Di lệch ống ghép và thay đổi kích thước túi phình

Thay đổi kích thước túi phình

Bảng 4: Thay đổi kích thước túi phình

Thay đổi đường kính	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tăng	2	6
Không đổi	12	36,4
Giảm	16	48,5
Mất theo dõi	3	9,1

Di lệch ống ghép: Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị di lệch ống ghép nội mạch trong thời gian theo dõi.

Tử vong: Có 4 trường hợp (12,1%) tử vong trong thời gian theo dõi, đều trong thời gian 1 năm đầu. Nguyên nhân tử vong: 2 trường hợp nhồi máu cơ tim (6%), 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa (không liên quan phình động mạch chủ bụng) (3%) và 1 trường hợp vỡ phình vào tá tràng được xử lí bằng phẫu thuật, hậu phẫu không thuận lợi, BN tử vong vào tháng thứ 3 sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm giải phẫu túi phình. Trong can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng dưới thận, cổ túi phình đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo thành công của thủ thuật. Đặc điểm hình thái của cổ túi phình, đặc biệt là hình dạng chiều dài, góc và đường kính của cổ, ảnh hưởng trực tiếp đến việc đưa ống ghép vào đúng vị trí, bung ống ghép một cách chính xác và loại trừ túi phình tại đầu gần. Chính vì tầm quan trọng của các đặc điểm này, khi cổ túi phình không phù hợp, chẳng hạn như quá ngắn, quá cong hoặc có đường kính quá lớn, vôi hóa, huyết khối thành hay có dạng thon ngược (hình nón) thường được coi là cổ khó (không thuận lợi) đối với việc can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng, là yếu tố nguy cơ gây rò nội mạch loại IA sau can thiệp.

Bảng 5: Khuyến cáo nhà sản xuất ống ghép nội mạch về giải phẫu cổ túi phình

Thông số	Khuyến cáo
Chiều dài cổ gần	≥ 10 mm, nếu < 10 mm thì dùng thêm dụng cụ hỗ trợ cố định ống ghép vào thành động mạch chủ
Góc cổ gần	≤ 60 độ
Đường kính cổ	19- 32 mm

Kết quả của chúng tôi: chiều dài cổ gần trung bình 29,6 mm, đường kính cổ trung bình, 21,2 mm, góc cổ gần trung bình 44,3 độ. Nếu xét giá trị trung bình thì các thông số của chúng tôi nằm trong giới hạn khuyến cáo của nhà sản xuất. Cũng có trường hợp cổ ngắn (8 mm), chúng tôi dùng kĩ thuật ống khói, đặt giá đỡ có màng phủ ở động mạch thận 2 bên để tăng chiều dài che phủ cổ gần.

Đặc điểm túi phình. Đường kính túi phình là một trong những yếu tố quan trọng nhất trong việc đánh giá nguy cơ vỡ và quyết định chiến lược điều trị đối với phình động mạch chủ bụng không triệu chứng. Theo các khuyến cáo lâm sàng, nguy cơ vỡ của túi phình tăng lên đáng kể khi đường kính vượt quá 55 mm ở nam giới và 50 mm ở nữ giới. Cụ thể, với túi phình có đường kính từ 50 đến 59 mm, nguy cơ vỡ có thể từ 1-11%, trong khi với túi phình có đường kính trên 70 mm, nguy cơ vỡ có thể tăng lên 30-33%. Trong nghiên cứu chúng tôi, đường kính trung bình của túi phình là $56 \pm 14,5$ mm, phần lớn các túi phình trong nghiên cứu nằm trong khoảng đường kính được xem là có nguy cơ cao, đòi hỏi phải có kế hoạch can thiệp sớm. Kích thước túi phình động mạch chủ bụng không triệu chứng từ 40 đến 54 mm nằm trong khoảng "tranh cãi" về thời điểm can thiệp, với các quan điểm khác nhau giữa các tác giả và nghiên cứu lâm sàng. Nghiên cứu UKSAT² báo cáo tỷ lệ tử vong sớm do phẫu thuật là 5,5%, và nghiên cứu ADAM³ báo cáo tỷ lệ tử vong sớm là 2,1%. Cả hai nghiên cứu đều cho thấy rằng, khi so sánh tỷ lệ sống còn giữa nhóm bệnh nhân được phẫu thuật sớm và nhóm theo dõi, không có sự khác biệt đáng kể. Điều này đã ủng hộ xu hướng theo dõi định kỳ đối với các bệnh nhân có túi phình kích thước nhỏ. Hiện nay, khoảng 80% các trường hợp phình động mạch chủ bụng tại Mỹ được điều trị bằng can thiệp nội mạch. Tuy nhiên, đối với các túi phình kích thước từ 40- 54 mm, có nên can thiệp sớm hay không vẫn còn nhiều tranh cãi. Hai nghiên cứu lớn CEASAR⁴ và PIVOTAL⁵ đã được thực hiện để đánh giá khả năng can thiệp nội mạch sớm cho các túi phình có kích thước nhỏ: CEASAR so sánh giữa can thiệp nội mạch và theo dõi đối với các túi phình kích thước từ 40- 54 mm, PIVOTAL đánh giá tương tự đối với các túi phình

