

- Study", *Gynecologic Oncology*;81(2):150-9.
3. **Gungorduk K, Ertas IE, Ozdemir A, et al.** (2015), "Prognostic Significance of Retroperitoneal Lymphadenectomy, Preoperative Neutrophil Lymphocyte Ratio and Platelet Lymphocyte Ratio in Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Multicenter Study", *Cancer Res Treat*;47(3):480-8.
 4. **Kalampokas E, Kalampokas T, Tourontous I.** (2013), "Primary fallopian tube carcinoma", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;169(2):155-61.
 5. **Lau HY, Chen YJ, Yen MS, et al.** (2013), "Primary fallopian tube carcinoma: a clinicopathologic analysis and literature review", *J Chin Med Assoc*;76(10):583-7.
 6. **Li S, Yu M, Bai W, et al.** (2021), "Long-term follow-up of 46 cases of primary fallopian tube carcinoma: a single institute study", *Ann Palliat Med*;10(8):9122-35.
 7. **Liao CI, Chow S, Chen LM, et al.** (2018), "Trends in the incidence of serous fallopian tube, ovarian, and peritoneal cancer in the US", *Gynecol Oncol*;149(2):318-23.
 8. **Shamshirsaz AA, Buekers T, Degeest K, et al.** (2011), "A single-institution evaluation of factors important in fallopian tube carcinoma recurrence and survival", *Int J Gynecol Cancer*;21(7):1232-40.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH TASC II C, D

Lê Đức Tín¹, Lâm Văn Nút¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch chậu đã được áp dụng nhiều tại Việt Nam. Tuy nhiên, những tổn thương phức tạp tầng chậu như TASC II C, D thì việc can thiệp đơn thuần gặp nhiều khó khăn vì những tổn thương này có kèm theo tầng động mạch đùi. Do đó, trong quá trình thực hành chúng tôi nhận thấy cần phối hợp với phương pháp mổ mở để giải quyết cùng lúc những tổn thương này nhằm đem lại hiệu quả cao hơn trong quá trình điều trị cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính. Đó cũng là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu hiệu quả của việc sử dụng phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong điều trị tổn thương động mạch chậu TASC II C, D. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính TASC II C, D. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình 69.2 ± 8.2 , nam giới chiếm đa số, tổn thương TASC C và D lần lượt chiếm 26% và 74% mẫu nghiên cứu. Nong bóng phối hợp đặt giá đỡ chiếm 93,5%, phẫu thuật bóc nội mạc kèm tạo hình động mạch đùi bằng tĩnh mạch hiến chiếm 74,2%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 100%, tai biến là 19,5%. Theo dõi 1 năm, ghi nhận tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu đạt 80,8%, tỷ lệ đoạn chi lớn là 3,8% và tỷ lệ tử vong là 7,7% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp can thiệp điều trị tổn thương TASC II C, D trên những bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính đã giúp cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng, ít biến chứng, tỷ lệ thành công cao về kỹ thuật và lưu thông mạch máu thì đầu.

SUMMARY

APPLICATION OF HYBRID PROCEDURE IN TREATMENT OF CHRONIC ILIAC OCCLUSIVE DISEASE WITH TASC II C, D LESIONS

Background: An interventional iliac artery has been widely applied in Vietnam. However, for complex pelvic floor lesions such as TASC II C, and D, the intervention alone is complicated because these lesions are associated with the femoral artery layer. Therefore, in practice, we realized that it is necessary to combine with open surgery to solve this lesion simultaneously to bring higher efficiency in the treatment process for patients with chronic lower extremity artery occlusion. That is also why we conducted a study on the effectiveness of using surgical methods combined with endovascular intervention in treating iliac artery lesions TASC II C, D. **Objective:** Evaluation of the results of surgery combined with endovascular intervention (Hybrid procedure) in treating chronic iliac artery occlusion TASC II C, D. **Methods:** Retrospective descriptive case series. **Results:** The study had an average age of 69.2 ± 8.2 ; men accounted for the majority, and TASC lesions C and D accounted for 26% and 74% of the sample, respectively. Balloon angioplasty combined with stent placement accounted for 93.5%, and endarterectomy with femoral artery angioplasty by saphenous vein accounted for 74.2%. The technical success rate is 100%, and complications are 19.5%. At 1-year follow-up, the rate of primary patency was 80.8%, the major amputation rate was 3.8%, and the mortality rate was 7.7% of the sample. **Conclusion:** Hybrid procedure to treat TASC II C, D lesions in patients with chronic iliac artery occlusion has significantly improved clinical symptoms, fewer complications, the high rate of technical success and primary patency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch chậu mạn tính ngày càng

