

pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valdivielso P, Ramirez-Bueno A.** Current knowledge of hypertriglycemic pancreatitis. *Eur J Intern Med* 2014;25:689e94
2. **Carr RA, Rejowski BJ, Cote GA, Pitt HA, Zyromski NJ.** Systematic review of hypertriglycemia induced acute pancreatitis: a more virulent etiology? *Pancreatology* 2016;16:469e76
3. **Scherer J, et al.** Issues in hypertriglycemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol* 2014;48(3):195e203.
4. **Pascual I, Sanahuja A, Garcia N, Vázquez P, Moreno O.** Association of elevated serum triglyceride levels with a more severe course of acute pancreatitis: Cohort analysis of 1457 patients. *Pancreatology*. 2019 Jul;19(5):623-629.
5. **Krauß LU, Brosig AM, Schlosser S, Pavel V, Mehrl A, Gülow K.** Therapeutic Plasma Exchange in ICU Patients with Acute Hypertriglyceridemia-Induced Pancreatitis Improves Patient Outcomes. *Dig Dis*. 2023;41(4):647-655.
6. **Nguyen, D.C.; Nguyen, N.A.; Dinh, Q.K.; Le, D.T.; Vu, T.B.; Hoang, V.T.** Effect of Plasma Exchange Treatment in Patients with Hypertriglyceridemia-Induced Acute Pancreatitis. *Medicina* 2023, 59, 864.
7. **Đỗ Thanh Hoà** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu", Luận văn tiến sĩ Y học – Viện nghiên cứu Y Dược lâm sàng BV 108
8. **Nguyễn Gia Bình** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride", đề tài cơ sở - Bệnh viện Bạch Mai
9. **Nguyễn Hữu Nhung** (2018), "Nhận xét kết quả thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp tăng triglycerid", đề tài cơ sở - Bệnh viện 354
10. **Võ Thị Đoàn Thục, Phạm Thị Ngọc Thảo, Trần Văn Huy** (2021). Nghiên cứu hiệu quả của thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp nặng do tăng triglyceride máu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp Chí Dược Học - Trường Đại Học Dược Hu*, 11(3), 7–12.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Văn Quảng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng là phương pháp mới nhiều ưu điểm so với mổ hở, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng tại Bv Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu, từ 06/2016 đến 12/2018, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Có tất cả 82 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là $73,7 \pm 7,1$ tuổi, trong đó có 64 nam. Tăng huyết áp 65,9% và hút thuốc lá chiếm 69,5%; bệnh mạch vành 53,7%. Chiều dài cổ túi phình trung bình $30 \pm 11,1$ mm; đường kính cổ gần túi phình trung bình $18,5 \pm 3,2$ mm; góc gấp cổ túi phình $61,5 \pm 20,3$ độ; đường kính trung bình của túi phình là $52,25 \pm 11,27$ mm; chiều dài ĐMC từ ngay dưới ĐM thận thấp hơn đến chạc ba chủ - chậu trung bình $110 \pm 18,2$ mm. Đa số là mổ chương trình (96,3%). Gây tê tại chỗ là phương pháp vô cảm chính (43,9%). Đặt ống ghép nội mạch trong phình ĐMCB đơn thuần 4,9%; ĐMCB đến ĐM chậu 2 bên 84,2%; ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên 11%; làm tắc động mạch chậu trong 25,6% trường hợp. Rò ống ghép loại II là

loại duy nhất và chiếm tỷ lệ 17,1%, có 3 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi. Tỷ lệ thành công ngắn hạn trong vòng 30 ngày và trung hạn lần lượt là 98,7% và 96,3%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB là phương pháp hiệu quả, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh. Đặc biệt phù hợp những bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp.

Từ khóa: phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ.

SUMMARY

OUTCOME OF ENDOVASCULAR REPAIR FOR THE TREATMENT OF INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Endovascular intervention for the treatment of abdominal aortic aneurysms (EVAR) is a novel method with numerous advantages over open surgery, particularly in elderly patients with multiple risk factors. **Objective:** To evaluate the outcomes of abdominal aortic aneurysm treatment at Cho Ray Hospital. **Patients and methods:** This was a descriptive cross-sectional study, combining retrospective and prospective data, conducted from June 2016 to December 2018 in the Vascular Surgery Department at Cho Ray Hospital. **Results:** The study included a total of 82 patients, with an average age of 73.7 ± 7.1 years, of which 64 were male. Hypertension was present in 65.9% of patients, and 69.5% were smokers. Coronary artery disease was observed in 53.7% of cases. The average length of the

