

8. **Nguyễn Vĩnh Thống.** Kết quả điều trị các gãy ổ cối có di lệch bằng phẫu thuật. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.2008;12(2): 88.
9. **Chiu F.Y., Chen C.M., and Lo W.H.** Surgical treatment of displaced acetabular fractures - 72 cases followed for 10 (6-14) years. Injury.2000; 31(3):181-5
10. **Griffin D.B., Beale P.E., and Matta J.M.** Safety and efficacy of the extended iliofemoral approach in the treatment of complex fractures of the acetabulum. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(10):1391-6.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT, CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

Bùi Minh Tứ<sup>1</sup>, Phùng Duy Hồng Sơn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hữu Ước<sup>1,2</sup>,  
Đoàn Quốc Hưng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Tùng Sơn<sup>2</sup>, Lê Nhật Tiên<sup>2</sup>, Dương Ngọc Thắng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm, trung hạn các bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018 – 2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân đã được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 01/01/2018 đến 31/12/2020.

**Kết quả:** Có 37 bệnh nhân can thiệp (CT) nội mạch và 62 bệnh nhân được phẫu thuật (PT) với độ tuổi trung bình lần lượt là: 72,96 ± 6,58 (61-86) và 67,11 ± 1,27 (36– 82) tuổi, tỷ lệ nam lần lượt là 30 (81,1%), 45 (72,6%). Lâm sàng tự sờ thấy có khối đập vùng bụng gặp ở 91,9% (34) bệnh nhân CT và 72,6% (45) bệnh nhân PT, phình hình thoi chiếm đa số và có tỉ lệ 37(100%) ở nhóm CT, 59(95,2%) ở nhóm PT. Về kết quả sớm: nhóm CT có 1(2,7%) bệnh nhân tử vong, nhóm PT không có bệnh nhân tử vong. Các biến chứng sớm sau CT: Rò sau khi đặt stent graft 8(21,6%), rò sau 30 ngày 3(8,1%), tụ dịch đường vào 1(2,7%), biến chứng suy thận cấp 1(2,7%). Biến chứng sớm sau PT: Tụ dịch/máu sau phúc mạc 6(9,7%), suy thận 6(9,6%), viêm phổi 3(4,8%), nhiễm trùng vết mổ 2(3,2%), viêm tụy cấp 1(1,6%), hoại tử đại tràng 1(1,6%). Về kết quả trung hạn: có 32(86,5%) bệnh nhân CT và 57(91,9%) bệnh nhân PT được theo dõi, thời gian theo dõi trung bình lần lượt là: 28,7±2,1 (24,4-32,9) tháng ở nhóm CT và 25,7±1,74 (22,2-29,1) tháng ở nhóm PT. 26(81,2%) bệnh nhân CT và 46(80,7%) bệnh nhân PT có kết quả tốt, Các bệnh nhân còn lại có kết quả trung bình. 5(15,6%) nhóm CT và 5(8,8%) bệnh nhân nhóm PT tử vong trong quá trình theo dõi. Tỷ lệ sống còn sau 1

năm ở bệnh nhân nhóm CT là 84,9%, nhóm PT là 96,4% và không thay đổi trong qua trình theo dõi. **Kết luận:** CT và PT phình động mạch chủ bụng dưới thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả tốt, với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp. Hiện kết quả PT cả sớm và trung hạn tốt hơn nhóm CT nội mạch đặt stent graft.

**Từ khóa:** Phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch, phẫu thuật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### SUMMARY

#### RESULTS OF SELECTIVE SURGICAL OR ENDOVASCULAR TREATMENT FOR INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING PERIOD 2018 - 2020

