

Tắc động mạch chủ chậu mạn tính: Chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật

Đỗ Kim Quế, Nguyễn Anh Trung

Bệnh viện Thống Nhất

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc động mạch chủ chậu mạn tính (TĐMCCMT) là một bệnh lý khá thường gặp, nguyên nhân chính là do xơ vữa động mạch. Đa số bệnh được phát hiện vào giai đoạn muộn đã có hoại tử chi nên thường gây hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm tắc động mạch chủ chậu, các phương pháp chẩn đoán và điều trị phẫu thuật cũng như kết quả điều trị.

Phương pháp nghiên cứu: Tiễn cứu mô tả hàng loạt ca, đánh giá các đặc điểm về tuổi, giới tính, vị trí và mức độ của hẹp tắc động mạch chủ chậu. CT scan và X quang động mạch được áp dụng cho tất cả các trường hợp để chẩn đoán tắc động mạch chủ chậu. Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch chủ ngực - động mạch đùi cho những trường hợp tắc ngang động mạch thận. Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch chủ bụng động mạch chậu/đùi cho những trường hợp tắc dưới động mạch thận. Phẫu thuật cầu nối động mạch nách - đùi hoặc đùi - đùi cho những trường hợp thể trạng yếu, nguy cơ phẫu thuật cao. **Kết quả:** Trong thời gian 10 năm từ 1/2004 - 1/2014 có 46 trường hợp tắc động mạch chủ chậu được điều trị tại Bệnh viện Thống nhất. Tuổi trung bình là 65.7 nhỏ nhất là 32 và lớn nhất là 81 tuổi. Có 39 nam và 7 nữ. 7 trường hợp tắc động mạch chủ bụng dưới động mạch thận và 2 trường hợp tắc ngang động mạch thận. 37 trường hợp tắc động mạch chậu. 42 trường hợp tắc do xơ vữa động mạch, 4 trường hợp có nguyên nhân do viêm xơ hóa động mạch chủ. 18 trường hợp vào viện với tổn thương loét hoặc hoại tử ở chân. Phẫu thuật cầu nối động mạch chủ ngực - động mạch đùi 2 bên được áp dụng cho 2 trường hợp, cầu nối động mạch chủ bụng động mạch chậu 2 bên cho 2 trường hợp, động mạch chủ bụng động mạch đùi 2 bên cho 5 trường hợp. Cầu nối động mạch nách - đùi trong 8 trường hợp, Cầu nối động mạch đùi - đùi (chéo bên) cho 4 trường hợp. 15 trường hợp được thực hiện phẫu thuật cầu nối động mạch chậu - đùi. 10 trường hợp được can thiệp nội mạch nong và/hoặc đặt stent động mạch. Kết quả điều trị sớm: 1 trường hợp tử vong do nhồi máu cơ tim sau mổ, 3 trường hợp phải đoạn chi, các trường hợp còn lại đạt kết quả tốt. **Kết luận:** Tắc động mạch chủ chậu có tần suất ngày càng thường gặp, MSCT và X quang động mạch là phương pháp chẩn đoán hiệu quả. Phẫu thuật bắc cầu nối là phương pháp điều trị an toàn và cho kết quả tốt.

Từ khóa: Tắc động mạch, động mạch chủ chậu, cầu nối động mạch. Cầu nối động mạch ngoài giải phẫu.

MỞ ĐẦU

Tắc động mạch chủ chậu bụng mạn tính là một tổn thương tương đối thường gặp, nguyên nhân thường gặp là xơ vữa động mạch, viêm xơ hóa và

bệnh Takayashu. Đa số bệnh nhân tới khám vì các dấu hiệu thiếu máu nuôi mạn tính 2 chân.^[2,6]

Chẩn đoán tắc động mạch chủ mạn tính dựa trên lâm sàng với biểu hiện đau cách hồi ở giai đoạn sớm hoặc loét hoại tử chi ở giai đoạn

muộn. Siêu âm Doppler là phương tiện chẩn đoán không chảy máu. Gần đây với chụp CT đa lớp cắt (Multislice) cho phép đánh giá chính xác các tổn thương của động mạch chủ và các nhánh của nó. X quang động mạch vẫn là tiêu chuẩn chẩn đoán vàng các thương tổn mạch máu nói chung và tắc động mạch chủ bụng nói riêng, ngoài ra trong những trường hợp chọn lọc có thể điều trị với các thủ thuật nội mạch như nong và đặt stent.^[4,5,9]

Phẫu thuật cầu nối động mạch vẫn là phương pháp điều trị chính cho những trường hợp hẹp / tắc động mạch chủ với kết quả dài hạn rất tốt. Gần đây phẫu thuật cầu nối chủ bụng - đùi 2 bên cũng được thực hiện với nội soi ổ bụng.