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: Nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

proximal neck was 30 ± 11.1 mm, the diameter of the proximal neck was 18.5 ± 3.2 mm, the angulation of the neck was 61.5 ± 20.3 degrees, and the mean aneurysm sac diameter was 52.25 ± 11.27 mm. The average length of the infrarenal aorta to the bifurcation was 110 ± 18.2 mm. Most procedures were elective (96.3%). Local anesthesia was the primary method of anesthesia (43.9%). Simple endovascular graft placement in the aneurysm sac was performed in 4.9% of cases, bilateral iliac artery extension in 84.2%, unilateral iliac artery extension in 11%, and block of the internal iliac arteries in 25.6% of cases. Type II endoleak was the only type and accounted for 17.1% of cases, with 3 patients experiencing mortality during follow-up. The short-term and midterm success rates were 98.7% and 96.3%, respectively.

Conclusion: Endovascular intervention for the treatment of abdominal aortic aneurysms is an effective, low-complication method with rapid recovery. It is particularly suitable for elderly patients with multiple risk factors and comorbidities.

Keywords: Abdominal aortic aneurysms, Endovascular Aneurysm Repair (EVAR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (ĐMCB) dưới thận được định nghĩa là một sự giãn nở quá mức 3.0 cm ở đoạn dưới thận của động mạch chủ. Ở nam giới, ngưỡng quyết định điều trị phình ĐMCB được khuyến cáo lựa chọn là có đường kính ≥ 5.5 cm, trong khi ở phụ nữ có nguy cơ phẫu thuật thấp, ngưỡng quyết định điều trị phình ĐMCB có thể xem xét là có đường kính ≥ 5.0 cm¹, tuy nhiên ở dân số châu Á, có thể xem xét can thiệp khi đường kính túi phình >5 cm ở nam, $>4,5$ cm ở nữ. Có hai phương án chính để điều trị phình ĐMCB: phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch (EVAR). Cả hai phương án đều đạt được sự giảm tỷ lệ tử vong đáng kể trong cả ngắn hạn và dài hạn.² Kể từ khi can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB cho phình động mạch chủ bụng ở đoạn dưới thận lần đầu được tiên phong bởi Parodi et al. và Volodos et al. hơn 30 năm trước, EVAR đã trở thành một phương án ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật mở truyền thống cho điều trị phình ĐMCB ở đoạn dưới thận³; thực tế, tỷ lệ sử dụng EVAR và kết quả lâm sàng của nó đã được cải thiện nhờ sự phát triển của các dụng cụ can thiệp và nâng cao kỹ thuật của phẫu thuật viên.

Năm 2012, Khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy bắt đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận cho kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB tại BV Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2016 đến tháng 12/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm các bệnh nhân thỏa điều kiện: Bệnh nhân phình ĐMCB dưới thận được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại BV Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân phình ĐMCB dưới ĐM thận được điều trị bằng phẫu thuật mở hoặc nội khoa. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, chụp điện toán cắt lớp dựng hình động mạch chủ. Các thông số của phình ĐMCB được đo đạc bằng phôi mềm OsiriX và lên kế hoạch cụ thể, cũng như chọn lựa dụng cụ có thông số phù hợp trước can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Có tất cả 82 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, độ tuổi trung bình là $73,7 \pm 7,1$ tuổi, thường gặp ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi, có 18 nữ, 64 nam trong, tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 3,6/1.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	$73,7 \pm 7,1$	
Giới nam	64	78
Tăng huyết áp	54	65,9
Hút thuốc lá	57	69,5
Bệnh mạch vành	44	53,7
Rối loạn mỡ máu	49	59,8
Đái tháo đường	4	4,9
Bệnh thận mạn	3	3,7
Bệnh phổi mạn tính	4	4,9

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu phình động mạch chủ bụng

Đặc điểm giải phẫu phình ĐMCB	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Chiều dài cổ túi phình (mm)	$30 \pm 11,1$	14	54
Đường kính cổ túi phình (mm)	$18,5 \pm 3,2$	14	26
Góc cổ túi phình (độ)	$61,5 \pm 20,3$	19	105
Đường kính túi phình (mm)	$54,25 \pm 11,27$	28	87
Chiều dài ĐMC từ dưới ĐM thận thấp hơn đến ngã 3 chủ-chậu (mm)	$110 \pm 18,2$	84	167
Đường kính ngã 3 chủ-chậu (mm)	$22 \pm 7,2$	17	50