**Purpose:** The aims of this study are the description of clinical and paraclinical signs and symptoms and the evaluation of early and mid-term results of patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm who underwent selective surgical or endovascular treatment at Viet Duc University hospital. **Patient and method:** This is descriptive, cross-sectional study of consecutive patients with infrarenal abdominal aortic aneurysm who underwent selective surgical or endovascular treatment at cardiovascular and thoracic center - Viet Duc University hospital during the period from 01/01/2018 to 31/12/2020. **Results:** There were 37 patients who underwent endovascular intervention and 62 who underwent surgery, with an average age of 72,96±6,58 (61–86) and 67,11±1,27 (36–82) years, respectively. 30 (81,1%) and 45 (72,6%) of the patients in each group were male. The palpable beating mass in the abdomen was found in 91,9% (34) in the endovascular group and 72,6% (45) in the surgical group, with fusiform aneurysm predominating in both groups with the rate of 37 (100%) and 59 (95,2%). The early results of the interventional group included the following: hospital mortality was 2,7% (1); in complications: immediately endoleak was 8(21,6%); after 30 days was 3(8,1%); acute renal failure was in 1(2,7%); hematoma in goiter was in 1(2,7%). The surgical group's preliminary findings: no hospital deaths. In complications, retroperitoneal

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

hematoma was in 6(9.7%), renal failure was in 6(9.6%), wound infection was 2(3.2%), colon ischemia was in 1(1.6%), and acute pancreatitis was in 1(1.6%). There were 33(89.2%) patients after intervention and 57(91.9%) patients after surgery under follow-up. The average follow-up time was 28,72,1 (24,4-32,9) months and 25,71,74 (22,2-29,1) months in each group. 26(78.8%) patients in the intervention group and 46(80,7%) patients in the surgical group had good results; the other patients had acceptable results. There were 5(15.2%) deaths during the follow-up period in the interventional group and 5(8.8%) deaths in the surgical group. The survival rate at one year was 84,9% in the interventional group and 96,4% in the surgical group; these percentages have remained stable over time.

**Conclusion:** At Viet Duc university hospital, endovascular intervention and surgery for treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysm gave good results with low rate of mortality and morbidity. In early and mild term follow up, the results of surgery are superior than the results of endovascular intervention.

**Keywords:** Abdominal aortic aneurysm, endovascular intervention, Surgery, Viet Duc University Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (PĐMCB) là bệnh khá phổ biến và có khả năng tử vong cao nếu không được can thiệp kịp thời[1]. Tại Hoa Kỳ, phình động mạch chủ bụng là nguyên nhân gây ra 4% - 5% các ca đột tử và đứng thứ 13 trong các nguyên nhân phổ biến gây tử vong[2, 3]. Trong số đó, hầu hết là do PĐMCB dưới thận, chiếm 90 - 95%[4].

Hiện nay các biện pháp điều trị PĐMCB dưới thận khá đa dạng, trong đó can thiệp nội mạch đặt ống ghép nội mạch (stent graft) trong PĐMCB dưới thận được xem như là một biện pháp điều trị đầy hứa hẹn, đem lại hiệu quả cao, ít xâm lấn. Tính hiệu quả và an toàn của can thiệp nội mạch trong giai đoạn sớm đã được chứng minh qua các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đơn trung tâm và đa trung tâm với thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ biến chứng và tử vong

chu phẫu thấp. Nhược điểm là cần phải được theo dõi sát sao về lâu dài để đảm bảo mảnh ghép không bị rò nội mạch, di chuyển hoặc vỡ và có thể cần phẫu thuật bổ sung để khắc phục các tình trạng trên. Trong khi đó phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng để điều trị PĐMCB dưới thận và mức độ theo dõi sau phẫu thuật sẽ nhẹ nhàng hơn[5].

Nhằm so sánh tính hiệu quả và an toàn trong điều trị PĐMCB dưới thận bằng phương pháp phẫu thuật kinh điển và can thiệp nội mạch. Chúng tôi tiến hành đề tài: "*Kết quả phẫu thuật, can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018 đến 2020*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 62 bệnh nhân được phẫu thuật có kế hoạch và 37 bệnh nhân được can thiệp nội mạch có kế hoạch điều trị PĐMCB dưới thận tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/01/2018 đến 31/12/2020

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch có đầy đủ hồ sơ bệnh án đáp ứng các mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận có biến chứng, mổ, can thiệp nội mạch cấp cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích số liệu bằng sử dụng thuật toán thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** 62 bệnh nhân được phẫu thuật và 37 bệnh nhân được can thiệp nội mạch điều trị PĐMCB dưới thận có kế hoạch được đưa vào nghiên cứu. Các đặc lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả ở bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân**

