

- Thời gian chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dưới 3 tháng, nhóm bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý dạ dày có thời gian chẩn đoán ngắn hơn nhóm có tiền sử bệnh lý dạ dày ($2,3 \pm 1,7$ tháng so với $4,9 \pm 5,3$ tháng, $p < 0,05$).

- Tổn thương ung thư chủ yếu gặp ở vùng hang-môn vị (60%) và bờ cong nhỏ của dạ dày (32,5%). Phần lớn các trường hợp có thể mô bệnh học thuộc tủy ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa (45%). Giai đoạn bệnh IIA và IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất (cùng chiếm 27,5%); số bệnh nhân giai đoạn IB-IIA cao hơn so với số bệnh nhân ở giai đoạn IIIB-IIIC.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị hỗ trợ bằng phác đồ CapeOx tại bệnh viện 103 và bệnh viện Bạch Mai chưa khác biệt nhiều so với các nghiên cứu trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ajani J.A., Gerdes H., Kleinberg L.R. và cộng sự.** (2019). NCCN Guidelines Index Table of Contents Discussion. Gastric Cancer, 122.
2. **Vũ Quang Toàn (2017)**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4, N0-3, M0) bằng hóa chất hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại bệnh viện K, (2013-2016), Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Barreto SG, Batra S, Goel M et al (2014)**, Epirubicin, oxaliplatin, and capecitabine is just as "MAGIC"al as epirubicin, cisplatin, and fluorouracil perioperative chemotherapy for resectable locally advanced gastro-oesophageal cancer, Journal of Cancer Research and Therapeutics, Vol. 10, No. 4, October-December, 2014, pp. 866-870
4. **Ngọc Thị Dang D., Ngọc Thị Nguyễn L., Thi Dang N. và cộng sự.** (2019). Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients. BioMed Research International, 2019, e7167065, accessed: 01/01/2021.
5. **Shimada H., Noie T., Ohashi M. và cộng sự.** (2014). Clinical significance of serum tumor markers for gastric cancer: a systematic review of literature by the Task Force of the Japanese Gastric Cancer Association. Gastric Cancer, **17**(1), 26-33.
6. **Lê Thành Trung (2011)**, Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư dạ dày di căn hạch bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa chất hỗ trợ tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Trịnh Thị Hoa (2009)**, Đánh giá hiệu quả của hoá trị hỗ trợ ECX trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày sau phẫu thuật tại bệnh viện K (2006-2009), Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Trịnh Hồng Sơn (2001)**, Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án tiến sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Nguyễn Văn Quảng*, Trần Quyết Tiến**

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phình động mạch chủ bụng là tình trạng giãn lớn khu trú một đoạn động mạch chủ bụng với đường kính được xác định tại vị trí có phình lớn hơn 1,5 lần đường kính đoạn động mạch chủ bụng bình thường. Túi phình động mạch chủ bụng lớn dần theo thời gian và diễn tiến đến vỡ phình với nguy cơ tử vong cao nếu bệnh không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Can thiệp nội mạch đặt ống ghép đã được ứng dụng rộng rãi trên thế giới cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao trong điều trị phình động mạch chủ bụng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm ứng dụng kỹ thuật can

thIỆP ĐẶT ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả dọc tiến cứu. Đối tượng là bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận có kèm hoặc không kèm theo phình động mạch chậu tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 5/2012 đến tháng 8/2017 được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch. **Kết quả:** Có tất cả 95 trường hợp (71 nam và 24 nữ) đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $73,8 \pm 17,6$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng (62,1%). Yếu tố nguy cơ và bệnh kèm phổ biến là tăng huyết áp, hút thuốc là và rối loạn lipid máu. Đa số túi phình là hình thoi, đường kính trung bình là $59,9 \pm 15,1$ mm. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 98,9%. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu vết mổ (11,6%). Tỷ lệ tử vong sớm là 1,1% xảy ra ở 1 bệnh nhân nhồi máu cơ tim trong giai đoạn hậu phẫu. **Kết luận:** Phình động mạch chủ là bệnh lý nguy hiểm và thường gặp ở người lớn tuổi. Can thiệp đặt ống ghép nội mạch cho thấy tính ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quảng

Email: drquangptmmcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2021

Ngày duyệt bài: 30.3.2021

SUMMARY**CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF ENDOVASCULAR REPAIR IN THE TREATMENT OF INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM**

Introduction: Abdominal aortic aneurysms (AAA) was the local dilatation of aortic artery with a diameter larger than the diameter of the normal abdominal aortic segment by 1.5 times. The aneurysmal sac can grow over time and progress to rupture with a high risk of death unless properly treated. Endovascular aneurysm repair (EVAR) was widely applied with the safety and effectiveness in the treatment of AAA.