Bảng 3. Đặc điểm phương pháp can

thiệt nội mạch và kết quả chu phẫu

Phương pháp can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mổ cấp cứu và mổ chương trình		
Mổ cấp cứu	3	3,7
Mổ chương trình	79	96,3
Phương pháp vô cảm		
Mê nội khí quản	15	18,3
Tê tủy sống	31	37,8
Tê tại chỗ	36	43,9
Phương pháp đặt ống ghép nội mạch		
ĐMCB đơn thuần	4	4,9
ĐMCB đến ĐM chậu 2 bên	69	84,1
ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên	9	11
Làm tắc động mạch chậu trong	21	25,6

Bảng 4. Kết quả chu phẫu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Bung ống ghép thành công	82	100
Chuyển phẫu thuật mở	0	0
Tử vong trong khi can thiệp	0	0
Tai biến trong can thiệp	0	0
Bóc tách ĐM	0	0
Vỡ ĐM	0	0
Tắc ĐM	0	0
Lắp ĐM thân	0	0

Bảng 5. Biến chứng gây tử vong trong 30 ngày

Biến chứng nghiêm trọng	Số bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Tử vong trong 30 ngày sau can thiệp	1	1,2
Đột quy	0	0
Nhồi máu cơ tim	2	2,4
Suy thận cần điều trị thay thế thận	0	0
Suy hô hấp	1	1,1
Yếu hoặc liệt hai chi dưới	0	0
Thiếu máu ruột	0	0
Vỡ túi phình sau can thiệp	0	0

Bảng 6. Tỷ lệ biến chứng liên quan kỹ thuật can thiệp trong 30 ngày

Biến chứng liên quan kỹ thuật và dụng cụ can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tổn thương động mạch đường vào	0	0
Di lệch ống ghép	0	0
Rò ống ghép		
Loại I	0	0
Loại II	8	9,7
Loại III	0	0
Loại IV	0	0
Tắc, hẹp ống ghép	0	0

Gãy xoắn ống ghép	0	0
Thiếu máu chi dưới cần can thiệp	0	0

Đánh giá kết quả chu phẫu:

Thành công: 81 trường hợp, tỷ lệ 98,7%.

Không thành công: 1 trường hợp, tỷ lệ 2,4% (1 trường hợp tử vong hậu phẫu do nhồi máu cơ tim, suy tim, suy hô hấp)

Đánh giá kết quả trung hạn. Đến cuối tháng 12/2018, thời gian theo dõi trung bình là 18,6 ± 8,3 tháng. Ngoại trừ 1 trường hợp tử vong chu phẫu, 81 bệnh nhân còn lại được chúng tôi liên lạc theo dõi định kỳ. Trong số đó, 1 bệnh nhân tử vong vào tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết, một bệnh nhân tử vong ở tháng thứ 10 do nhồi máu cơ tim, một bệnh nhân tử vong do già yếu ở tháng 44.

Thành công: 79 trường hợp, chiếm tỷ lệ 96,3%.

Không thành công: 3 trường hợp (một bệnh nhân tử vong tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết, một bệnh nhân tử vong ở tháng thứ 10 do nhồi máu cơ tim, một bệnh nhân tử vong do già yếu ở tháng 44), tỷ lệ 3,7%.

Bảng 7. Tỷ lệ tử vong và biến chứng nghiêm trọng sau 30 ngày

Biến cố nghiêm trọng	Số bệnh nhân (n=81)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	3	3,7
Đột quy	0	0
Nhồi máu cơ tim	0	0
Suy thận cần điều trị thay thế thận	0	0
Suy hô hấp	0	0
Yếu liệt hai chi dưới	0	0
Thiếu máu nuôi ruột	0	0
Vỡ túi phình	0	0
Can thiệp lại	0	0

Bảng 8. Tỷ lệ các biến chứng liên quan kỹ thuật can thiệp sau 30 ngày

Biến chứng liên quan kỹ thuật và dụng cụ can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rò ống ghép	14	17,1
Loại I	0	0
Loại II	14	17,1
Loại III	0	0
Loại IV	0	0
Tắc hẹp ống ghép	0	0
Gãy, xoắn ống ghép	0	0
Thiếu máu chi dưới cần can thiệp	0	0
Nhiễm trùng ống ghép	0	0
Rò ống ghép-ruột	0	0