Đặc điểm		Can thiệp nội mạch (N=37)	Phẫu thuật (N=62)
Tuổi trung bình (năm)		72,96 ± 6,58	67,11 ± 1,27
Nam		30 (81,1)	45 (72,6)
Tiền sử bệnh & yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	31 (83,8)	45 (72,6)
	Đái tháo đường	8 (21,6)	8 (12,9)
	Suy thận mạn	5 (13,5)	5 (8,1)
	Bệnh tim mạch	10 (27)	16 (25,8)
	Hút thuốc	23 (62,2)	30 (48,38)
	Đột quỵ	4 (10,8)	2 (3,2)
Rối loạn CH Lipid		15 (40,5)	12 (19,4)

<b>Tự sờ thấy khối đập theo nhịp mạch vùng bụng</b>		34 (91,9)	45 (72,6)
<b>Dấu hiệu De Bakey (+)</b>		35 (94,6)	10 (16,1)
<b>Hình dáng túi phình</b>	Hình thoi	37 (100)	59 (95,2)
	Hình túi	0	3 (4,8)
<b>Đường kính ngang lớn nhất túi phình (mm)</b>		52,57 ± 1,68 (32,3 – 73)	53,17 ± 1,35 (28-110)
<b>Vị trí khối phình</b>	Đoạn dưới ĐM thân		25 (67,5)
	Đoạn ĐMC bụng - chậu	1 bên	4 (10,8)
		2 bên	8 (21,7)
		27 (43,5)	15 (24,2)
		8 (21,7)	20 (32,3)

Ở cả hai nhóm nam giới chiếm đa số, đa phần phát hiện khi có khối đập theo nhịp ở bụng, và hình thoi là chủ yếu.

**3.2. Kết quả sớm sau can thiệp nội mạch và sau phẫu thuật.** Trong nhóm can thiệp nội mạch, tỷ lệ cần nong đường vào là 10,8%. 97,3% trường hợp phải đặt stent graft 2 bên. Biến chứng và cận lâm sàng đánh giá kết quả sớm sau can thiệp mạch được mô tả tại Bảng 2.

**Bảng 2: Đánh giá kết quả sớm sau can thiệp nội mạch (N=36)**

Đặc điểm		Can thiệp nội mạch	
<b>Biến chứng</b>	Tử vong	1 (2,7)	
	Rò ngay sau đặt Stent	Loại I	2 (5,4)
		Loại III	5 (13,5)
		Loại IV	1 (2,7)
	Rò sau 30 ngày (KQ chụp CT scans)	3 (8,1)	
	Suy thận cấp	1 (2,7)	
Số lượng bệnh nhân cần truyền máu	2 (5,4)		
<b>CT Scans sau mổ</b>	Kết quả tốt	30 (81,08)	
	Rò loại IA	1 (2,7)	
	Rò loại IB	1 (2,7)	
	Rò loại II	1 (2,7)	
Tụ dịch đường vào	1 (2,7)		
<b>Thời gian nằm viện (ngày)</b>		16,32 ± 5,6 (8 – 32)	

Có 5/37 trường hợp cần nút tắc động mạch (ĐM) chậu trong chủ động, 2/37 trường hợp cần truyền máu và 1/37 bệnh nhân có biến chứng suy thận cấp. Tỷ lệ bệnh nhân có thông tốt sau can thiệp qua siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là 91,9%. Kết quả sớm sau phẫu thuật được mô tả tại Bảng 3.

**Bảng 3: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật (N=62)**

Đặc điểm		Phẫu thuật
<b>Biến chứng</b>	Tử vong	0
	Dịch, máu tụ sau phúc mạc	6 (9,7)
	Suy thận	6 (9,7)
	Viêm phổi	3 (4,8)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (3,2)

	Viêm tụy cấp	1 (1,6)
	Hoại tử đại tràng	1 (1,6)
<b>Số lượng bệnh nhân cần truyền máu</b>		28 (45,1)
<b>Siêu âm Doppler mạch</b>	Kết quả tốt	56 (90,3)
	Tụ máu, dịch sau phúc mạc	6 (9,7)
<b>CT Scanner</b>	Tụ dịch sau phúc mạc	4 (6,5)
	Tụ máu thành bụng	2 (3,2)
	Hoại tử đại tràng	1 (1,6)
<b>Thời gian nằm viện (ngày)</b>		18,6 ± 6,4

