

PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

MỤC TIÊU

1. Hiểu rõ định nghĩa của phình động mạch chủ bụng (PDMCB), biết phân biệt phình thật và phình giả.
2. Biết được các nguyên nhân gây ra PDMCB.
3. Biết giải phẫu bệnh của túi phình.
4. Hiểu được sinh lý bệnh PDMCB.
5. Chẩn đoán xác định PDMCB.
6. Biết cách theo dõi điều trị PDMCB.

1. ĐẠI CƯƠNG

PDMCB là bệnh lý ngày càng gặp nhiều hơn, ở nước ta: thật vậy, từ năm 1990 đến 1999 có 510 trường hợp PDMCB hay ngực bụng đã được mổ tại khoa Ngoại lồng ngực mạch máu BV. Bình Dân. Tỉ lệ nam gấp 3 lần nữ, tuổi trung bình là 64 tuổi, nhỏ nhất 13 tuổi và lớn nhất 92 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm 90%, ở tuổi này, tổn thương tìm thấy là xơ vữa thành mạch với vôi hóa hay máu cục trong thành; nhóm từ 40-60 tuổi chiếm 6%, tổn thương do xơ vữa và viêm; và nhóm dưới 40 tuổi chiếm 4%, tổn thương thành mạch đặc hiệu hay không đặc hiệu (như bệnh Takayashu).

2. LỊCH SỬ

- Vào 1710 Anel đã cột động mạch trên chỗ bị phình động mạch và không xử lý phình động mạch.
- Năm 1785: Hunter cột động mạch phía trên và cách xa chỗ phình vì đoạn động mạch gần phình cũng bị tổn thương.

- Năm 1817: Asley Cooper hoàn chỉnh việc cột động mạch để điều trị PDMCB.
- Năm 1945: Albert Einstein được mổ PDMCB tại Mỹ, được đặt một tấm Cellophane (Wrapping) và mạc nối phía trước túi phình.
- Năm 1951: Charles Dubost là người đầu tiên mổ ghép thành công trường hợp PDMCB tại BV. Broussaire Paris, đoạn thay thế là DMC đồng loại ở tử thi.
- 11/1970: Charles De Gaulle 80 tuổi chết do vỡ PDMCB đã được chẩn đoán từ 1957 ($d=5$ cm), nhưng không có tiên lượng nào cho ông, điều đó cho phép nên ông vẫn sinh hoạt và làm việc một cách mạnh mẽ và thoái mái. Anh ruột ông đã được mổ PDMCB tại Paris.
- Năm 1988: Matas đã xé túi phình và tạo hình từ bên trong túi phình; nguyên tắc này đến nay vẫn còn áp dụng.
- Ngày nay nhiều phương pháp được áp dụng để điều trị PDMCB như xé phình ghép mảnh nhân tạo thẳng hoặc nhánh,

hoặc đặt mảnh ghép nội mạch, không mổ bụng, ... đã cải thiện được đời sống bệnh nhân và giảm tỉ lệ tử vong do mổ hở.

3. ĐỊNH NGHĨA

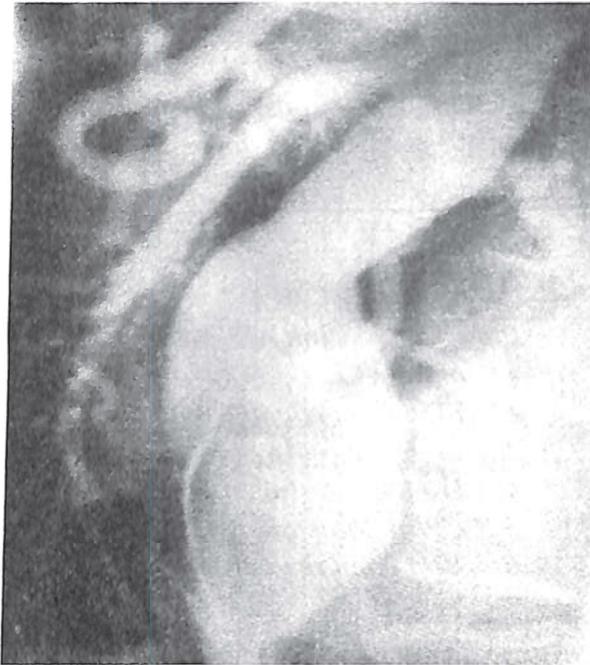
PĐMCB là tình trạng dẫn thường xuyên và khu trú của động mạch chủ bụng mà đường kính của nó tăng lên ít nhất 50% so với bình thường (Hình 1). PĐMCB hầu hết là phình thật, tức thành của phình là ba lớp của thành động mạch (nội mạc, trung mạc và ngoại mạc). Nói vậy, để phân biệt với phình giả (hay còn gọi khối máu tụ đậm theo nhịp tim), xảy ra sau chấn thương do thành động mạch bị rách một phần hay toàn phần tạo thành khối máu tụ, với dòng máu chảy xoáy bên trong. Vỏ của phình giả động mạch là thành của khối máu tụ; có hoặc không có lớp ngoại mạc bao phủ bên ngoài.

4. NGUYÊN NHÂN

4.1. Xơ vữa động mạch: là nguyên nhân chính chiếm 95%; thường gặp ở người già trên 60 tuổi, bị chứng xơ vữa động mạch lan tỏa. Gặp ở nam nhiều, túi phình thường có hình thoi, bắt đầu từ dưới động mạch thận lan rộng đến phần cuối động mạch chủ, chỗ chia đôi hai động mạch chậu.

4.2. Những nguyên nhân khác hiếm gặp chỉ chiếm tỉ lệ từ 3% đến 5% như:

- Phình do nhiễm trùng: nhiễm trùng thường do Salmonella, Staphylococcus Dorés và E. coli 59% động mạch nhiễm trùng là do vi trùng gram (+) và 35% là vi trùng gram (-). Ngày nay, phình động mạch nhiễm trùng hay thấy ở động mạch ngoại biên hơn là động mạch chủ, do người nghiện tự chích Heroin, đặc biệt ở vị



Hình 1: Phình động mạch chủ bụng

trí động mạch đùi chung PĐMC do giang mai ngày càng ít gặp.