kích thước từ 40- 50 mm. Kết quả từ cả hai nghiên cứu đều chỉ ra rằng lợi ích của can thiệp nội mạch sớm đối với các túi phình nhỏ là không rõ ràng. Điều này tiếp tục ủng hộ xu hướng theo dõi đối với nhóm bệnh nhân này, thay vì can thiệp ngay lập tức nếu không có triệu chứng hoặc tốc độ tăng trưởng nhanh.

Kết quả ngay sau can thiệp

Thành công về mặt kỹ thuật. Thành công về kỹ thuật được định nghĩa là việc triển khai thành công hệ thống ống ghép nội mạch mà không xuất hiện rò nội mạch loại I hoặc III khi kết thúc can thiệp, không che phủ ngẫu nhiên động mạch thận hoặc động mạch hạ vị trong chụp mạch cuối cùng, và không xảy ra chuyển đổi phương pháp, tử vong, hoặc tắc nghẽn chi của ống ghép trong vòng 24 giờ sau thủ thuật. Chúng tôi có tỉ lệ thành công 97% (32/ 33 trường hợp). Có 1 trường hợp tắc ống ghép chi cùng ngày sau can thiệp, được xử lý mở mạch lấy huyết khối, bệnh nhân sau đó hồi phục, chi ấm, mạch mu chân rõ, vận động cảm giác tốt.. Kết quả nghiên cứu của Torsello với 150 bệnh nhân, tuổi trung bình 73,6 ± 8, thành công kỹ thuật đạt được 99,3%.⁶

Qua đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều có tỷ lệ thành công rất cao và không có trường hợp nào tử vong chu phẫu. Điều này cho thấy tính an toàn và khả thi cũng như ưu điểm tuyệt đối của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng khi so sánh với mổ mở kinh điển, đặc biệt đối với người cao tuổi, nhiều bệnh đi kèm và nhiều yếu tố nguy cơ thì ưu điểm này càng rõ nét hơn.

Các biến chứng sớm ngay sau can thiệp. Các biến chứng như nhồi máu cơ tim, lấp ĐM thận, tổn thương thận cấp, tổn thương ruột do thiếu máu có thể xảy ra ngay hoặc trong vòng 24 giờ sau can thiệp. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận:

Tắc ống ghép chi sau can thiệp: một biến chứng nghiêm trọng có thể dẫn đến thiếu máu và tổn thương không hồi phục ở chi. Trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân (3%) đường kính ĐM chậu ngoài 9,8 mm gặp phải biến chứng này. Tắc mạch chi thường xảy ra do di lệch hoặc huyết khối hình thành quanh ống ghép nội mạch, đòi hỏi can thiệp lại để khôi phục lưu thông máu. Theo nghiên cứu của Marko, tỉ lệ tắc ống ghép chi sau can thiệp là 5,9%, và yếu tố nguy cơ là động mạch chậu ngoài xơ vữa, đường kính dưới 10 mm, và ống ghép được đặt ở ĐM chậu ngoài.

Di lệch ống ghép: là một trong những biến

chứng kỹ thuật có thể dẫn đến rò nội mạch hoặc tắc mạch. Nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp (3%) di lệch ống ghép, đã được xử lý tốt ngay khi phát hiện trong lúc can thiệp. Trường hợp này đôi khi được xem như biến cố nhỏ, có thể xảy ra trong thủ thuật hơn là biến chứng của can thiệp nội mạch.