Tại nước ta các nghiên cứu về tắc động mạch chủ còn khá ít, đa phần bệnh nhân vào viện trong giai đoạn muộn với các dấu hiệu thiếu dưỡng, hoặc hoại tử. Nhằm rút ra các đặc điểm của tắc động mạch chủ bụng mạn tính, phương pháp chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân bị tắc động mạch chủ chậu mạn tính được điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2004 tới tháng 01 năm 2014.

Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca. Toàn bộ bệnh nhân bị TĐMCCMT được đánh giá các yếu tố:

Tuổi, giới, trình độ hiểu biết, sự quan tâm tới bệnh tật.

Về chẩn đoán chúng tôi lưu ý tới triệu chứng khởi phát, thời gian bệnh, tần suất các triệu chứng thiếu máu nuôi mạn tính, đánh giá giai đoạn thiếu máu nuôi chi.

Chúng tôi xác định vị trí động mạch tắc dựa trên siêu âm Doppler mạch máu màu và/ hoặc CT scan bụng, X quang động mạch.

Về điều trị: phẫu thuật cầu nối chủ bụng chậu hoặc đùi 2 bên được chỉ định cho các trường hợp hẹp động mạch chủ bụng dưới động mạch thận > 1 cm, các trường hợp hẹp sát động mạch thận chúng tôi chỉ định phẫu thuật cầu nối chủ ngực đùi 2 bên. Cầu nối chủ hoặc chậu - đùi cho bệnh nhân hẹp 1 bên động mạch đùi. Cầu nối động mạch nách đùi 2 bên hoặc cầu nối chéo đùi- đùi được chỉ định cho những trường hợp có thể trạng kém. Nong và đặt stent động mạch cho bệnh nhân hẹp động mạch chủ chậu TASC A.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ: tỉ lệ tử vong, nguyên nhân tử vong.

Các biến chứng trong và sau mổ.

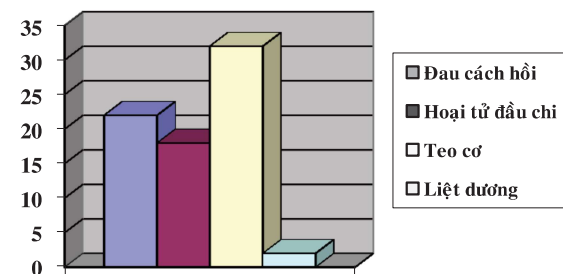
Đánh giá kết quả lâu dài: sự cải thiện tình trạng thiếu máu nuôi chi, Tỉ lệ hẹp/ tắc tái phát.

Số liệu

Tuổi và giới tính

Trong thời gian 10 năm từ 2004 - 2014 chúng tôi đã điều trị cho 46 bệnh nhân bị TĐMCCMT trong đó có 39 BN nam và 7 BN nữ, tuổi từ 32 đến 81.

Biểu hiện lâm sàng



Biểu đồ 1: Biểu hiện lâm sàng

Có tới 18 trường hợp vào viện với triệu chứng hoại tử đầu chi, 22 trường hợp vào viện ở giai đoạn đau cách hồi, có 6 bệnh nhân phát hiện tình cờ. 2 bệnh nhân có biểu hiện bất lực, 3 bệnh nhân teo cơ mông nặng.

Tất cả các trường hợp đều bị mất mạch bên 2 bên.

Cận lâm sàng

Siêu âm Doppler động mạch cho thấy có thương tổn xơ vữa tại động mạch chủ trong 18 trường hợp.

Multislice CT cho thấy kết quả chính xác vị trí và mức độ tắc trong tất cả các trường hợp.

X quang động mạch được thực hiện trong 15 trường hợp. Kết quả của siêu âm duplex, CT đa lớp cắt và X quang động mạch cho thấy phù hợp trong tất cả các trường hợp.

Chẩn đoán

Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh học. Có tới 2 BN bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác khi vào viện, trong đó 1 trường hợp chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán sau khi khởi phát triệu chứng đầu tiên trên 6 tháng.

Vị trí tắc động mạch

Bảng 1. Vị trí tắc động mạch.

Vị trí	Số lượng (%)
Đm chủ ngang đm thận	2 (4.3%)
Đm chủ dưới đm thận	7 (15.2%)
Đm chậu	37 (80.5%)

Chúng tôi xác định vị trí tắc động mạch dựa trên kết quả của X quang động mạch và chụp CT đa lớp cắt.