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023

phổ biến, ước tính khoảng 202 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh. Theo báo cáo của Viện tim mạch Việt Nam năm 2007, tỉ lệ này là 3,4% [1]. Bệnh đến khám thường ở giai đoạn muộn với các biểu hiện đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi, nếu không được điều trị thì tỉ lệ cắt cụt chi lên đến 43% và tỉ lệ tử vong là 25% sau 1 năm [5]. Tại Việt Nam, có khá nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tắc động mạch chậu mạn tính. Tuy nhiên, những nghiên cứu này thường chỉ đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch đơn thuần và có rất ít nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch trong tắc động mạch chậu mạn tính.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy, tổn thương tắc động mạch chậu phức tạp gồm tổn thương TASC II C, D thường áp dụng phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tổn thương TASC II C, D trên bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính bằng phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06 năm 2018 đến tháng 04 năm 2021.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả những trường hợp có bệnh tắc động mạch chậu tổn thương TASC II C, D điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh tắc động mạch chậu TASC II C, D do viêm, bệnh tự miễn như Takayasu.

- Bệnh tắc động mạch chậu TASC II C, D phải cắt cụt chi.

- Bệnh tắc động mạch chậu TASC II C, D không triệu chứng.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đánh giá kết quả can thiệp: nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp, phân độ Rutherford, ABI, TASC II, phương pháp vô cảm, đường vào, loại bóng và giá đỡ.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: đường kính lòng mạch sau can thiệp hẹp tồn lưu < 30%, không có bóc tách, vỡ mạch và tụ máu sau nong

bóng, không xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi.

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, thủng ĐM can thiệp, tụ máu đường vào, suy thận cấp, cắt cụt chi, giả phình đường vào, nhồi máu cơ tim và tử vong.

Đánh giá kết quả theo dõi: tại 1 năm sau điều trị.

- Biến chứng theo dõi.

- Đánh giá lưu thông mạch máu thì đầu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 31 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

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

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

	N (%)
Tuổi	69,2 ± 8,2 (56– 86)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	29 (93,5) / 2 (6,5)
Hút thuốc lá	24 (73,3)
Tăng huyết áp	22 (70,9)
Đái tháo đường	6 (19,4)
RLCH lipid máu	18 (58,1)
Bệnh động mạch cảnh	5 (16,1)
Bệnh mạch vành	7 (22,6)
Suy tim	12 (38,7)
Tai biến mạch máu não	3 (9,7)
Suy thận mạn	2 (6,5)

Phân loại Rutherford:

Bảng 2. Phân loại theo Rutherford.

Giai đoạn	Độ	N(%) trước	N(%) sau 1 năm
0	0	0 (0)	6 (23,1)
I	1	0 (0)	4 (15,4)
	2	0 (0)	7 (26,8)
	3	5 (16,1)	3 (11,6)
II	4	10 (32,3)	2 (7,7)
III	5	7 (22,6)	3 (11,6)
IV	6	9 (29)	1 (3,8)
Tổng		31(100)	31(100)

Phân loại TASC II:

Bảng 3: Phân loại theo TASC II.

Giai đoạn	N (%)
C	8 (26)
D	23 (74)
Tổng	31(100)

Chỉ số ABI trước và sau can thiệp:

Bảng 4. Chỉ số ABI trước và sau can thiệp

	Trước	Sau	P
ABI	0.3 ± 0.16	0.54 ± 0.2	P<0,001

Kết quả:

Phương pháp vô cảm

Bảng 5. Phương pháp vô cảm

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	19	61,3
Mê mask thanh quản	5	16,1
Gây tê tại chỗ	7	22,6
Tổng	31	100.0

Đường vào can thiệp:**Bảng 6: Đường vào can thiệp**

Biến số	N	(%)
Bên cùng bên	16	51,6
Bên đối bên	6	19,4
Tử tay xuống	9	29
Tổng	31	100.0

Tầng can thiệp**Bảng 7. Tầng can thiệp**

Tầng can thiệp	N	(%)
Tầng chậu đơn thuần	23	74,2
Tầng chậu + đùi	8	25,8
Tổng	31	100.0

