

# PHÒNG ĐỘNG MẠCH

*Nguyễn Hữu Ước*

## **Bản quyền:**

- Nội dung bài viết này do PGS.TS.BSCK-II. Nguyễn Hữu Ước soạn thảo để phục vụ cho hoạt động đào tạo sau đại học tại Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y Hà Nội và tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- Toàn bộ nội dung bài viết đã được xuất bản chính thức trong cuốn “Bệnh học ngoại khoa Tim mạch – Lồng ngực (Dùng cho đào tạo sau đại học)” – được trường Đại học Y Hà Nội duyệt làm Giáo trình đào tạo sau đại học chính thức, do NXB y học xuất bản năm 2021.

## **NỘI DUNG**

### **1. Tổng quan**

#### **1.1. Đại cương**

Khái niệm *phòng* (hay *phình*) *động mạch* được hiểu là một đoạn động mạch bị giãn to ra, có kích thước  $\geq 1,5$  lần kích thước mạch bình thường. Nếu nhỏ hơn kích thước này thì chỉ gọi là giãn động mạch. Để tiện ứng dụng lâm sàng, có thể lấy kích thước động mạch ở vị trí ngay trên và dưới chỗ giãn – phòng động mạch để đối chiếu, coi như là mạch bình thường.

Có rất nhiều dạng phòng động mạch khác nhau tùy theo loại động mạch, bệnh căn, huyết áp, tình trạng nhiễm trùng ..., song có thể xếp vào 2 nhóm chính:

- Phòng động mạch “thật”: tức là 1 đoạn nào đó của thành mạch bị yếu và giãn to ra tạo thành 1 túi phòng, thành túi phòng có cấu trúc các lớp của thành động mạch. Bệnh căn thường gặp nhất là xơ vữa mạch máu, đa số là ở động mạch chủ dưới, như động mạch chủ bụng, chậu - đùi, khoeo. Hình thái phòng hình thoi hay gấp hơn hình túi (Hình 1).
- Giả phòng động mạch: thành mạch bị thương tổn làm máu dần thoát ra ngoài lòng mạch, tạo 1 túi phòng thông với lòng động mạch. Khi đó vỏ túi phòng không có cấu trúc thành mạch mà sẽ là các tổ chức máu đông, xơ, cơ và phần mềm xung quanh vùng túi phòng (Hình 1). Bệnh căn hầu hết do chấn thương – vết thương động mạch, ổ nhiễm trùng thành mạch, tiêm chích, can thiệp tim mạch. Hình thái thường là phòng hình túi.

Ngoài ra, còn có một dạng phồng động mạch đặc biệt với bệnh căn là “lóc động mạch” (trước đây gọi là phồng lóc động mạch), với cơ chế và thương tổn đặc biệt. Do xơ vữa động mạch và cao huyết áp, 1 chỗ nào đó của nội mạc bị rách ra, và dưới áp lực động mạch, máu theo đó làm lóc vào lớp áo giữa tạo 1 lòng mạch thứ 2 (lòng giả), chạy xuôi theo chiều dòng máu (Hình 1). Bệnh thường gặp ở động mạch chủ, tiên lượng rất phức tạp, không được coi là phồng động mạch thông thường.

Việc phát hiện phồng động mạch chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng. Nhưng để chẩn đoán chính xác và có thái độ điều trị thích hợp thì phải có thêm các thăm dò hình ảnh như siêu âm Doppler mạch, chụp cắt lớp đa dãy (CT-Scan), cộng hưởng từ (MRI), chụp động mạch chọn lọc ...



