

# KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN KHÔNG VỠ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Đức Tín<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phình động mạch chủ bụng đã được mô tả và điều trị từ rất lâu. Năm 1951, tác giả Dubost và cộng sự đã phẫu thuật thành công ca phình động mạch chủ bụng đầu tiên [1]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng biến chứng muộn trong quá trình theo dõi những trường hợp sau can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng tăng cao, đáng để quan tâm [2], [3]. Tác giả Robert Blair và cộng sự (2023), nghiên cứu (N=1017) kết quả phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận ghi nhận tỉ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 2,5% mẫu nghiên cứu với nhóm phình không vỡ [5]. Tác giả Gruber M và cộng sự (2023), nghiên cứu so sánh giữa can thiệp nội mạch và phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng (N= 1509), ghi nhận tỉ lệ tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật chiếm 2.4% đến 3% các trường hợp phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng còn được chỉ định trên những bệnh nhân trẻ tuổi hoặc có cổ túi phình không thuận lợi cho can thiệp nội mạch. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình  $64 \pm 20,1$ , nam giới chiếm đa số. Yếu tố rối loạn chuyển hoá lipid và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ lần lượt 90% và 85,8%. Tổn thương động mạch chủ bụng dạng thoi là chủ yếu, chiếm 90% mẫu nghiên cứu. Phình động mạch chủ bụng kèm phình động mạch chậu chiếm 85,8% mẫu nghiên cứu. Đường mở giữa bụng chiếm hầu hết, 97,3% mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận loại prothese chữ Y và ống thẳng, lần lượt chiếm 88,1% và 11,9%. Hầu hết chúng tôi có kèm phục hồi lưu thông động mạch chậu trong, chiếm 89,6%. Thời gian kẹp động mạch chủ chậu khoảng 44,5 phút và thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 195 phút. Tỉ lệ thành công về kỹ thuật đạt 97,2%, tỉ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 4,1%. Ở giai đoạn theo dõi, tỉ lệ sống còn chiếm 64,8% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống còn ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng. **Từ khóa:** phình động mạch chủ bụng dưới thận, phình động mạch chủ bụng chậu, phẫu thuật cầu nối chủ đùi.

## SUMMARY

### LONG - TERM RESULTS OF OPEN SURGICAL REPAIR FOR UNRUPTED SUBRENAL AORTIC ANEURYSM AT CHO RAY HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

**Background:** Abdominal aortic aneurysms have been described and treated for a long time. In 1951, author Dubost and his colleagues successfully operated on the first abdominal aortic aneurysm [1]. Many studies have shown that late complications during follow-up of cases after endovascular intervention to treat abdominal aortic aneurysms are high and worthy of concern [2], [3]. Author Robert Blair and colleagues (2023) studied (N=1017) the surgery results to treat infrarenal abdominal aortic aneurysms. They recorded a 30-day mortality rate of 2.5% of the study sample, with the group in the aneurysm not ruptured [5]. Author Gruber M and colleagues (2023), a comparative study between endovascular intervention and surgery for abdominal aortic aneurysm (N= 1509), recorded that the mortality rate within 30 days after surgery accounted for 2.4% to 3% of surgical cases. Surgical treatment of abdominal aortic aneurysms is also indicated in patients who are young or have aneurysm necks that are not favorable for endovascular intervention. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study had an average age of  $64 \pm 20.1$  years, with the majority being male. Lipid metabolism disorders and smoking account for 90% and 85.8%, respectively. Abdominal aortic aneurysm fusiform lesions are the leading cause, accounting for 90% of the study sample. Abdominal aortic aneurysm with iliac artery aneurysm accounted for 85.8% of the study sample. Most use a mid-abdominal approach, accounting for 97.3% of the study sample. The study noted that Y-shaped and straight tube types accounted for 88.1% and 11.9%, respectively. Most of us included restoration of internal iliac artery revascularization, accounting for 89.6%. The aortic iliac clamping time is about 44.5 minutes, and the average surgery time is about 195 minutes. The technical success rate reached 97.2%, the 30-day mortality rate was 4.1%. The survival rate accounted for 64.8% of the study sample during the follow-up period. **Conclusion:** Surgical treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysm has a high technical success rate, few complications, and a high survival rate in the follow-up period. Therefore, this method is effective, safe, and has few complications. **Keywords:** Infrarenal abdominal aortic aneurysm, abdominopelvic aortic aneurysm, aortofemoral bypass surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng đã được mô tả và điều trị từ rất lâu. Năm 1951, tác giả Dubost và cộng sự đã phẫu thuật thành công ca phình động mạch chủ bụng đầu tiên [1]. Ngày nay, với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật đã cải tiến rất nhiều dụng cụ nhằm nâng cao vai trò của can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh lý phình động