- PĐMCB trong bệnh Takayasu thì viêm động mạch là tác nhân gây phình.
- PĐMCB còn được gây ra do nấm, sau chấn thương hoặc bẩm sinh trong hội chứng Marfan hoặc Ehlers-Danlos.

5. GIẢI PHẪU BỆNH

5.1. Cấu trúc thành động mạch bình thường

Thành động mạch được cấu tạo bởi ba lớp đồng tâm: nội mạc tiếp xúc với máu lưu thông, trung mạc và ngoại mạc.

- Nội mạc bao gồm:
 - + Các tế bào nội mô tạo thành một lớp phủ rất kín, đơn bào, giới hạn lòng động mạch.
 - + Các tế bào nội mô nằm trên một khoang dưới nội mô, khoang này được tách ra khỏi lớp trung mạc nhờ một phiến élastine mỏng, phiến này

là màng ngăn chun trong.

- Trung mạc:
 - + Tạo thành lớp áo giữa; là lớp dày nhất của thành động mạch.
 - + Trung mạc được cấu tạo bởi các lớp đồng tâm xếp thành phiến mỏng chứa ở giữa là một mạng lưới gồm các protéin sợi, collagène, élastine và các mucopolysaccarides, các tế bào bài tiết, và các tế bào cơ trơn.
 - + Trung mạc được ngăn cách với ngoại mạc bởi màng ngăn chun ngoài.
- Ngoại mạc: được cấu tạo bởi mô liên kết, ít tổ chức chứa các tế bào mỡ và các nguyên bào sợi.

5.2. Hình ảnh đại thể và mô học sang thương xơ vữa

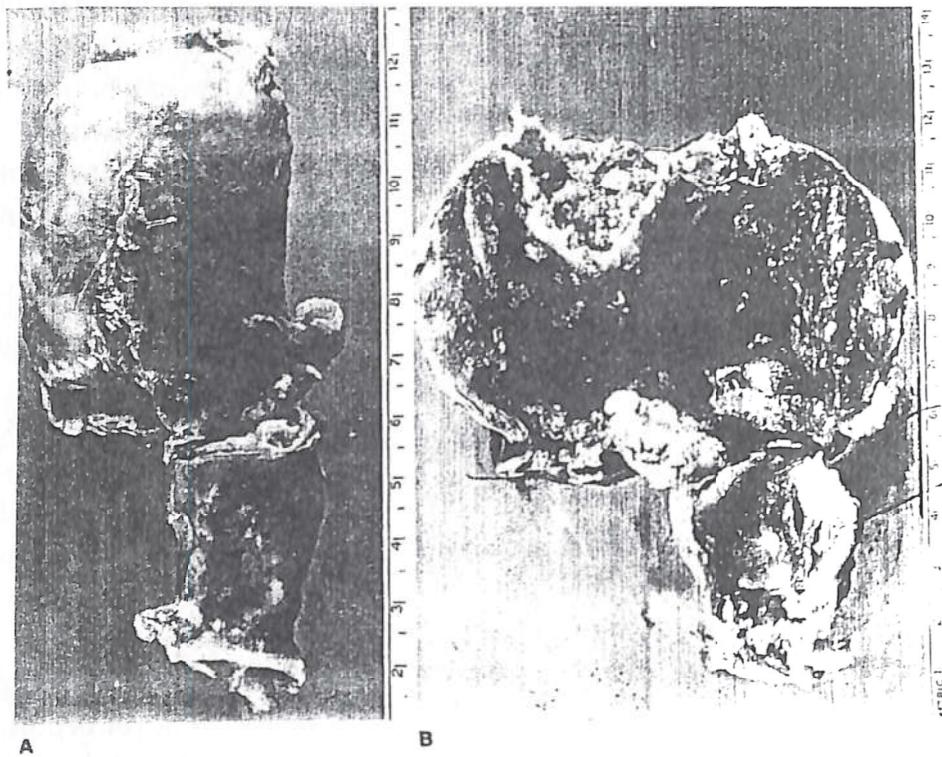
Vì sang thương xơ vữa chiếm 95% nguyên nhân gây ra PDMCB, nên ta cần nghiên cứu về đại thể và mô học của nó.

- Các sang thương ban đầu là các vân lipide và mảng gélatine có thể phục hồi được, chỉ xảy ra ở nội mạc. Vân lipide là nốt nhỏ màu vàng, nằm dọc theo chiều dòng chảy trong động mạch, đó là các đám tế bào bọt chứa nhiều cholesterol ester hóa trong lớp nội mạc. Các tế bào này là mô bào (Histiocystes) và các đại thực bào. Mảng gélatine là nốt màu nâu nhạt, trong suốt, nhô vào trong lòng động mạch, đó là hiện tượng phù của lớp nội mạc làm phân ly mô liên kết bên dưới nội mạc.
- Mảng xơ vữa là kết quả sự diễn tiến sợi hóa của các sang thương nói trên, đại

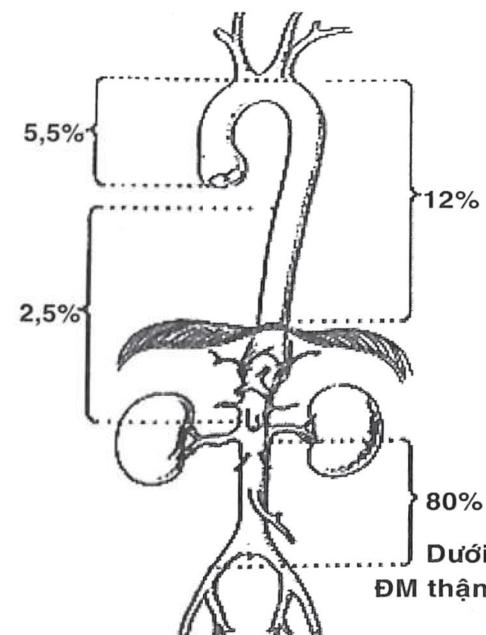
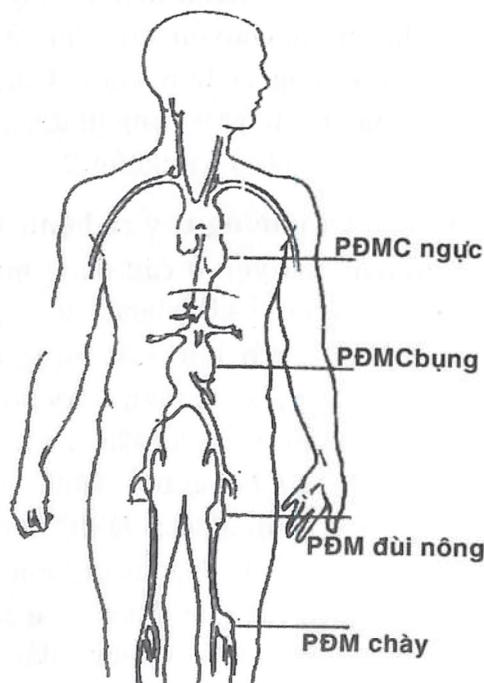
thể có màu vàng nhạt, nhô vào trong lòng mạch (Hình 2). Mảng xơ vữa diễn tiến và gây ra các biến chứng như:

- + Vôi hóa chất hoại tử, làm tăng độ cứng thành mạch; có thể tự bong ra gây nên loét thành động mạch.
- + Hiện tượng hóa loét: làm cho lớp mô dưới nội mô bị lộ ra, gây nên sự kết dính tiểu cầu - giai đoạn đầu của bệnh huyết khối.
- + Hiện tượng nứt hay vỡ mảng xơ vữa là biến chứng chính trong diễn tiến của mảng xơ vữa, dẫn đến hình thành huyết khối làm nghẽn động mạch hoặc vỡ huyết khối trôi ra ngoại biên.
- + Ngoài ra còn có các biến chứng như: xuất huyết bên trong thành động mạch là điều kiện thuận lợi cho bóc tách động mạch; biến chứng tạo huyết khối thành mạch; thuyên tắc do sự di chuyển của huyết khối. Cuối cùng là làm giảm khẩu kính lòng mạch gây sang thương thiếu máu cục bộ ở hạ nguồn.

5.3. Các vị trí thường xảy ra bệnh xơ vữa động mạch: chủ yếu ở các động mạch có élastine (động mạch chủ) hoặc cơ – élastine, và các động mạch lớn. Các sang thương thường ở vùng có dòng máu chảy xoáy như các chỗ chia đôi, chỗ gấp khúc, nơi sinh ra các động mạch bàng hệ (Hình 3). Tuy nhiên, 80% là nằm ở đoạn ĐMC dưới động mạch thận (Hình 4). Ngoài ra, còn có các tổn thương qua các giai đoạn triệu chứng ở các động mạch tại não, tim, đầu chi ... (Hình 5).



Hình 2: Cấu trúc mảng xơ vữa



Hình 3: Các vị trí phình và hẹp do tổn thương xơ vữa gây nên

Hình 4: Tỉ lệ phình động mạch chủ trên cây động mạch chủ

Giai đoạn I Chưa có triệu chứng	Giai đoạn II Có triệu chứng	Giai đoạn III: biến chứng
		<p>A: Mảng xơ mỡ cắt dọc, A₁: Cắt ngang B: Mảng sợi cắt dọc, B₁: Cắt ngang</p> <p>A: Mảng sợi và vôi hóa a: Hẹp lòng ĐM B: Mảng sợi lớn dần và cục máu đông b: Hẹp đáng kể c: Hẹp hoàn toàn</p> <p>A: Nhồi máu cơ tim B: Nhồi máu não C: Thiếu máu chi xa, hoại tử D: PDMC dưới thận</p>

Hình 5: Diễn tiến và vị trí các tổn thương xơ vữa

6. SINH LÝ BỆNH

6.1. Sinh lý động mạch bình thường

6.1.1. Chức năng của nội mô

- Nội mô có chức năng chọn lọc đối với các chất lưu hành trong máu mà thường nhất là bằng cơ chế vận chuyển chủ động.
- Vai trò bài tiết bao gồm tự bài tiết, cận tiết, nội tiết như:
 - + Tổng hợp các thành phần của chính lớp nội mô.
 - + Chuỗi tạo prostacycline (PGI 2), yếu tố chính ức chế hiện tượng kết tập tiểu cầu.

- + Các chất dãn mạch, các chất tiêu fibrin.
- + Tổng hợp các chất chuyển hóa của hệ thống rénine-angiotensine ở mô.
- + Các chất gây co thắt như: endothéline, prostaglandines.

6.1.2. Các tế bào cơ trơn có vai trò

- Tổng hợp thành phần chất gian bào của lớp trung mạc như élastine, collagène, muco-polysaccharides.
- Dị hóa một vài loại LDL.
- Có tính chất co thắt đảm bảo tính vận mạch của động mạch.

6.2. Sinh lý bệnh: cơ chế tạo ra mảng xơ vữa

Bao gồm sự thu thập các tế bào đơn nhân (Monocyte Lymphocyte T); sau đó là sự di trú và mất biệt hóa của các tế bào cơ trơn; và cuối cùng là sự hình thành các tế bào bợt.

Người ta nhận thấy rằng ở sang thương xơ vữa gây ra túi phình thì lớp trung mạc bị phá hủy, các sợi đàn hồi biến mất, có sự gia tăng men collagenase làm hủy collagène, sự loãng elastine ở lớp trung mạc góp phần tạo nên sự khởi phát của PDMCB. Động mạch chủ không còn mềm dẻo nữa. Định luật Laplace cho thấy bán kính càng tăng, áp lực trên thành mạch càng tăng ($T = P \times R$), như vậy sự dãn động mạch gây phình động mạch cuối cùng sẽ dẫn đến vỡ động mạch. Trong khi đó ở động mạch xơ vữa mà hậu quả gây hẹp động mạch (Hình 3) thì collagenase không hoạt động.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Thể điển hình PDMCB dưới thận chưa biến chứng

7.1.1. Tình huống phát hiện bệnh

a. Không có triệu chứng cơ năng: 60% PDMCB không có triệu chứng, phát hiện tình cờ nhờ khám sức khỏe định kỳ hay khám bệnh khác ở vùng bụng, hoặc bệnh nhân phát hiện khối u ở bụng không đau. Khám lâm sàng, kết hợp với siêu âm bụng tổng quát hoặc X quang bụng không sửa soạn phát hiện được PDMCB.

b. Khi có triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất, đau ở thượng vị hoặc cạnh rốn hơi lệch trái có khi lan ra sau lưng.