Objective: This study was conducted to investigate the clinical and subclinical characteristics and to evaluate the early results of endovascular repair in the treatment of infrarenal AAA. **Material and method:** This is a prospective study. All cases of infrarenal AAA were treated by EVAR at Vascular surgery Department, Cho Ray Hospital from May-2012 to August-2017. **Results:** A total of 95 cases (71 males and 24 females) were eligible for inclusion in the study. The mean age was $73,8 \pm 17,6$. The most common clinical symptom was abdominal pain (62,1%). Hypertension, smoking and lipid disorders were considered the common risk factors and comorbidities. The majority of aneurysms were fusiform with the mean diameter of $59,9 \pm 15,1$ mm. EVAR was performed with the technical success rate of 98,9%. The most complication was local hematoma (11,6%). The early mortality rate of 1.1% occurred in 1 patient with myocardial infarction in the postoperative period. **Conclusion:** AAA is a dangerous disease and common in elderly people. EVAR is a minimally invasive method showing the safe and efficiency in the treatment of infrarenal AAA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng là tình trạng giãn lớn khu trú một đoạn động mạch chủ bụng với đường kính được xác định tại vị trí có phình lớn hơn 1,5 lần đường kính đoạn động mạch chủ bụng bình thường. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi kèm theo các yếu tố nguy cơ tim mạch như hút thuốc lá, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu. Tần suất bệnh khoảng 5% dân số trên 60 tuổi ở Mỹ, 4-8% nam và 1-3% nữ trên 60 tuổi ở Châu Âu. Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Văn Tân bệnh gặp khoảng 0,85% dân số trên 50 tuổi ở thành phố Hồ Chí Minh [1]. Túi phình động mạch chủ bụng có khuynh hướng lớn dần theo thời gian và diễn tiến đến vỡ phình với nguy cơ tử vong rất cao nếu bệnh không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Từ trước đến nay, phương pháp điều trị ngoại khoa phổ biến là phẫu thuật mở bụng thay đoạn phình bằng ống ghép. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị, gây mê hồi sức nhưng tỷ lệ tử vong, biến chứng sau

mở phình động mạch chủ bụng vẫn còn là một thách thức cho ngành phẫu thuật mạch máu, đặc biệt bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do lớn tuổi, nhiều bệnh kết hợp. Sự ra đời của phương pháp can thiệp nội mạch đặt ống ghép đã mở ra một cuộc cách mạng mới trong điều trị phình động mạch chủ. Với những kết quả ưu việt như hậu phẫu nhẹ nhàng, tỷ lệ tử vong thấp, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh, can thiệp đặt ống ghép nội mạch đã bùng nổ khắp nơi trên thế giới. Tại Việt Nam, bệnh viện Chợ Rẫy đã bắt đầu ứng dụng phương pháp can thiệp nội mạch đặt ống ghép từ năm 2012. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm ứng dụng phương pháp này trong điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả dọc tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch chủ bụng dưới thận có kèm hoặc không kèm theo phình động mạch chậu tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 5/2012 đến tháng 8/2017 được điều trị bằng phương pháp đặt ống ghép qua can thiệp nội mạch (EVAR).

- **Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:** (1) Các bệnh nhân có phình động mạch chủ ngực, phình động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên kèm theo. (2) Có phẫu thuật động mạch chủ trước đó. (3) Bệnh nhân có hẹp, tắc động mạch chậu đùi hai bên kèm theo. (4) Có bệnh lý ác tính, bệnh nội khoa nặng tiên lượng sống dưới 6 tháng.