**Hình 1.** Các hình thái phồng động mạch [Nguồn: internet + tác giả]

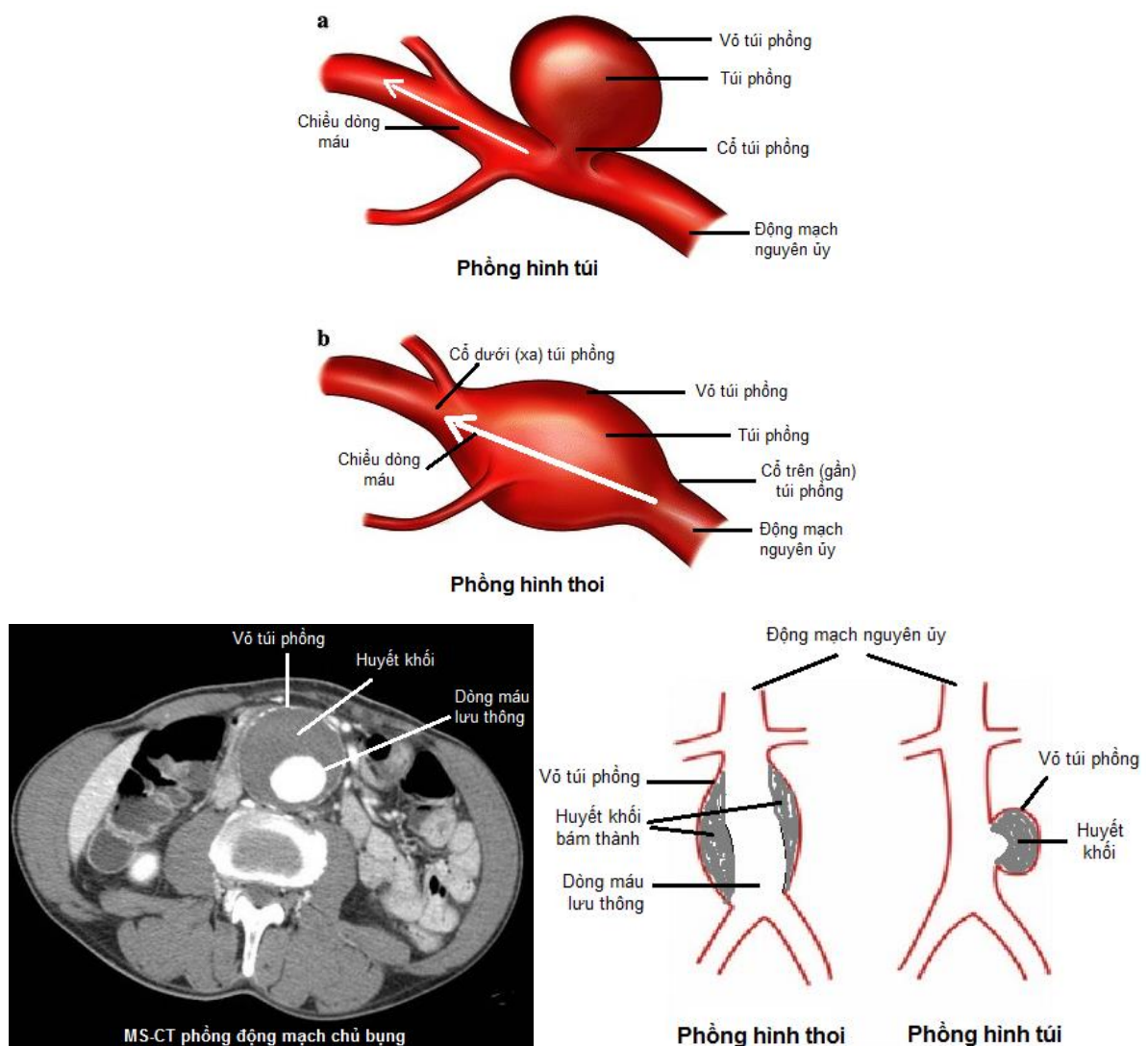
Điều trị phồng động mạch bao gồm 2 vấn đề là điều trị bệnh căn của nội khoa (cao huyết áp, xơ vữa động mạch, nhiễm trùng...); và điều trị tại chỗ túi phồng của ngoại khoa và/hoặc can thiệp nội mạch máu.

Bệnh lí phồng động mạch do nguyên nhân bẩm sinh thì hiếm gặp, như thoái hoá hoặc thiếu cấu trúc thành mạch bình thường. Bệnh hay nằm trong bệnh cảnh hệ thống (Marfan ...), bị ở nhiều nơi (mạch não, mạch tạng ...), rất phức tạp trong chẩn đoán và điều trị, nên không đề cập đến trong nội dung bài viết này.

## **1.2. Giải phẫu bệnh**

### **1.2.1. Phòng thật**

- Hình thái: rất đa dạng, tuy nhiên xu hướng dạng hình thoi hay gấp hơn các dạng hình túi. Ngay cả đối với dạng hình thoi thì mức độ giãn cũng không đồng đều giữa các phía của túi phồng.
- Cấu trúc (Hình 2):
  - . Vỏ túi phồng: có cấu trúc 3 lớp của thành mạch. Đối với phồng do xơ vữa mạch thì lớp nội mạc thường vôi hóa – xơ vữa rất nặng thành từng mảng.
  - . Huyết khối: có thể chỉ ít (bám thành) hoặc khá dày thành mảng – tùy theo đường kính của khối phồng, gồm cả huyết khối cũ (đã tổ chức hóa – bạc màu) và mới (màu nâu đen), bít tắc các nhánh bên nhỏ của động mạch. Có thể bong ra và trôi xuống xa gây thuyên tắc mạch hạ lưu cấp tính (embolism).



**Hình 2.** Hình thái và cấu trúc phồng động mạch [Nguồn: internet + tác giả]

. Phần dòng máu lưu thông: thường ở giữa vùng huyết khối và xấp xỉ kích thước lòng mạch bình thường. Nếu lệch sang một bên sát vỏ túi phồng thì có nguy cơ vỡ túi phồng tương tự như phồng hình túi.

