

- Rampinelli V, Barbara F, Schreiber A, Mattavelli D, Tomasoni M, Farina D et al:** Selection of the surgical approach for lesions with parapharyngeal space involvement: A single-center experience on 153 cases. *Oral Oncol* 2020, 109:104872.
6. **Matsuki T, Miura K, Tada Y, Masubuchi T, Fushimi C, Kanno C, Takahashi H, Kamata S, Okamoto I, Miyamoto S et al:** Classification of tumors by imaging diagnosis and preoperative fine-needle aspiration cytology in 120 patients with tumors in the parapharyngeal space. *Head Neck* 2019, 41(5):1277-1281.
7. **Orlando P, Locatello LG, Gallo O, Leopardi G, Maggiore G:** Endoscopy-assisted transoral approach for parapharyngeal space tumors: Our experience and a systematic review of the literature. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2023, 9(1):79-90.
8. **Shirakura S, Tsunoda A, Akita K, Sumi T, Suzuki M, Sugimoto T, Kishimoto S:** Parapharyngeal space tumors: anatomical and image analysis findings. *Auris Nasus Larynx* 2010, 37(5):621-625.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG VỠ: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Đặng Công Hiếu¹, Hà Hoài Nam¹, Hoàng Anh Tuấn¹, Trần Quang Thái¹, Nguyễn Tiến Đông¹, Đào Huy Hiếu¹, Nguyễn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Phình động mạch chậu trong thường đi kèm với phình động mạch chủ bụng và động mạch chậu. Phình động mạch chậu trong đơn thuần là bệnh lí hiếm gặp. Phình động mạch chậu trong vỡ là biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng với tỷ lệ tử vong cao. Do đó, cần phải nhanh chóng phát hiện tổn thương và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp nhất. Chúng tôi báo cáo một trường hợp phình động mạch chậu trong vỡ được chẩn đoán và phẫu thuật thành công.

Từ khóa: Phình động mạch chậu trong vỡ.

SUMMARY

RUPTURED INTERNAL ILIAC ANEURYSM: A CASE REPORT

Internal iliac aneurysms are often accompanied by aneurysms of the abdominal aorta and iliac arteries. Pure internal iliac artery aneurysms are rare. A ruptured internal iliac aneurysm is a life-threatening complication with a high mortality rate. Therefore, it is necessary to quickly detect the lesion and provide the most appropriate treatment. We report a case of ruptured internal iliac aneurysm which was successfully diagnosed and operated

Keywords: ruptured internal iliac aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các vị trí tổn thương phình động mạch ở ổ bụng, phình động mạch chậu trong đơn thuần rất hiếm gặp. Năm 2014 Wilhelm và cộng sự [6] đã tổng kết các nghiên cứu trong gần 100 năm từ năm 1913 đến 2013 chỉ có 55 trường hợp phình động mạch chậu trong đơn thuần được báo cáo. Trong số 55 bệnh nhân này có tới

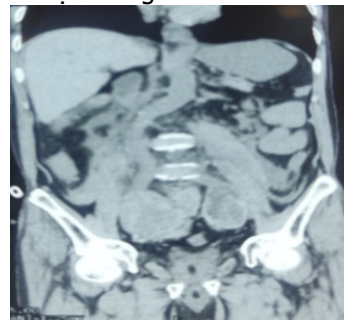
17 bệnh nhân biến chứng phình động mạch chậu trong vỡ với tỉ lệ tử vong cao dù được phát hiện và điều trị. Phình động mạch chậu trong vỡ có thể vào sau phúc mạc, vào ổ bụng, vào trực tràng... gây mất máu cấp tính, bệnh nhân nhanh chóng đi vào shock mất bù [6], [2]. Do vậy, cần phải chẩn đoán sớm và đưa ra phương pháp điều trị kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo 01 ca lâm sàng phình động mạch chậu trong vỡ được phẫu thuật thành công

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam 73 tuổi tiền sử tăng huyết áp, bệnh nhân biểu hiện đau bụng dữ dội liên tục vùng hố chậu phải lan xuống bẹn cùng bên một ngày trước vào viện. Bệnh nhân được cấp cứu ở tuyến được chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng không tìm thuốc cản quang phát hiện phình động mạch chậu trong.

