

Báo cáo trường hợp điều trị thành công phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch cấp cứu ở bệnh nhân 101 tuổi

Đoàn Quốc Hưng^{1,3}, Dương Đức Hùng², Phạm Tiến Quân², Phạm Hữu Lư^{2,3}, Hoàng Trọng Hải², Nguyễn Tùng Sơn², Không Tiến Bình², Nguyễn Xuân Vinh², Nguyễn Thu Hà², Trần Đăng Thanh², Phạm Vũ Đăng Minh³, Dương Ngọc Thắng^{2*}

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công phình động mạch chủ bụng sát chỗ chia động mạch thận ở một bệnh nhân nam 101 tuổi bằng phương pháp can thiệp nội mạch cấp cứu. Đây cũng là một trong số ít những trường hợp cao tuổi nhất được báo cáo trong y văn thế giới. Qua bệnh nhân này, chúng tôi chia sẻ kinh nghiệm điều trị, theo dõi trước, trong và sau can thiệp cũng như khẳng định vai trò và tính an toàn của phương pháp can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân trên 100 tuổi.

Từ khóa: Phình động mạch chủ bụng, 100 tuổi, EVAR

REPORT OF A SUCCESSFUL EMERGENCY ENDOVASCULAR ABDOMINAL ANEURYSM REPAIR IN A 101 YEARS-OLD PATIENT

ABSTRACT

We report successful endovascular treatment case of a juxta - renal abdominal aortic aneurysm (AAA) in a 101-year-old male. This is also one of the oldest cases reported in the literature. Through this case, we share our experience in pre-, peri- and post-operative treatment and surveillance as well as confirm the role and safety of endovascular treatment on a centenarian with AAA.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm, centenarian, EVAR

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, trường hợp cao tuổi nhất được phẫu thuật điều trị phình ĐMCB là một bệnh nhân 101 tuổi. Trong y văn thế giới, chỉ có một vài báo cáo về các trường hợp trên 100 tuổi được điều trị phình ĐMCB bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch. Tại Việt Nam chưa có bất kỳ báo cáo nào đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cơ sở ngoại khoa lớn với số lượng phẫu thuật và can thiệp bệnh động mạch chủ nói chung và động mạch chủ bụng nói riêng với số lượng lớn nhất khu vực phía Bắc. Vì vậy chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân 101 tuổi được can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB thành công. Qua đó đề xuất chỉ định điều trị, tổng kết các ưu nhược điểm của kỹ thuật điều trị ở nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 101 tuổi, là giáo sư y khoa, có tiền sử phẫu thuật cắt ruột thừa, viêm tụy mạn, ung thư tiền liệt tuyến, thiếu máu mạn tính, tăng

¹Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Dương Ngọc Thắng

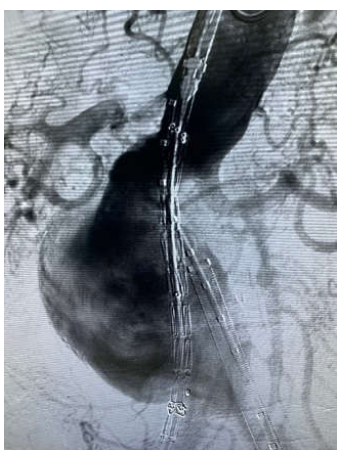
Email: ngocthang244@gmail.com - Tel. 0973318820

Ngày nhận bài: 18/02/2025 Ngày sửa bài:

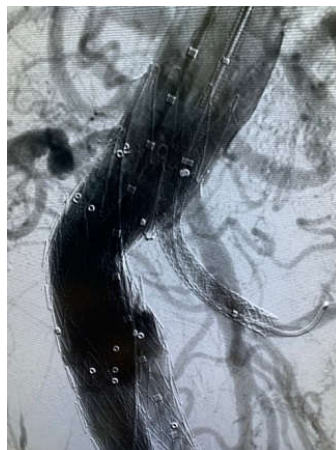
Ngày chấp nhận đăng: Ngày 14/03/2025

huyết áp nhập viện vì đau bụng quanh rốn cách vào viện một tuần. Bệnh nhân đã được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng bằng phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) với đường kính khối tối đa 40mm từ 3 năm trước, nhưng không theo dõi thường xuyên do ảnh hưởng 2 năm đại dịch Covid 19. CTA tại thời điểm vào viện tháng 1/2024 cho kết quả phình hình thoi động mạch chủ bụng dưới động mạch thận trái 13mm trên đoạn dài 72mm kéo dài đến chạc ba chủ chậu, đường kính ngang khối phình tối đa là 66mm (người bệnh cân nặng 40kg), đường kính cổ trên khoảng 14mm, đường kính cổ dưới khoảng

15mm, thành túi phồng rất mỏng nhưng chưa thấy có thâm nhiễm hay thoát thuốc cản quang ra ngoài động mạch chủ. Động mạch chậu hai bên giãn và vôi hóa với đường kính 17mm ở bên trái và 16mm ở bên phải. Tầm soát toàn thân cho thấy tổn thương kích thước 18*12*10mm ở thùy trên phổi phải, bờ không đều, có tua gai, nghi ngờ tổn thương u phổi. Hội chẩn đa chuyên khoa, bệnh nhân được chỉ định điều trị phình động mạch chủ bụng cấp cứu ngay trong đêm bằng phương pháp can thiệp nội mạch sử dụng hệ thống stent graft Endurant, vô cảm tại chỗ kết hợp mê toàn thân ngắt quãng, không đặt nội khí quản.