#### 1.2.2. Giả phồng

- Hình thái: hầu hết là dạng hình túi. Nếu do chấn thương – vết thương, thì thường có sẹo, vết chọc kim hay tiền sử sang chấn vào vùng túi phồng. Nếu túi phồng lớn, có thể đè ép gây sưng nề tổ chức xung quanh hay lồi lên dưới da.
- Cấu trúc (Hình 2):
  - . Vỏ túi phồng: không có cấu trúc của thành mạch, mà là các tổ chức liên kết, xơ – cơ và huyết khối tổ chức hóa. Mặt trong thường nhẵn bóng.
  - . Huyết khối: thường khá dày thành mảng, gồm cả huyết khối cũ và mới, bít kín phần lớn thể tích khối phồng, làm cho phần còn thông với lòng động mạch còn lại khá nhỏ. Tuy nhiên có khi huyết khối không nhiều, làm túi phồng tiến triển rất nhanh tới vỡ túi phồng.

#### 1.2.3. Vị trí

- Phồng động mạch trung tâm: phồng của động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, chậu. Bệnh căn hầu hết do xơ vữa động mạch (phồng thật), một số ít do nhiễm trùng từ phổi hay ổ bụng (hay gặp giả phồng hơn). Đôi khi do nguyên nhân thoái hóa hay bẩm sinh, ung thư tổ chức quanh động mạch chủ. Nếu phồng động mạch chậu đơn thuần thì đa số do nguyên nhân nhiễm trùng ( giang mai, lao, vi khuẩn đường tiêu hóa ...).
- Phồng động mạch chi: phồng của động mạch đùi, động mạch khoeo, động mạch cánh tay... Bệnh căn đa dạng: do chấn thương – vết thương, can thiệp tim mạch (giả phồng), do nhiễm trùng máu (giả phồng, đa khối phồng), do bất thường giải phẫu (bẫy khoeo gây phồng động mạch khoeo), do thoái hóa hoặc vô căn.
- Trường hợp do tiêm chích ma túy, vị trí phồng động mạch thường ở bẹn (động mạch đùi) và ở 2 động mạch cánh tay đoạn sát khuỷu.
- Phồng động mạch tạng và thận: khá đa dạng ở các động mạch tạng ra từ động mạch chủ bụng, thường ở dạng đa túi phồng, hay gặp phồng hình túi, nguy cơ vỡ cao, bệnh căn chính là nhiễm trùng và thoái hóa.

- Phồng động mạch cảnh ngoài sọ: rất hiếm gặp. Hay bị nhầm với một số dạng u máu, giãn tĩnh mạch cảnh trong hoặc u tiểu thể cảnh.
- Phồng động mạch não: chủ yếu các nhánh xuất phát từ động mạch cảnh trong. Nguyên nhân bẩm sinh là chính, ngoài ra còn do thoái hóa, xơ vữa.

### **1.3. Sinh lý bệnh**

Bệnh căn làm xuất hiện điểm yếu trên thành mạch, làm động mạch bị dẫn ra. Sau đó, dưới hiện tượng “đập” và áp lực của động mạch làm vùng dẫn to lên nhanh tạo ra khối phồng. Về mặt vật lý thì sự phát triển của một khối phồng động mạch tuân theo công thức Laplace:  $T = P \times R$  (trong đó “T=độ căng của thành túi”, “P=áp lực trong lòng túi” và “R= bán kính của túi”). Theo đó:

- Túi phồng động mạch càng có kích thước lớn thì nguy cơ bị vỡ càng cao.
- Túi phồng động mạch không thể tự khỏi mà luôn có xu hướng phát triển to dần.

Ngoài nguy cơ bị dọa vỡ hay vỡ, túi phồng động mạch khi phát triển to ra sẽ gây các hiện tượng: chèn ép các cơ quan xung quanh làm ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của các cơ quan đó (thận, khớp gối ...); chèn ép vào ngay bản thân động mạch và làm giảm lượng máu nuôi dưỡng vùng tổ chức phía ngoại vi.

Máu chảy vào túi phồng sẽ trở thành dòng chảy rối, tạo tiếng thổi tâm thu – đôi khi được nghe thấy trên lâm sàng, và nguy cơ tạo huyết khối ở trong lòng túi phồng. Các huyết khối này có thể bị bong ra (khi sờ nắn, tỳ đè vào khối phồng) và trôi theo dòng máu đến gây tắc động mạch cấp tính ở ngoại vi (embolism).

## **2. Chẩn đoán lâm sàng**

### **2.1. Chẩn đoán phồng động mạch**

#### **2.1.1. Triệu chứng cơ năng**

Lý do thường khiến bệnh nhân đi khám bệnh là nổi “khối u” tự nhiên (ở bụng, bẹn...), hoặc ở cạnh 1 vết thương cũ (ở tay, chân...). Có người bệnh còn cho biết là khối u này đập. Nhưng có 1 số trường hợp khác, phồng động mạch được phát hiện tình cờ do khám sức khỏe định kỳ, hoặc đi khám vì 1 bệnh khác.

