

# Rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát sau phẫu thuật thay ống ghép động mạch chủ bụng

Phan Duy Kiên<sup>1,\*</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>1</sup>, Lê Kim Cao<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Long Hải<sup>1</sup>, Phan Quốc Hùng<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT:

**Đặt vấn đề:** Rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát là biến chứng nghiêm trọng sau phẫu thuật thay ống ghép điều trị phình động mạch chủ bụng, chẩn đoán và điều trị là thách thức đối với bác sĩ phẫu thuật mạch máu.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm bệnh nhân, kết quả điều trị của loạt ca lâm sàng được chẩn đoán rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát sau phẫu thuật thay ống ghép động mạch chủ bụng.

**Phương pháp:** Hồi cứu loạt ca bệnh.

**Kết quả:** Báo cáo 3 ca lâm sàng rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát vào viện vì xuất huyết tiêu hóa, được phẫu thuật tháo bỏ hoàn toàn ống ghép nhiễm trùng, phục hồi lỗ rò ruột, làm cầu nối ngoài giải phẫu (nách - đùi và đùi - đùi), kết quả có 1 bệnh nhân tử vong sớm sau mổ do tình trạng suy đa cơ quan, 2 bệnh nhân hậu phẫu diễn tiến ổn định và được xuất viện.

**Kết luận:** Rò ống động mạch chủ tiêu hóa thứ phát là biến chứng hiếm gặp, chẩn đoán và điều trị thường rất khó, phẫu thuật sớm tháo bỏ ống ghép, làm cầu nối ngoài giải phẫu là phương pháp hiệu quả, giúp giảm tỷ lệ tử vong.

**Từ khóa:** Rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát, nhiễm trùng ống ghép, phẫu thuật thay ống ghép động mạch chủ bụng.

## SECONDARY AORTO-ENTERIC FISTULA AFTER AORTIC ANEURYSM REPAIR

### ABSTRACT:

**Overview:** Secondary Aorto-enteric fistula (sAEF) is a serious complication after open abdominal aortic aneurysm (AAA) repair,

diagnosis and treatment are the sacraments for a vascular surgeons.

**Objectives:** Describe the patient's characteristics and treatment results of a series of clinical cases diagnosed with Secondary Aorto-enteric Fistula after surgery to open abdominal aortic aneurysm repair.

**Methods:** A clinical case series.

**Results:** Report on 3 clinical cases of Secondary Aorto-enteric Fistula admitted to the hospital due to gastrointestinal bleeding, underwent surgery to completely remove the graft infection, restore the intestinal fistula, perform extra-anatomic bypass (axillary-bifemoral), the results showed one patient died early postoperatively due to multiple organ failure, two patients had stable postoperative progress and were discharged.

**Conclusions:** Secondary Aorto-enteric Fistula is a rare complication, diagnosis and treatment are often very difficult, early surgery to remove the graft, performing extra-anatomic bypass is an effective method, helping to reduce the mortality rate.

**Keywords:** Secondary Aorto-enteric fistula (sAEF), graft infection, open abdominal aortic aneurysm (AAA) repair.

<sup>1</sup> Khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup> Bộ môn Phẫu thuật Tim - Lồng ngực - Mạch máu, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

\*Tác giả liên hệ: Phan Duy Kiên,

Email: bsphanduykien@gmail.com, Tel: 0907498679

Ngày gửi bài: 12/02/2024 Ngày chấp nhận đăng: 18/03/2024

## 1. Đặt vấn đề

Năm Rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát là một biến chứng hiếm gặp, xảy ra khoảng 0,3% - 1,6% trên bệnh nhân phình động mạch chủ bụng đã phẫu thuật thay động mạch chủ bụng bằng ống ghép nhân tạo, lỗ rò được tạo thành từ cơ chế ăn mòn do dính giữa ống ghép và đường tiêu hóa (1) (2). Hầu hết bệnh nhân tử vong nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trường hợp đầu tiên rò động mạch chủ - ống tiêu hóa được báo cáo bởi Brock vào năm 1953, ông đã mô tả sự liên quan giữa miệng nối gần của ống ghép đồng loại và tá tràng (3).

