

3. **Đặng Mai Liên và Lê Thị Hồng Hanh** (2023), "Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do mycoplasma pneumonia ở trẻ em", Tạp chí Nhi Khoa. 16(5), tr.1-8.
4. **Đào Văn Phúc và Ninh Quốc Đạt** (2024), "Viêm phổi do mycoplasma pneumoniae ở trẻ em: Phân tích lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa xanh pôn", Tạp chí Y học Việt Nam. 544(11), tr. 267-270.
5. **Phan Thị Thu Minh** (2024), "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm phổi do mycoplasma pneumoniae ở trẻ em", Tạp chí Y học Việt Nam. 539(3), tr. 6.
6. **Nguyễn Thị Thanh Phúc** (2024), "Kết quả điều trị viêm phổi nhiễm mycoplasma pneumoniae mang gen kháng macrolid ở trẻ em", Tạp chí nghiên cứu y học. 174(1), tr. 158-163.
7. **Vũ Thị Minh Thu** (2024), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em điều trị tại bệnh viện quân y 103", Tạp chí y dược học Quân sự. 7, tr. 173-179.
8. **D. X. Guo và các cộng sự.** (2019), "Epidemiology and mechanism of drug resistance of Mycoplasma pneumoniae in Beijing, China: A multicenter study", Bosn J Basic Med Sci. 19(3), tr. 288-296.
9. **C. Krafft và C. Christy** (2020), "Mycoplasma Pneumonia in Children and Adolescents", Pediatr Rev. 41(1), tr. 12-19.
10. **K. Sreenath và các cộng sự.** (2022), "Mycoplasma pneumoniae among Hospitalized Patients with Acute Respiratory Tract Infections in an Indian Tertiary Care Hospital: an Underreported Health Problem", Microbiol Spectr. 10(4), tr. e0158922.

KỸ THUẬT BƠM BÓNG ĐỘNG MẠCH CHỦ TRONG CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Phạm Minh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Ngọc Quang²

TÓM TẮT

Với phình động mạch chủ bụng (AAA), nguy cơ vỡ tăng theo kích thước: trong 5 năm đối với khối phình dưới 5 cm là 1%–2%, trong khi với khối phình trên 5 cm là 20%–40%. AAA chiếm khoảng 1% số ca tử vong ở nam giới trên 65 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 10 ở nam giới từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ tử vong do vỡ AAA là hơn 80%. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm trước khi vỡ là rất quan trọng. Đặt stent-graft (EVAR) là can thiệp nội mạch loại bỏ khối phình mà không cần phẫu thuật. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong 2 năm có 5 bệnh nhân được chẩn đoán AAA vỡ được can thiệp nội mạch bằng phương pháp bơm bóng nước dònq ĐMC kết hợp EVAR. Kết quả can thiệp, có 1 ca tử vong sau can thiệp do nhiễm trùng nhiễm độc ổ bụng (20%), 4 ca ổn định và xuất viện (80%), thời gian nằm viện trung bình là 7.4 ngày. Kỹ thuật này có thể triển khai nhanh giúp rút ngắn thời gian cầm máu, loại bỏ khối phình vỡ, cứu sống người bệnh. **Từ khóa:** vỡ phình động mạch chủ bụng, sửa chữa nội mạch động mạch chủ

SUMMARY

THE TECHNIQUE OF AORTIC BALLOON OCCLUSION IN ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR PATIENTS WITH RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

AT VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

For abdominal aortic aneurysm (AAA), the risk of rupture increases with size: Over 5 years, the rupture risk is 1%–2% for aneurysms smaller than 5 cm, but 20%–40% for those larger than 5 cm. AAA accounts for about 1% of deaths in men over 65 and is the 10th leading cause of death in men aged 65 and older. The mortality rate from ruptured AAA exceeds 80%, making early diagnosis and treatment before rupture critically important. Endovascular stent-graft placement (EVAR) is a minimally invasive procedure that eliminates the aneurysm without open surgery. In our study, over 2 years, 5 patients diagnosed with ruptured AAA underwent endovascular intervention using retrograde aortic balloon occlusion combined with EVAR. The results were as follows: 1 patient died 3 days after procedure due to abdominal sepsis (20%), 4 patients stabilized and were discharged (80%). The average hospital stay was 7.4 days. This technique can be quickly deployed, helping to shorten bleeding control time, eliminate the ruptured aneurysm, and save patients' lives.