#### **2.1.2. Triệu chứng thực thể**

- Dấu hiệu tại vùng có “khối u”:
  - U nằm trên đường đi của động mạch.
  - Đập theo nhịp tim.

- Dẫn nỡ theo nhịp đập (dẫn ngang).
- Có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu.
- Nếu phòng ở động mạch chi, khi đè ép mạch vào động mạch phía trên khối u, những dấu hiệu trên sẽ mất và u có thể nhỏ lại.

Trong trường hợp túi phòng chứa nhiều huyết khối thì dấu hiệu dẫn nỡ u, và u nhỏ lại khi đè ép có thể sẽ không thấy, dễ chẩn đoán nhầm là u cơ quan khác. Chính vì thế có nguyên tắc là: “đứng trước 1 u cạnh động mạch cũng phải chẩn đoán và chuẩn bị như khi phẫu thuật 1 phòng động mạch”.

- Mạch phía ngoại vi thường rõ, nhưng có thể yếu hơn bên đối diện do khối phòng to đè ép.

### *2.1.3. Xác định bệnh căn và đánh giá toàn trạng*

Tùy thuộc từng nhóm nguyên nhân, ví dụ:

- Nghi do xơ vữa động mạch thì người bệnh sẽ có các yếu tố nguy cơ của bệnh lý xơ vữa (tuổi cao, nam giới, hút thuốc, cao huyết áp, béo bệu, tiểu đường ...). Cần khám kỹ toàn thân để phát hiện các bệnh lý phối hợp ở tim (xơ vữa – hẹp mạch vành), não (hẹp mạch cảnh), mạch chi dưới (xơ vữa gây hẹp – tắc mạch).
- Nghi do nhiễm trùng thì có các yếu tố nguy cơ (đường vào, viêm nội tâm mạc, tiêm chích ...) và đánh giá tình trạng nhiễm trùng toàn thân.
- Nghi do vết thương thì tìm hiểu các tiền sử chấn thương tại vị trí phòng động mạch (gãy xương, vết thương, chọc – can thiệp mạch ...), cũng như các bệnh lý nền liên quan (cao huyết áp, xơ vữa mạch ...).

### *2.2. Chẩn đoán biến chứng của phòng động mạch*

- Tắc động mạch chi cấp tính:
  - . Bệnh căn thường là các phòng động mạch chủ hay chậu.
  - . Lâm sàng: hội chứng thiếu máu cấp tính phía ngoại vi (chi).
  - . Cần chẩn đoán và xử trí cấp cứu như trong vết thương mạch máu hay thiếu máu chi cấp tính do thuyên tắc mạch.
- Tắc động mạch tạng cấp tính:
  - . Bệnh căn thường là phòng động mạch chủ.
  - . Đột ngột đau dữ dội ở bụng (mạch nuôi tạng) hay thắt lưng (mạch thận).

- . Tùy theo mức độ thiếu máu mà có thể dẫn đến hoại tử ruột (viêm phúc mạc) hay suy thận cấp (vô niệu, thiếu niệu ...).
- . Chẩn đoán và xử trí vô cùng phức tạp và khó khăn.
- Nhồi máu não:
  - . Bệnh căn thường ở động mạch chủ lên, quai động mạch chủ, mạch cảnh.
  - . Biểu hiện lâm sàng bằng đột quỵ ở nhiều cấp độ.
  - . Cần chẩn đoán và xử trí rất sớm mới hy vọng giảm thiểu di chứng. Hút huyết khối tái thông động mạch là giải pháp rất mới gần đây cho các thể cấp tính đến sớm.
- Phòng động mạch dọa vỡ:
 

Đây là giai đoạn tiền triệu của vỡ túi phòng động mạch, cần phải phát hiện và điều trị cấp cứu trong giai đoạn này, tránh để túi phòng vỡ thực sự, sẽ rất nặng và nguy cơ tử vong cao, nhất là với phòng động mạch chủ bụng, hoặc sẽ mất rất nhiều máu. Các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu như sau:

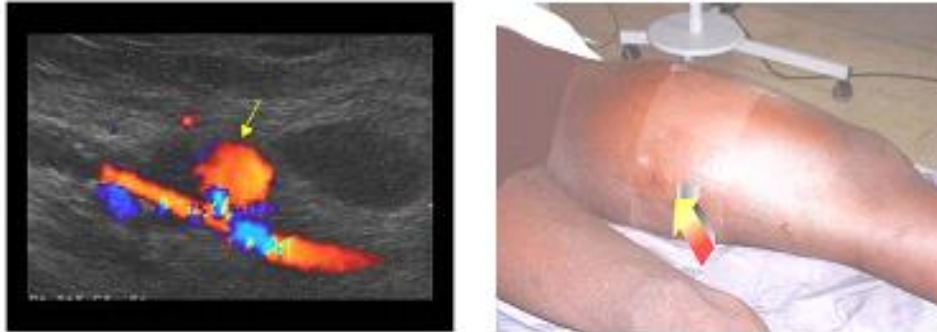
  - Tiền sử có thể đã được phát hiện phòng động mạch.
  - Tự nhiên xuất hiện đau vùng túi phòng.
  - Khám thấy các triệu chứng của phòng động mạch, đau khi sờ nắn vào túi phòng.
  - Một số trường hợp, người bệnh có thể thấy hiện tượng u to lên nhanh chóng, căng, và đau.