- Đau liên tục hoặc đau tăng lên, đi kèm với mạch nhanh trên 100 lần/phút, huyết áp đang cao chợt giảm, da niêm hơi xanh, coi chừng PDMCB nứt, vỡ sau phúc mạc hoặc bắt đầu vỡ tự do vào ổ bụng.
- Đau cách hồi khi đi, là triệu chứng gián tiếp, giúp ta nghĩ đến PDMCB ở người trên 60 tuổi.

7.1.2. Khám lâm sàng

Bệnh nhân nằm ngửa khám bụng sẽ thấy:

- Nhìn: khối u bụng, nằm ở thượng vị hoặc cạnh trái của rốn thấy rõ ở bệnh nhân già gầy, ở bệnh nhân mập, thành bụng dày nhìn không thấy PDMCB (Hình 6).
- Sờ: nếu bệnh nhân gầy, sờ bụng phát hiện dễ dàng khối PDMC đậm theo nhịp tim. Khi sờ, bàn tay phải của BS trượt nhẹ trên khối u tiến dần về hạ sườn trái và cảm nhận được khối u nhỏ dần tức sờ được cực trên khối u, ý nghĩa là khối u ở dưới động mạch thận: dấu De Bakey (+).
- Nghe: phát hiện âm thổi tâm thu hằng định ở PDMC.

Kết thúc khám lâm sàng PDMCB phải khám toàn bộ cây động mạch mà quan trọng là động mạch cảnh, động mạch vành, động mạch đùi, động mạch khoeo, động mạch mu và động mạch chày sau. Nếu có tổn thương ở các động mạch này cần được ghi nhận đầy đủ để có một chiến lược điều trị thích hợp.

7.1.3. Cận lâm sàng

a. Echo doppler

- Echo doppler PDMCB xác định: PDMCB trên hoặc dưới động mạch thận, độ lớn của PDMC, tính chất của

- PDMC có hay không kèm bóc tách, có hay không kèm huyết khối, tình trạng vỏ phình ổn định, nứt hay sấp vỡ, mỏng, dày ...
- Echo doppler cây động mạch xác định:
 - + Động mạch cảnh, quai động mạch chủ, động mạch thận, động mạch chậu, động mạch đùi có bị hẹp do xơ vừa hay không, nếu có cho biết độ hẹp, tính chất.



Hình 6: Khối u cạnh rốn của PDMCB. - SHS: 201.02596 (BV. BD)

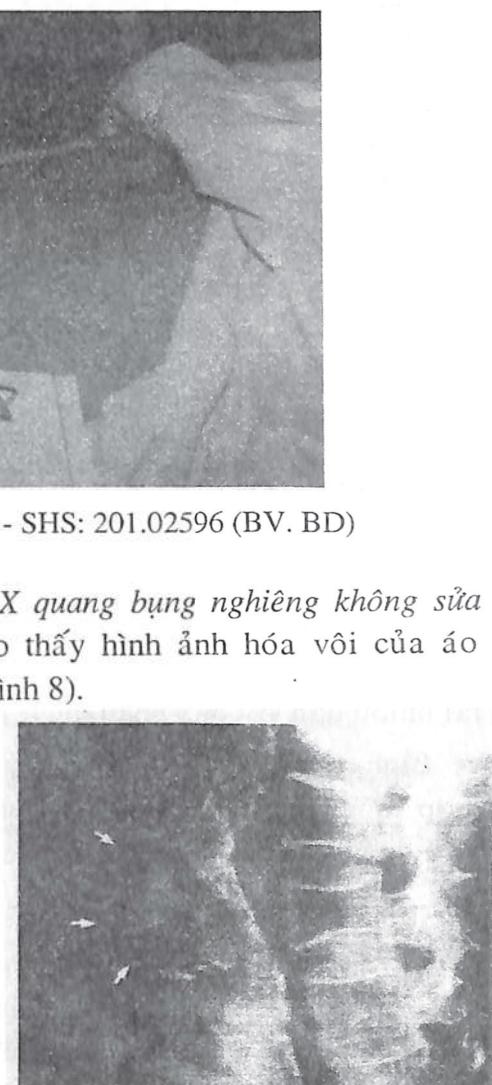


Hình 7: Hình DSA phình ĐMCB.

- + Động mạch chủ ngực, động mạch đùi, động mạch khoeo: có phình đi kèm hay không, nếu có cho biết tính chất.

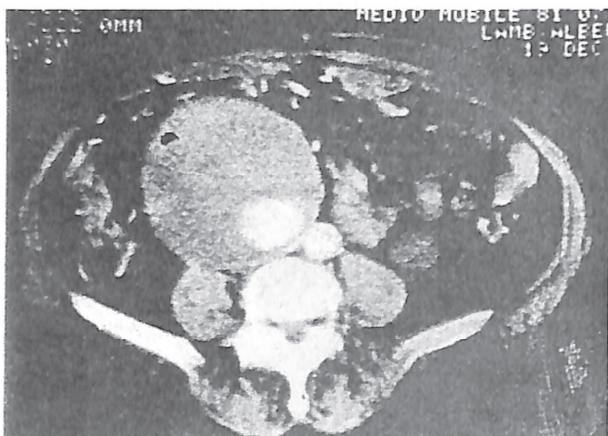
- Ngoài ra cần Echo tim.

b. *X quang động mạch kỹ thuật số*: D.S.A. (Digital Subtraction Angiography) (Hình 7) cho thấy vị trí túi phình cùng tính chất, các mạch nhánh thân tạng, mạc treo, thận đồng thời đánh giá động mạch hạ nguồn.



Hình 8: X quang bụng nghiêng: dấu hóa vôi của phình ĐMCB.

d. *CT scan* cắt ngang phình cho thấy độ lớn, hai đường kính của phình (đường kính trong, ngoài), tương quan PĐMC và cơ quan phụ cận, có bơm cản quang thấy rõ khe nứt dù nhỏ (Hình 9).