IV. BÀN LUẬN

Bảng 9. So sánh đặc điểm tuổi, yếu tố nguy cơ, bệnh lý kèm theo

Đặc điểm	EVAR ¹⁴	DREAM ⁵	ACE ⁶	OVER ⁷	Chúng tôi
Tuổi trung bình	74,1	70	69	70	73,7 ± 7,1
Hút thuốc lá	90,5%	59,6%	49,2%	95,5%	69,5%
Tăng huyết áp		56,4%	64,9%	76,8%	65,9%
Rối loạn lipid máu		49,8%	67,2%		59,8%
Đái tháo đường	10,3%		16,4%	22,7%	4,9%
Bệnh mạch vành	42,3%	43,8%	38,1%	40,7%	53,7%
Bệnh phổi mạn		23%	23,7%	29,4%	4,9%
Bệnh thận mạn		8%	12%	31,3%	3,7%

Yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát mạnh nhất là hút thuốc lá. Trong một nghiên cứu về cựu binh Mỹ, thói quen hút thuốc đã tăng gấp 5 lần khả năng có phình ĐMCB, trong khi một lối sống lành mạnh (tập thể dục hàng tuần, ăn nhiều trái cây và rau) làm giảm nguy cơ.⁸ Tăng huyết áp và xơ vữa động mạch cũng có liên quan, nhưng bệnh đái tháo đường dường như ít có khả năng phát triển phình ĐMCB. Điều này làm nổi bật một số sự khác biệt quan trọng cơ bản giữa bệnh xơ vữa động mạch và phình ĐMCB. Các yếu tố nguy cơ không thể điều chỉnh bao gồm giới tính nam, lớn tuổi, tiền sử gia đình. Tính phổ biến của phình ĐMCB rất thấp trước tuổi 55, nhưng tăng sau đó: lên đến 2.3% ở nhóm tuổi 75-79 (2275 trên 100.000 dân số). Dữ liệu về tính phổ biến ở nam giới 65 tuổi cho thấy phình ĐMCB tồn tại ở 1,5% dân số ở Thụy Điển (2006-2014) và 1,34% dân số ở Anh (2009-2013) trong các chương trình tầm soát.⁹

Đặc điểm của bệnh nhân trong các nghiên cứu trên thế giới của như của chúng tôi có nhiều sự thay đổi, điều này có thể lý giải được do sự khác nhau về chủng tộc, địa lý cũng như thói quen hay mô hình bệnh tật của từng khu vực.

Đặc điểm phương pháp can thiệp. Kể từ khi can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB (EVAR) xuất hiện vào thập kỷ 1990, đã tiến hành nhiều nghiên cứu so sánh phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch để điều trị phình ĐMCB. Từ năm 1995 đến 2008, đã có sự giảm đáng kể về tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật điều trị AAA (4.9% so với 2.4%), một phần do sự xuất hiện EVAR. Sự sử dụng của EVAR tăng mạnh từ năm 2000 đến 2010, từ 5.4% lên 74% tổng số phẫu thuật điều trị phình ĐMCB ở Hoa Kỳ, kết hợp với sự cải tiến về quá trình theo dõi chu phẫu cũng như công cụ hỗ trợ hình ảnh trong can thiệp. Nhiều cuộc thử nghiệm đã báo cáo về sự giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật, giảm tỷ lệ tử vong sớm liên quan đến phình ĐMCB và thời gian nằm viện ở cả bệnh nhân vỡ phình ĐMCB và không vỡ phình ĐMCB được can thiệp nội mạch.

Đa phần các trường hợp trong nghiên cứu được can thiệp chương trình, chỉ có 3 trường hợp được can thiệp cấp cứu. Can thiệp đặt ống ghép nội mạch đã dần trở thành thường quy. So với mổ mở, can thiệp có ưu thế trong điều trị phình ĐMCB là bệnh nhân có thể không cần gây mê toàn thân. Trong nghiên cứu này, chỉ có 15 trường hợp (18,3%) được gây mê, đây là những trường hợp đầu tiên thực hiện can thiệp chưa có kinh nghiệm và dự tính thời gian can thiệp có thể kéo dài. 31 trường hợp (37.8%) được gây mê tuỷ sống. Có 36 trường hợp (43,9%) được gây mê tại chỗ trong đó 1 trường hợp là bệnh nhân phình ĐMCB vỡ, được can thiệp cấp cứu. Các phương pháp này đều không ghi nhận biến chứng.