Phương pháp nghiên cứu:

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Số lượng bệnh nhân cần cho nghiên cứu được tính dựa vào công thức ước lượng cỡ mẫu theo một tỷ lệ bệnh trong dân số ở khoảng tin cậy 95%. Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)}{d^2} = \frac{1.96^2 p(1-p)}{d^2}$$

(Z: trị số từ phân phối chuẩn; α : xác suất sai lầm loại I; p: trị số mong muốn của tỷ lệ; d: độ chính xác (hay là sai số cho phép); Với $\alpha = 0,05$; $Z_{0,975} = 1,96$; $p = 0,90$; $d = 0,07 \Rightarrow N \geq 71$ ($p = 0,90$ trị số mong muốn của tỷ lệ thành công của phương pháp can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận,

tham khảo công trình nghiên cứu của tác giả Jean-Piere Becquemin [2]).

Kết cuộc nghiên cứu: Các đặc điểm về lâm sàng bao gồm tuổi (chia làm 5 nhóm: 50-60 tuổi; 61-70 tuổi; 71-80 tuổi; 81-90 tuổi và trên 90 tuổi), giới, triệu chứng lâm sàng, bệnh kèm và yếu tố nguy cơ. Đặc điểm cận lâm sàng bao gồm: Đặc điểm túi phình, cổ túi phình. Kết quả sớm bao gồm các đặc điểm về can thiệp (phương pháp vô cảm, phương pháp đặt ống ghép, thời gian can thiệp, lượng máu mất, thời gian nằm viện. Đánh giá kết quả sớm sau can thiệp (trong vòng 30 ngày) dựa trên các tiêu chí đánh giá kết quả theo phân tích gộp các nghiên cứu: EVAR1, DREAM, OVER, ACE của tác giả Powell và cộng sự (2017) [3]: (1) Thành công về mặt kỹ thuật; (2) Tỷ lệ các biến chứng sớm (biến chứng của can thiệp, biến chứng toàn thân), rò nội mạch sớm, tỷ lệ tử vong sớm; (3) Tỷ lệ can thiệp lại, lý do can thiệp lại. Kết quả tốt khi không bị các biến chứng nghiêm trọng và tử vong.

- Rò nội mạch được định nghĩa khi vẫn còn dòng máu chảy vào bên trong túi phình, ngoài ống ghép sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ. Rò nội mạch sớm là rò được xác định trong lúc can thiệp ngay sau khi bung ống ghép bằng chụp động mạch chủ chậu cản quang và rò sau khi kết thúc can thiệp đến 30 ngày sau can thiệp qua CLVT. Phân loại rò nội mạch: Loại 1: Rò từ cổ gần hoặc xa của túi phình (Loại IA là rò từ đầu gần, loại IB là rò từ đầu xa, loại IC là rò từ chỗ làm tắc động mạch chậu chung vào túi phình trong trường hợp đặt ống ghép chủ chậu một bên và làm cầu nối đùi - đùi); Loại 2: Rò từ các nhánh động mạch vào túi phình như: động mạch thắt lưng, mạc treo tràng dưới, chậu trong; Loại 3: Rò từ chỗ hở giữa các khúc nối của ống ghép; Loại 4: Rò từ các chỗ hở của thân ống ghép; Loại 5: Tăng áp lực bên trong túi phình, không thấy rò [4].

- Tăng kích thước túi phình được định nghĩa khi tăng trên 5mm đường kính ngang túi phình đo trên phim chụp CLVT tại thời điểm kết thúc nghiên cứu so với phim chụp trước can thiệp. Thành công về mặt kỹ thuật: bung ống ghép đúng vị trí (xác định qua chụp cản quang), không lấp động mạch thận.