Keywords: abdominal aortic aneurysm rupture, endovascular aortic repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các trường hợp vỡ phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là những tối cấp cứu cần được xử trí nhanh. Lựa chọn có thể là mổ mở kinh điển hoặc can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân có tổn thương giải phẫu thích hợp.

Thay đoạn ĐMC là phẫu thuật kinh điển, đạt hiệu quả cao, cắt bỏ khối phình và thay bằng đoạn ĐMC nhân tạo. Tuy nhiên, người bệnh phải chịu 1 đường mổ dài, thời gian nằm viện tương đối dài và

cần thời gian chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật.

Phương pháp can thiệp nội mạch (EVAR) là lựa chọn hiệu quả cho bệnh nhân bị phình ĐMC bụng với giải phẫu phù hợp. Phương án can thiệp nội mạch, ít xâm lấn hơn, có thể triển khai nhanh và thời gian bình phục sớm hơn phẫu thuật kinh điển, đặc biệt ở người bệnh có nhiều bệnh lý đi kèm.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả sau can thiệp nội mạch các trường hợp bệnh nhân vỡ ĐMC bụng tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai sử dụng kỹ thuật bơm bóng ngược dòng ĐMC phối hợp EVAR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được can thiệp nội mạch với chẩn đoán vỡ phình ĐMC bụng được tiến hành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2023 – 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 – tháng 3/2025.

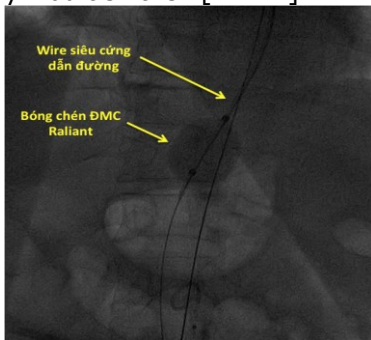
Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim mạch Việt Nam.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ người bệnh được tiến hành can thiệp nội mạch cấp cứu do vỡ ĐMC bụng.

Mô tả phương pháp can thiệp nội mạch cấp cứu với phình ĐMC bụng:

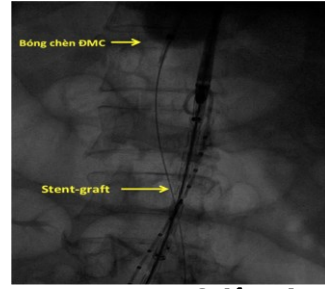
Bước 1: Đánh giá chi tiết tổn thương ĐMC phù hợp, đánh giá cổ túi phình, vị trí vỡ, đường vào trên phim MSCT ĐMC đã có.

Bước 2: Mở đường vào động mạch đùi, đưa Catheter chụp có wire siêu cứng dẫn đường vào ĐMC đến trên vị trí tổn thương, chúng tôi đưa 1 quả bóng Reliant lên phía trên tổn thương ngang mức cơ hoành và bơm bóng chèn ĐMC, giúp giảm chảy máu tiền triển [Hình 1].



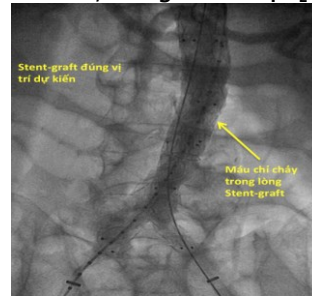
Hình 1: Đưa bóng chèn lên ĐMC, bơm bóng chèn dòng giảm chảy máu

Bước 3: Đưa dây dẫn định hướng stent-graft lên vị trí dự kiến can thiệp giúp thả dụng cụ [Hình 2]. Thả dụng cụ đúng vị trí dự kiến, nối 2 nhánh chân stent-graft với động mạch chậu gốc 2 bên.



Hình 2: Đưa Stent-graft lên vị trí dự kiến, thả dụng cụ

Bước 4: Chụp kiểm tra kết quả can thiệp, không có endoleak, dừng thủ thuật [Hình 3].



Hình 3: Chụp kiểm tra vị trí Stent-graft, đánh giá endoleak

2.3. Xử lý số liệu: được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê y học: thuật toán trung bình, so sánh trung bình...