Vị trí sang thương tầng chậu:**Bảng 8. Vị trí sang thương**

	N	(%)
Chậu chung	2	6,5
Chậu ngoài	6	19,4
Cả hai	23	74,1
Tổng	31	100

Phương pháp điều trị**Bảng 10. Phương pháp điều trị**

Biến số	N = 31	(%)
Nong bóng	2	6,5
Nong bóng + đặt giá đỡ	29	93,5
Bóc nội mạc ĐM đùi	31	100
Tạo hình ĐM đùi		
TM hiển	23	74,2
Miếng vá nhân tạo	8	25,8

Thời gian nằm viện**Bảng 11: Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	214,8 ± 81,5
Thời gian nằm viện (ngày)	7,8 ± 3,1 (5- 29)

Tai biến phẫu thuật kết hợp can thiệp**Bảng 12: Tai biến phẫu thuật kết hợp can thiệp**

Biến số	N = 31	(%)
Tắc mạch	2	6,5
Thủng	0	0
Tụ máu	0	0
Giả phình	0	0
Suy thận cấp	2	6,5
Đoạn chi lớn	2	6,5
Nhồi máu cơ tim	0	0
Tử vong	2	6,5

Kết quả theo dõi tại 01 năm**Bảng 13: Biến chứng theo dõi**

Biến số	N=26	(%)
Giả phình	0	0
Đoạn chi lớn	1	3,8
Tử vong	2	7,7
Tổng	3	11,5

Bảng 14. Tỷ lệ lưu thông mạch máu

	(N=26)	(%)
Lưu thông	21	80,8
Không lưu thông	5	19,2

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Mẫu chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá có 24 trường hợp (73,3%), rối loạn chuyển hóa lipid máu có 18 trường hợp (58,1%). Theo các tài liệu khác [Error! Reference source not found.], [Error! Reference source not found.], hút thuốc lá và rối loạn chuyển hóa lipid máu trở thành yếu tố thúc đẩy quá trình bệnh lý thành mạch máu, làm tăng độ nặng của bệnh và ảnh hưởng không nhỏ đến bệnh tắc động mạch mạn tính chi dưới. Bên cạnh đó, Tăng huyết áp và suy tim lần lượt chiếm 70,9% và 38,7% mẫu nghiên cứu. Điều này cho thấy, bệnh nhân tắc động mạch chậu phức tạp kèm theo các bệnh nền phức tạp, làm tăng các nguy cơ trong quá trình tái thông mạch máu cho bệnh nhân.

Hầu hết bệnh nhân đến khám với triệu chứng chính là loét và hoại tử, chiếm 51,6% (16 trường hợp), ghi nhận hầu hết các trường hợp có phân độ 4,5,6 theo Rutherford, chiếm tới 83,9%. Tuy nhiên, tại thời điểm 01 năm sau điều trị, tập trung chủ yếu phân độ 0, 1 và 2 chiếm 65,3% mẫu nghiên cứu. Điều này cho thấy phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch điều trị tổn thương TASC II C, D có sự thay đổi đáng kể phân độ Rutherford trước và sau điều trị. Chúng tôi nhận thấy hình ảnh của phân loại tổn thương có tương xứng với các biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu. Phân loại TASC II D chiếm ưu thế trong nghiên cứu so với TASC II C, 74% so với 26% mẫu nghiên cứu.

Phương pháp vô cảm: Mê nội khí quản chiếm ưu thế trong nghiên cứu, chiếm 61,3% (19 trường hợp). Điều này cũng phù hợp vì bệnh nhân lớn tuổi, tổn thương phức tạp và đa tầng kèm bệnh nền nặng nên chọn lựa phương pháp vô cảm mê nội khí quản giúp cho bệnh nhân an toàn hơn, phẫu thuật viên an tâm và hiệu quả cao hơn trong quá trình can thiệp, phẫu thuật kéo dài. Ngoài ra, có 05 trường hợp, chiếm 16,1% mẫu nghiên cứu sử dụng gây mê mask

thanh quản. Nhược điểm của phương pháp này chỉ thực hiện đối với cuộc mổ dưới 2 tiếng và không bảo vệ đường thở tăng nguy cơ hít sặc. Vì vậy phương pháp này không phù hợp với phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch với thời gian kéo dài trên 4 giờ. Chúng tôi vẫn sử dụng vì tất cả các trường hợp này ngay từ đầu sử dụng gây tê tại chỗ nhưng bệnh nhân đau, không hợp tác, bắt buộc chúng tôi phải chuyển sang mê mask thanh quản.