2 BN bị tắc động mạch chủ bụng ngang chỗ xuất phát động mạch thận,

5 BN tắc dưới chỗ xuất phát động mạch thận.

37 bệnh nhân hẹp động mạch chủ và tắc động mạch chậu

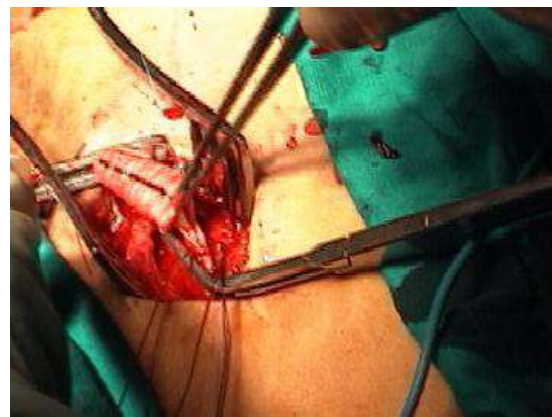
Nguyên nhân tắc động mạch

Chúng tôi xác định nguyên nhân tắc động mạch dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý thành động mạch lấy ra khi phẫu thuật.

42 trường hợp có nguyên nhân do xơ vữa, 4 trường hợp còn lại tắc động mạch do viêm xơ động mạch.

Điều trị

Cả 46 BN được điều trị phẫu thuật đều được mổ phục hồi lưu thông động mạch bằng phẫu thuật cầu nối động mạch.



Hình 1: Phẫu thuật cầu nối chủ ngực - đùi 2 bên

Bảng 2

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (%)
Cầu nối chủ ngực - đùi 2 bên	2 (4.3%)
Cầu nối động mạch chủ bụng - chậu 2 bên	2(4.3%)
Cầu nối động mạch chủ bụng - chậu 2 bên	5 (10.9%)
Cầu nối động mạch chậu - đùi	15 (34.8%)
Cầu nối động mạch nách - đùi	8 (17.4)
Cầu nối động mạch chéo bên đùi - đùi	4 (8.6)
Nong và/hoặc stent động mạch chậu.	10 (21.7)

Cầu nối chủ ngực 2 đùi được áp dụng cho 2 trường hợp, cầu nối chủ bụng 2 động mạch chậu cho 2 trường hợp, cầu nối động mạch chủ bụng 2 động mạch đùi cho 5 trường hợp.

Cầu nối ngoài giải phẫu nách - đùi 2 bên cho 8 trường hợp, cầu nối chéo bên đùi - đùi cho 4 bệnh nhân.

Nong và/hoặc đặt stent động mạch cho 10 bệnh nhân.

Kết quả

1 trong 46 BN tử vong chiếm tỉ lệ 2.2%.

Trong 45 BN được cứu sống với có 3 BN phải đoạn chi xa do hoại tử chi, tuy nhiên vùng hoại tử có giới hạn sau khi làm phẫu thuật cầu nối mạch máu.

2 trường hợp có bất lực trước mổ phục hồi khả năng sinh lý tốt.

Theo dõi sau mổ từ 5 tháng 11 năm có 1 trường hợp tử vong, 1 BN bị tắc miệng nối động mạch đùi sau 9 tháng phải phẫu thuật tái tạo miệng nối động mạch.

BÀN LUẬN

Mặc dù TĐMCBMT tương đối hiếm gặp nhưng gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đa phần tắc động mạch chủ xảy ra ở bệnh nhân nam trung niên.

Tắc động mạch chủ bụng thường có tổn thương động mạch chậu đùi với nhiều mức độ khác nhau, đa số các tác giả chia hẹp động mạch chủ thành 3 type: ^[2,3]

Type I tổn thương khu trú tại động mạch chủ bụng và động mạch chậu chung,

Type II tổn thương lan rộng tới động mạch chậu ngoài, nhưng không có tổn thương động mạch đùi.

Type III tổn thương toàn bộ hệ động mạch chi dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 7 trường hợp thuộc type III, kết quả này cũng tương

tự như các nghiên cứu khác như Brewter, Darling, Nguyễn Hoàng Bình, Trần Quyết Tiến. ^[1,2,3,8]

Xơ vữa động mạch vẫn là nguyên nhân chính của tắc động mạch chủ, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp tắc động mạch chủ xơ viêm xơ hóa động mạch chủ, 16 trường hợp còn lại có nguyên nhân xơ vữa.