2.4. Đạo đức của nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Viện Tim mạch và Bệnh viện Bạch Mai nhằm nâng cao chất lượng điều trị của các bác sĩ chuyên ngành đem lại lợi ích cho người bệnh. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		n (5)
Tuổi trung bình	70 ± 5	
Nam		2
Nữ		3
Đau bụng dữ dội		5
Chẩn đoán	Vỡ phình hình túi ĐMC bụng	1
	Vỡ phình hình thoi ĐMC bụng	4
THA		4
Suy thận		2
Hút thuốc lá		1
Đái tháo đường		3

3.2. Kích thước khối phình và thời gian can thiệp

Bảng 2: Kích thước AAA và thời gian can thiệp

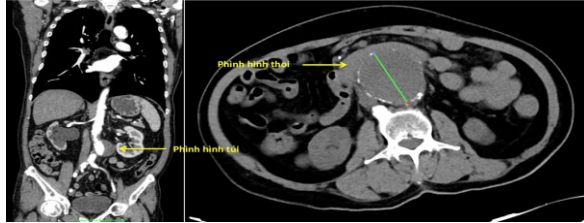
Kích thước khối phình (mm)	64 ± 6
Thời gian can thiệp trung bình	57,8 ± 12,6 (phút)

3.3. Kết quả điều trị các bệnh nhân trong nghiên cứu**Bảng 3: Kết cục của các bệnh nhân trong nghiên cứu**

		n (%)
Kết cục lâm sàng	Kết quả can thiệp tốt, ra viện	4 (80%)
	Tử vong	1 (20%)
Thời gian nằm viện trung bình	7.4 ngày	

IV. BÀN LUẬN

Những trường hợp vỡ ĐMC chủ bụng, bệnh nhân diễn biến đột ngột, suy sụp huyết động, hôn mê sâu và tử vong nhanh chóng, có thể thấy máu tự do trong ổ bụng hoặc trong ruột nếu vỡ vào đường tiêu hoá. Có những trường hợp bệnh nhân doạ vỡ hoặc vỡ những được các tổ chức xung quanh bọc lại (vỡ thì 1), tình trạng huyết động có thể tạm ổn định vì máu đã được tổ chức xung quanh cầm lại. Tỷ lệ tử vong trong viện ở những trường hợp này rất cao, trong 6h đầu là 54%, và trong 24h là 76% sau khi có triệu chứng [1-3].

**Hình 4: Các hình thái phình ĐMC bụng: hình túi và hình thoi**

Có được chẩn đoán ban đầu sớm là rất quan trọng ở những bệnh nhân hội chứng ĐMC cấp, đặc biệt những bệnh nhân có triệu chứng của doạ vỡ hoặc vỡ. Các xét nghiệm thường quy như công thức máu, sinh hoá máu, điện tâm đồ, siêu âm ổ bụng, cần được làm tại giường trong vòng 1h. Trong kết quả công thức máu, có thể thấy giảm chỉ số Hemoglobin, thể hiện tình trạng mất máu cấp tính. Phim chụp CT hoặc MSCT cần được chỉ định sớm nhằm rút ngắn thời gian bệnh nhân được điều trị. Trên phim CT có thể đánh giá hình thái tổn thương ĐMC (phình hình túi hay hình thoi, vị trí vỡ), tình trạng tràn máu ổ bụng, thâm nhiễm các tạng, hoặc tình trạng hematoma. Hơn nữa, phim CT còn cung cấp tình trạng của mạch chậu, mạch đùi là những thông

tin cần thiết cho phẫu thuật hay can thiệp nội mạch [1-4]. Các trường hợp vỡ AAA là những tối cấp cứu, cần được xử trí khẩn trương, nếu không kịp thời có thể dẫn đến tiến triển xấu đi rất nhanh và tử vong.