Phương pháp can thiệp: chúng tôi ghi nhận thành công về kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao, 100% mẫu nghiên cứu. Phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp gồm phẫu thuật bóc nội mạc kèm tạo hình động mạch đùi kết hợp với can thiệp nội mạch 1 thì trong điều trị tổn thương TASC II C, D tầng chậu. Mặc dù phẫu thuật cổ điển được khuyến cáo trong điều trị tổn thương phức tạp như TASC II D, tuy nhiên can thiệp nội mạch ngày càng trở nên phổ biến, phát triển và hiện đang được sử dụng rộng rãi vì đây là phương pháp ít xâm lấn làm giảm tỉ lệ biến chứng và giảm thời gian nằm viện. Phẫu thuật cầu nối chủ - đùi vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tắc tầng chủ chậu phức tạp trong suốt nhiều năm nay. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỉ lệ tử vong nội viện < 5% và tỉ lệ lưu thông thì đầu trong 5 năm rất tốt, dao động từ 80% đến 95% [2], [3]. Tuy nhiên, phẫu thuật cầu nối chủ đùi là phương pháp rất xâm lấn làm tăng nguy cơ gây ra các biến chứng hệ thống và tại chỗ rất nặng sau mổ [4], [6]. Theo Bredahl và cộng sự, biến chứng sau phẫu thuật diễn ra trên 20% trường hợp [7]. Hơn nữa, các biến chứng muộn gồm nhiễm trùng ống ghép, giả phình ở các miệng nối và tắc lại không phải hiếm và có thể là thách thức trong việc điều trị.

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều tiến hành bóc nội mạc động mạch đùi. Theo ghi nhận, vị trí thường được bóc nội mạc là động mạch đùi chung đơn thuần hoặc có thể kéo dài xuống đoạn đầu động mạch đùi nông. Một số ít trường hợp được bóc cả động mạch đùi chung, nông và sâu. Sau đó vị trí này sẽ được tạo hình lại bằng tĩnh mạch hiển, màng tim bò hoặc mảnh ghép nhân tạo. Ưu điểm của màng tim bò hay mảnh ghép nhân tạo là giảm thời gian phẫu thuật so với dùng tĩnh mạch hiển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc lựa chọn vật liệu để tạo hình lại động mạch đùi tùy thuộc vào quan điểm của phẫu thuật viên, thể trạng trước mổ và điều kiện kinh tế của bệnh nhân. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch đùi không những giúp bảo tồn được động mạch đùi sâu, nguồn cấp máu chính

cho các nhánh bàng hệ mà còn tạo thuận lợi cho quá trình can thiệp nội mạch ngay sau đó. Qua đây, chúng tôi nhận thấy vấn đề thương tổn của mạch máu chi thường là cả một hệ thống chung của mạch máu chi dưới, chứ ít khi đơn thuần là sang thương tầng chậu. Do đó, vấn đề đặt ra khi giải quyết những trường hợp có loét là hết sức khó khăn. Vì cần cấp máu tưới sang thương nên can thiệp phải triệt để, phải hiệu quả chứ không vết loét không lành. Thời gian can thiệp trung bình là 214 phút, thời gian nằm viện trung bình 08 ngày.

Tai biến: ghi nhận có 06 trường hợp chiếm tỷ lệ 19,5%, gồm tắc mạch, suy thận cấp, đoạn chi lớn. Ngoài ra chúng tôi không ghi nhận các biến chứng liên quan tạo hình mạch máu bằng TM hiển hay vật liệu nhân tạo. Nghiên cứu ghi nhận có 02 trường hợp tử vong sau can thiệp, gồm:

Trường hợp thứ 1 xảy ra trên bệnh nhân nam, 71 tuổi, nhập viện với tình trạng chân mức độ Rutherford 3 với tiền căn đái tháo đường type 2, rối loạn chuyển hoá Lipid máu và suy thận mạn. Bệnh nhân được phẫu thuật can thiệp động mạch chậu trái thành công, chân ấm, đỡ đau, mạch đùi, khoeo bắt được. Sau mổ 2 ngày, bệnh nhân đột ngột đau ngực, khó thở, kết quả điện tâm đồ ST chênh lên, men tim tăng cao và thay đổi động học. Dù đã được hồi sức tích cực nhưng bệnh nhân đã tử vong tại bệnh viện.