Cần chẩn đoán và phẫu thuật cấp cứu sớm.
- Vỡ túi phòng động mạch:
 

Là biến chứng rất nặng, bệnh cảnh tùy thuộc vị trí túi phòng.

  - Với phòng động mạch chủ bụng, biểu hiện là đau dữ dội ở bụng, xuyên ra lưng, toàn trạng nhợt nhạt, sốc, thiếu máu rõ, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt. Bệnh nhân sớm tử vong sau vài phút khi vỡ vào ổ bụng tự do. Đối với vỡ sau phúc mạc, nguy cơ tử vong sẽ đến chậm hơn sau 2 – 4 giờ. Cần mổ cấp cứu ngay mới hy vọng cứu sống bệnh nhân, vừa hồi sức vừa mổ. Kỹ thuật khó do chảy máu và máu tụ quanh túi phòng.
  - Với phòng động mạch chi, thường biểu hiện vỡ dưới da, với dấu hiệu chính là rất đau vùng túi phòng, ranh giới túi phòng không còn rõ nữa mà chỉ thấy 1 vùng căng rất đau khi sờ, da có khi đỏ (Hình 3). Do vậy dễ bị chẩn đoán nhầm

là 1 khối áp xe và chích rạch dẫn lưu – gây chảy máu dữ dội và phức tạp cho điều trị. Hiếm khi gặp khối phòng vỡ ra ngoài da thực sự, gây chảy máu dữ (phòng do tiêm chích). Khi thấy dấu hiệu vỡ dưới da, cần mổ cấp cứu sớm.



**Hình 3.** Siêu âm Doppler và hình ảnh lâm sàng của vỡ phòng động mạch đùi trái  
[Nguồn: internet]

### **3. Chẩn đoán cận lâm sàng**

#### **3.1. Các thăm dò hình ảnh**

Giúp chẩn đoán xác định phòng động mạch, vị trí túi phòng (động mạch chủ bụng dưới hay trên thận), kích thước (đường kính túi phòng, cổ trên - dưới), huyết khối, liên quan cơ quan lân cận, hệ thống mạch và tuần hoàn phụ phía dưới, từ đó có phương hướng xử trí phù hợp.

Bao gồm:

- Xquang thường: chụp bụng có thể thấy hình vôi hoá ở thành túi phòng.
- Siêu âm (2D và Doppler mạch): giá trị rất tốt, cho biết mọi thông số (Hình 3), nhưng riêng với phòng động mạch chủ bụng thì khó xác định xem thương tổn có lan tới động mạch thận hay không (Hình 3).
- Chụp cắt lớp đa dãy có tiêm thuốc cản quang, dựng hình.
- Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI)
- Chụp động mạch chọn lọc số hóa xóa nền (Hình 4): là phương pháp kinh điển, cho biết hầu hết các thông số cần thiết, tuy nhiên lại là thăm dò chảy máu với các nguy cơ biến chứng và chống chỉ định khi có nhiều huyết khối. Hiện rất ít sử dụng.

#### **3.2. Các thăm dò khác**

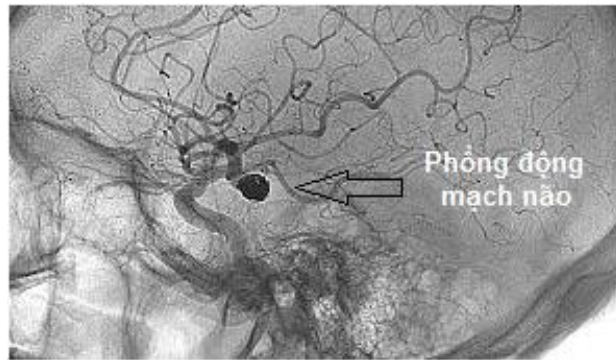
Hoặc để đánh giá tình trạng thiếu máu do vỡ phòng động mạch (hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit ...).



Hoặc để đánh giá tình trạng nhiễm trùng: bạch cầu, CRP, cấy máu ...

Hoặc để đánh giá yếu tố nguy cơ (xét nghiệm mỡ máu, tiểu đường, siêu âm tim, Doppler mạch toàn thân ...).

Hoặc để tìm các thương tổn phối hợp (hẹp động mạch, bệnh phồng động mạch nhiều nơi ...).



**Hình 4.** Chụp động mạch não [Nguồn: internet]

#### **4. Thái độ điều trị ngoại khoa – can thiệp**

Là phương pháp điều trị triệt để phồng động mạch.