Thống kê và phân tích số liệu: Xử lý và phân tích thống kê số liệu dựa trên phần mềm thống kê R 3.4.4. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối bình thường hoặc gần bình thường, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối lệch, biến rời rạc được trình bày dưới dạng số bệnh nhân và tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Từ tháng 5/2012 đến tháng 8/2017, có 95 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 2,96/1. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $73,8 \pm 17,6$, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 51 tuổi, lớn tuổi nhất là 91 tuổi. Nhóm tuổi từ 71 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (35,8%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (62,1%). Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất với 78 bệnh nhân mắc phải, chiếm hơn 80%. Bệnh mạch vành đi kèm có 40 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ tương đối cao trong lô nghiên cứu (42,1%), trong đó có 25 trường hợp cần đặt stent mạch vành trước khi can thiệp động mạch chủ, chiếm 26,3%. Đường kính túi phình trung bình là $59,9 \pm 15,1$ mm (khoảng tin cậy 95%). Đường kính túi phình nhỏ nhất đo được là 50 mm, đường kính túi phình lớn nhất là 81 mm. Tất cả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được liệt kê trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số đo thống kê (n=95)
Tuổi trung bình (năm)	$73,8 \pm 17,6$
50-60	7
61-70	30
71-80	34
81-90	22
>90	2
Giới tính: Nữ	24 (25,3%)
Nam	71 (74,7%)
Triệu chứng lâm sàng	
Tình cờ phát hiện	22 (23,2%)
Đau bụng	59 (62,1%)
Đau lưng	4 (4,2%)
Khối ở bụng đập	4 (4,2%)
Mệt	3 (3,1%)
Nhồi máu cơ tim	1 (1,1%)
Xuất huyết tiêu hóa trên	1 (1,1%)
Đau chân	1 (1,1%)
Yếu tố nguy cơ và bệnh kèm	
Tăng huyết áp	78 (82,1%)
Rối loạn lipid máu	68 (71,6%)
Hút thuốc lá	61 (64,2%)
Bệnh mạch vành	40 (42,1%)
Suy thận mãn	3 (3,2%)
Bệnh động mạch cảnh	18 (18,9%)
Bệnh phổi mạn tính	17 (17,9%)
Đái tháo đường type 2	9 (9,5%)
Hình dạng túi phình	
Hình thoi	92 (96,8)
Hình túi	3 (3,2%)
Đường kính túi phình (mm)	$59,9 \pm 15,1$

Đặc điểm cổ túi phình	
Đường kính (mm)	20,9 ± 6,5
Chiều dài (mm)	26,7 ± 10,9
Gập góc (độ)	52,3 ± 33,5

Đặc điểm của can thiệp và kết quả sớm.

Các đặc điểm của can thiệp và kết quả sớm được trình bày chi tiết trong bảng 2. Đa số các bệnh nhân được thực hiện can thiệp bằng phương pháp vô cảm là tê tại chỗ (56,8%), gây tê tủy sống và gây mê chiếm tỉ lệ tương đương nhau. Phần lớn bệnh nhân được đặt ống ghép ĐMC – động mạch chậu 2 bên (86,3%). Sau khi bung ống ghép, có 10 trường hợp rò nội mạch loại IA, chiếm 10,5%, trong đó 7 trường hợp được giải quyết tốt bằng nong bóng, 3 trường hợp cần giải quyết bằng cách đặt thêm ống ghép nội mạch cho đoạn cổ gần. Có 6 trường hợp rò nội mạch loại IB, trong đó 3 trường hợp cần đặt thêm ống ghép nội mạch cho đoạn cổ xa và 3 trường hợp nong bóng ổn. Có 13 trường hợp rò nội mạch loại II, chúng tôi quyết định theo dõi mà không can thiệp ngay trong phẫu thuật. Có 3 trường hợp rò nội mạch loại III, các trường hợp này đều được giải quyết tốt bằng nong bóng trong lúc làm can thiệp, chụp kiểm tra không còn rò.

Bảng 2: Đặc điểm can thiệp và kết quả sớm

Đặc điểm	Số đo thống kê (n=95)
Phương pháp vô cảm	
Tê tại chỗ	54 (56,8%)
Tê tủy sống	21 (22,1%)
Gây mê nội khí quản	20 (21,1%)
Phương pháp đặt ống ghép nội mạch	
ĐMC - chậu 2 bên	82 (86,3%)
ĐMC - chậu 1 bên kèm cầu nối đùi – đùi	8 (8,4%)
ĐMC bụng đơn thuần	5 (5,3%)
Rò nội mạch ngay sau bung ống ghép	32 (33,7)
Thời gian can thiệp (phút)	177,9 ± 124,4
Lượng cản quang sử dụng (ml)	112,1 ± 45,2
Lượng máu mất (ml)	120,3 ± 84,5
Thời gian hậu phẫu	5,5 ± 2,4
Thành công về mặt kỹ thuật	95 (98,9%)
Biến chứng	
Nhồi máu cơ tim	1 (1,1%)
Suy thận cấp	1 (1,1%)
Lắp động mạch thận	1 (1,1%)
Suy đa cơ quan	1 (1,1%)
Tụ máu vết mổ	11 (11,6%)
Tử vong trong vòng 30 ngày	1 (1,1%)