Rò nội mạch ngay sau can thiệp. Rò nội mạch được định nghĩa và phân thành 5 loại dựa trên dòng máu chảy vào túi phình. Rò loại I, III là có nguy cơ gây tăng kích thước túi phình, vỡ phình, nên cần được xử trí ngay khi phát hiện. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp sau khi đặt ống ghép, thân chính lệch 1 cm xuống dưới động mạch thận thấp, gây rò nội mạch loại IA, chúng tôi đặt thêm một ống ghép để xử lý, chụp lại kiểm tra hết rò. Nghiên cứu năm 2022 của Michael và cộng sự⁷ trên 150 bệnh nhân, tuổi trung bình 76 ± 7,6, ghi nhận tỉ lệ biến chứng rò nội mạch trong thời gian nằm viện 19,3%, trong đó rò loại II 10,7%, rò loại IA 6,7%. Cụ thể 14 trường hợp (9,3%) rò loại IA được phát hiện, được xử lý đặt thêm ống ghép nội mạch (7 trường hợp), đặt giá đỡ trần (6 trường hợp), neo nội mạch (1 trường hợp) trong quá trình can thiệp, sau đó 10 trường hợp vẫn còn rò loại IA nhỏ. Qua đó, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ rò nội mạch của chúng tôi ít hơn (chỉ 1 trường hợp, 3%) so với các tác giả khác, điều này có thể do tiêu chí lựa chọn bệnh nhân và đặc điểm liên quan đến túi phình không quá phức tạp và mẫu nghiên cứu của chúng tôi không nhiều như các tác giả trên nên chưa ghi nhận được nhiều biến cố về mặt kỹ thuật.

Kết quả trung hạn

Rò nội mạch muộn. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới đã báo cáo, rò nội mạch muộn có thể xảy ra sau phẫu thuật nhiều năm Rò nội mạch loại IA rất nguy hiểm vì nó tiếp tục duy trì áp lực trong túi phình, khiến túi phình không ngừng giãn nở, và trong trường hợp không điều trị kịp thời, có thể dẫn đến vỡ phình. Nguyên nhân dẫn đến rò nội mạch loại IA thường do: thoái hóa tự nhiên do bệnh lý phình mạch tiến triển; quá cỡ ống ghép (>30%); di lệch ống ghép do tăng góc cổ động mạch hoặc tăng đường kính, hoặc cổ động mạch ngắn, và sự hiện diện của huyết khối quanh cổ túi phình. Rò nội mạch loại IA thường được điều trị bằng cách đặt thêm ống ghép nội mạch đầu gần để cải thiện sai lệch tại cổ gần động mạch. Trong những trường hợp phức tạp hơn, có thể cần sử dụng các kỹ thuật như đặt giá đỡ song song (kỹ thuật ống khói) hoặc mổ mở. Theo báo cáo của Major và cộng sự⁸ năm 2019, tỉ lệ rò nội mạch loại IA là

8,2% (32/389 bệnh nhân), thời gian theo dõi trung bình 87 tháng, tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong liên quan phình động mạch chủ bụng ở nhóm có rò nội mạch loại IA cao hơn nhóm còn lại (lần lượt là 71% so với 40% với $p < 0,01$, 15,6% so với 1,7% với $p < 0,01$).

Rò nội mạch loại III được chia thành hai phân nhóm: loại IIIA là do sự tách rời giữa các thành phần của hệ thống ống ghép, loại IIIB là do rách hoặc hỏng cấu trúc vải của ống ghép. Mặc dù đây là biến chứng hiếm gặp ở các ống ghép nội mạch thế hệ thứ ba, nhưng biến chứng này có thể làm áp lực trở lại túi phình, làm tăng nguy cơ vỡ phình lên gấp 9 lần. Chụp CT scan động mạch chủ bụng vẫn là phương pháp chẩn đoán tốt nhất, và điều trị nội mạch là lựa chọn ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên, rò nội mạch loại III có tỷ lệ tái phát cao, khoảng 25%, do đó cần theo dõi lâu dài sau điều trị.

Rò nội mạch loại II xuất hiện ở khoảng 16% - 50% bệnh nhân sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng và chiếm gần một nửa tổng số các trường hợp rò nội mạch. Hầu hết các rò loại II thường tự giới hạn và không gây ra biến chứng nghiêm trọng. Khoảng 80% - 90% các trường hợp rò này tự biến mất trong quá trình theo dõi, do dòng máu ngược không còn đủ áp lực để tiếp tục đẩy vào túi phình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, nó không tự giới hạn và có thể dẫn đến tăng kích thước túi phình, buộc phải can thiệp lần hai.