– Chỉ định chung là:

- Khi đường kính túi phồng  $\geq 2$  lần đường kính mạch bình thường.
- Khi phồng có biến chứng.

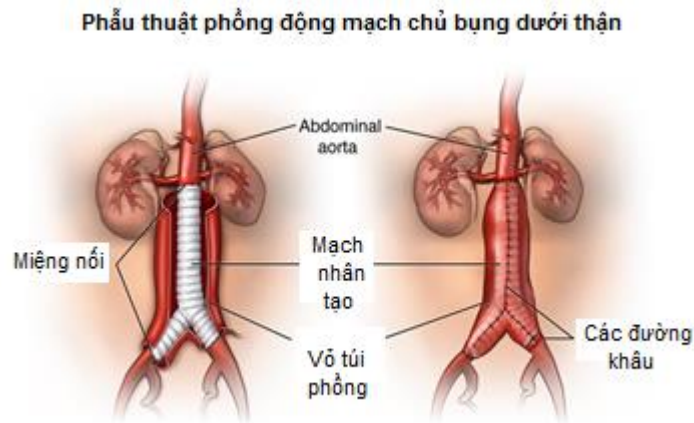
– Nguyên tắc điều trị chung là loại bỏ túi phồng, phục hồi lưu thông tuần hoàn.

Thắt động mạch rất hạn chế áp dụng, chỉ dành cho các trường hợp do nhiễm trùng nặng tại vị trí có khối phồng.

– Có 3 phương pháp chính:

(1) Phẫu thuật kinh điển: loại bỏ đoạn động mạch phồng, thay bằng đoạn mạch tự thân (tĩnh mạch hiển) hoặc mạch nhân tạo (Dacron, PTFE, Goretex ...), hoặc mạch đồng loại (homograft). Hạn chế: phức tạp, có nguy cơ phẫu thuật. Ưu điểm: có thể áp dụng cho hầu hết các dạng thương tổn (Hình 5)

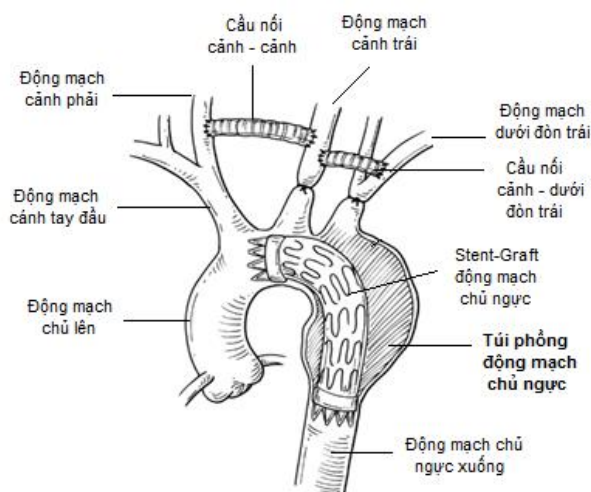
(2) Can thiệp nội mạch: đặt vào lòng mạch 1 stent (ví dụ stentgraft động mạch chủ) có vỏ bọc để nối giữa 2 đoạn mạch lành, bỏ qua túi phồng. Ưu điểm: đơn giản hơn, ít biến chứng. Hạn chế: chi phí lớn, chỉ định giới hạn ở 1 số nhóm bệnh nhất định.



**Hình 5.** Thay đoạn động mạch chủ - chậu dưới thận bằng mạch nhân tạo

[Nguồn: internet + tác giả]

(3) Hybrid (phẫu thuật + can thiệp đồng thời): gồm các phẫu thuật nhỏ để chuyển vị trí nguồn cấp máu cho các nhánh bên động mạch có túi phồng, rồi đặt stent loại bỏ túi phồng (Hình 6). Ưu điểm: cho phép chữa được nhiều nhóm bệnh phức tạp mà phẫu thuật thì quá nặng và không thể đặt stent đơn thuần được (ví dụ phồng vùng quai động mạch chủ). Hạn chế: chi phí lớn, trang thiết bị phức tạp và đội ngũ nhân lực chuyên nghiệp.



**Hybrid phồng động mạch chủ ngực**

**Hình 6.** Hybrid điều trị phồng vùng quai động mạch chủ [Nguồn: tác giả]

– Các phương pháp khác:

. Đối với phồng động mạch hình túi ở chi hoặc giả phồng, thì có thể áp dụng phương pháp của Matas là khâu cổ túi phồng (chỗ dò hay vết thương bên cũ) sau

khi mở dọc túi phồng và cầm máu tạm thời bằng chít ngón tay. Hoặc cắt bỏ đoạn phồng và thay vào 1 đoạn mạch nhân tạo hay tự thân (tĩnh mạch hiển lớn), hoặc khâu nối trực tiếp, nếu đoạn mạch phồng ngắn  $< 2\text{cm}$ .