Có tổng cộng 9 bệnh nhân đã được thực hiện phẫu thuật đặt ống ghép từ ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên, đồng thời làm tắc ĐM chậu chung bên đối diện và tiến hành cầu nối ĐM từ đùi - đùi. Trong số 9 trường hợp trên, có một trường hợp có đường kính ngã 3 chủ-chậu nhỏ là 17mm và 8 trường hợp có túi phình dưới dạng cổ túi phình dài (80mm) kèm theo túi phình ngắn (kích thước là 42mm). Tuy nhiên, không phù hợp để tiến hành bung ống ghép từ ĐMCB sang cả hai bên ĐM chậu. Trong một trường hợp khác, bệnh nhân có nguy cơ cao về tim mạch và kích thước của phình ĐMCB là lớn (77mm), kèm theo phình ĐM chậu chung 1 bên với kích thước rất lớn (80mm), do đó quyết định được lựa chọn là sử dụng ống ghép từ ĐMCB đến ĐM chậu chung bên này, thực hiện việc xử lý tắc nghẽn tại ĐM chậu đối bên và cầu nối ĐM từ đùi - đùi.

Trong số 82 trường hợp đã được can thiệp, có 21 trường hợp (chiếm 25,6%) đã được thực hiện làm tắc ĐM chậu trong. Mục tiêu chính của việc này là để ngăn ngừa biến chứng rò ống ghép loại 2 sau khi đặt ống ghép kéo dài đến ĐM chậu ngoài. Thủ thuật làm tắc ĐM chậu trong áp dụng cho những trường hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu bên phải hoặc bên trái mà ĐM chậu chung không đủ chiều dài để ống ghép bám, hoặc cho những bệnh nhân có

phình ĐM chậu trong cần điều trị. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng làm tắc ĐM chậu trong là cần thiết và an toàn. Việc này có thể được thực hiện cùng lúc với việc đặt ống ghép hoặc trước khi tiến hành đặt ống ghép. Nếu cần làm tắc cả hai ĐM chậu trong, thì phải thực hiện chúng cách nhau một tuần để tránh sự thiếu máu vùng chậu. Tuy nhiên, hiện nay thế giới đang hướng tới mục tiêu bảo tồn ĐM chậu trong, nếu không có tổn thương (phình hay tắc), thông qua việc đặt ống ghép có nhánh vào động mạch chậu trong. Kỹ thuật này đã được triển khai thành công tại Bệnh viện Chợ Rẫy và mang lại những kết quả khả quan.

Đánh giá kết quả chu phẫu. Tất cả các trường hợp đều bung ống ghép thành công. Các nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy tỷ lệ can thiệp thất bại, phải chuyển mổ mở là 0,7 – 1,7%, tỷ lệ lấp ĐM thận do ống ghép là 0,3%. Không có biến chứng trong 30 ngày như chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tắc mạch chi, rò bạch huyết. Không có trường hợp nào dị ứng, sốc phản vệ, suy thận do thuốc cản quang. Có 2 trường hợp nhồi máu cơ tim hậu phẫu 1 trường hợp tử vong và 1 trường hợp ổn định sau điều trị nội khoa. Theo y văn trên thế giới, tỷ lệ nhồi máu cơ tim trong các nghiên cứu can thiệp nội mạch từ 2,5-10%.

Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày, ít nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 27 ngày. Các bệnh nhân đều trở lại sinh hoạt và thực hiện các hoạt động bình thường sau 2 ngày can thiệp. Đây là ưu điểm của can thiệp nội mạch, bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và trở về với sinh hoạt thường ngày. Theo dõi các bệnh nhân trong 30 ngày sau can thiệp, chúng tôi phát hiện 14 trường hợp rò ống ghép loại II, 1 trường hợp rò tử ĐM mạc treo tràng dưới, trường hợp còn lại rò tử ĐM thắt lưng.