Tỷ lệ rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát tương đối thấp, tuy nhiên chẩn đoán và điều trị thường rất khó vì phải xử trí cùng lúc nhiều tổn thương chảy máu từ vỡ động mạch chủ, thủng ống tiêu hóa, nhiễm trùng ống ghép dẫn đến nhiễm trùng huyết, và tỷ lệ tử vong sớm sau mổ theo y văn từ 18% - 54% (2) (4) (5). Phẫu thuật tháo bỏ ống ghép nhiễm trùng, phục hồi ống tiêu hóa, sau đó làm cầu nối mạch máu ngoài giải phẫu được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn để điều trị rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát.

Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy hàng năm tiếp nhận và điều trị hàng trăm trường hợp phình động mạch chủ bụng, tuy nhiên biến chứng rò động mạch chủ - ống tiêu hóa hiếm gặp, tỷ lệ tử vong cao. Trong nghiên cứu này chúng tôi trình bày đặc điểm lâm sàng và kết quả 3 trường hợp rò động mạch chủ - ống tiêu hóa thứ phát được chẩn đoán và điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2023.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán rò động

mạch chủ - ống tiêu hóa, điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu loạt ca bệnh.

#### 2.2.2. Phương pháp thực hiện

Bệnh nhân trong nghiên cứu được thu thập các chỉ số thời gian phẫu thuật thay ống ghép phình động mạch chủ bụng đến nay, lý do vào viện, các đặc điểm tiền sử, đặc điểm lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, thời điểm phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, đặc điểm trong mổ, đặc điểm và biến chứng sau mổ.

## 3. Kết quả

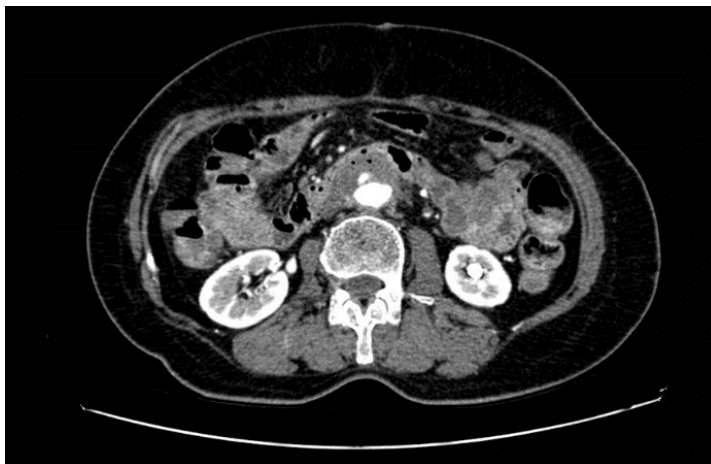
Từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023 chúng tôi tiếp nhận và xử trí 3 trường hợp rò động mạch chủ - ống tiêu hóa sau thay ống ghép động mạch chủ bụng nhân tạo được phẫu thuật lấy bỏ ống ghép, khâu lỗ thủng ống tiêu hóa, làm cầu nối nách – đùi 2 bên.