(A)



(B)

Hình 1. Khối PĐMCB trước can thiệp (A) và sau can thiệp đặt Stent DMC và ĐM thận trái (B)

Bệnh nhân được can thiệp cấp cứu giờ thứ 06 sau khi nhập viện. Phương pháp vô cảm là gây mê tĩnh mạch và gây tê tại chỗ rạch da bẹn 2 bên để bộc lộ động mạch đùi chung. Sau khi rạch da, 2 sheath 12F đã được đưa vào từ động mạch đùi chung hai bên. Tiếp theo, Pigtail và dây Terumo được đưa vào động mạch đùi chung bên trái lên động mạch chủ bụng trên thận, chụp kiểm tra và chẩn đoán tổn thương là phình động mạch chủ bụng dưới thận, kích thước 60*60mm kèm theo nhiều mảng xơ vữa động mạch ở ngã ba chủ

chậu, có ít huyết khối trong lòng. Bắt đầu thả thân chính Stent Endurant IIs kích thước 23*14*14*103mm từ động mạch đùi chung phải vào vị trí dưới động mạch thận trái. Đưa Pigtail, JR4 5F và Terumo wire từ động mạch đùi chung trái vào động mạch chậu gốc trái. Thả thêm chân phụ Stent Endurant IIs kích thước 16*16*124mm vào động mạch chậu gốc trái và kích thước 16*16*93mm vào động mạch chậu gốc phải. Chụp lại kiểm tra phát hiện Endoleak type IA vị trí cung ngoài bên phải nên bệnh nhân được chỉ

định thực hiện Chimney động mạch thận trái. Long sheath, JR 5F và Amplatz wire được đưa vào động mạch thận trái qua động mạch cánh tay trái, đưa Cover Stent Bentley 6*57mm vào vị trí đã chọn, thả CUFF 23*23*49mm dưới động mạch thận phải và nong bóng Cover Stent động mạch thận trái bằng bóng Kissing balloon 2 lần. Chụp kiểm tra stent Graft, động mạch thận trái và động mạch chậu gốc 2 bên thông tốt, động mạch chậu trong 2 bên kín. Quá trình rút dụng cụ dẫn đường khỏi các động mạch đùi thuận lợi, nhưng ở vị trí động mạch cánh tay trái, do kích thước dụng cụ dẫn đường quá lớn so với động mạch, thời gian can thiệp kéo dài và việc tái sử dụng dụng cụ can thiệp (do khó khăn không đủ đồ mới), nên vô catheter đã mắc lại, buộc phải mở rộng động mạch cánh tay trái, lấy huyết khối trong lòng mạch và tháo dụng cụ. Tổng thời gian can thiệp gần 4 giờ, đã sử dụng 4000 UI Heparin không phân đoạn và 200ml thuốc cản quang. Sau can thiệp bệnh nhân được theo dõi tiếp tại đơn vị hồi sức tim mạch. Ngày thứ nhất sau can thiệp, bệnh nhân xuất hiện tình trạng suy thận cấp với Creatinin tăng từ 69 tới 117 $\mu\text{mol/l}$ kèm theo giảm hồng cầu và tiểu cầu. Sau khi điều trị tích cực tình trạng suy thận cấp và truyền khối hồng cầu, khối tiểu cầu, các chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân đã trở về ngưỡng bình thường và ổn định. Các vết mổ Scarpa và khuỷu tay liền tốt. Kiểm tra siêu âm túi phình ĐMC đã được loại trừ, 2 động mạch thận và mạch chi trên, chi dưới thông tốt. Bệnh nhân được ra viện sau 7 ngày điều trị. Kiểm tra định kỳ và sau can thiệp 11 tháng kết quả tốt (12/2024).