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều nhập viện khi đã có triệu chứng lâm sàng, trong đó tới 10 trường hợp đã có dấu hiệu hoại tử đầu chi. Theo Brewter và Darling^[3] 90% các trường hợp bệnh lý tắc động mạch chủ chậu có triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

Chẩn đoán tắc động mạch chủ bụng thường không khó, đa số các trường hợp đều có thể được xác định chẩn đoán dựa trên lâm sàng, tuy nhiên để đánh giá chính xác thương tổn và chọn lựa phương pháp phẫu thuật thích hợp cần chụp X quang động mạch. Trong 1 - 2 thập niên gần đây các phương pháp chẩn đoán ít xâm lấn đã được sử dụng rộng rãi và cho thấy độ nhạy cảm và độ chuyên biệt cao trong chẩn đoán thương tổn động mạch chủ bụng.

Chúng tôi nhận thấy, siêu âm Duplex và CT đa lớp cắt có kết quả phù hợp với X quang động mạch trong tất cả các trường hợp trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tỉ lệ tắc động mạch chủ bụng cao khá thường gặp với 2/9 trường hợp tắc sát động mạch thận. Những trường hợp tắc cao này có tiên lượng xấu hơn nhiều so với các trường hợp chỉ tổn thương ở vùng chia đôi động mạch chủ chậu.

Về điều trị, cho tới nay phẫu thuật vẫn giữ một vị trí quan trọng, mặc dù các thủ thuật can thiệp nội mạch đã được áp dụng một cách rộng rãi. Theo Rholl và Breda^[1] khả năng can thiệp nội mạch thành công cho hẹp động mạch chủ lên tới 95%, và 20 % bị hẹp tái phát sau 5 năm. Tuy nhiên phương pháp nong và đặt stent động mạch chủ chỉ có thể áp dụng cho những trường hợp hẹp động mạch, những trường hợp tắc đoạn dài như trong

nghiên cứu của chúng tôi không còn chỉ định cho can thiệp nội mạch.

Tùy thuộc vị trí động mạch chủ tắc và thể trạng của bệnh nhân mà chúng ta chọn lựa phương pháp phẫu thuật thích hợp. Phẫu thuật cầu nối động mạch nách đùi là phương pháp được chọn cho những trường hợp thể trạng bệnh nhân kém có nguy cơ cao.^(7,9,10)

Phẫu thuật cầu nối động mạch chủ ngực - 2 động mạch đùi là phương pháp an toàn và hiệu quả cho những trường hợp tắc động mạch chủ cao ngang động mạch thận.^(12,13)

Những trường hợp tắc động mạch chủ dưới động mạch thận nên được làm cầu nối động mạch chủ chậu hoặc chủ đùi 2 bên. Ngày nay một số trung tâm đã tiến hành phẫu thuật cầu nối chủ bụng - đùi 2 bên qua nội soi ổ bụng.⁽¹⁴⁾

Kết quả điều trị của chúng tôi rất khả quan, tỉ lệ tử vong chung là 2.2%, và bệnh nhân tử vong do bệnh lý kết hợp. Các báo cáo cho thấy phẫu thuật cho tỉ lệ thành công cao 98% - 100% và tỉ lệ hẹp tái phát thấp 5 - 10 % sau 5 năm. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp hẹp miệng nối xa tái phát do tăng sinh nội mạc động mạch phải phẫu thuật tạo lại miệng nối mới.

KẾT LUẬN

TĐMCCMT vẫn còn là một bệnh lý khó xử trí, tỉ lệ bệnh nhân vào viện muộn với chi hoại tử còn cao. Chẩn đoán thường không khó, tuy nhiên cần đánh giá kỹ vị trí và tình trạng mạch máu ngoại biên trước khi chọn lựa phương pháp điều trị cho bệnh nhân.

Duplex và CT đa lớp cắt có độ nhạy và độ chuyên cao trong chẩn đoán tắc động mạch chủ bụng mạn tính.

Phẫu thuật cầu nối động mạch chủ - chậu hoặc chủ - đùi cho kết quả điều trị mỹ mãn cho bệnh nhân.

Những trường hợp hẹp động mạch đoạn ngắn can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên chi phí còn cao.

SUMMARY

aorto iliac artery stenosis: diagnosis and management

Background: Aorto iliac stenosis is a quite common disease, the main cause is atherosclerosis. Almost patient admit in late stage with ulceration or necrosis.

Aim: Evaluate the characteristics of aortoiliac artery stenosis, diagnostic methods and surgical therapy and its result.