### Bệnh án 1

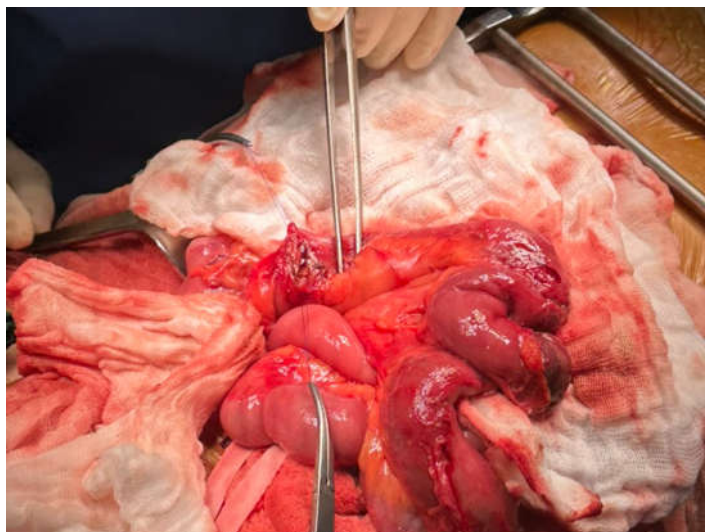
Bệnh nhân nữ 69 tuổi, vào viện ngày 16/05/2023 với lý do vào viện là nôn ra máu lượng nhiều, tiền sử bệnh nhân đã được phẫu thuật thay đoạn phình động mạch chủ bụng dưới thận cách nhập viện 1 năm. Lâm sàng: bệnh nhân tỉnh, niêm nhạt, không nôn ra máu hay tiêu phân đen, huyết áp 110/70 mmHg, bụng mềm, ấn đau quanh rốn. Cận lâm sàng: Hb 87g/L, Hct 26,9%, bạch cầu 8,78 G/L, CRP 80,8 mg/L. Hình ảnh trên CT Scan bụng ghi nhận dịch khí cạnh động mạch chủ bụng ngay miệng nối gần, có khối giả phình phía trước, theo dõi rò động mạch chủ - tá tràng (Hình 1). Bệnh nhân được nhập viện dùng kháng sinh điều trị, làm các xét nghiệm tiền phẫu

cần thiết, hội chẩn liên chuyên khoa và lên kế hoạch mổ chương trình vào ngày 24/05/2023. Phẫu thuật bóc lộ kẹp động mạch chủ bụng trên thận 15 phút, tháo bỏ toàn bộ ống ghép, khâu cột động mạch chủ bụng ngay dưới động mạch thận và động mạch chậu chung 2 bên, gỡ dính và khâu lỗ thủng đường kính 1cm ở đoạn tá tràng D4 (Hình 2), mở hồng tràng ra da nuôi ăn, sau đó làm cầu nối động mạch nách trái – động mạch đùi trái và cầu nối động mạch đùi trái – đùi phải. Tổng thời gian mổ khoảng 8 giờ, truyền 3 đơn vị hồng cầu lắng, bệnh nhân được rút nội khí quản sau mổ

3 giờ. Hậu phẫu diễn tiến ổn định, bụng mềm, 2 chân hồng ấm, mạch mu chân 2 bên bắt rõ, bệnh nhân tiếp tục được theo dõi, dùng kháng sinh điều trị và xuất viện sau mổ 2 tuần. Sau xuất viện 2 tháng bệnh nhân nhập viện lại vì khối phồng ngực – nách trái, chụp CT scan ghi nhận khối giả phình ngay miệng nối động mạch nách trái, bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu loại bỏ khối giả phình, lấy máu tụ, làm lại miệng nối động mạch nách trái, sau mổ diễn tiến ổn định và xuất viện sau 1 tuần.



**Hình 1: Khối giả phình và tụ dịch khí quanh ống ghép động mạch chủ bụng**

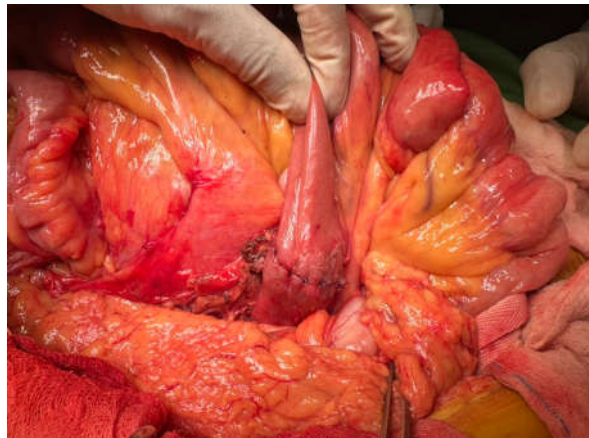


**Hình 2: Lỗ rò ở D4 tá tràng**

### Bệnh án 2

Bệnh nhân nữ 44 tuổi, vào viện ngày 07/06/2023, vào viện vì nôn ra máu nhiều lần và tiêu phân đen. Tiền sử bệnh nhân phẫu thuật thay đoạn phình động mạch chủ bụng bằng ống ghép nhân tạo năm 2013, phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa năm 2020. Lâm sàng ghi nhận: bệnh nhân tỉnh, niêm nhạt, còn tiêu phân đen lượng ít, huyết áp 100/70 mmHg, bụng mềm. Cận lâm sàng: Hb 75 g/L, bạch cầu 15,1 G/L, CT Scan ghi nhận: giả phình động mạch chủ bụng đoạn dưới động mạch thận, máu tụ quanh động mạch chủ bụng, tắc động mạch chậu chung phải. Bệnh nhân được nhập viện làm các xét nghiệm tiền phẫu, chỉ