Hình 9: CT scan: Phình động mạch chủ

e. *Đo điện tim*: để biết có triệu chứng tổn thương mạch vành kèm theo và mức độ tổn thương, từ đó cho làm thêm men tim Troponin I để điều trị trước cho ổn định, thì kết quả phẫu thuật PĐMCB sẽ khả quan hơn.

d. *X quang phổi*: rất quan trọng để đánh giá tình trạng hô hấp vì PĐMCB có xơ vữa là bệnh lý ở người lớn tuổi, hô hấp ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả phẫu thuật.

Tại BV. Bình Dân từ 1990-1994 có 12 trường hợp tử vong do mổ PĐMCB thì 4 trường hợp do nhồi máu cơ tim và 3 do suy hô hấp.

7.1.4. Tổng kê toàn bộ

Sau khi khám lâm sàng và làm cận lâm sàng về PĐMCB, phải đánh giá chức năng gan, thận, nội tiết, hô hấp, tim mạch, thần kinh, các yếu tố nguy cơ của chứng xơ vữa

núi cao huyết áp, thuốc lá, tiểu đường, rối loạn lipid máu ... để làm tổng kê toàn bộ là rất cần thiết nhằm có chỉ định phẫu thuật đúng, đánh giá nguy cơ phẫu thuật, nguy cơ hậu phẫu, và tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu suy đa cơ quan sau mổ PĐMCB tại BV. Nhân Dân Gia Định (2005) thì cơ quan bị suy chủ yếu là tim, phổi, thận, đặc biệt ở bệnh nhân mổ cấp cứu có các bệnh đi kèm chưa được điều trị cải thiện.

7.2. Các thể lâm sàng khác

7.2.1. PPĐMCB ngang và trên động mạch thận hiếm gặp nhưng nặng vì nơi đây xuất phát các động mạch lớn nuôi các tạng quan trọng như động mạch thận tạng, động mạch mạc treo tràng trên, hai động mạch thận. Khám lâm sàng khó sờ được phình, chẩn đoán (+) chủ yếu dựa vào siêu âm và Echo doppler. Trong tổng kê, UIV là cận lâm sàng bắt buộc.

7.2.2. PPĐMCB kèm với phình động mạch chậu cũng hay gặp, tỉ lệ 23% (BV. Bình Dân 1990-1994). Trên lâm sàng, phình động mạch chậu hay bị bỏ quên, mà đôi khi triệu chứng đau bụng lại do phình động mạch chậu. Kích thước bình thường của động mạch chậu chung là 6 – 8 mm và chậu ngoài là 5 – 6 mm, thì một khối phình động mạch chậu 20 mm gây đau bụng là có nguy cơ sấp vỡ; dù lúc đó PĐMCB có đường kính dưới 40 mm.

PĐMCB dạng thoi: gặp trên 95% các trường hợp PĐMCB, thường trên 45 mm mới gây đau bụng, trong khi PĐMCB dạng túi dù 30 mm cũng dễ vỡ.

8. DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN

Nếu không được điều trị kịp thời, PĐMCB diễn tiến tự nhiên dẫn đến các biến chứng như vỡ sau phúc mạc, vỡ tự do vào xoang phúc mạc, hoặc gây thiếu máu cấp tính chi dưới.

8.1. Vỡ sau phúc mạc

- Báo trước bởi cơn đau kịch phát trên nền đau lâm râm trước đó, sau tăng dần; thường từ thượng vị hoặc cạnh trái rốn lan ra sau lưng kèm với hội chứng xuất huyết nội nhẹ hoặc trung bình.
- Khám:
 - + Ở các bệnh nhân gầy mà khối phình đã có từ trước, sau khi vỡ từ từ ra sau phúc mạc, khối phình giảm đường kính trước sau và to bè ra xung quanh. Điều này đôi khi chính bệnh nhân thấy được, kể lại cho BS nghe.
 - + Hội chứng xuất huyết nội với mạch tăng, huyếp áp hạ (so với số bình thường của bệnh nhân, vì đa số có kèm cao huyết áp), da niêm nhợt.
- Echo doppler: là cận lâm sàng cần thiết và chủ yếu trong lúc này để đánh giá vị trí vỡ, mức độ lan rộng của khối máu tụ và tình trạng mạch máu hạ lưu.
- Xử trí cấp cứu được đặt ra ngay dù tỉ lệ tử vong cao hơn nhiều so với các trường hợp mổ chương trình, chưa có biến chứng.

8.2. Vỡ vào xoang phúc mạc

Bệnh cảnh nổi bật là:

- Trụy mạch không phục hồi.
- Khối phình ở bụng xếp từ từ và biến mất: là hai triệu chứng lâm sàng điển hình giúp ta chẩn đoán nhanh chóng

PĐMCB vỡ vào xoang phúc mạc. Nếu cần khẳng định có thể lấy kim chọc dò ổ bụng ra máu không đông. Việc chậm trễ trong chẩn đoán, kéo theo chậm trễ từng phút trong xử trí sẽ khiến ta mất bệnh nhân. Cận lâm sàng Echo doppler là cần thiết nhưng có lúc không còn kịp, mà lúc này kinh nghiệm lâm sàng của BS là quan trọng hơn.

8.3. Vỡ vào cơ quan lân cận: hiếm gặp.

- Vỡ vào tá tràng D3: triệu chứng lâm sàng là xuất huyết tiêu hóa ồ ạt, từng đợt. Nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng bình thường. Echo doppler phát hiện PĐMCB, có dấu dò tá tràng – túi phình do viêm nhiễm gây dính và tạo dò; do đó có thể có biểu hiện bệnh cảnh nhiễm trùng đi kèm.
- Vỡ vào tĩnh mạch chủ dưới: triệu chứng lâm sàng là bệnh cảnh dò động tĩnh mạch với lưu lượng lớn, sờ được rung miu và nghe âm thổi ở thượng vị hoặc cạnh rốn. X quang cản quang động mạch chủ thấy hình ảnh cản quang tức thì của tĩnh mạch chủ. Bệnh nhân mau chóng suy tim do tăng cung lượng, với tim to toàn bộ, mạch nhanh.

8.4. Thiếu máu cấp tính chi dưới

Thường ở cả hai chân do thuyên tắc huyết khối động mạch đùi, khoeo, cẳng chân. Huyết khối của túi phình trôi xuống, thường gấp hơn là huyết khối cấp tính ngay tại túi phình gây tắc động mạch chủ gây thiếu máu hai chi dưới. Có lúc tổn thương xơ vữa hai chi dưới gây huyết khối động mạch tại chỗ làm bệnh cảnh nặng thêm.