Trong 95 trường hợp, không có BN nào viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ. Có 1 trường hợp NMCT cấp, chiếm 1,1%, 1 trường hợp suy thận

cấp, chiếm 1,1%, tuy nhiên BN có phục hồi và chức năng thận trở về bình thường sau đó. Không có trường hợp nào thiếu máu chi sau can thiệp. Không có trường hợp nào di lệch ống ghép sau can thiệp. Tụ máu vết mổ 11 trường hợp, chiếm 11,6%, các trường hợp này đều được điều trị bảo tồn, không có trường hợp nào cần mổ lại và tụ máu được hấp thu hết sau đó. Tử vong sớm trong bệnh viện có 1 trường hợp, bệnh nhân đặt ống ghép nội mạch loại động mạch chủ bụng đơn thuần, trong phẫu thuật bệnh nhân ổn, không rò nội mạch, lượng máu mất là 100 ml, tổng lượng cản quang sử dụng là 130 ml, thời gian thủ thuật 200 phút. Trong thời gian hậu phẫu, bệnh nhân bị biến chứng tim: nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, bệnh nhân đã được can thiệp mạch vành, sau đó diễn tiến nặng suy đa cơ quan và tử vong trong lúc nằm viện (Hậu phẫu ngày thứ 10).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 95 trường hợp phình động mạch chủ bụng, chúng tôi nhận thấy đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân chúng tôi là phù hợp với y văn và các báo cáo trong nước cũng như trên thế giới [1,2]. Về độ tuổi, số liệu cho thấy lứa tuổi thường gặp của bệnh lý phình động mạch chủ bụng dưới thận là trên 60 tuổi, thường gặp nhất trong khoảng 65 – 75 tuổi, và giảm dần sau đó. Những bệnh nhân từ 71 – 80 tuổi có tần suất cao nhất (35,8%) so với những nhóm tuổi còn lại. Vì vậy, chúng tôi cho rằng cần chú ý tầm soát bệnh lý này với tần suất cao hơn ở nhóm bệnh nhân trong lứa tuổi từ 65 đến 75 để phát hiện sớm và có giải pháp điều trị kịp thời. Về giới tính, kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả trên khi cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới, với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,96/1. Theo y văn, giới tính là một yếu tố nguy cơ của phình động mạch chủ bụng, mặc dù các yếu tố nguy cơ tim mạch khá tương đồng giữa hai giới, phụ nữ vẫn có xác suất mắc phình động mạch chủ bụng dưới thận thấp hơn so với nam.

Về triệu chứng lâm sàng, theo Aggarwal và cộng sự, đại đa số các trường hợp phình động mạch chủ bụng dưới thận là không có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ khi thực hiện siêu âm bụng, chụp CLVT bụng chậu hoặc chụp cộng hưởng từ bụng vì những lý do khác. Đa số các trường hợp phình động mạch chủ bụng diễn tiến thầm lặng và chỉ biểu hiện triệu chứng khi nứt hoặc vỡ, một số ít các trường hợp có thể phát hiện nhờ khối u đập theo nhịp mạch ở bụng. Nghiên cứu của chúng tôi lại ghi nhận

triệu chứng đau bụng phổ biến hơn. Điều này có thể là do đặc thù của bệnh nhân ở Việt Nam, ít kiểm tra sức khỏe định kỳ và chỉ đi khám khi bắt đầu xuất hiện triệu chứng. Các bệnh lý kèm theo phổ biến là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh mạch vành. Kết quả này cũng phản ánh đúng đặc điểm của bệnh lý phình động mạch chủ bụng như các nghiên cứu khác trên thế giới như: Aburahma và Propper [4,5].