Điều trị ban đầu, việc kiểm soát đau, kiểm soát huyết áp và tần số tim ở các bệnh nhân này là rất quan trọng. Ưu tiên sử dụng các thuốc đường tĩnh mạch sẽ giúp việc kiểm soát tốt hơn, duy trì huyết áp tâm thu 100 – 120 mmHg. Với những bệnh nhân vỡ thành ĐMC tự do, việc kiểm soát huyết động rất khó khăn. Ở những trường hợp vỡ thì 1, do vết nứt vỡ đã được các tạng xung quanh bọc lại nên máu không còn chảy ra ngoài lòng mạch, huyết động của những bệnh nhân này tương đối ổn định. Tuy nhiên, vẫn cần chuẩn bị máu truyền ngay sau khi làm rõ chẩn đoán. Trong phẫu thuật mổ mở, bóc lộ ĐMC bụng, kẹp ĐMC và thay đoạn động mạch chủ. Thì mổ này khó khăn vì trong ổ bụng sẽ là máu do vỡ tự do hoặc tổ chức thâm nhiễm xung quanh trong trường hợp doạ vỡ, việc bóc lộ gặp nhiều bất lợi. Nhìn chung, với phẫu thuật kinh điển gặp nhiều khó khăn và cần thời gian để bóc lộ được ĐMC, trong khi thời gian kiểm soát chảy máu, tránh sốc mất máu cần rút ngắn nhất trong xử trí những bệnh nhân này [2-5].

Các trường hợp có giải phẫu phù hợp, can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân có phình ĐMC bụng (EVAR) đã trở thành thường quy. So với phẫu thuật kinh điển, can thiệp nội mạch ít xâm lấn hơn và hồi phục sớm hơn, các biến chứng liên quan đến phẫu thuật như tai biến mạch não, suy thận, liệt tủy, và xa hơn là các biến chứng dính ruột thấp hơn [6-8]. Với sự tiến bộ của kĩ thuật can thiệp, sự phát triển của các thể hệ dụng cụ, EVAR đã trở thành lựa chọn đầu tay với những bệnh nhân AAA có tổn thương phù hợp [2, 3, 9,10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ phình ĐMC bụng, và 4 bệnh nhân phình ĐMC hình thoi lớn (64 ± 6 mm) và 1 bệnh nhân phình hình túi. Các bệnh nhân có tổn thương phù hợp (đủ landing zone đầu gần, đường vào thuận lợi, kích thước phù hợp), được làm chẩn đoán khẩn trương và được đưa đến phòng can thiệp ngay sau khi có chẩn đoán và đo đạc kích thước tổn thương, lên kế hoạch can thiệp chi tiết. Tương tự như các nghiên cứu trên thế giới, với những trường hợp vỡ phình ĐMC bụng, việc chẩn đoán và chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật, can thiệp cần được rút ngắn nhưng cũng cần phải chính xác tuyệt đối để đưa ra được quyết định sớm. Điểm quan trọng nhất trong thời điểm này là phải đo đạc chính xác giải

phẫu của tổn thương xem có phù hợp để tiến hành can thiệp nội mạch hay không [9-10].

Can thiệp nội mạch nhanh chóng được triển khai sau khi đã có quyết định điều trị. Thời gian can thiệp nội mạch nhanh chóng, rút ngắn còn $61,6 \pm 9,4$ phút. Một số các thống kê trên thế giới cũng cho thấy thái độ tiếp cận tích cực khẩn trương và rút ngắn thời gian can thiệp so với can thiệp nội mạch thường quy các ca phình ĐMC bụng.

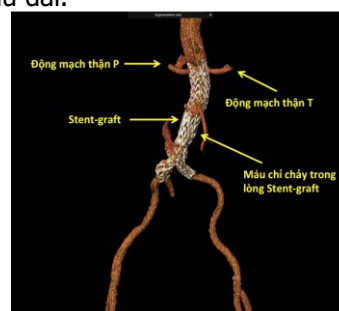
Bước đầu tiên trong kĩ thuật, chúng tôi đưa wire cứng dẫn đường vào lòng ĐMC dưới màn tăng sáng, đưa bóng Reliant lên phía trên tổn thương ngang mức cơ hoành và tiến hành bơm bóng chèn dòng chảy ĐMC, duy trì mức huyết áp tâm thu khoảng 50-60 mmHg. Nhờ thủ thuật này, dòng chảy qua vết rách ĐMC phía dưới được chèn lại, giảm thiểu chảy máu ngay lập tức, giảm nguy cơ sốc mất máu. Việc kiểm soát được huyết động giúp cho các giai đoạn của can thiệp tiếp theo trở nên an toàn và dễ dàng hơn. Nếu là vỡ tự do, chảy máu ổ ạt, chúng tôi có thể bơm căng bóng Reliant kiểm soát hoàn toàn vị trí chảy máu phía dưới. So với phẫu thuật cần bóc lộ được ĐMC khi ổ bụng có nhiều máu cục, việc đưa bóng lên có thể tiến hành nhanh hơn, giúp giảm thời gian chảy máu của những bệnh nhân này. Vị trí của bóng thường được đưa lên cao hơn ĐM thận để tránh thiếu máu tạng. Chúng tôi cũng hạn chế bơm bóng quá căng giúp giảm biến chứng tắc mạch hay tổn thương ĐMC do bóng [3, 9-10].