. Đối với giả phồng động mạch do tiêm chích thì có 2 đặc điểm: đầu mạch phía dưới đa số đã tắc, hệ thống tuần hoàn phụ phát triển; tại chỗ phồng mạch thường bị nhiễm trùng nặng - nên chỉ chọn giải pháp điều trị bằng thắt 2 đầu động - không cần khâu nối phục hồi lưu thông mạch máu.

## **5. Đặc điểm một số loại phồng động mạch thường gặp**

### **5.1. Phồng động mạch chủ bụng dưới thận**

Phồng động mạch chủ bụng trên thận ít gặp (15%), được tính cho các túi phồng có cổ trên từ ngang mức lỗ xuất phát động mạch thận trở lên. Phẫu thuật rất khó khăn do đụng chạm vào các mạch tạng.

Phồng động mạch chủ bụng dưới thận: khi cổ trên túi phồng ở dưới chỗ xuất phát động mạch thận. Rất hay gặp (85%) do đặc điểm sinh lý giải phẫu động mạch chủ. Đa số ở nam giới, trên 50 tuổi, nguyên nhân do xơ vữa mạch chiếm 95%. Bệnh lý mạch vành phối hợp  $\approx 25\%$ , cao huyết áp 40%.

Lâm sàng khám bụng thấy 1 khối u vùng quanh rốn, thường hơi lệch sang trái với tính chất của phồng động mạch, dấu hiệu De Bakey.

Thương tổn thường lan toả tới chạc 3 chủ chậu, hoặc - phồng cả 2 động mạch chậu – nên hay phải dùng đoạn mạch ghép chữ Y (Hình 4).

Chỉ định can thiệp: ở người lớn, khi khối phồng  $\geq 40\text{mm}$  (gấp đôi bình thường) theo Crawford. Hoặc khi đường kính túi phồng  $> 30\text{ mm}$  (1,5 bình thường), nhưng tiến triển do dần 2-3 mm /năm khi túi  $< 40\text{ mm}$ ; 4-5mm /năm khi túi 40 - 50 mm, và 6 -7 mm /năm khi túi phồng  $> 50\text{mm}$ . Phồng rất dễ vỡ khi đường kính  $\geq 60\text{ mm}$ .

Tỷ lệ tử vong phẫu thuật khoảng 3 - 5%, do các biến chứng nhiễm trùng, chảy máu, và đặc biệt do bệnh mạch vành phối hợp.

### **5.2. Phồng động mạch đùi**

Bệnh lý khá thường gặp ở các nước châu Âu, đứng hàng thứ 2 trong các loại phồng động mạch ngoại vi, sau phồng động mạch khoeo. Thường xuất hiện ở nam giới, phối hợp cao huyết áp, hay gặp thương tổn nhiều chỗ khác. Khi có phồng động

mạch đùi 2 bên thì thường phối hợp phòng động mạch chủ (76%). Tuy vậy hiếm gặp ở Việt Nam.

Giải phẫu bệnh: túi phòng động mạch đùi chung đơn thuần, hay lan xuống chạc 3 đùi nông - sâu.

Lâm sàng dễ phát hiện do nằm nông ngay dưới da, hiếm khi bị vỡ. Dễ biến chứng tắc mạch cấp tính do huyết khối (embolism) với tỷ lệ cắt cụt cao (16,7%), nên cần điều trị thuốc chống đông trong khi chờ mổ.

Điều trị bằng phẫu thuật cắt túi phòng, phép đoạn mạch nhân tạo. Kết quả: rất tốt về lâu dài nếu điều trị sớm khi chưa có tắc mạch, biến chứng rất ít (dò bạch mạch, nhiễm trùng).

### **5.3. Phòng động mạch khoeo**

Bệnh gặp nhiều nhất trong các động mạch ngoại vi, 90% do nguyên nhân xơ vữa, hay kèm phòng động mạch ở nơi khác (động mạch chủ bụng). Nhưng có thể gặp ở người trẻ, do dị tật ở cùng khoeo làm hẹp động mạch khoeo – dẫn đến phòng phía sau chỗ hẹp (bẫy khoeo).

Lâm sàng 50% không có biểu hiện cơ năng, tiến triển phụ thuộc loại thương tổn chứ không phải kích thước mạch. Thường gặp biến chứng tắc mạch – với tỷ lệ cắt cụt cao 30- 50%, hoặc trôi huyết khối nhỏ xuống dưới (embolism), gây thiếu máu cục bộ từng đợt.

Điều trị bằng ngoại khoa, thắt bỏ đoạn mạch phòng và bắc cầu động mạch qua chỗ phòng; hoặc cắt phép bằng đoạn mạch nhân tạo hay tự thân (tĩnh mạch hiển lớn). Chỉ định điều trị ngoại ngay khi phát hiện phòng động mạch để tránh biến chứng.