định mổ chương trình ngày 20/06/2023. Phẫu thuật gỡ dính các quai ruột, kẹp động mạch chủ bụng dưới chân hoành, tháo bỏ toàn bộ ống ghép, khâu cột động mạch chủ bụng và động mạch chậu chung 2 bên, cắt nối tận tận tá tràng đoạn D3 (Hình 3), làm cầu nối động mạch nách trái – đùi trái, cầu nối đùi trái – đùi phải, trong mổ do mô xơ dính bóc tách làm rách thành bên niệu quản phải nên đã khâu lại thành bên niệu quản, đặt sonde JJ. Hậu phẫu bệnh nhân diễn tiến ổn định, mạch mu chân 2 bên rõ, bụng mềm, được rút nội khí quản sau 5 giờ và xuất viện sau 7 ngày. Bệnh nhân tái khám thời điểm 3 tháng, 6 tháng hoàn toàn ổn định.



**Hình 3: Đoạn lỗ rò D3 tá tràng đã được cắt khâu nối ruột**

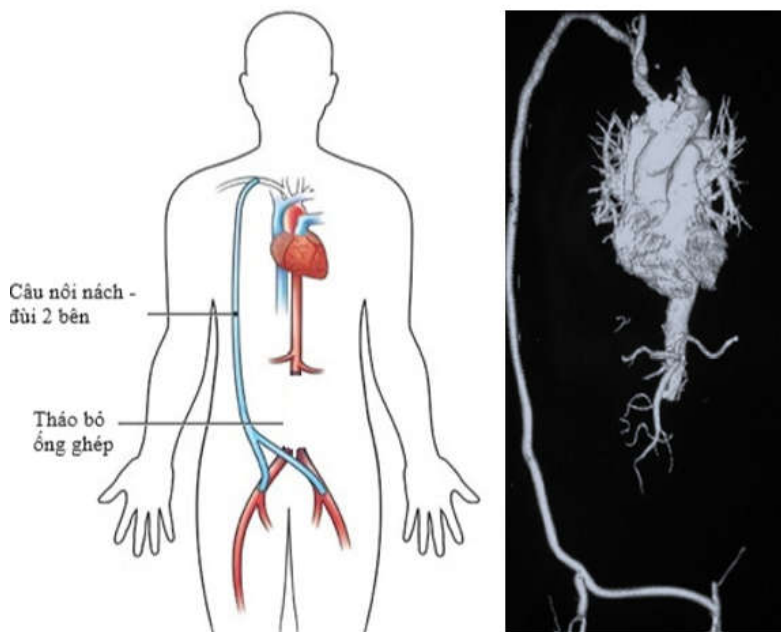
### Bệnh án 3

Bệnh nhân nam 53 tuổi, vào viện ngày 29/05/2023 vì tiêu ra máu đỏ tươi lượng nhiều. Tiền sử bệnh nhân phình động mạch chậu, đùi 2 bên đã phẫu thuật làm cầu nối chủ bụng – đùi nông 2 bên khoảng 3 năm. Lâm sàng ghi nhận bệnh nhân tỉnh, niêm nhạt, huyết áp 90/60mmHg, tiêu phân máu đỏ tươi, bụng ấn đau hạ vị. CT scan lúc vào viện ghi nhận giả phình động mạch chủ bụng ngay chỗ chia, tắc động mạch chậu đùi trái. Bệnh nhân được nhập viện làm các xét nghiệm tiền phẫu, nội soi thực quản – dạ dày – tá