9. ĐIỀU TRỊ

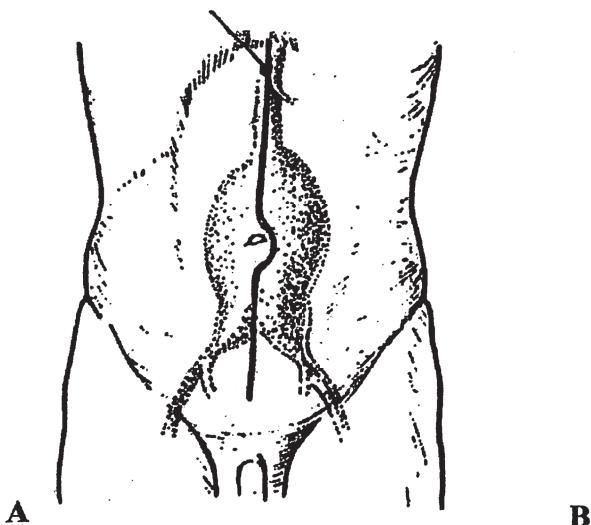
9.1. PĐMCB không triệu chứng

Điều trị nội là chủ yếu, kèm theo dõi sát diễn tiến phình về lâm sàng cũng như cận lâm sàng. Siêu âm doppler mạch máu theo dõi đường kính ngang của túi phình (= d) mỗi 3 tháng ở các túi phình mà $d \leq 4$ cm. Điều trị nội bao gồm điều trị bệnh lý xơ vữa, rối loạn biến dưỡng lipid, hậu quả thiếu năng tuần hoàn não, thiếu năng mạch vành, thiếu năng chi dưới... Trong quá trình điều trị nội PĐMCB và theo dõi diễn tiến, không quên theo dõi trên siêu âm doppler động mạch cảnh, nếu động mạch cảnh hẹp $\geq 75\%$ có chỉ định điều trị ngoại khoa *trước khi điều trị ngoại khoa PĐMCB*. Tương tự đối với động mạch vành tim, nếu diễn tiến nặng thì chiến lược nong mạch vành, cầu nối mạch vành là ưu tiên. Ngày nay ở nước ta một số cơ sở như Viện Tim Trung ương, QYV 108, BV. Chợ Rẫy, BV. Thống Nhất

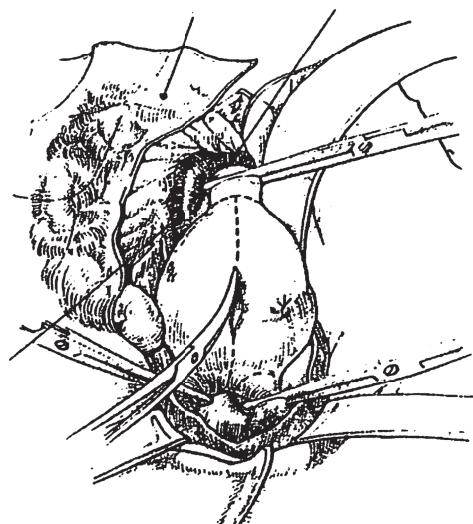
đã làm nếu thực hiện được nong mạch vành đặt giá chống Stent trước, sẽ giúp cho kết quả phẫu thuật PĐMCB kế tiếp có kết quả mỹ mãn hơn.

9.2. PĐMCB có triệu chứng

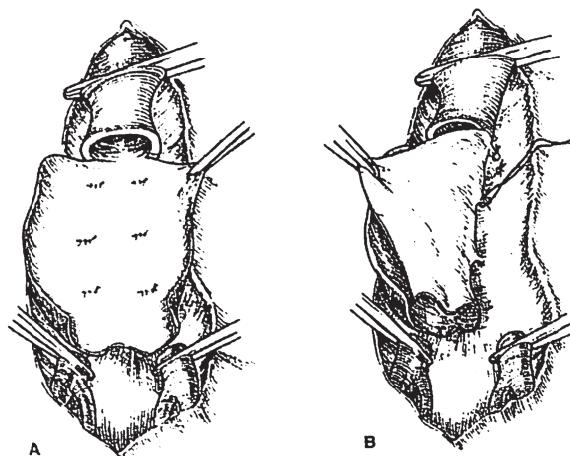
- Chỉ định mở chương trình cho tất cả PĐMCB có triệu chứng.
- Chỉ định mở cấp cứu cho PĐMCB vỡ sau phúc mạc hoặc vỡ trong ổ bụng.
- Phương pháp mở:
 - + Xé phình, lấy mảng xơ vữa, máu cục, may các động mạch cột sống, đặt mảnh ghép nhân tạo thẳng (ĐMCB – ĐMCB) hoặc nhánh (ĐMCB – ĐM chậu) sau đó lấy vỏ phình bao mảnh ghép lại (Hình 10-11-12-13); sau khi cấm hoặc không cấm động mạch mạc treo tràng dưới vào mảnh ghép.
 - + Đặt mảnh ghép nội mạch giá thành cao (Hình 14).



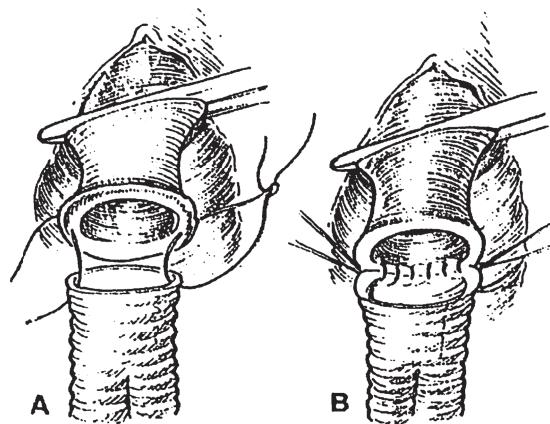
Hình 10A: Đường rạch da



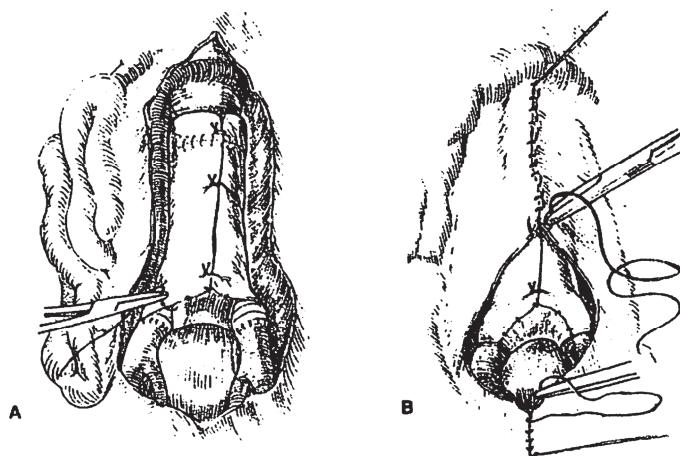
Hình 10B: Xé phình ĐMCB.