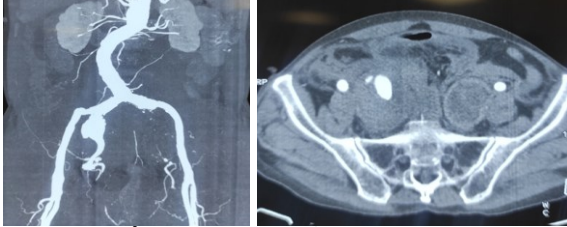


Hình 1: Cắt lớp vi tính ổ bụng tuyến trước không tiêm thuốc cản quang

Bệnh nhân vào viện trong tình trạng mất máu: da niêm mạc nhợt, mạch 110 lần/ phút, huyết áp tối đa 80-90 mmhg, hồng cầu: 3,1 tera/l; huyết sắc tố: 92g/l. Chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang cho thấy hình

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Đặng Công Hiếu
 Email: dc.hieu94@gmail.com
 Ngày nhận bài: 5.01.2024
 Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024
 Ngày duyệt bài: 7.3.2024

ảnh khối phình động mạch chậu trong phải đường kính 80 mm có vị trí thành mạch không liên tục, thoát thuốc khỏi lòng mạch ra khoang sau phúc mạc; động mạch chậu trong trái đường kính 80 mm đã tắc ở gốc; động mạch chậu chung hai bên giãn, vôi hóa nhiều.



Hình 2: Cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang trước mổ

Bệnh nhân nhanh chóng được hồi sức, truyền máu chuyển lên phòng phẫu thuật sau 1 giờ vào viện. Trong lúc gây mê bệnh nhân huyết áp tụt sâu, huyết áp tối đa 40-50mmhg. Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn thấy: Máu nhiều trong ổ bụng, tụ máu sau phúc mạc, khối phình động mạch chậu trong hai bên kích thước lớn đè đẩy các cơ quan xung quanh. Nhanh chóng xác định vị trí, bộc lộ và kẹp clamp động mạch chủ bụng dưới thận và động mạch chậu ngoài hai bên để cầm máu. Sau đó kết hợp với bác sĩ gây mê truyền máu, hồi sức nâng huyết áp tối đa lên 80-90mmhg. Tiếp theo mở khối phình động mạch chậu trong phải lấy huyết khối thắt đầu xa động mạch chậu trong phải, thắt đầu gần động mạch chậu trong trái. Tái tạo lưu thông bằng ghép mạch nhân tạo chữ Y giữa động mạch chủ bụng dưới thận với động mạch chậu ngoài hai bên. Tổng lượng máu mất khoảng 2l. Sau mổ bệnh nhân tiếp tục được hồi sức, truyền máu, truyền huyết tương. Rút ống nội khí quản sau 10 giờ. Nhưng thở máy lại do viêm phổi hít sau 1 tuần bệnh nhân được rút ống nội khí quản lần 2, sau rút ổn định. Bệnh nhân ra viện sau 30 ngày.



Hình 3: Cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Phình động mạch chậu trong đơn thuần là bệnh lí hiếm gặp chiếm 0,4% trong các phình mạch ở ổ bụng [2]. Động mạch chậu trong là một trong hai nhánh tận của động mạch chậu chung đi vào trong và ra sau nằm trong hố chậu, chi phối cho các tạng trong chậu hông. Phình động mạch chậu trong thường không có triệu chứng nên chẩn đoán muộn hoặc khi đã có biến chứng. Theo Wilhelm [6] vỡ phình là một trong những biến chứng nguy hiểm thường gặp chiếm 33%- 67%. Phình động mạch chậu trong triệu chứng thường mờ nhạt nhưng khi khối phình vỡ bệnh nhân phải vào viện cấp cứu với biểu hiện rầm rộ. Trong nhóm bệnh nhân của Wilhelm các triệu chứng ban đầu có thể gặp đau bụng cấp tính vùng hạ vị chiếm 53%, khối đập nẩy vùng hạ vị 29%, rối loạn tiểu tiện chiếm 41% ngoài ra đi tiểu ra máu nếu vỡ vào bàng quang, đi ngoài ra máu nếu vỡ vào trực tràng [6]. Bệnh nhân của chúng tôi khối phình vỡ vào khoang sau phúc mạc và ổ bụng; vào viện với triệu chứng đau bụng vùng hạ vị dữ dội, tiểu khó kèm biểu hiện mất máu cấp da niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt. Hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng ở tuyến trước đã phát hiện khối phình ở động mạch chậu trong nhưng do không tiêm thuốc cản quang nên không phát hiện được tổn thương đã vỡ hay chưa vỡ, vị trí vỡ, vỡ vào cơ quan nào, tổn thương kèm theo ở động mạch chậu hay động mạch chủ bụng. Do vậy, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang không chỉ là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán mà còn giúp phẫu thuật viên đánh giá chính xác tổn thương để đưa ra phương án điều trị.