tràng, nội soi đại trực tràng không ghi nhận tổn thương tuy nhiên xuất huyết tiêu hóa dưới diễn tiến từng đợt không giảm, CT Scan bụng chậu lần 2 ngày 06/06/2023 ghi nhận: túi giả phình ngay chỗ chia động mạch chủ chậu, tắc ống ghép động mạch chậu đùi trái, đoạn cuối hồi tràng thành mất liên tục theo dõi rò động mạch chủ - hồi tràng. Bệnh nhân được phẫu thuật vào ngày 16/06/2023, tháo bỏ toàn bộ ống ghép, khâu cột động mạch chủ bụng, khâu lỗ rò hồi tràng, làm cầu nối động mạch nách phải – đùi nông phải. Sau mổ huyết động bệnh nhân không ổn định, suy đa tạng, chân

trái có dấu hiệu thiếu máu nặng được chỉ định phẫu thuật lại thám sát và làm cầu nối đùi phải – đùi trái. Tuy nhiên khi thám sát chân phải đã hoại tử nên được chỉ định cắt cụt đùi trái. Sau mổ tình

trạng suy đa tạng không cải thiện, choáng nhiễm trùng nhiễm độc, bệnh nhân tử vong vào ngày hậu phẫu thứ 1.



**Hình 4: Tháo bỏ ống ghép và làm cầu nối ngoài giải phẫu**

#### 4. Bàn luận

Rò động mạch chủ - tiêu hóa là bệnh lý hiếm gặp, được chia làm 2 loại là rò động mạch chủ - tiêu hóa nguyên phát và rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát. Rò động mạch chủ - tiêu hóa nguyên phát thường xảy ra trong bệnh cảnh phình động mạch chủ, nhiễm trùng động mạch chủ, hoặc dị vật đường tiêu hóa gây thủng động mạch chủ trong khi rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát là một biến chứng hiếm gặp và có tỷ lệ tử vong cao sau phẫu thuật thay đoạn phình động mạch chủ bằng ống ghép. Cơ chế bệnh sinh của lỗ rò không đơn lẻ, có nhiều cách giải thích khác nhau đã được đưa ra. Nhiễm trùng tại chỗ, tổn thương ruột trực tiếp (thường là tá tràng) trong quá trình phẫu thuật bóc tách, tổn thương ruột do giả phình mạch hoặc chỉ khâu, và sự tiếp xúc xơ dính giữa mảnh ghép và

ruột dẫn đến tổn thương ăn mòn lặp đi lặp lại theo nhịp đập của mạch. Điều này có nghĩa là việc thao tác phẫu thuật tỉ mỉ là rất quan trọng để tránh làm tổn thương ruột, tá tràng đặc biệt dễ bị tổn thương vì lý do giải phẫu. Hơn nữa, điều quan trọng là phải che phủ phần mảnh ghép càng nhiều càng tốt để tránh tiếp xúc trực tiếp với ruột. Biến chứng này cũng có thể xảy ra sau khi điều trị phình động mạch chủ bằng ống ghép nội mạch, do áp lực hoặc sự ăn mòn từ ống ghép nội mạch hoặc do phình động mạch giãn nở trong trường hợp rò nội mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 3 trường hợp lâm sàng đều có tiền căn phẫu thuật thay động mạch chủ bụng bằng ống ghép nhân tạo trước đó, thời gian dài nhất là 10 năm, ngắn nhất là 1 năm.

Triệu chứng lâm sàng của rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát thường là xuất huyết tiêu hóa