mạch chủ bụng. Kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng đang là xu hướng vì ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng và tử vong ở giai đoạn ngắn hạn. Tuy nhiên, nhiều tác giả nhận thấy rằng biến chứng ở giai đoạn trung hạn thì tăng cao. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng biến chứng muộn trong quá trình theo dõi những trường hợp sau can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng tăng cao, đáng để quan tâm [2], [3].

Theo Hội phẫu thuật Mạch máu, chỉ định phẫu thuật phình động mạch chủ bụng khi đường kính túi phình lớn hơn hoặc bằng 5 cm và các trường hợp có triệu chứng đe dọa vỡ [4]. Tác giả Robert Blair và cộng sự (2023), nghiên cứu (N=1017) kết quả phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thân ghi nhận tỉ lệ tử vong trong 30 ngày chiếm 2,5% mẫu nghiên cứu với nhóm phình không vỡ [5]. Tác giả Gruber M và cộng sự (2023), nghiên cứu so sánh giữa can thiệp nội mạch và phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng (N= 1509), ghi nhận tỉ lệ tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật chiếm 2.4% đến 3% các trường hợp phẫu thuật [6]. Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng còn được chỉ định trên những bệnh nhân trẻ tuổi hoặc có cổ túi phình không thuận lợi cho can thiệp nội mạch.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả loạt ca.

**Thời gian nghiên cứu:** lấy mẫu từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 05 năm 2019.

**Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- Tất cả trường hợp phình động mạch chủ bụng dưới thân (ĐMCBDT) được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Phình ĐMCBDT vỡ  
 - Phình ĐMCBDT có kẹp trên động mạch thận trong lúc phẫu thuật.  
 - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Đánh giá kết quả:**

**Đánh giá kết quả can thiệp:** 01 tháng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp, loại phẫu thuật, vị trí tái thông đầu xa, phương pháp vô cảm, thời gian can thiệp, thời gian nằm viện.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: sau khi phẫu thuật không hẹp miệng nối >50% đường kính

lòng mạch hoặc giả phình miệng nối, không gây huyết khối tắc đầu xa, không có biến chứng cắt đoạn chi.

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, tụ máu vết mổ, đột quy não, đoạn chi, nhồi máu cơ tim và tử vong trong 30 ngày.

**Đánh giá kết quả theo dõi:** theo dõi đến tháng 03 năm 2024.

- Đánh giá kết quả: tỉ lệ sống còn.  
 - Biến chứng theo dõi.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Mẫu có 219 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phổi hợp**

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

Biến số	N (%)
Tuổi	64 ± 20,1 (45– 90)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	169 (77,2) / 50 (22,8)
RLCH lipid máu	197 (90)
Hút thuốc lá	188 (85,8)
Đái tháo đường	146 (66,7)
Bệnh mạch vành	142 (64,8)
Tăng huyết áp	131 (59,8)
Bệnh động mạch cảnh	120 (54,8)
Suy thận mạn	98 (44,7)
Suy tim	26 (11,8)
Tai biến mạch máu não	12 (5,5)

**Các loại tổn thương động mạch chủ chậu**

**Bảng 2. Các loại tổn thương động mạch chủ chậu**

Tổn thương	N (%)	Đường kính trung bình (mm)
<b>ĐM chủ bụng</b>		
Dạng thoi	197 (90)	64,9
Dạng túi	22 (10)	3,2
<b>ĐM chậu</b>		
Chậu chung	188 (85,8)	3,7
Cả chậu chung + ngoài	16 (7,3)	2,8