Ở nhóm phẫu thuật, đa số bệnh nhân được kẹp ĐM chủ dưới ĐM thân trong phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 95,2% (59). Có 3/62(4,8) bệnh nhân thắt ĐM chậu trong, 3/62(4,8%) BN được cầm lại ĐM mạc treo tràng dưới. Đa số bệnh nhân được thay bằng mạch nhân tạochữ Y (90,3%-56). Đánh giá sau mổ qua siêu âm, kết quả tốt chiếm đa số với tỷ lệ 90,3% (56).

**3.3. Kết quả trung hạn can thiệp nội mạch và sau phẫu thuật.** Có 33(89,2%) bệnh nhân sau can thiệp và 57(91,9%) bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi, thời gian theo dõi trung bình lần lượt là: 28,7±2,1 (24,4-32,9) tháng ở nhóm can thiệp và 25,7±1,74 (22,2-29,1) tháng ở nhóm phẫu thuật. Trong quá trình theo dõi nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch phát hiện 3 bệnh nhân nhồi máu não, 3 bệnh nhân nhồi máu cơ tim, 1 bệnh nhân suy thận. Trong đó, có 1 bệnh nhân hiện tại bệnh nhân có di chứng liệt nửa người phải và 5 bệnh nhân còn lại đều tử vong (Bảng 4). Nhóm bệnh nhân phẫu thuật, có 3 trường hợp thoát vị thành bụng, 1 trường hợp phình miệng nối ngã ba ĐM chậu 2 bên, 1 trường hợp giả phồng miệng nối trên được can thiệp đặt thêm stent graft ĐMC bụng và chimney ĐM mạc treo tràng trên. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong: 1 do xuất huyết não, 1 do viêm phổi, 1 nhiễm trùng mạch nhân tạo, 1 do thủng ổ loét đại tràng và 1 do suy đa tạng (Bảng 5).

**Bảng 4: Biến chứng trung hạn sau can thiệp nội mạch (N=33)**

Biến chứng	Can thiệp nội mạch
Tử vong	5 (15,2%)
Xuất huyết não	3 (9,1%)

Nhồi máu cơ tim	3 (9,1%)
Suy thận	1 (3,0%)

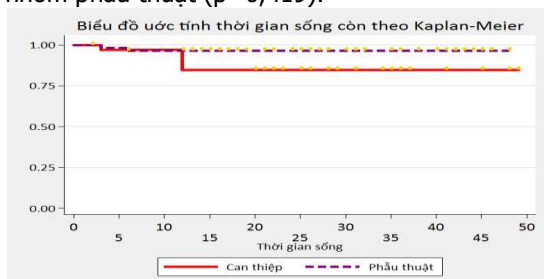
**Bảng 5: Biến chứng trung hạn sau phẫu thuật (N=57)**

Biến chứng	Phẫu thuật
Tử vong	5 (8,8)
Thoát vị thành bụng	3 (5,3)
Phình miệng nối	1 (1,8)
Nhiễm trùng mạch nhân tạo	1 (1,8)
Xuất huyết não	1 (1,8)
Viêm phổi	1 (1,8)
Thủng ổ loét đại tràng	1 (1,8)
Suy đa tạng	1 (1,8)
Can thiệp thêm (đặt stent graft)	1 (1,8)

**Bảng 6: So sánh kết quả trung hạn can thiệp nội mạch và phẫu thuật**

Phân loại	Can thiệp nội mạch (N=33)	Phẫu thuật (N=57)	P
Tốt	26 (78,8%)	47 (80,7%)	0,419
Trung bình	2 (6,1%)	5 (8,8%)	
Tử vong	5 (15,2%)	5 (8,8%)	

Đánh giá kết quả trung hạn sau điều trị, tỷ lệ xếp loại ở mức tốt trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cao hơn so với nhóm bệnh nhân can thiệp, 81,2% so với 78,8%. Tỷ lệ tử vong nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật lần lượt là 15,2% và 8,8%. Các kết quả này cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả trung hạn giữa nhóm can thiệp nội mạch và nhóm phẫu thuật ( $p=0,419$ ).