Tỉ lệ rò nội mạch muộn của chúng tôi là 3% sau thời gian theo dõi trung bình $13,6 \pm 8,8$ tháng, là một trường hợp rò nội mạch loại II, phát hiện sau 6 tháng điều trị, ở bệnh nhân nam 93 tuổi, hiện vẫn còn tái khám đều đặn không triệu chứng, tăng đường kính túi phình khoảng 3mm trên CT scan động mạch chủ bụng.

Tử vong trung hạn. Tử vong trung hạn sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng là một chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả lâu dài của phương pháp này, đặc biệt là so với phẫu thuật mở. Các thử nghiệm như DREAM⁹ và UK EVAR¹⁰ đã chỉ ra rằng mặc dù can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng có tỷ lệ tử vong phẫu thuật thấp hơn so với phẫu thuật mở trong giai đoạn sớm (1,2% so với 4,6% trong nghiên cứu DREAM⁹), nhưng lợi thế này biến mất sau khoảng thời gian theo dõi trung hạn và dài hạn. Tử vong trung hạn giữa hai nhóm trở nên tương đương do sự gia tăng các biến cố không liên quan đến phình động mạch ở nhóm can thiệp. Đặc biệt, các biến chứng liên quan đến ống ghép và tỉ lệ can thiệp lại cao hơn ở nhóm can thiệp cũng có thể góp

phần vào tỉ lệ tử vong trung hạn. Trong nghiên cứu DREAM, tỉ lệ biến chứng liên quan đến ống ghép là 16,4% ở nhóm can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng so với 8,6% ở nhóm phẫu thuật mở, và tỉ lệ can thiệp lại ở nhóm can thiệp đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ bụng cao gấp 3 lần.

Trong quá trình theo dõi của chúng tôi, có 4 bệnh nhân (chiếm 12,1%) tử vong trong năm đầu tiên, không ghi nhận thêm trường hợp tử vong sau đó. Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là $13,6 \pm 8,8$ tháng. Nguyên nhân tử vong được ghi nhận bao gồm nhồi máu cơ tim ở 2 trường hợp (6%), xuất huyết tiêu hóa (không liên quan túi phình) 1 trường hợp (3%) và vỡ phình vào tá tràng 1 trường hợp (3%). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trên đều cho thấy tỷ lệ tử vong trung hạn tương đương nhau và có lẽ cao hơn so với phẫu thuật mở kinh điển. Điều này có thể được giải thích là những bệnh nhân được chọn lựa cho can thiệp nội mạch đa phần là người cao tuổi, nhiều bệnh nền và nhiều yếu tố nguy cơ nên tỷ lệ tử vong trung hạn cao và chủ yếu tử vong liên quan đến bệnh kèm theo hơn là biến chứng của ống ghép nội mạch và diễn tiến của bệnh lý phình động mạch chủ bụng.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng phương pháp đặt stentgraft nội mạch cho thấy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao và kết quả trung hạn về các biến cố liên quan ống ghép và túi phình thấp cho thấy đây là phương pháp điều trị an toàn và khả thi đối với người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pasqui E, de Donato G, Giannace G.** Management of abdominal aortic aneurysm in nonagenarians: A single-centre experience. *Vascular*. Feb 2021;29(1):27-34. doi:10.1177/1708538120936831
2. **Powell JT, Brady AR, Brown LC.** Long-term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med*. May 9 2002;346(19):1445-52. doi:10.1056/NEJMoa013527
3. **Lederle F, Wilson S, Johnson G.** Immediate Repair Compared with Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysms. *The New England journal of medicine*. 06/01 2002;346:1437-44. doi:10.1056/NEJMoa012573
4. **Cao P, De Rango P, Verzini F.** Comparison of Surveillance Versus Aortic Endografting for Small Aneurysm Repair (CAESAR): Results from a Randomised Trial. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2011/01/01/2011;41(1): 13-25. doi:https://doi.org/10.1016/