**Kết quả:**

**Phương pháp vô cảm**

**Bảng 3. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	219	100
Gây tê tại chỗ	0	0
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100</b>

**Phương pháp điều trị**

**Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật**

Biến số	N	(%)
<b>Đường tiếp cận</b>		
Sau phúc mạc	6	2,7

Đường giữa bụng	213	97,3
<b>Loại Prothese</b>		
Ông thẳng	6	11,9
Chữ Y	213	88,1
<b>Miệng nối đầu xa</b>		
ĐM chậu	204	93,1
ĐM đùi	15	6,9
Phục hồi ĐM chậu trong	196	89,5
Phục hồi ĐMMTTTr dưới	4	1,8

**Thời gian phẫu thuật, nằm viện**

**Bảng 5. Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian kẹp ĐM chủ chậu (phút)	44,5
Lượng máu truyền (đơn vị)	1,5±0,6
Thời gian phẫu thuật (phút)	235,2±39,3
Thời gian nằm viện (ngày)	7,5±1,8 (6-13)

**Thành công, thất bại về kỹ thuật**

**Bảng 6. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật**

Biến số	N	(%)
Thành công	213	97,2
Thất bại	6	2,8
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100</b>

**Tai biến phẫu thuật**

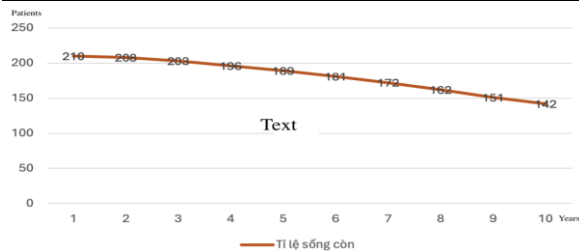
**Bảng 7. Tai biến phẫu thuật**

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	5	2,3
Tụ máu	7	3,2
Đột quỵ não	4	1,8
Suy thận cấp	3	1,4
Đoạn chi lớn	1	0,5
Nhồi máu cơ tim	4	1,8
Thiếu máu nuôi ruột	2	0,9
Tử vong trong lúc phẫu thuật	0	0
Tử vong 30 ngày sau phẫu thuật	9	4,1

**Kết quả theo dõi**

**Bảng 8. Tỷ lệ sống còn**

Biến số	N	(%)
Sống	142	64,8
Tử vong	77	35,2
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100</b>



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống còn**

**Bảng 9. Biến chứng theo dõi**

Biến số	N	(%)
Tắc miệng nối	28	8,6

Giả phình miệng nối	7	3,3
Nhiễm trùng prothese	12	5,7
Huyết khối tĩnh mạch sâu	8	3,7
Tái thông mạch máu	6	2,9
Đoạn chi lớn	3	1,4

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu có mẫu 219 trường hợp, trong đó, tỉ lệ nam chiếm 77,2% với tuổi trung bình 64 tuổi. Các yếu tố như rối loạn lipid máu và hút thuốc lá chiếm tỉ lệ cao, lần lượt 90% và 85,8% mẫu nghiên cứu. Hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tuổi trung bình tương tự nghiên cứu chúng tôi. Tác giả Gruber M (2023), ghi nhận tuổi trung bình là 66 tuổi (giai đoạn lấy mẫu 2000 – 2009) và 68 tuổi (giai đoạn lấy mẫu 2010 – 2019) [6]. Robert Blair và cộng sự (2023), cũng ghi nhận tuổi trung bình 73,3 tuổi trong mẫu nghiên cứu [5]. Bên cạnh đó, nhiều tác giả cũng ghi nhận tỉ lệ nam chiếm ưu thế, chiếm lần lượt 83,5% và 92,7% mẫu nghiên cứu [5], [6]. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận tỉ lệ các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp khác cũng chiếm tỉ lệ khá cao như bệnh đái tháo đường, bệnh động mạch vành, tăng huyết áp và bệnh động mạch cảnh, lần lượt chiếm 66,7%; 64,8%; 59,8% và 54,8% mẫu nghiên cứu.