Tỷ lệ rò ống ghép loại II chu phẫu dao động từ 15-20%. Sau 1 năm, tỷ lệ này giảm còn khoảng 5-10%. Rò ống ghép loại II thường được điều trị bảo tồn khi túi phình không tăng kích thước. Trong trường hợp rò ống ghép loại II kèm tăng kích thước túi phình trên 10 mm, cần phải điều trị. Hầu hết các trường hợp có thể can thiệp thành công bằng các phương pháp làm tắc mạch ít xâm lấn. Không có trường hợp rò loại I hay loại III. Theo một số nghiên cứu, tần suất rò ống ghép loại I có thể lên đến 10%, có thể xảy ra ngay sau khi đặt ống ghép nội mạch hay trong thời gian theo dõi sau đó. Rò loại I dẫn đến nguy cơ vỡ phình rất cao nên được khuyến cáo xử trí trong mọi trường hợp. Phần lớn rò loại I được

điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch. Nếu thất bại, chuyển mổ mở cắt túi phình và ghép mạch nhân tạo.

Kết quả chu phẫu thành công chiếm 98,7%, tương đương với nhiều trung tâm trên thế giới. Với ưu điểm là xâm lấn tối thiểu, kết quả ngắn hạn đáng khích lệ, can thiệp đặt ống ghép nội mạch đã bước đầu khẳng định được vai trò trong điều trị phình ĐMCB.

Đánh giá kết quả trung hạn. Thời gian theo dõi trung bình là 18,6 tháng, ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 48 tháng. Ngoại trừ 1 trường hợp tử vong chu phẫu, 81 bệnh nhân còn lại được chúng tôi liên lạc theo dõi định kỳ. Trong số đó, 1 bệnh nhân tử vong vào tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết, một bệnh nhân tử vong ở tháng thứ 10 do nhồi máu cơ tim, một bệnh nhân tử vong do già yếu ở tháng 44.

Bốn thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên lớn⁴⁻⁷ đã so sánh EVAR và phẫu thuật mở. Một phân tích tổng hợp dữ liệu từng bệnh nhân (2783 bệnh nhân) sau 5 năm đã xác nhận các kết quả ban đầu của thử nghiệm. Sự giảm tỷ lệ tử vong trong nhóm EVAR trong giai đoạn đầu (0-6 tháng) (HR kết hợp 0.61; 95% CI 0.42 đến 0.89; p=0.010) thay đổi trong vòng 3 năm và tỷ lệ sống còn tương đương nhau. Sau giai đoạn này, tỷ lệ tử vong liên quan đến phình ĐMCB cao hơn trong nhóm EVAR (HR kết hợp 5.16; 95% CI 1.49 đến 17.89; p=0.010). Không cải thiện tiên lượng sống còn trong giai đoạn sớm của EVAR ở bệnh nhân bị suy thận trung bình hoặc bệnh động mạch vành. Theo dõi dài hạn của các thử nghiệm này đã cho thấy rằng EVAR có nguy cơ tử vong cao hơn so với ung thư, nhưng cần thiết phải can thiệp lại nhiều hơn (HR 2.13; 95% CI 1.69 đến 2.68; p=<0.001). Cụ thể: nghiên cứu ACE theo dõi 2,5 năm, tử vong 11,3%, nghiên cứu OVER theo dõi 5,2 năm, tử vong 32,9%, nghiên cứu DREAM theo dõi 6,4 năm, tử vong 33,5%, nghiên cứu EVAR1 theo dõi 7,5 năm, tử vong 41,5%. Chỉ riêng trong nghiên cứu EVAR1, khi chia thời gian theo dõi qua các khoảng cho thấy trong 6 tháng đầu tử vong 4,2%, trong 4 năm tử vong 24,1% và sau 7,5 năm tử vong là 41,5%. Đặc điểm chung của bệnh nhân phình ĐMCB là lớn tuổi, nhiều bệnh phổi hợp và tiên lượng sống lâu dài không cao. So với mổ mở, các nghiên cứu đều cho thấy can thiệp nội mạch có tỷ lệ tử vong chung khi theo dõi dài hạn khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong trong 2 năm đầu của can thiệp nội mạch thấp hơn và đặc biệt tử vong chu phẫu thấp hơn mổ mở có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng và hồi phục nhanh. Kết quả sau can thiệp và trung hạn với tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, et al.** Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* Jan 2019;57(1):8-93. doi:10.1016/j.ejvs.2018.09.020
2. **Rossi UG, Torcia P, Dallatana R, Santuari D, Mingazzini P, Cariati M.** Abdominal aorta aneurysm with hostile neck: Early outcomes in outside instruction for use in patients using the treovance(®) stent graft. *Indian J Radiol Imaging.* Oct-Dec 2017;27(4):503-508. doi:10.4103/ijri.IJRI_290_16
3. **Buck DB, van Herwaarden JA, Schermerhorn ML, Moll FL.** Endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms. *Nature Reviews Cardiology.* 2014/02/01 2014;11(2):112-123. doi:10.1038/nrcardio.2013.196
4. **Brown LC, Powell JT, Thompson SG, Epstein DM, Sculpher MJ, Greenhalgh RM.** The UK Endovascular Aneurysm Repair (EVAR) trials: randomised trials of EVAR versus standard therapy. *Health Technol Assess.* 2012;16(9):1-218. doi:10.3310/hta16090
5. **De Bruin JL, Baas AF, Buth J, et al.** Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med.* May 20 2010; 362(20): 1881-9. doi:10.1056/NEJMoa0909499
6. **Becquemin JP, Pillet JC, Lescalie F, et al.** A randomized controlled trial of endovascular aneurysm repair versus open surgery for abdominal aortic aneurysms in low- to moderate-risk patients. *J Vasc Surg.* May 2011;53(5):1167-1173.e1. doi:10.1016/j.jvs.2010.10.124
7. **Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, et al.** Long-term comparison of endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med.* Nov 22 2012;367(21):1988-97. doi:10.1056/NEJMoa1207481
8. **Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, et al.** The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators. *Arch Intern Med.* May 22 2000;160(10):1425-30. doi:10.1001/archinte.160.10.1425
9. **Jahangir E, Lipworth L, Edwards TL, et al.** Smoking, sex, risk factors and abdominal aortic aneurysms: a prospective study of 18 782 persons aged above 65 years in the Southern Community Cohort Study. *J Epidemiol Community Health.* May 2015;69(5):481-8. doi:10.1136/jech-2014-204920