Trường hợp thứ 2 xảy ra trên bệnh nhân nam, 80 tuổi, nhập viện với tình trạng thiếu máu chân trái nặng Rutherford 5 với tiền căn Tăng huyết áp, suy tim, rối loạn chuyển hoá Lipid máu và COPD. Đây cũng chính là ca tắc mạch phải đoạn chi. Trước mổ, bệnh nhân vô đột cấp COPD phải điều trị hồi sức ổn định gần 3 tuần. Sau khi tình trạng nội khoa tạm ổn, bệnh nhân được phẫu thuật can thiệp động mạch chậu trái. Quá trình phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc ĐM đùi chung, đùi nông trái, sau đó đặt sheath đi dây dẫn dưới nội mạc ngược dòng lên động mạch chậu trái nhưng không vào lại được lòng thật nên quyết định chọc kim ở động mạch đùi chung phải, đi dây dẫn dưới nội mạc vào động mạch chậu ngoài rất khó khăn, dây dẫn vào lại lòng thật ở động mạch đùi chung trái. Bệnh nhân được nong và đặt giá đỡ động mạch chậu ngoài trái, nong động mạch đùi nông trái. Sau khi mổ 1 ngày ghi nhận bệnh nhân thở máy, căng bàn chân phải nổi bóng tím, bắp chân căng cứng, mạch đùi, khoeo không bắt được nghi do huyết khối tại vị trí chọc kim hoặc do thuyên tắc màng xơ vữa. Tiến hành thám sát thấy các cơ ở 4 khoang căng chân không đáp

ứng kích thích điện nên quyết định đoạn chi. Sau khi mổ 2 ngày, bệnh nhân tụt huyết áp, xét nghiệm Troponin I tăng cao và tử vong cùng ngày.

Theo Côme Bosse và các cộng sự [8], tỉ lệ biến chứng sau mổ là 18,7% gồm 6,2% tử vong nội viện, 3,1% đoạn chi lớn, 6,2% biến chứng rò bạch huyết tại vị trí bóc nội mạch và 3,1% bóc tách động mạch chậu chung nhưng không điều trị. Báo cáo của Pierre Maitrias cùng các cộng sự năm 2017 trên 108 bệnh nhân được phẫu thuật hybrid ghi nhận tỉ lệ biến chứng sau mổ là 3% gồm NMCT, viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu nhưng không có trường hợp nào tử vong, 3% trường hợp tắc mạch trong vòng 30 ngày sau mổ cần can thiệp lại. Như vậy so sánh với các nghiên cứu nước ngoài thì tỉ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi có phần cao hơn. Điều này được giải thích có lẽ do những bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ.

Qua đây chúng tôi nhận thấy vấn đề theo dõi hậu phẫu các tai biến chứng đóng vai trò quan trọng. Việc đánh giá tình trạng tưới máu chân sau tái thông bằng thăm khám lâm sàng, đo SpO₂ và siêu âm nhằm phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến của phẫu thuật kết hợp can thiệp. Bên cạnh đó, điều trị ổn định các bệnh phổi hợp giúp cho bệnh nhân có kết quả điều trị tốt đẹp hơn sau tái thông mạch máu.

Kết quả theo dõi: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp đoạn chi lớn (3,8%). Tác giả Côme Bosse năm 2019 cho thấy có 1 trường hợp phải đoạn chi lớn (2,8%), tác giả Pierre Maitrias năm 2017 báo cáo có 4 trường hợp đoạn chi lớn (3,1%) [8], [9]. Tỉ lệ đoạn chi của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tổn thương hạ lưu cao hơn đồng thời có một số bệnh nhân do thể trạng kém, nguy cơ chu phẫu cao nên chúng tôi chỉ can thiệp tăng chậu tối thiểu mà không phục hồi hạ lưu. Ngoài ra sau 1 năm theo dõi, chúng tôi ghi nhận có 2 ca tử vong. Một trường hợp tử vong sau 5 tháng phẫu thuật do đột quỵ và trường hợp còn lại tử vong sau 6 tháng phẫu thuật do viêm phổi với bệnh nền suy thận mạn giai đoạn cuối. Như vậy tỉ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi là 12,9%, tương đồng nghiên cứu của Pierre Maitrias [9], với tỉ lệ tử vong là 13%. Bên cạnh đó, tỉ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Côme Bosse [8], (12,9% so với 9%), nguyên nhân có thể do sự đồng mắc nhiều bệnh lý nền của các bệnh nhân trong nghiên cứu.

Tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 80,8%. Tỉ lệ này thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới: nghiên cứu của tác giả Côme Bosse năm 2019 cho thấy tỉ lệ lưu thông thì đầu sau 1 năm là 93,7%, sau 2 năm là 93,7%; tỉ lệ lưu thông thì hai sau 1 năm là 96,7% và sau 2 năm là 96,7% [8]. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân không tuân thủ điều trị nội khoa. Tác giả Crystal M. Kavanagh năm 2016 báo cáo tỉ lệ lưu thông thì đầu sau 13 tháng là 95% [10]. Hơn nữa, tại thời điểm 1 năm sau tái thông có nhiều yếu tố cũng ghi nhận góp phần ảnh hưởng đến lưu thông mạch máu thì đầu như rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, đái tháo đường [Error! Reference source not found.].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp can thiệp điều trị tổn thương TASC II C, D trên những bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính đã giúp cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng, ít biến chứng, tỷ lệ thành công cao về kỹ thuật và lưu thông mạch máu thì đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Hương**, "Cập nhật khuyến cáo 2010 của hội tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị Bệnh động mạch chi dưới", Viện tim mạch Việt Nam, 2010, Hà Nội, tr. 4.
2. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, et al.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. Dec 2018;68(6):1796-1804.e2. doi:10.1016/j.jvs.2018.01.067
3. **Chiu KW, Davies RS, Nightingale PG, Bradbury AW, Adam DJ.** Review of direct anatomical open surgical management of atherosclerotic aorto-iliac occlusive disease. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. Apr 2010;39(4):460-71. doi:10.1016/j.ejvs.2009.12.014
4. **Mason RA, Smirnov VB, Newton GB, Giron F.** Alternative procedures to aortobifemoral bypass grafting. *The Journal of cardiovascular surgery*. Mar-Apr 1989;30(2):192-7.
5. **Marston W. A., et al.**, "Natural history of limbs with arterial insufficiency and chronic ulceration treated without revascularization", *Journal of vascular surgery*, 2006, 44(1), pp. 108-114.
6. **Piotrowski JJ, Pearce WH, Jones DN, et al.** Aortobifemoral bypass: the operation of choice for unilateral iliac occlusion? *Journal of vascular surgery*. Sep 1988;8(3):211-8. doi:10.1067/mva.1988.av0080211
7. **Bredahl K, Jensen LP, Schroeder TV, Sillesen H, Nielsen H, Eiberg JP.** Mortality and complications after aortic bifurcated bypass procedures for chronic aortoiliac occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. Jul

- 2015;62(1):75-82. doi:10.1016/j.jvs.2015.02.025
8. **Bosse C, Becquemin JP, Touma J, Desgranges P, Cochenec F.** A Hybrid Technique to Treat Iliofemoral Lesions Using a Covered Stent Associated with Open Femoral Repair. *Annals of vascular surgery.* Jul 2020;66:601-608. doi:10.1016/j.avsg.2019.12.010
9. **Maitrias P, Deltombe G, Molin V, Reix T.** Iliofemoral endarterectomy associated with systematic iliac stent grafting for the treatment of severe iliofemoral occlusive disease. *Journal of vascular surgery.* Feb 2017;65(2):406- 413. doi:10.1016/j.jvs.2016.07.130
10. **Kavanagh CM, Heidenreich MJ, Albright JJ, Aziz A.** Hybrid external iliac selective endarterectomy surgical technique and outcomes. *Journal of vascular surgery.* Nov 2016; 64(5):1327-1334. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.468

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO UNG THƯ DẠ DÀY - DẠ DÀY ĐÔI HÌNH ỐNG

Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng, Phan Văn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh xuất huyết tiêu hóa (XHTH)/BN ung thư dạ dày đôi hiếm gặp. Kết quả điều trị phẫu thuật (PT) BN ung thư dạ dày đôi. 2. Điểm lại Y văn. - **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Mô tả hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp. - **Bệnh án nghiên cứu (NC):** Bệnh nhân Lương Thị Th, SN 1968. Địa chỉ: Lý Bôn, Bảo Lâm, Cao Bằng, Mã: 220270847. Vào: 26/9/2022. Mổ: 5/10/2022. Ra viện: 20/10/2022. + Lý do vào viện: Ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút. + Bệnh xuất hiện 2 tháng, ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút. + Tiền sử (TS): Điều trị tăng HA. Điều trị viêm dạ dày 10 năm. + Xét nghiệm (XN): HC 3,27 G/L. Hb: 9,2g/l; hematocrit: 0,27L/L, BC: 13,4 G/L, TC: 752 G/L. ++ Đông máu: Prothrombin 86%, APTT: 27,6, tỷ lệ 0,91, IRN: 1,1. + Sinh hóa: Ure: 2,2, creatinin: 56, GOT: 61,9, GPT: 9,9, Albumin: 20,7. + CLVT: Phình vị lớn dạ dày thành không đều, dày 16mm, tổn thương phá vỡ thành dạ dày tạo thành ổ dịch khí lân cận KT 73-88 mmm, thành dày ngấm thuốc mạnh sau tiêm. + NSDD (trước mổ: Thân phình vị có ổ loét đáy sâu, 3 cm, có rò KL: Phình vị bị phá vỡ, rò. Ảnh NSDD. + Chẩn đoán trước mổ: Gist phình vị lớn dạ dày thủng, XHTH, Rò dạ dày phình vị lớn. + Chẩn đoán sau mổ: XHTH do UTDD/Dạ dày đôi, xâm lấn cơ hoành T, lách, thân đuôi tụy đại tràng trái. + Tổn thương trong mổ: Khối lớn 10-15cm vùng tâm phình vị, thông với dạ dày, lòng có lót niêm mạc thành túi ở vùng thân vị, tâm, phình vị lớn, phá vỡ thanh mạc, xâm lấn lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành trái, đại tràng trái thành khối, cắt. Mổ cắt TBDD, lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành T. + Giải phẫu bệnh: U xơ cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor). + XN hóa mô miễn dịch (HMMD): (+) Ki67. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do UTDD/dạ dày đôi là bệnh lý hiếm gặp. Đây

là trường hợp dạ dày đôi có sự liên thông giữa dạ dày và nang dạ dày đôi ung thư hóa (Tubular cyst), tổn thương được xác định qua chụp CLVT, nội soi dạ dày và tổn thương trong mô nang hình ống có thành liên tục với thành dạ dày, có biểu mô lót và cơ bao phủ, tổn thương giải phẫu bệnh (hóa mô miễn dịch) là u xơ cơ viêm, 1 dạng ung thư hiếm gặp ở bệnh nhân dạ dày đôi ung thư hóa (dạng hay gặp là adenocarcinome).

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING CANCER IN GASTRIC TUBULAR DUPLICATION CYST-CASE REPORT AND REVIEW LITERATURE

Study aim: 1. Evaluation the clinic and paraclinic feature of bleeding gastric cancer arising in gastric duplication cyst patient. 2. The result of surgical management and review of literature. - Patient and method: + Retrospective study: Case report. **Result:** ++ Female 51 years old, admission on 26/9/2022 for hematemese with massive volume and melena. ++ Examination: Anorexia, malaise, abdominal pain (epigastric), epigastric mass. ++ Upon investigation: A gastroscopy revealed a ulceration 3 cm in diameter that perforated to the greater curvature of stomach (there was fistula tract intra gastric lumen and cyst). ++ CT scanner: The cyst measured 73-88 mm in diameter at the greater curvature of stomach, thickened wall communicated with the gastric lumen (filling defect) containing air and fluid intra lumen of stomach. ++ Laboratory examination: Globule: 3,27 G/L, Hemoglobule (Hb): 9,2 g/L hematocrit 0,27 L/L, leucocyte: 13,4 G/L. Glumerulemie: 752 G/L. Prothrombin 86%, APTT 27,6 s, IRN: 1,1. ++ Biochemistry: Urea: 2,2 mmol/L, creatinine: 56 mmol/L, GOT: 61,9 U/L, GPT: 9,9 U/L. Albumin: 20,7 g/L. ++ Blood transfusion: 250 ml-2 unit. ++ Operation performed: Total gastrectomy, Roux en Y reconstruction, Left pancreatic spleenectomy. ++ The finding intra operation: Cyst communicated with gastric lumen by the hole measured 3-5cm, the gastric cyst had mucosa lining and surrounded by muscle layer, measured >10 cm in diameter, invaded the body and tail of pancreas and the rate. ++ Post operative

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023