Nguyên nhân của tổn thương động mạch chủ bụng thường do xơ vữa mạch máu. Ngoài ra, chúng ta còn ghi nhận các nguyên nhân khác như viêm mạch trong bệnh mô liên kết như Takayasu hay viêm mạch nhiễm trùng... Dù nguyên nhân gì thì biểu hiện trên hình ảnh học cho chúng ta thấy 2 loại tổn thương thường gặp là phình dạng thoi và phình dạng túi. Trong đó, tổn thương dạng thoi thường do xơ vữa thành mạch, còn dạng túi do viêm mạch nhiễm trùng. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phình động mạch chủ dạng túi hầu hết, chiếm 90% với đường kính trung bình của túi phình 65 mm. Một số tác giả khác cũng cho kết quả tương tự chúng tôi [6], [7]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận tổn thương động mạch chậu chung đi kèm trong hầu hết các trường hợp, chiếm 85,8% mẫu nghiên cứu với đường phình kính trung bình 3,7 mm. Điều này cho thấy mối liên quan mật thiết giữa động mạch chủ bụng và động mạch chậu trong bệnh lý phình động mạch chủ bụng.

Gây mê nội khí quản là phương pháp vô cảm được dùng trên tất cả trường hợp, chiếm 100% mẫu nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp vì hầu hết là bệnh nhân lớn tuổi, có các yếu tố nguy cơ cao và bệnh phối hợp nên việc gây mê sẽ giúp cho vấn đề kiểm soát tốt hơn tình trạng tim

mạch, hô hấp của bệnh nhân. Quan niệm dùng đường mổ thành bên vào khoang sau phúc mạc để tiếp cận trực tiếp động mạch chủ bụng, tránh đi vào ổ bụng đã khá phổ biến trong quá khứ. Tuy nhiên, ngày nay nhiều tác giả đã nhận thấy có nhiều bất lợi như tiếp cận không đầy đủ động mạch chủ bụng chậu hai bên, khó kiểm soát nếu có tiến triển xấu phải nối vào động mạch đùi và tư thế không thuận lợi...Đó cũng chính là lý do mà hầu hết nghiên cứu chúng tôi sử dụng đường mổ giữa bụng để thay đoạn phình động mạch chủ bụng chậu, chiếm tỉ lệ cao, 97,3% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [6], [7].

Động mạch chủ bụng nằm ở phúc mạc thành sau, vén toàn bộ ruột sang bên phải sẽ thấy thấy túi phình động mạch chủ bụng đập và có thể chèn ép các cơ quan như niệu quản, tĩnh mạch hoặc dính chặt vào các quai ruột non vùng hông tràng với túi phình động mạch chủ bụng, dính vào đại tràng sigma với túi phình động mạch chậu. Do đó, các thao tác bộc lộ túi phình hết sức quan trọng tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận. Nghiên cứu chúng tôi với tất cả các trường hợp có miệng nối gần là đoạn động mạch chủ bụng dưới hai động mạch thận, kiểu nối tận - tận được khâu bằng chỉ Prolene 4.0. Còn miệng nối đầu xa hầu hết là vào hai động mạch chậu, chiếm 93,1% mẫu nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng hầu hết là prothese chữ Y để thay đoạn phình động mạch chủ bụng chậu vì tổn thương thường phối hợp giữa động mạch chủ bụng và động mạch chậu. Tỉ lệ sử dụng prothese chữ Y trong nghiên cứu chiếm 88,1%. Kết quả của tác giả Gruber M (2023), cũng ghi nhận tỉ lệ dùng prothese chữ Y khá cao, chiếm 74,9% mẫu nghiên cứu [6]. Trong phẫu thuật thay đoạn phình động mạch chủ bụng chậu bằng prothese, vấn đề đặt ra là có nên phục hồi lưu thông động mạch mạc treo tràng dưới và động mạch chậu trong hay không? Đối với động mạch chậu trong thì phục hồi lưu thông là gần như bắt buộc, tốt nhất nên phục hồi cả hai động mạch chậu trong. Tuy nhiên, thường thì phục hồi một động mạch chậu cũng đủ để cấp máu. Vì vùng tiểu khung có khá nhiều vòng nối nông sâu, vòng nối trên thận và dưới thận, vòng nối đối bên chậu. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phục hồi lưu thông động mạch chậu trong chiếm 89,5% mẫu nghiên cứu. Đối với phục hồi động mạch mạc treo tràng dưới, theo kinh nghiệm chúng tôi thì cũng không cần thiết vì hầu hết ruột có vòng nối rất lớn từ các mạch máu lân cận. Tuy nhiên, để tránh tình trạng thiếu máu