(69,7%), dấu hiệu nhiễm trùng (45,5%), đau bụng (21%), đau lưng (6%),.. (6, 7). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân vào viện vì nôn ra máu đỏ tươi, 1 bệnh nhân đi tiêu ra máu, cả 3 trường hợp điều có triệu chứng đau bụng, các dấu hiệu nhiễm trùng không thể hiện rõ ràng trên lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng rất quan trọng để chẩn đoán rò động mạch chủ - tiêu hóa bởi chưa có phương thức chẩn đoán hình ảnh nào mô tả bệnh lý này với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ở những bệnh nhân đã phẫu thuật động mạch chủ bụng, phải nghĩ ngay đến rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát khi có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa lượng nhiều vì tỷ lệ tử vong bệnh lý này rất cao, sau đó các cận lâm sàng hình ảnh học là nội soi tiêu hóa và chụp CT scan có thể thực hiện. Nội soi tiêu hóa thường không thấy được tổn thương xuất huyết trực tiếp vì rò động mạch chủ - tiêu hóa thường xuất huyết từng đợt. Dấu hiệu được gợi ý nhiều nhất trên CT scan là hình ảnh giả phình động mạch chủ, tụ máu xung quanh và mất ranh giới giữa ruột với khối phình/ống ghép. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu giả phình động mạch chủ có ở cả 3 trường hợp, 2 bệnh nhân có giả phình động mạch chủ bụng ngay miệng nối gần sát thân, 1 bệnh nhân có hình ảnh giả phình động mạch chủ ngay chỗ chia và cũng là ngay vị trí miệng nối gần xác định trong khi phẫu thuật tháo bỏ ống ghép.

Điều trị phẫu thuật là chỉ định bắt buộc khi chẩn đoán rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát, các mục tiêu chính của phẫu thuật là: xác định chẩn đoán, cầm máu, loại bỏ ống ghép, phục hồi ống tiêu hóa, phục hồi lưu thông mạch máu. Phương pháp phẫu thuật truyền thống bao gồm tháo bỏ hoàn toàn ống ghép, phục hồi ruột và làm cầu nối ngoài giải phẫu. Nhiều tác giả sử dụng phương pháp thay lại ống ghép, tuy nhiên tỷ lệ tử vong của phương pháp

này rất cao do nhiễm trùng, bực miệng nối sau mổ (8). Can thiệp nội mạch gần đây cũng được dùng trong điều trị rò động mạch chủ - tiêu hóa, tuy nhiên đây chỉ là phương pháp tạm thời để cầm máu, ổn định huyết động trước khi được phẫu thuật xử trí triệt để tháo bỏ ống ghép và phục hồi lưu thông mạch máu.

Một nghiên cứu phân tích gộp trên 332 bài báo và 1135 bệnh nhân rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát chỉ ra rằng tất cả các loại phẫu thuật liên quan đến động mạch chủ và các nhánh của nó đều có thể dẫn đến biến chứng rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát, bao gồm cả can thiệp nội mạch. Sự hình thành và phát triển của lỗ rò có thể xảy ra bất cứ lúc nào sau phẫu thuật thay ống ghép, thời gian chậm nhất là 26 năm. Xuất huyết tiêu hóa là triệu chứng nổi bật với hơn một nửa số bệnh nhân, các dấu hiệu nhiễm trùng xuất hiện ở khoảng một phần tư bệnh nhân. Sự chậm trễ trong chẩn đoán là điển hình trong các nghiên cứu, mặc dù giảm dần theo thời gian. Phẫu thuật bắc cầu động mạch nách - đùi sau đó tháo bỏ ống ghép có tỷ lệ tử vong thấp nhất (31%), phẫu thuật tháo bỏ ống ghép sau đó làm cầu nối động mạch nách - đùi (51%), tháo bỏ ống ghép và thay ống ghép mới (47%), khâu phục hồi ống ghép (95%), điều trị không phẫu thuật (100%) (7). Nghiên cứu của Munetaka Hashimoto trên 10 bệnh nhân rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát được điều trị bằng phẫu thuật tháo bỏ ống ghép và thay lại ống ghép nhân tạo, thời gian theo dõi trung bình 51,9 tháng, tỷ lệ tử vong sớm sau mổ là 20%, tỷ lệ sống còn sau 5 năm là 53% (9). Batt (2011) nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên 37 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình là 41 tháng, cầu nối ngoài giải phẫu được thực hiện cho 9 bệnh nhân (24%), thay lại ống ghép cho 25 bệnh nhân (68%) và 3 bệnh nhân được can thiệp nội mạch. Cây vi sinh