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ỨNG DỤNG VẬT NHÂN TRUNG TÁI TẠO TRỤ MŨI BIẾN DẠNG CO RÚT KẾT HỢP TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN

Ngô Văn Công¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Các kỹ thuật chỉnh hình mũi hở phát triển mạnh mẽ những thập niên gần đây và ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam. Hiện nay, nhiều cơ sở thẩm mỹ ứng dụng các kỹ thuật chỉnh hình mũi hở cho bệnh nhân và có ghi nhận một số biến chứng của kỹ thuật này, đặc biệt là biến dạng co rút trụ mũi. Biến chứng này ảnh hưởng nghiêm về mặt thẩm mỹ và chức năng trên khuôn mặt của bệnh nhân. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân 52 tuổi đã phẫu thuật chỉnh hình mũi 6 lần, trụ mũi biến dạng co rút, hẹp van mũi ngoài 2 bên, nghẹt mũi 2 bên nhiều phải thở bằng miệng. **Phương pháp phẫu thuật:** Rạch da theo đường mũi hở qua vị trí sẹo, tạo vật nhân trung để tái tạo tại mô mềm trụ mũi bị co rút, bóc tách da mũi và tạo khoang sóng mũi, bóc tách xác định các cấu trúc còn lại vách ngăn, sụn

cánh mũi. Mảnh ghép mở rộng vách ngăn kéo dài đầu mũi và tăng độ nhô đầu mũi. Mảnh ghép cánh bướm để nâng hai cánh mũi và sụn sườn khối kết hợp sụn cắt nhuyển tạo hình sóng mũi. **Kết quả:** Xử trí thành công trường hợp biến dạng co rút trụ mũi bằng vật nhân trung ở bệnh nhân bị biến dạng co rút trụ mũi nặng. Mang lại thẩm mỹ và chức năng mũi cho bệnh nhân. **Kết luận:** Vật nhân trung có hiệu quả trong điều trị biến dạng co rút trụ mũi nặng. Vật nhân trung góp phần trong các phương pháp tạo hình trụ mũi bị biến dạng. **Từ khóa:** Vật nhân trung, co rút trụ mũi, tạo hình mũi sụn sườn, biến dạng trụ mũi, chỉnh hình mũi biến chứng.

SUMMARY

A CASE REPORT: APPLICATION OF PHITRAL FLAP FOR RECONSTRUCTION OF COLUMELLA CONTRACTURE DEFORMITY COMBINED COSTAL CARTILAGE RHINOPLASTY

Introduction: Open rhinoplasty have developed strongly in recent decades and are widely applied in Vietnam. Currently, many cosmetic clinics apply open rhinoplasty and have recorded some complications of this technique, especially nasal columella deformity.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023