nuôi ruột, trước phẫu thuật chúng tôi có đánh giá kỹ các vòng nối nuôi ruột, đặc biệt là đại tràng ngang và xuống để có thể không cần phục hồi lưu thông động mạch mạc treo tràng dưới. Qua đó, chúng tôi thấy có 4 trường hợp có vòng nối nuôi đại tràng kém nên quyết định phục hồi lưu thông động mạch mạc treo tràng dưới, chiếm 1,8% mẫu nghiên cứu. Tác giả Gruber M và cộng sự, ghi nhận phục hồi lưu thông động mạch mạc treo tràng dưới chiếm 3,7% mẫu nghiên cứu [6]. Điều này cho thấy, vấn đề phục hồi lưu thông các nhánh tạng nuôi ruột và các cơ quan vùng tiểu khung là hết sức cần thiết. Tùy theo từng trường hợp mà chúng ta có thái độ xử trí khác nhau.

Vì đây là phương pháp mổ mở nên có mất máu và nên được đánh giá mức độ mất máu để bù hoàn cho bệnh nhân đủ thể tích máu. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận lượng máu truyền trung bình 1,5 đơn vị (1 đơn vị được tính 25 ml). Thời gian kẹp động mạch chủ chậu mất khoảng 44,5 phút. Tác giả Gruber M và cộng sự (2023), ghi nhận thời gian kẹp động mạch chủ chậu khoảng 55 phút [6]. Kết quả này cũng tương tự chúng tôi. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 235 phút. Kết quả này là phù hợp với một cuộc phẫu thuật mổ mở, có nhiều bước tiến hành để thay đoạn phình động mạch chủ bụng chậu. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự chúng tôi [2], [5], [6]. Chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình 7 ngày. Vì hầu hết bệnh nhân cần thời gian hồi phục, cần được chăm sóc vết mổ và vật lý trị liệu sau mổ cũng như đánh giá khả năng thích ứng với điều kiện sinh hoạt bình thường sau khi xuất viện. Đó cũng là thời gian hợp lý để sử dụng kháng sinh bằng đường chích trong hầu hết các trường hợp mổ mở có nghi ngờ nhiễm trùng. Tác giả Cvetkovic S và cộng sự (2020), ghi nhận thời gian nằm viện trung bình 6,78 ngày [7]. Bên cạnh đó, các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự như tác giả Blair R, Chandra V có thời gian nằm viện lần lượt là 10 ngày và 7 ngày [5], [8].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 213 trường hợp, chiếm 97,2 % mẫu nghiên cứu là thành công về kỹ thuật. Biến chứng ghi nhận chiếm tỉ lệ cao gồm tụ máu và tắc mạch lần lượt chiếm 3,7%; 3,2% và 2,3% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [5], [7], [8]. Tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật của chúng tôi chiếm 4,1% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cho kết quả thấp hơn chúng tôi như tác giả Gruber M, tác giả Cvetkovic S và tác giả Blair R chiếm lần lượt 2,4%; 2,5% và 2,5% mẫu nghiên cứu. Các yếu tố như đường kính lớn nhất

của túi phình, có triệu chứng lâm sàng và bạch cầu cao là những yếu tố góp phần làm tăng tỉ lệ tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật [6], [7].