Chẩn đoán nhanh chính xác và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp là yếu tố mấu chốt để cứu sống tính mạng bệnh nhân. Theo các nghiên cứu trong nước cũng như thế giới có hai phương pháp chính điều trị bệnh lí này là phẫu thuật và can thiệp mạch [6], [3]. Trong những năm gần đây với sự phát triển mạnh mẽ các kĩ thuật cũng như dụng cụ can thiệp nội mạch nhiều tác giả đã có những báo cáo về can thiệp nội mạch thành công các trường hợp vỡ phình động mạch chậu trong[1], [4]. Những trường hợp này thường phải có tình trạng chảy máu diễn biến chậm, lâm sàng tương đối ổn định và đặc điểm giải phẫu của tổn thương phải phù hợp với can thiệp nội mạch. Các tác giả đều thống nhất phương pháp cơ bản để điều trị phình động mạch chậu trong vỡ là phẫu thuật. Trong nhóm 17 bệnh nhân phình động mạch chậu trong vỡ của Wilhelm có 13 bệnh nhân được phẫu thuật,

chỉ có 1 bệnh nhân can thiệp nội mạch và có 3 bệnh nhân tử vong trước khi được điều trị [6]. Bệnh nhân của chúng tôi vào viện với tình trạng đau bụng cấp tính, sốc mất máu được chỉ định phẫu thuật tối khẩn cấp. Khi mới vào viện huyết áp tối đa của bệnh nhân vẫn duy trì ở mức 90mmhg và trên phim cắt lớp vi tính ổ bụng chưa phát hiện máu trong ổ bụng nên lúc mới vào viện khối phình động mạch chậu trong chỉ mới vỡ vào sau phúc mạc và có thể cầm máu tạm thời. Nhưng trong quá trình vận chuyển bệnh nhân làm xét nghiệm, chuyển lên phòng mổ khối phình đã vỡ vào trong ổ bụng vì vậy thời điểm trên phòng mổ bệnh nhân có pha tụt huyết áp tối đa xuống 40 mmhg và trong khi mổ bụng phát hiện nhiều máu tụ ở trong ổ bụng. Với tổn thương vỡ động mạch chậu trong vào khoang sau phúc mạc thì cần phải tiến hành can thiệp nhanh nhất có thể để cầm máu và cần cẩn thận trong quá trình di chuyển bệnh nhân tránh vỡ thì hai tử sau phúc mạc vào trong ổ bụng gây mất máu trầm trọng hơn. Mục đích đầu tiên của phẫu thuật là cầm máu cứu sống tính mạng bệnh nhân. Với bệnh nhân của chúng tôi sau 1 giờ từ khi bệnh nhân vào viện đã được chẩn đoán và đưa lên phòng phẫu thuật cầm máu. Thời gian từ khi bệnh nhân vào viện đến khi cầm máu phải ngắn nhất để cứu sống tính mạng bệnh nhân. Tại bệnh viện chúng tôi quy trình khi có bệnh nhân cấp cứu tối khẩn cấp đã được chuẩn hóa và rút ngắn nhất có thể để cứu sống tính mạng bệnh nhân. Chúng tôi khống chế động mạch chủ bụng dưới thận để cầm máu do: vị trí động mạch chủ bụng dưới thận dễ xác định và kiểm soát hơn động mạch chậu chung phải do khối phình động mạch chậu trong hai bên kích thước lớn kèm với máu tụ sau phúc mạc lớn nên khó xác định và tiếp cận được động mạch chậu chung phải. Quan điểm này cũng tương tự như các tác giả khác [5], Sau khi đã cầm máu, dựa trên đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang để đưa ra phương án phẫu thuật phù hợp. Khối phình động mạch chậu trong phải đã vỡ được lấy huyết khối, thắt đầu xa của động mạch để tránh chảy máu tái phát vào khối phình. Khối phình động mạch chậu trong trái đã tắc được thắt đầu gần động mạch. Động mạch chậu chung hai bên vô hóa nhiều và giãn để tránh tình trạng phình mạch có thể xảy ra chúng tôi quyết định tái tạo lưu thông bằng mạch nhân tạo chữ Y giữa động mạch chủ bụng dưới thận và động mạch chậu ngoài hai bên. Bệnh nhân sau mổ huyết động ổn định được rút ống nội khí quản sau 10 giờ phẫu thuật. Nhưng vì phẫu