Sau khi đã bơm bóng Reliant chèn dòng chảy ĐMC, kiểm soát chảy máu, chúng tôi tiến hành chụp mạch khẩn cấp, xác định vị trí và chọn stent-graft kích thước phù hợp để đặt chính xác và bịt kín túi phình. Sau khi hoàn tất thủ thuật, stent-graft phủ kín vị trí vỡ, tiến hành xả bóng và chụp kiểm tra xem có endoleak hay không. Nếu không có các Endoleak nguy hiểm, chúng tôi rút dụng cụ và kết thúc thủ thuật.

Một khía cạnh quan trọng trong thành công điều trị những bệnh nhân này, đó là các kĩ thuật hồi sức tích cực. Các biện pháp hồi sức cần phải thực hiện bao gồm: kiểm soát huyết áp, kiểm soát đau, truyền máu và các chế phẩm máu trong trường hợp bệnh nhân thiếu máu do mất máu. Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân này là 7,4 ngày, tương đương với các nghiên cứu của Schmitz-Rixen T và cộng sự [4, 5]. Có 1 bệnh nhân tử vong sau can thiệp [20%] là trường hợp bệnh nhân nữ 78 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp, suy thận, đái tháo đường type II, được chẩn đoán vỡ thì 1 phình ĐMC bụng. Bệnh nhân được truyền máu và các chế phẩm máu cấp cứu và tiến hành can thiệp khẩn trương

thành công về mặt thủ thuật. Tuy nhiên, sau can thiệp, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tiến triển xấu đi rất nhanh, tình trạng trướng bụng không cải thiện do chảy máu nhiều sau phúc mạc trước đó. Bệnh nhân này sau can thiệp, nhanh chóng đi vào rối loạn đông máu dù được truyền tích cực máu và các chế phẩm máu. Sau đó, bệnh nhân đi vào tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc và tử vong sau 4 ngày điều trị.

Sau 2 ngày can thiệp, các bệnh nhân được chụp lại MSCT hệ động mạch chủ chậu đánh giá. 4 ca có kết quả tốt, stent-graft lưu thông tốt, không có endoleak type I, các mạch thận, mạch chậu thông tốt [Hình 4]. Sau khi tình trạng nội khoa ổn định, các bệnh nhân được xuất viện và điều trị lâu dài.



Hình 5: hình ảnh MSCT sau can thiệp

Máu chỉ lưu thông trong lòng stent-graft, không có endoleak type I, các mạch trong ổ bụng lưu thông tốt.

Vỡ phình ĐMC bụng là tình trạng cấp cứu khẩn cấp. Với quyết định can thiệp nội mạch, điều sống còn phải xác định được là: landing zone đầu gần có đủ không, sự sẵn có của dụng cụ, máu và các chế phẩm máu, các thuốc điều trị hồi sức có đầy đủ hay không. Sự phối hợp các ekip phẫu thuật - can thiệp - hồi sức phải nhanh chóng, nhuần nhuyễn mới có thể cứu sống bệnh nhân vì những kĩ thuật đòi hỏi kinh nghiệm và chuyên môn sâu [7]. Trong tương lai, chúng tôi có thể triển khai kĩ thuật này ở những bệnh nhân AAA nguy cơ cao để đánh giá thêm về kết quả của thủ thuật nhằm nâng cao chất lượng can thiệp nội mạch ở những trường hợp này.