**Biểu đồ 1: Ước tính thời gian sống còn theo Kaplan-Meier**

Trong số 37 BN can thiệp nội mạch mạch, theo dõi thời gian sống thêm của 33 bệnh nhân được can thiệp cho thấy: Sau 3, 6 tháng, tỷ lệ sống bệnh nhân là 97%. Sau 1 năm, tỷ lệ sống bệnh nhân là 84,9% và tỉ lệ này không thay đổi cho đến hết theo dõi.

Trong số 62 BN phẫu thuật, theo dõi thời gian sống thêm của 57 bệnh nhân được phẫu thuật cho thấy: Sau 3 tháng, tỷ lệ sống bệnh nhân là 98,2%. Sau 6 tháng, tỷ lệ sống bệnh nhân là 96,4%. Sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, tỷ lệ sống bệnh nhân là 96,4%. Tuy nhiên,

chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm giữa hai phương pháp với kiểm định log rank là  $p=0,062$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi được giới thiệu vào năm 1986, can thiệp nội mạch ngày càng hoàn thiện và mang lại hiệu quả điều trị vượt bậc. Vào thời điểm đầu khi mới ra đời, tỷ lệ biến chứng sau can thiệp lên đến 74,6% và 56,9% bệnh nhân cần được can thiệp lại ít nhất một lần [6]. Tỷ lệ tái can thiệp và tử vong sớm ngày càng giảm đáng kể và được chứng minh qua nhiều nghiên cứu gần đây. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên đa trung tâm của Lederle và cộng sự báo cáo tỷ lệ tử vong sau mổ ở nhóm can thiệp nội mạch PDMCB cao hơn so với phẫu thuật (3% so với 0,5%,  $p=0,004$ ) nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong sau theo dõi 2 năm (7% và 9,8%,  $p=0,13$ ) [7]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng và khẳng định lại tính giá trị của bằng chứng này. Tỷ lệ tử vong sau mổ của bệnh nhân nhóm can thiệp nội mạch cao hơn so với nhóm phẫu thuật (2,7% so với 0%) nhưng tỷ lệ sống thêm không có sự khác biệt sau theo dõi 1 năm (84,9% so với 96,7%,  $p=0,062$ ). Tuy nhiên, Greenhalgh và cộng sự thực hiện nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên trên 1082 bệnh nhân PDMCB cho kết quả trái ngược khi báo cáo tỷ lệ tử vong nhóm can thiệp nội mạch sau mổ thấp hơn so với nhóm phẫu thuật (1,6% so với 4,6%,  $p=0,004$ ) [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ của nhóm can thiệp nội mạch có tỷ lệ cao hơn so với nhóm phẫu thuật (Bảng 1) và do mới triển khai nên kinh nghiệm can thiệp nội mạch còn chưa nhiều, không như phẫu thuật đã là truyền thống của bệnh viện. Đây có thể là các lý do giải thích tỷ lệ tử vong trong ngắn hạn và dài hạn của nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch cao hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật.

Về biến chứng, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch PDMCB có tỷ lệ biến chứng, mất máu và thời gian nằm viện rút ngắn hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật (bảng 2 và bảng 3). Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu Lederle và cộng sự [7].

Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy kết quả sớm của can thiệp nội mạch tốt hơn so với phẫu thuật nhưng các kết quả vẫn cho thấy sự nghi ngờ về kết quả trung và dài hạn của can thiệp nội mạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 1 trường hợp suy thận, 3 bệnh nhân tai biến