Hình 11: May động mạch cột sống

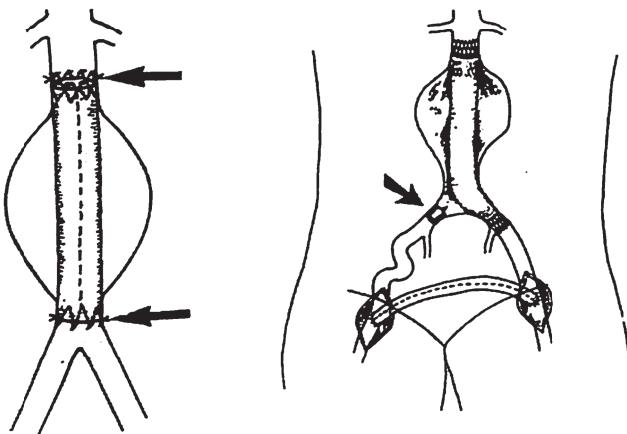


Hình 12: Đặt mảnh ghép nhân tạo Dacron.



Hình 13A: Phủ mảnh ghép bằng vỏ phình.

Hình 13B: May lại phúc mạc sau



Hình 14: Mảnh ghép nội mạch (Endo-Prothèse)

- Biến chứng và tử vong sau mổ:
 - + Tỷ lệ tử vong sau mổ PDMCB thay đổi:
 - Mổ chương trình: 3%-5% tử vong.
 - Mổ cấp cứu: tử vong là 40% – 80% nếu PDMCB dưới động mạch thận và sẽ cao hơn nếu phình trên động mạch thận.
 - + Biến chứng ghi nhận ở:
 - Tim: do rối loạn huyết động khi kẹp và tháo kẹp, đặc biệt trên tim có bệnh lý mạch vành, trong thời kỳ đau tim chưa ổn định không nên mổ PDMCB trừ trường hợp cấp cứu.
 - Phổi: biến chứng nhiễm trùng hô hấp gây suy hô hấp rất thường gặp vì PDMCB là bệnh lý của người lớn tuổi chức năng hô hấp đã kém, phẫu thuật lớn, đường vào bụng dài, sau mổ đau, thở khó, ứ đọng đàm dãi ... Vật lý trị liệu tích cực về hô hấp, kèm giảm đau hậu phẫu

hợp lý sẽ cải thiện được biến chứng này.

- Tiêu hóa: thiếu máu cục bộ đại tràng do giảm tưới máu khi cột động mạch mạc treo tràng dưới. Biến chứng này không nhiều: ở Châu Âu khoảng 2,8% (J.M Cormier); ở Việt Nam chỉ 1,4% (Văn Tân) có lẽ đa số bệnh nhân có PDMCB đến trễ, túi phình to, tuẫn hoàn phụ nuôi đại tràng đã đầy đủ.
- Nhiễm trùng: PDMCB nhiễm trùng rất ít gặp. Để chẩn đoán phải cấy máu, cấy mô trong lòng túi phình. Do mô phình bở, sau mổ cần điều trị kháng sinh liều cao theo kháng sinh đồ; nếu không, chỗ may sẽ khó lành. Nhiễm trùng mảnh ghép cũng là biến chứng sau mổ tuy ít gặp.
- Mạch máu: hay gặp là tắc mạch chi dưới sau mổ PDMCB; nếu xử trí chậm, có thể phải đoạn chi.

Theo Naussaume, cục thuyên tắc gây ra do PDMCB trước, trong và sau mổ là nguyên nhân chính. Cần tiếp tục dùng Héparine sau mổ. Túi phình giả chỗ nối ít gấp hơn, cần xử lý kịp thời để tránh biến chứng vỡ.

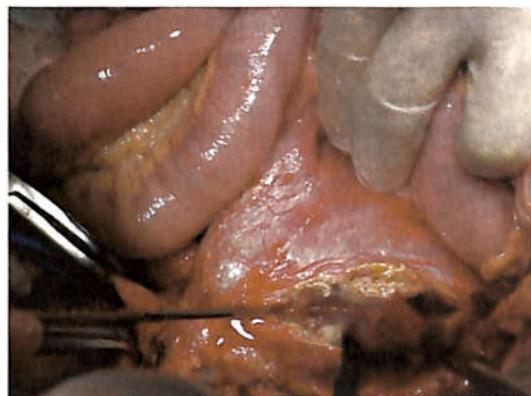
- Biến chứng thận: suy thận cấp thường gặp sau mổ PDMCB nếu trước mổ có sốc mất máu do vỡ



Hình 15: PDMCB đại thể

phình, ít gấp trong và sau mổ PDMCB chương trình.

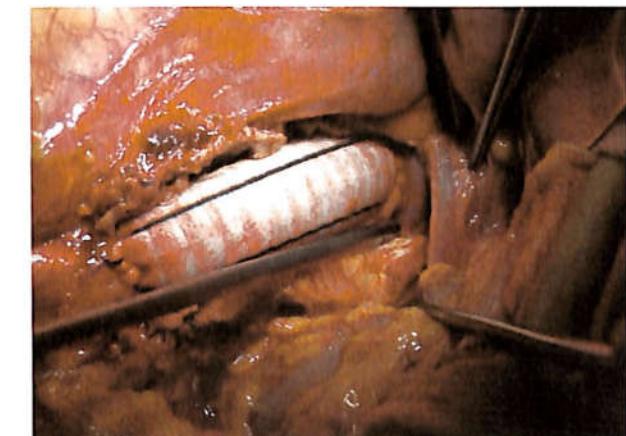
Ngày nay phương pháp can thiệp nội mạch, đặt mảnh ghép và giá chống (Endo-Prothèse = Prothèse + Stent) được chỉ định cho các trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao về phẫu thuật nếu phải mổ hở. Ở Việt Nam phương pháp này chưa được áp dụng rộng rãi, vì kỹ thuật khá phức tạp và giá thành rất cao. (Hình 14).