Methods: Prospective research is performed to evaluate on age, gender, site and severity of aortoiliac artery stenosis. Multi sliced CT scanner and angiography are the main methods to diagnose. Thoracic aorto bifemoral bypass operation indicate for juxtarenal aortic occlusion, Abdominal aorto - bi femoral / biiliac bypass for infrarenal occlusion. Extra anatomic bypass were indicated for high risk patient. PTA and/or stenting for TASK A.

Results: There are 46 patients who have aortoiliac artery stenosis were treated in Thong nhat hospital during 10 years from 1/2004 to 1/2014. Mean age is 65.7 (range 32 - 81). Thirtynine of them are male. 2 cases have juxtarenal aortic occlusion and 8 patients have infrarenal aortic occlusion. Arteriosclerosis affect in 42 cases. Eighteen of them admitted with necrosis of their foot. Thoracic aorto bifemoral bypass operation is carried out in 2 cases, Abdominal aorto - bi femoral bypass in 5 and abdominal - biiliac bypass in 2 patients 10 cases underwent PTA and/or stenting. 15 cases underwent ilio femoral bypass. Extraanatomic bypass was performed in 12 cases.

One patient die due to acute myocardial infarction and amputation need in 3 patients.

Conclusion: Aortoiliac artery stenosis is more frequently day by day. Aorto bifemoral/ biiliac bypass is the safe and effective operation to treat.

Key words: Arterial occlusion. Aortoiliac artery, Arterial bypass, extraanatomic arterial bypass.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bình, Trần Quyết Tiến. Điều trị ngoại khoa tắc động mạch chủ bụng - động mạch chậu mạn tính. Y học TP. Hồ Chí Minh. 9 (phụ bản 1): 74 - 82, 2005.
2. Brewter DC. Direct reconstruction for aortoiliac occlusive disease. In *Vascular surgery* 6th Ed. Elsevier Saunder Inc. 2005 p. 1106 - 1136.
3. Brewter DC. Clinical and anatomic considerations for surgery in aortoiliac disease and results of the surgical treatment. *Circulation* 83(suppl I): I 42, 1991.
4. Elkouri S, Hudon G, Demers P et al. Early and long term results of percutaneous transluminal angioplasty of the lower abdominal aorta. *J Vasc Surg* 30: 679, 1999.
5. Hood DB, Hodgson KJ. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting for iliac artery occlusive disease. *Surg Clin North Am* 79: 575, 1999
6. Horowitz JD, Durham JR. Surgical management of aortoiliac occlusive disease. In *Vascular disease Interventional and surgical treatment*. Churchill Livingstone Inc. 1994 p. 466 - 478.
7. Jovanović M, Jovanović J, Rančić Z, Stanojević G, Milić D, Stojanović M. Revascularization of high-risk aortoiliac occlusion. *Medicine and Biology*. 2005, 12(1): 33 - 36.
8. Massoun H, Gunther HJ, Hohner E, Storz LW. : Das akute Leriche syndrom. *Angio* 1990, 12(2) : 37-42.
9. Pai M, Handa A, Hands L, Collin J. Femoro-femoral arterial bypass is an effective and durable treatment for symptomatic unilateral iliac artery occlusion. *Ann R Coll Surg Engl* 2003; 85: 88-90.
10. Passman MA, Taylor LM Jr., Moneta GL, Edwards JM, Yeager RA, McConnell DB, Porter JM. Axillofemoral and aortofemoral bypass for aortoiliac, *J Vasc Surg* 1998, 23(2): 263-71.
11. Rholl KS, Breda A. Percutaneous intervention for Aortoiliac disease. In *Vascular disease Interventional and surgical treatment*. Churchill Livingstone Inc. 1994 p. 433 - 466
12. Sankaya S, Aksoy E, Taşar M, Elibol A, Şişmanoğlu M, Fedakar A, Kırallı K. Thoracic aortofemoral artery bypass: an alternative procedure for initial treatment of critical aortoiliac occlusive disease. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2013;21(1):49-53.
13. Tadahiro Sasajima T, Inaba M, Azuma N, Akasaka N, Asada H, Uchida H, Sasajima Y, Goh K. Novel anastomotic method enables aortofemoral bypass for patients with porcelain aorta. *J Vasc Surg* 2002;35:1016-9.
14. Thaveau F, Dion YM, de Wailly GW, Dumont M, Laroche M. Early transient hydronephrosis after laparoscopic aortobifemoral bypass grafting. *J Vasc Surg* 2003;38:603-8.