mạch máu não và 3 trường hợp nhồi máu cơ tim khi khám lại ở nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch. Thử nghiệm lâm sàng pha 1 của can thiệp nội mạch cũng cho thấy chất lượng cuộc sống, số lượng biến chứng và tỷ lệ can thiệp lại tăng dần sau 4 năm [9]. Ngoài ra, can thiệp nội mạch có chi phí đắt hơn phẫu thuật cũng là một trong những nhược điểm cần quan tâm. Kết quả nghiên cứu của Yang cũng cho thấy mặc dù can thiệp nội mạch có thời gian thủ thuật trung bình ngắn hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn nhưng tỷ lệ can thiệp lại cao hơn so với nhóm mổ mở [10].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch và phẫu thuật PDMCB dưới thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả tốt, với tỉ lệ tai biến biến chứng thấp. Hiện kết quả phẫu thuật cả sớm và trung hạn tốt hơn nhóm can thiệp nội mạch đặt stent graft, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nhìn chung, can thiệp nội mạch có ưu thế về thời gian thực hiện, thời gian nằm viện, hậu phẫu và giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng sau mổ trong giai đoạn sớm, có ưu thế cho bệnh nhân cao tuổi với nhiều bệnh nền, tuy nhiên tỷ lệ tử vong sau 1 năm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với phương pháp phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoornweg LL, et al.**, Meta analysis on mortality of ruptured abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg, 2008. 35(5): p. 558-570.

2. **Schermerhorn M.A**, 66-year-old man with an abdominal aortic aneurysm: review of screening and treatment. JAMA, 2009. 302(18).
3. **Abdominal Aortic Aneurysm, Causes, Symptoms, & Management.** News-Medical.net, 2019.
4. **Đặng Hạnh Đê**, Phòng Động Mạch Chủ Bụng Vỡ. Phẫu Thuật Cấp Cứu Tim Mạch và Lồng Ngực, NXB Y Học, 2001: p. 177-188.
5. **England, A. and R. McWilliams**, **Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR)**. Ulster Med J, 2013. 82(1): p. 3-10.
6. **Mestres G, Zarka ZA, García-Madrid C, Riambau V.** Early abdominal aortic endografts: a decade follow-up results. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;40:722-728.
7. **Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, Padberg FT Jr, Matsumura JS, Kohler TR, et al.** Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm: a randomized trial. JAMA 2009;302:1535-1542.
8. **Greenhalgh RM, Brown LC, Kwong GP, Powell JT, Thompson SG;** EVAR trial participants. Comparison of endovascular aneurysm repair with open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1), 30-day operative mortality results: randomised controlled trial. Lancet 2004;364:843-848.
9. **EVAR trial participants.** Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2187-2192.
10. **Yana JH, Kim JW, Choi HC, Park HO, Jana IS, Lee CE, Moon SH, Bvun JH, Choi JY.** Comparison of clinical outcomes between surgical repair and endovascular stent for the treatment of abdominal aortic aneurysm. Vascular Specialist International. 2017 Dec;33(4):140.

## KẾT QUẢ SINH THIẾT U SAU PHÚC MẠC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Minh Trí<sup>1</sup>, Dư Đức Thiện<sup>2</sup>, Đào Xuân Hải<sup>2</sup>, Thân Văn Sỹ<sup>2</sup>, Phan Nhật Anh<sup>1</sup>, Trần Quang Lộc<sup>1</sup>, Lê Mạnh Thường<sup>1</sup>, Lê Thanh Dũng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định hiệu quả và giá trị của sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán bản chất các khối u sau phúc mạc. **Đối tượng và Phương pháp:** 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán có khối u sau phúc mạc dựa vào lâm sàng, siêu âm và cắt lớp vi tính, được tiến hành sinh thiết dưới

cắt lớp vi tính bằng kim cắt lõi bán tự động, kích thước từ 16 hoặc 18G, tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu mô bệnh học thời gian từ 3/2021 đến 7/2022 tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Việt Đức. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** 100% các BN đều lấy được bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, trong đó 24 BN có kết quả giải phẫu bệnh là u ác tính và 7 trường hợp u lành tính. 3 trường hợp xảy ra biến chứng nhẹ là tụ ít máu quanh u sau sinh thiết, 1 trường hợp biến chứng đau phải dùng giảm đau, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng cần truyền máu hay can thiệp nội mạch cầm máu. **Kết luận:** Sinh thiết các khối u sau phúc mạc dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn, ít xâm lấn, hiệu quả và có giá trị cao trong chẩn đoán bản chất khối u.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Trí

Email: minhtri.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023