Hình 16: Xẻ túi phình:
mảng xơ vừa màu vàng.



Hình 18: Ghép nhánh Dacron – Bệnh nhân
NVC 84^T, SHS: 8979-BV NDGĐ



Hình 17: Ghép thẳng Dacron – Bệnh nhân NVP
78^T, SHS: A 3947- BV. NDGĐ

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Alain Combes-Tim mạch học-Concours Hippocrate – 1997 – p. 178-183; 308-316.
2. Barral. X. CHU Nord Saint Etienne – Les Anévrismes des gros tronc artériels – Cour de perfectionnement de chirurgie vasculaire à HCM ville – 1995 – p. 60-70.
3. Cormier – Chirurgie Vasculaire 1992, Ischémie aigue colorectales après chirurgie aortique – p. 111-118.
4. Henry Haimovici – Vascular Surgery – 1984 – p. 685-699.
5. Lê Nữ Thị Hòa Hiệp – Văn Tân – Biến chứng mổ phình động mạch chủ ngực bụng – SHKHKT. BV. Bình Dân số 7 (1990-1994) – Tr 25-35.
6. Lê Nữ Thị Hòa Hiệp - Suy đa cơ quan sau mổ phình động mạch chủ bụng – Y học Tp.HCM. – HN KHKT BV. NDGĐ – ĐH Y Dược Tp.HCM. tập 9, số 3, tr 114-117, 2005.
7. Naussaume-Ischémie aigue des membres inférieures – 1992.
8. Rutherford (2005) – Vascular surgery – p. 784-793.
9. Sabiston, MD. Aortic Abdominal Aneurysms –Vol II – 1997 – p. 1665-1672.
10. Văn Tân – Lê Nữ Thị Hòa Hiệp – Hồ Nam – Những đặc điểm của nhóm phình ĐMC mổ tại BV. Bình Dân – Báo cáo Khoa học Hội Ngoại khoa VN lần X – Tổng hội Y Dược học VN – Hội NKVN – tr 233-238.

CÂU HỎI LUỢNG GIÁ (chọn câu đúng nhất)

1. Phình ĐMCB là bệnh:
 - A. Ngày càng gấp nhiều ở nước ta.
 - B. Đa số bệnh nhân ở tuổi trên 60 tuổi.
 - C. Nữ gấp 3 lần nam.
 - D. A và B đúng.
 - E. B và C đúng.
2. Nguyên nhân gây ra phình ĐMCB, chủ yếu là:

- A. Nhiễm trùng.
 - B. Xơ vữa động mạch.
 - C. Giang mai.
 - D. Viêm.
 - E. Lao.
3. Phình ĐMCB gấp nhiều nhất ở đoạn động mạch:
 - A. ĐMC ngực.
 - B. Quai ĐMC.
 - C. ĐMCB dưới thận.
 - D. ĐMCB trên thận.
 - E. Động mạch chậu.
 4. Phình ĐMCB không triệu chứng là Phình ĐMCB phát hiện tình cờ:
 - A. Do bệnh nhân thấy khối u bụng đập, không đau.
 - B. Qua khám bệnh định kỳ.
 - C. Qua khám một bệnh lý khác vùng bụng.
 - D. Qua khám cơn đau cách hồi ở chi dưới.
 - E. Tất cả đều có thể xảy ra.
 5. Phình ĐMCB. có triệu chứng thể hiện ở:
 - A. Đau bụng vùng khối u đập.
 - B. Đau lưng tương ứng vùng khối u bụng đập.
 - C. Đau bụng từng cơn lan lên hông phải.
 - D. Đau bụng lâm râm, kèm ói mửa và sốt.
 - E. Câu A và B đúng.
 6. Trên cây động mạch, PDM do xơ vữa thường xảy ra ở:
 - A. Các ĐM có élastine, cơ – élastine.
 - B. Các ĐM lớn.
 - C. Đoạn ĐM có dòng máu chảy xoáy như chỗ chia đôi ĐMCB xuống ĐM chậu.
 - D. ĐMCB trên thận.
 - E. Câu A, B và C đều đúng.

7. Các tổn thương xơ vữa có thể gây ra cùng lúc:
- A. Tổn thương PĐMC ngực và hẹp ĐM vành.
 - B. PĐMCB và hẹp ĐM thận.
 - C. Hẹp ĐM cảnh ngoài sọ.
 - D. Phình ĐM khoeo.
 - E. Câu A và B đúng.
8. Dấu De Bakey (+) có ý nghĩa:
- A. Phình ĐMCB trên thận.
 - B. Phình ĐMCB dưới thận.
 - C. Phình ĐMCB ngang thận.
 - D. Phình ĐMCB ngực.
 - E. Phình ĐM chậu.
9. Cận lâm sàng rẻ tiền, không xâm hại, nhanh để chẩn đoán PĐMCB là :
- A. Siêu âm doppler mạch máu.
 - B. Siêu âm.
 - C. X quang bụng không sửa soạn.
- D. DSA.
- E. MRI.
10. PĐMCB cũng hay gặp kèm với PĐM chậu.
- A. Đôi khi triệu chứng đau bụng lại do PĐM chậu với $d \geq 20$ mm.
 - B. Dù PĐMCB có đường kính dưới 40 mm, ta phải theo dõi sát lâm sàng.
 - C. Nhất là PĐM chậu phải; dễ chẩn đoán nhầm với áp xe ruột thừa.
 - D. Tỉ lệ gặp phải 20%.
 - E. Tất cả đều đúng.

ĐÁP ÁN

1.D	2.B	3.C	4.E	5.D
6.E	7.E	8.B	9.A	10.E