học âm tính ở 3 bệnh nhân (9%). Các vi khuẩn được xác định thường gặp nhất là *Candida* và *Escherichia coli*. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 43% (16 bệnh nhân). Độ tuổi của bệnh nhân (> 75 tuổi) là yếu tố dự đoán duy nhất liên quan đến tử vong sau phẫu thuật ( $p = 0,02$ ); choáng trước phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,08$ ). Có 2 trường hợp tắc ống ghép và 1 trường hợp cắt cụt đuôi. Tỷ lệ tái thông nguyên phát của ống ghép là 89% sau 1 năm và 86% sau 5 năm; tỷ lệ bảo tồn chi là 100% sau 1 và 5 năm và 86% sau 6 năm, không có sự khác biệt giữa nhóm thay lại ống ghép và cầu nối ngoài giải phẫu. Nhiễm trùng lại ống ghép xảy ra sau  $9,3 \pm 13$  tháng ở 8 trên 17 bệnh nhân sống sót và gây tử vong trong tất cả các trường hợp. Đối với tất cả các bệnh nhân sống sót, tỷ lệ nhiễm trùng lại ống ghép sau 1 và 2 năm lần lượt là 24% và 41%. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ nhiễm trùng lại ống ghép giữa 2 nhóm thay lại ống ghép và cầu nối ngoài giải phẫu (10). Trong nghiên cứu của chúng tôi cả 3 bệnh nhân đều được phẫu thuật tháo bỏ ống ghép, phục hồi thành ruột, làm cầu nối động mạch nách – đuôi 2 bên. Ưu điểm của phương pháp này so với thay lại ống ghép vì đây là cầu nối ngoài giải phẫu, tránh được ổ nhiễm trùng từ ống ghép cũ, tuy nhiên chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân nhập viện lại vì giả phình miệng nối động mạch nách sau 1 tháng. Phẫu thuật tháo bỏ ống ghép và làm cầu nối ngoài giải phẫu trong cùng một cuộc mổ nên có thể xảy ra sự lây nhiễm từ ống ghép cũ, vì vậy cần phải đảm bảo vô trùng đặc biệt là từ dụng cụ trong mổ. Kinh nghiệm của chúng tôi sau bệnh nhân 1 là sử dụng 2 bộ dụng cụ riêng biệt, sát trùng và trải khăn vô khuẩn lại sau đóng bụng để làm cầu nối động mạch nách – đuôi. Kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo sử dụng ít nhất 6 – 8 tuần, nhất là có bằng chứng của nhiễm trùng. Nên tiến hành ăn sau phẫu thuật khi có bằng chứng về sự phục hồi của

lưu thông tiêu hóa. Để nuôi dưỡng sớm, tốt nhất là mở hồng tràng ra da nuôi ăn. Nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng và cộng sự năm 2015 tại Bệnh viện Việt Đức ghi nhận 3 trường hợp rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát, cả 3 trường hợp đều không được chẩn đoán chính xác ngay khi vào viện, mặc dù đã được điều trị phẫu thuật song chỉ có 1 bệnh nhân ra viện trong tình trạng sức khỏe ổn định (11). Điều này cho thấy đây là một biến chứng hiếm gặp và tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Trong những năm gần đây, việc can thiệp nội mạch để điều trị rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát đã được báo cáo như là một phương pháp thay thế cho mổ mở. Kakkos (2016) nghiên cứu phân tích gộp trên 823 bệnh nhân dò động mạch chủ - tiêu hóa, với 58 trường hợp can thiệp nội mạch, phẫu thuật mở có tỷ lệ tử vong tại bệnh viện cao hơn (246/725, 33,9%) so với phương pháp can thiệp nội mạch (7/98, 7,1%,  $p < 0,001$ , OR 6,7, KTC 95% 3–14,7), tuy nhiên kết quả sau 2 năm cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng huyết của can thiệp nội mạch rất cao chiếm 42% so với mổ mở 19%, tỷ lệ tử vong dài hạn sau khi loại bỏ mảnh ghép và làm cầu nối ngoài giải phẫu là 33/131 (25,2%), ghép mảnh ghép đồng loài 12/98 (12,2%), mảnh ghép nhân tạo 3/26 (11,5%), can thiệp nội mạch 30/72 (41,7%) (5). Phương pháp điều trị này hữu ích trong trường hợp phẫu thuật không khả thi vì lý do giải phẫu, ví dụ ở bệnh nhân đã trải qua xạ trị dẫn đến xơ hóa sau phúc mạc lan tỏa, hoặc ở bệnh nhân huyết động không ổn định, có chống chỉ định phẫu thuật lớn. Tuy nhiên, do rủi ro nhiễm trùng cao và yêu cầu phải giải quyết các tổn thương ở ruột, việc mổ hở để loại bỏ ống ghép, xử lý rò ở ruột và khôi phục lưu thông mạch máu nên là lựa chọn tối ưu. Trong khi đó, can thiệp nội mạch có thể được áp dụng như