thuật cấp cứu không được chuẩn bị trước mổ bệnh nhân có ăn uống kèm với phẫu thuật lớn vào ổ bụng thời gian kéo dài nên sau rút ống nội khí quản bệnh nhân nôn nhiều gây ra tình trạng viêm phổi hít phải thở máy lại, thời gian hậu phẫu kéo dài. Vỡ phình động mạch chậu trong là biến chứng nguy hiểm với tỷ lệ tử vong dù được điều trị kịp thời, theo Wilhelm [6] tỷ lệ này 53%, còn theo Brin [2] là 58%. Nguyên nhân gây tử vong không chỉ do tình trạng sốc mất máu mà còn có thể do các nguyên nhân hậu phẫu nếu không được chăm sóc và điều trị kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Vỡ phình động mạch chậu trong là một biến chứng hay gặp trong phình động mạch chậu trong có tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và cấp cứu kịp thời. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng đau bụng hạ vị cấp tính, khối đập này hạ vị kèm tình trạng mất máu cấp, cắt lớp vi tính cho hình ảnh chính xác đặc điểm khối phình và cơ quan xung quanh. Điều trị phẫu thuật cấp cứu vẫn là biện pháp điều trị cơ bản. Điều trị can thiệp nội mạch cũng đang cho thấy những ưu điểm. Quy trình chẩn đoán và cấp cứu phải được chuẩn hóa rút ngắn nhất có thể. Chúng tôi báo cáo một trường hợp vỡ phình động mạch chậu trong được phẫu thuật cấp cứu thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Æ Bas-Jeroen van Kelckhoven Æ Boy M. A. Bruijninx, Overhagen Bob Knippenberg Æ Hans van,** "Ruptured Internal Iliac Artery Aneurysm: Staged Emergency Endovascular Treatment in the Interventional Radiology Suite", *Cardiovasc Intervent Radiol* (2007) 30:774-777.
2. **Barbara J. Brin MD, Ronald W. Busuttill, MD, PhD,** "Isolated Hypogastric Artery Aneurysms", *Archives Surgery* 1982;117:1329-1333.
3. **Dix F. P., Titi M., Al-Khaffaf H.** "The Isolated Internal Iliac Artery Aneurysm—A Review", *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, (2005), 30(2), 119-129.
4. **Gemayel Gino, Murith Nicolas, Kalangos Afksendiyos** (2014), "Off-label use of a reversed flared durand iliac limb stentgraft for the management of a life-threatening internal iliac artery aneurysm rupture", *Vascular*, (2014), 22(5), 381-384.
5. **Nzomvuama Alphonse Ndonga N'sungu, Muanda Germain Matoko, Fala John Emwen'Mey, et al.** "Ruptured internal iliac artery aneurysm in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo", *Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques*, (2022), 8(3), 325-327.
6. **Wilhelm B. Jakub, Sakharpe Aniket, Ibrahim George, et al.** "The 100-Year Evolution of the Isolated Internal Iliac Artery Aneurysm", *Annals of Vascular Surgery*, (2014), 28(4), 1070-1077.