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sống còn tại thời điểm 10 năm chiếm 64,8% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự chúng tôi. Tác giả Chandra V, tác giả Blair R lần lượt chiếm 51% và 72%. Biến chứng chiếm tỉ lệ cao gồm tắc miêng nối, nhiễm trùng prothese và giả phình miêng nối lần lượt chiếm 8,6%; 5,7% và 3,3% mẫu nghiên cứu. Các tác giả khác cũng có ít biến chứng như trong nghiên cứu chúng tôi [5], [7], [8]. Qua đây cho thấy phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng có tỉ lệ sống còn cao và ít biến chứng trong thời gian theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có tỉ lệ thành công về kỹ thuật cao, ít biến chứng và tỉ lệ sống cao ở giai đoạn theo dõi. Do đó, phương pháp này đem lại hiệu quả, an toàn và ít biến chứng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hertzer NR, Mascha EJ, Karafa MT, O'Hara PJ, Krajewski LP, Beven EG. Open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair: the Cleveland Clinic experience from 1989 to 1998. *J Vasc Surg.* 2002;35(6):1145-1154.
- AlOthman O, Bobat S. Comparison of the short and long-term outcomes of endovascular repair and open surgical repair in the treatment of unruptured abdominal aortic aneurysms: meta-analysis and systematic review. *Cureus.* 2020;12(8):e9683.

- Giannopoulos S, Kokkinidis DG, Armstrong EJ. Long-Term outcomes of endovascular vs open surgical repair for Abdominal Aortic Aneurysms: a meta-analysis of randomized trials. *Cardiovasc Revasc Med.* 2020;21(10):1253-1259.
- Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nguyen 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;67:2.e2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044
- Blair R, Harkin D, Johnston D, Lim A, McFetridge L, Mitchell H. Open Surgical Repair for Abdominal Aortic Aneurysm: 980 Consecutive Patient Outcomes from a High-Volume Centre in the United Kingdom. *Vasc Endovascular Surg.* 2023 Jul;57(5):463-470.
- Gruber M, Sotir A, Klopff J, Lakowitsch S, Domenig C, Wanhainen A, Neumayer C, Busch A, Eilenberg W. Operation time and clinical outcomes for open infrarenal abdominal aortic aneurysms to remain stable in the endovascular era. *Front Cardiovasc Med.* 2023 Nov 14;10:1213401.
- Cvetkovic S, Koncar I, Ducic S, Zlatanovic P, Mutavdzic P, Maksimovic D, Kukic B, Markovic D, Davidovic L. Early and long-term results of open repair of inflammatory abdominal aortic aneurysms: Comparison with a propensity score-matched cohort. *J Vasc Surg.* 2020 Sep;72(3):910-917.
- Chandra V, Tran K, Virgin-Downey W, Dalman RL, Mell MW. Long-term outcomes after repair of symptomatic abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2018 Nov;68(5):1360-1366.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỐT SAU LẤY HUYẾT KHỐI Ở BỆNH NHÂN TẮC M2 ĐƠN ĐỘC

Nguyễn Minh Anh<sup>1</sup>, Mai Duy Tôn<sup>1,2,3</sup>, Đinh Trung Hiếu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm ra tỷ lệ kết cục điều trị, và các yếu tố tiên lượng sự độc lập về chức năng ở thời điểm 3 tháng sau khi can thiệp lấy huyết khối đối với các bệnh nhân đột quy thiếu máu não do tắc nhánh M2 đơn độc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân tại

Trung tâm Đột Quy - Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2021 - 2022. Bệnh nhân đột quy thiếu máu não do tắc M2 được điều trị lấy huyết khối, có thể kết hợp thêm tiêu sợi huyết hoặc không tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch. Mục tiêu tiên phát là tìm ra tỷ lệ kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2). Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện nhằm tìm ra các yếu tố tiên lượng kết cục tốt ở thời điểm sau 3 tháng. **Kết quả:** 52 bệnh nhân được tuyển chọn (gồm 25 nam (48,1%), tuổi trung vị là 68 (60-76)). Điểm trung vị NIHSS và ASPECTS lúc thời điểm nhập viện lần lượt là: 12 (9-15) và 7 (6-8). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị lấy huyết khối cơ học kết hợp với tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch là 14 bệnh nhân (26,9%). Sau 3 tháng, 31 bệnh nhân (59,6%) đạt kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-2). Phân tích đa biến chỉ ra rằng tái thông thành công (mTICI 2b-3) liên quan độc lập với kết cục lâm sàng tốt ở thời điểm sau 3 tháng (OR=51,33; 95% KTC: 3,81-691,02; p=0,003). **Kết**

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: dr.minhanh207.man@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024