một giải pháp tạm thời trước khi phẫu thuật, đặc biệt nếu bệnh nhân đang mắc nhiễm trùng huyết hoặc các biến chứng nhiễm trùng khác, để ngăn chặn chảy máu và làm giảm các triệu chứng.

### 5. Kết luận

Rò ống động mạch chủ tiêu hóa thứ phát là biến chứng hiếm gặp, chẩn đoán và điều trị thường rất khó, tỷ lệ tử vong cao. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, phẫu thuật sớm tháo bỏ ống ghép, phục hồi lỗ rò ruột, làm cầu nối ngoài giải phẫu là phương pháp hiệu quả, khả thi để điều trị rò động mạch chủ - tiêu hóa thứ phát. Tuy nhiên hạn chế của nghiên cứu này là thời gian theo dõi bệnh nhân chỉ 6 tháng, cần có thêm nghiên cứu theo dõi trung hạn và dài hạn để đánh giá tình trạng nhiễm trùng lại, tỷ lệ tái thông nguyên phát, tỷ lệ tử vong.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hallett JW, Jr., Marshall DM, Petterson TM, Gray DT, Bower TC, Cherry KJ, Jr., et al. Graft-related complications after abdominal aortic aneurysm repair: reassurance from a 36-year population-based experience. *J Vasc Surg.* 1997;25(2):277-84; discussion 85-6.
- O'Hara PJ, Hertzner NR, Beven EG, Krajewski LP. Surgical management of infected abdominal aortic grafts: review of a 25-year experience. *J Vasc Surg.* 1986;3(5):725-31.
- Brock RC. Aortic homografting; a report of six successful cases. *Guys Hosp Rep.* 1953;102(3):204-28.
- Baril DT, Carroccio A, Ellozy SH, Palchik E, Sachdev U, Jacobs TS, Marin ML. Evolving strategies for the treatment of aortoenteric fistulas. *J Vasc Surg.* 2006;44(2):250-7.
- Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, Bergqvist D, Hellenic Co-operative Group on Aortic S. Editor's Choice - Management of Secondary Aorto-enteric and Other Abdominal Arterio-enteric Fistulas: A Review and Pooled Data Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;52(6):770-86.
- Kuestner LM, Reilly LM, Jicha DL, Ehrenfeld WK, Goldstone J, Stoney RJ. Secondary aortoenteric fistula: contemporary outcome with use of extraanatomic bypass and infected graft excision. *J Vasc Surg.* 1995;21(2):184-95; discussion 95-6.
- Bergqvist D, Bjorck M. Secondary arterioenteric fistulation--a systematic literature analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;37(1):31-42.
- Goshtasby P, Henriksen D, Lynd C, Fielding LP. Recurrent aortoenteric fistula: case report and review. *Curr Surg.* 2005;62(6):638-43.
- Hashimoto M, Goto H, Akamatsu D, Shimizu T, Tsuchida K, Kawamura K, et al. Long-Term Outcomes of Surgical Treatment with In Situ Graft Reconstruction for Secondary Aorto-Enteric Fistula. *Ann Vasc Dis.* 2016;9(3):173-9.
- Batt M, Jean-Baptiste E, O'Connor S, Saint-Lebes B, Feugier P, Patra P, et al. Early and late results of contemporary management of 37 secondary aortoenteric fistulae. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011;41(6): 748-57.
- Hung ĐQ, Thắng ND, Dự PG, Hiền DT. Rò động mạch chủ - đường tiêu hóa. *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam.* 2016(75): 28 – 37.