- j.ejvs.2010.08.026
5. **Ouriel K, Clair DG, Kent KC, Zarins CK.** Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*.2010/05/01/ 2010;51(5):1081-1087. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.10.113>
 6. **Torsello G, Bertoglio L, Kellersmann R.** One-year results of the INSIGHT study on endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2022/06/01/ 2022;75(6):1904-1911.e3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.12.066>
 7. **van Basten Batenburg M, t Mannetje YW, van Sambeek MRHM.** 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.jvs.2022.08.002>
 8. **Major M, Long GW, Eden CL.** Long-term outcomes and interventions of postoperative type 1a endoleak following elective endovascular aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Surgery*. 2022/01/01/ 2022;75(1): 136-143.e1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.07.122>
 9. **Joseph P.** Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm:The DREAM Study Group. *The New England Journal of Medicine* 2010; 362: 1881-1889. *Vascular Medicine*. 2010;15(6):515-516. doi:10.1177/1358863x10391839
 10. **Brown LC, Powell JT, Thompson SG.** The UK EndoVascular Aneurysm Repair (EVAR) trials: randomised trials of EVAR versus standard therapy. *Health Technol Assess*. 2012 2012; 16(9):1-218. doi:10.3310/hta16090

ĐÓNG ĐINH NỘI TUỖ KÍN ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY VỚI ĐƯỜNG MỔ CẠNH NGOÀI GÂN BÁNH CHÈ

Nguyễn Văn Việt¹, Lê Mạnh Sơn², Đỗ Mạnh Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ứng dụng đóng đinh nội tuỷ kín điều trị gãy thân xương chày tại bệnh viện Việt Tiệp và so sánh hiệu quả của đường mổ này với đường mổ xuyên gân bánh chè truyền thống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích hồi cứu 45 bệnh nhân gãy kín thân xương chày được đóng đinh nội tuỷ có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện Việt Tiệp với đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (n = 23) hoặc đường mổ xuyên gân bánh chè (n = 22) từ 01/2023 - 01/2024. Nội dung nghiên cứu bao gồm thời gian phẫu thuật, số lần chụp X-quang trong phẫu thuật, tỷ lệ thành công của nắn chỉnh kín, độ chính xác của điểm vào đinh trên phim thẳng và nghiêng, tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật, thời gian liền xương, điểm đau NRS, tầm vận động khớp gối và chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. **Kết quả:** Không ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong và sau mổ. Nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè có kết quả tốt hơn đáng kể: thời gian phẫu thuật ngắn hơn và số lần chụp X-quang trong phẫu thuật ít hơn so với nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè (P < 0,05). 100% bệnh nhân trong nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè đều đạt được nắn chỉnh kín, trong khi 5 trường hợp trong nhóm đường mổ xuyên gân bánh chè cần nắn chỉnh mở. Độ chính xác của điểm vào đinh trên phim chụp thẳng và nghiêng tốt hơn với

đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè (P < 0,05). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về thời gian liền xương (P > 0,05). Tại 3 và 12 tháng sau phẫu thuật, nhóm đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè cho điểm Lysholm và NRS tốt hơn so với đường mổ xuyên gân bánh chè (P < 0,05). Hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể về tầm vận động khớp gối (P > 0,05). **Kết luận:** Đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè ứng dụng đóng đinh nội tuỷ kín điều trị gãy thân xương chày cho thấy kết quả khả quan, đặc biệt với tư thế bán duỗi gối phù hợp với các ổ gãy cao hoặc gãy phức tạp nhiều tầng. **Từ khóa:** gãy thân xương chày, đóng đinh nội tuỷ kín có chốt, đường mổ cạnh ngoài gân bánh chè, tư thế bán duỗi gối

SUMMARY

CLOSED INTRAMEDULLARY NAILING TREATED TIBIAL SHAFT FRACTURE USING LATERAL PARAPATELLAR TENDON APPROACH

Objective: To describe technique of closed intramedullary nailing via lateral parapatellar tendon approach in treating tibial shaft fractures at Viet Tiep Hospital and compare its efficacy versus infrapatellar approach. **Subjects and methods:** A retrospective analysis was conducted on the clinical data of 45 patients with tibial shaft fractures treated with closed intramedullary interlocking nailing via lateral parapatellar tendon approach (n = 23) or infrapatellar approach (n = 22) between January 2023 and January 2024. We recorded and compared the operative time, intraoperative fluoroscopies, success rate of closed reduction, anteroposterior and lateral entry point accuracy, postoperative infection, fracture healing time, as well as NRS (Numeric Rating Scale) pain scores, Lysholm knee function scores, and knee range of motion. **Results:** Both groups completed the surgery without any complications. The lateral

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

Email: bsviet.ctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025