V. KẾT LUẬN

Kĩ thuật bơm bóng ngược dòng trong can thiệp nội mạch ở người bệnh vỡ phình động mạch chủ bụng là một thủ thuật cấp cứu, có thể triển khai ở những trường hợp có tổn thương giải phẫu phù hợp. Kĩ thuật này có thể tiến hành để kiểm soát nhanh chảy máu ổ bụng trong quá trình can thiệp nội mạch cấp cứu nhưng chỉ nên ở những tuyến có đầy đủ dụng cụ, các bác sĩ can thiệp được đào tạo bài bản và yêu cầu phối hợp

các đơn vị phẫu thuật, hồi sức chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Golledge J, Thaniqaimani S, Powell JT, Tsao PS.** Pathogenesis and management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J.* 2023 Aug 1;44(29):2682-2697. doi: 10.1093/eurheartj/ehad386. PMID: 37387260; PMCID: PMC10393073.
2. **Bastos Goncalves F, Ultee KH, Hoeks SE, Stolker RJ, Verhaagen HJ.** Life expectancy and causes of death after repair of intact and ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2016 Mar;63(3):610-6. doi: 10.1016/j.jvs.2015.09.030. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26553951.
3. **Sakalihasan N, Michel JB, Katsaravris A, Kuivaniemi H, Defraigne JO, Nchimi A, Powell JT, Yoshimura K, Hultaren R.** Abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Oct 18;4(1):34. doi: 10.1038/s41572-018-0030-7. PMID: 30337540.
4. **Mansoor SM, Jørgensen JJ, Hisdal J, Rabben T.** Thirty-Nine Percent of Patients with a Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Have an Incidentally Detected AAA Prior to Rupture. *Ann Vasc Surg.* 2024 Nov;108:148-156. doi: 10.1016/j.avsq.2024.04.017. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38942371.
5. **Schmitz-Rixen T, Böckler D, Voal TJ, Grundmann RT.** Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Oct 20;117(48): 813-819. doi: 10.3238/arztebl.2020.0813. PMID: 33568258; PMCID: PMC8005839.
6. **Avishav DM, Reimon JD.** Abdominal Aortic Repair. 2024 Jan 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 32119460.
7. **Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nauven LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018 Jan;67(1): 2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044. PMID: 29268916.
8. **Baldino G, Gori A.** Dyeless EVAR for Ruptured AAA: From Dream to Reality. *EJVES Vasc Forum.* 2020 Apr 15;47:42. doi: 10.1016/j.eivsvf.2020.04.002. PMID: 33078152; PMCID: PMC7226920.
9. **Mehta M.** Technical tips for EVAR for ruptured AAA. *Semin Vasc Surg.* 2009 Sep;22(3):181-6. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2009.07.010. PMID: 19765529.
10. **Poa CYM, Pendleton AA, Altreuther M, Budtz-Lillv JW, Gunnarsson K, Kan CD, Khashram M, Laine MT, Mani K, Pederson CC, Srivastava SD, Eaqleton MJ.** Effect of EVAR on International Ruptured AAA Mortality-Sex and Geographic Disparities. *J Clin Med.* 2024 Apr 23;13(9):2464. doi: 10.3390/ijcm13092464. PMID: 38730993; PMCID: PMC11084331.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN GỠ XƯƠNG SƯỜN DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Phạm Văn Phương¹, Nguyễn Văn Trang¹, Đặng Hải Đăng¹, Nguyễn Thị Tuyết², Phạm Kiều Anh Thơ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực là nguyên nhân tử vong phổ biến, trong đó gãy xương sườn là tổn thương thường gặp và có thể dẫn đến biến chứng nặng nếu không được xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tổn thương lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 43 bệnh nhân được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ từ tháng 01 đến 09/2023. **Kết quả:** Kết quả cho thấy triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực và khó thở. Đa

số bệnh nhân gãy từ 3-5 xương sườn, có tràn máu màng phổi và tràn khí màng phổi. Phương pháp điều trị chủ yếu là bảo tồn và dẫn lưu màng phổi khi cần. Đánh giá kết quả điều trị tốt, thời gian nằm viện trung bình dưới 10 ngày, biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi. **Kết luận:** Việc nhận biết sớm mức độ tổn thương, đặc biệt ở những trường hợp gãy nhiều xương sườn hoặc có tràn khí, tràn máu màng phổi, giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến chứng. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc chuẩn hóa quy trình đánh giá và can thiệp phù hợp trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** gãy xương sườn, chấn thương ngực, Cần Thơ.

SUMMARY

CLINICAL PRESENTATION AND OUTCOME EVALUATION OF TRAUMATIC RIB FRACTURE PATIENTS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2023

Background: Thoracic trauma is a common cause of death. Rib fractures are frequent injuries and can lead to serious complications if not managed

¹Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ

²Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiều Anh Thơ

Email: pkatho@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025