Kết quả phẫu thuật: điều trị sớm - cắt cụt 2%; điều trị khi có huyết khối tắc mạch - cắt cụt 43-56%; điều trị khi có thuyên tắc mạch ngoại vi (embolism) - cắt cụt 25%. Hiện nay kết quả cải thiện hơn nhiều nhờ các biện pháp chẩn đoán sớm hơn (MRI, CT ...).

### **5.4. Giả phòng động mạch do tiêm chích**

Vị trí thường gặp thuận lợi cho người tự tiêm chích ma túy vào động mạch khi các tĩnh mạch đã hỏng hết (nghiện nặng), như: 2 bẹn, 2 khuỷu tay, cổ trước 2 bên. Trong đó chủ yếu ở bẹn 2 bên (> 80%). Nhiễm trùng là bản chất của khối phòng.

Do đặc điểm bệnh nhân nghiện, nên thường chỉ đến bệnh viện khi khối phòng đã vỡ ra ngoài (khối phòng nhiễm trùng thường rất dễ vỡ), nên thường phải mổ cấp cứu.

Khi phẫu thuật: đặt đường truyền rất khó khăn do hệ tĩnh mạch nông đã bị xơ hoá và tắc, hay phải dùng đến các tĩnh mạch trung tâm. Mất máu trong mổ khá nhiều, vì nhiễm trùng nên tổ chức mạch + xung quanh mạch bị mủn nát, phù nề, rất khó kiểm soát động mạch tại chỗ. Thường áp dụng kỹ thuật thắt mạch ở phía trên và dưới chỗ phòng mạch khoảng 3 - 5cm. Tỷ lệ cắt đứt sau thắt mạch thấp < 5% nhờ hệ tuần hoàn phụ đã khá phát triển và nhu cầu năng lượng của chi thấp. Chỉ định phục hồi lưu thông động mạch (bắc cầu hay thay đoạn mạch) hầu như không đặt ra do tỷ lệ thất bại rất cao (tắc cầu nối, bục miệng nối do nhiễm trùng); chỉ nên thực hiện khi người bệnh chắc chắn đã bỏ dùng ma túy > 2 năm, khối phòng không vỡ và hoàn toàn không có biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ cũng như toàn thân.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Ngọc Cương, Nguyễn Lâm Hiếu, Lê Tuấn Linh, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Hữu Ước, Bùi Văn Lệnh (2013). Kết quả bước đầu điều trị phình động mạch chủ ngực bằng stent phủ. *Tạp chí Y học thực hành*, 896: 19-24.
2. Lê Thanh Dũng, Nguyễn Thái Bình, Vũ Hoài Linh, Nguyễn Hữu Ước, Nguyễn Thái Minh (2013). Điều trị giả phình động mạch thắt lưng sau chấn thương bằng phương pháp can thiệp nội mạch. *Tạp chí Điện quang Việt Nam*, 11: 481-484.
3. Trần Bình Giang, Nguyễn Hữu Ước, Phạm Hữu Lư, Nguyễn Ngọc Anh, Phạm Tiến Quân (2010). Phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận tại bệnh viện Việt Đức. *Ngoại khoa*, 60(4-6): 337-342.
4. Đoàn Quốc Hưng, Hoàng Văn Công, Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Hữu Ước (2010). Phình dạng túi quai động mạch chủ và động mạch chủ ngực: bệnh lý ngoại khoa phức tạp. *Y học Việt Nam*, 375: 302-310.
5. Đoàn Quốc Hưng, Phạm Hữu Lư, Lê Nguyên Vũ, Lê Ngọc Thành, Nguyễn Hữu Ước, Đặng Hanh Đệ (2005). Phình động mạch tạng: Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. *Ngoại khoa*, 55(5): 7-17.
6. Nguyễn Thái Minh, Phạm Hữu Lư, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Hữu Ước (2011). Phình động mạch quay: bệnh lý hiếm gặp và nhìn lại y văn. *Ngoại khoa*, 61(1): 50-53.
7. Nguyễn Duy Thắng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Thái Minh, Vũ Ngọc Tú, Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước (2012). Phình động mạch chi hiếm gặp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Ngoại khoa*, 61(1-3): 197-203.

8. Nguyen Huu Uoc, Tran Binh Giang (2011). Total laparoscopic infrarenal abdominal aortic aneurysm treatment at Viet Duc hospital. *Annals of Vascular Diseases* - ISSN: 1881-641X (4 Suppl): S.59.
9. Nguyen Huu Uoc, Doan Quoc Hung, Nguyen Quoc Kinh (2009). Treatment of Suprarenal Abdominal Aortic Aneurism: A propos of three cases. *The 17th Annual Meeting of the Asian Society for Cardiovascular and Thoracic Surgery, Taipei, March 5-8, 2009, ISBN 978 88 7587 513 8* (Proceedings): 69-72.
10. Nguyễn Hữu Ước (2017). Phình động mạch chủ, Bệnh học Ngoại lồng ngực – tim mạch. *NXB Quân đội Nhân dân*, 406-418.