Để đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch động mạch chủ bụng, các biến chứng sớm và tử vong trong vòng 30 ngày là rất quan trọng. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá mức độ an toàn trong giai đoạn hậu phẫu sớm của can thiệp nội mạch là ưu thế hơn so với phẫu thuật mở kinh điển. Điển hình như nghiên cứu của tác giả Stather và cộng sự [6], bệnh nhân được can thiệp động mạch chủ bụng có tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày thấp hơn nhóm phẫu thuật có ý nghĩa thống kê: 1,3% so với 4,7% (tỷ số odds chệnh 0,36, $p < 0,001$). Trong các biến chứng sớm, nghiên cứu của Stather cho thấy tai biến mạch máu não và suy thận không có sự khác biệt giữa hai nhóm thì biến chứng nội máu cơ tim cấp, nhóm phẫu thuật hở có tỷ lệ cao hơn nhóm can thiệp nội mạch và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các tác giả lý giải sự khác biệt này do trong phẫu thuật hở, huyết động của bệnh nhân thay đổi khá nhanh khi thực hiện các thao tác kẹp và thả kẹp động mạch chủ, cũng như lượng máu mất nhiều hơn; trong khi đối với can thiệp nội mạch, huyết động không bị ảnh hưởng nhiều khi thực hiện mở ống ghép, lượng máu mất cũng ít hơn. Vì vậy, ảnh hưởng lên mạch vành của phẫu thuật mở sẽ nhiều hơn so với can thiệp, dẫn đến tỷ lệ nhồi máu cơ tim cao hơn trong nhóm phẫu thuật mở. Một nghiên cứu khác của Behrendt C.A và cộng sự [7] cũng cho thấy tỷ lệ tử vong và tỷ lệ biến chứng sớm ở nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phẫu thuật mở.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng có tỷ lệ thấp, trong đó biến chứng tim chiếm 1,1%, không có biến chứng phổi, biến chứng thận 1,1%, suy đa cơ quan chiếm 1,1%, tụ máu vết mổ có 11 trường hợp. Tuy nhiên không có trường hợp nào cần mổ lại giai đoạn sớm. Trường hợp bệnh nhân biến chứng tim xảy ra rất sớm, bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong sau đó. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 1,1% (1 bệnh nhân). Như vậy, tỷ lệ tử vong này tương đồng với các nghiên cứu

khác trên thế giới và ở mức độ thấp. Qua đó cho thấy can thiệp nội mạch cung cấp cho bệnh nhân một lựa chọn tương đối an toàn trong giai đoạn ngắn hạn, nhất là đối với những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao, lớn tuổi và nhiều bệnh đi kèm.

V. KẾT LUẬN

Qua những kết quả đáng khích lệ của các tác giả trên thế giới và của chúng tôi về tỷ lệ tử vong sớm cũng như các biến chứng sớm, chúng tôi cho rằng can thiệp nội mạch là phương pháp rất an toàn và hiệu quả trong giai đoạn sớm của phẫu thuật, đặc biệt cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật mở cao, có nhiều bệnh lý đi kèm, phù hợp với xu hướng can thiệp tối thiểu hiện nay của y học thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Văn Tân, Phan Thanh Hải, Lê Hoàng Ninh, và cs:** Phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thân tại TP. Hồ Chí Minh: tần suất và các yếu tố nguy cơ mẫu điều tra 4807 người trên 50 tuổi Y học TP Hồ Chí Minh 2008, 12(1):1-8.
- Becquemin JP, Pillet JC, Lescalie F, Sapoval M, Goueffic Y, Lermusiaux P, Steinmetz E, Marzelle J, trialists ACE:** A randomized controlled trial of endovascular aneurysm repair versus open surgery for abdominal aortic aneurysms in low- to moderate-risk patients. J Vasc Surg 2011, 53(5):1167-1173 e1161.
- Powell JT, Sweeting MJ, Ulug P, Blankensteijn JD, Lederle FA, Becquemin JP, Greenhalgh RM, Evar DO, Trialists ACE:** Meta-analysis of individual-patient data from EVAR-1, DREAM, OVER and ACE trials comparing outcomes of endovascular or open repair for abdominal aortic aneurysm over 5 years. Br J Surg 2017, 104(3):166-178.
- Aburahma AF, Campbell JE, Mousa AY, Hass SM, Stone PA, Jain A, Nanjundappa A, Dean LS, Keiffer T, Habib J:** Clinical outcomes for hostile versus favorable aortic neck anatomy in endovascular aortic aneurysm repair using modular devices. Journal of vascular surgery 2011, 54(1):13-21.
- Propper BW, Abularrage CJ:** Long-term safety and efficacy of endovascular abdominal aortic aneurysm repair. Vasc Health Risk Manag 2013, 9:135-141.
- Stather PW, Sidloff D, Dattani N, Choke E, Bown MJ, Sayers RD:** Systematic review and meta-analysis of the early and late outcomes of open and endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. Br J Surg 2013, 100(7):863-872.
- Behrendt CA, Sedrakyan A, Riess HC, Heidemann F, Kolbel T, Petersen J, Debus ES:** Short-term and long-term results of endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in Germany. J Vasc Surg 2017, 66(6):1704-1711 e1703.