BÀN LUẬN

Tỉ lệ mắc PĐMCB có xu hướng giảm trong vòng 20 năm trở lại đây do các thay đổi chính sách và nhận thức của người dân về tác hại của thuốc lá, cũng như khả năng kiểm soát tốt huyết

áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch bằng việc sử dụng rộng rãi các thuốc thuộc nhóm statin và ức chế ngưng tập tiểu cầu¹. Phình động mạch chủ bụng ít gặp ở bệnh nhân trong khoảng 55-60 tuổi tuy nhiên tỉ lệ mắc sẽ tăng nhanh theo tuổi. Theo thống kê toàn cầu, năm 2010, tỉ lệ mắc vào khoảng 2.423 ca trên 100.000². Dân số Việt Nam thống kê năm 2023 theo dữ liệu của tổng cục thống kê là 100,3 triệu người trong đó nhóm dân số từ 60 tuổi trở lên chiếm 13,9% (tăng nhanh so với năm 2019 là 11,9%) và có khoảng 20.000 người trên 100 tuổi³. Như vậy có thể ước tính được số bệnh nhân trên 100 tuổi mắc PĐMCB ở Việt Nam vào khoảng 500 bệnh nhân. Đây là một con số không nhỏ nhưng ít nhận được sự quan tâm của cộng đồng lẫn hệ thống y tế do nhiều yếu tố như điều kiện kinh tế, chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cũng như kỳ vọng sống thêm rất ngắn sau tuổi 100. Tổng kết y văn tính đến năm 2020, theo Sheikh và cộng sự⁴ chỉ có 8 báo cáo tổng kết kết quả điều trị PĐMCB bằng can thiệp nội mạch ở bệnh nhân trên 90 tuổi với tổng số 150 bệnh nhân. Các nghiên cứu ở bệnh nhân trên 100 tuổi chỉ là các báo cáo ca lâm sàng.

Những bệnh nhân từ 100 tuổi trở lên mắc phình động mạch chủ bụng đặt ra một vấn đề lớn đối với việc lựa chọn cách thức điều trị và điều trị sau phẫu thuật – can thiệp. Theo nghiên cứu của Bae và cộng sự⁵, kỳ vọng sống thêm ở nam giới 100 tuổi là 2,42 năm, với tỉ lệ tử vong khoảng 30%/năm. Thêm vào đó tỉ lệ vỡ của khối phình có kích thước 60-69 mm là 10,2% trong 1 năm⁶. Bệnh nhân của chúng tôi có cân nặng 40kg, BMI 17,5 kg/m^2 đồng nghĩa với nguy cơ vỡ của khối phình sẽ cao hơn mức trung bình. Như vậy nếu không can thiệp, khả năng tử vong của bệnh nhân là gần như chắc chắn.

Kích thước khối phình tăng nhanh cũng là một trong những chỉ định can thiệp. Theo khuyến

cáo của hội phẫu thuật mạch máu châu Âu⁷, những bệnh nhân có kích thước khối phình tăng $\geq 10\text{mm}$ / năm có chỉ định điều trị. Trong khi đó, bệnh nhân của chúng tôi có kích thước khối phình tăng 26mm trong 3 năm và cũng không được theo dõi thường xuyên, lý do khách quan do vương đại dịch Covid 19. Có thể thấy, ngay cả khi được điều trị nội khoa và dự phòng các yếu tố nguy cơ tối ưu (bệnh nhân là giáo sư y khoa), những bệnh nhân đã phát hiện PĐMCB vẫn cần được theo dõi sát sao định kỳ, theo khuyến cáo đối với khối phình có kích thước 40-49mm là hàng năm và khối phình từ 50mm trở lên là 6 tháng / lần ở nam giới. Chúng tôi cũng nhấn mạnh rằng, ở những bệnh nhân trên 80 tuổi, việc quyết định lựa chọn điều trị phải là sự thống nhất giữa bệnh nhân, gia đình người bệnh, phẫu thuật viên, nhà can thiệp mạch và các nhà nội khoa. Đồng thời cũng phải là sự cân nhắc tổng thể giữa lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật/can thiệp nội mạch mang lại, mức độ bệnh nền phối hợp và kỳ vọng sống thêm của người bệnh.

Bệnh nhân của chúng tôi ngoài yếu tố nguy cơ là tuổi rất cao, chúng tôi chưa có kinh nghiệm điều trị bệnh nhân mắc PĐMCB ở nhóm tuổi này, còn có nhiều bệnh lý phối hợp trong đó có cả ung thư (tuyến tiền liệt, nghi ngờ phổi). Các yếu tố này đều làm giảm kỳ vọng sống thêm của bệnh nhân. Mặc dù theo báo cáo của Paolini và cộng sự⁸ so sánh kết quả dài hạn của phẫu thuật và can thiệp nội mạch ở 150 bệnh nhân PĐMCB trên 80 tuổi, không có sự khác biệt giữa thời gian sống thêm: 317 tuần ở nhóm phẫu thuật, 350 tuần ở nhóm can thiệp nội mạch; cũng như tỉ lệ tử vong sau 1, 3 và 5 năm ở nhóm can thiệp nội mạch là 12%, 18% và 15%, ở nhóm phẫu thuật tương ứng là 17%, 19% và 28%. Thêm vào đó có một số

nghiên cứu báo cáo về phẫu thuật ở bệnh nhân PĐMCB trên 100 tuổi⁹, tuy nhiên bệnh nhân trong báo cáo này không có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp, thể trạng còn tốt, được phẫu thuật có chuẩn bị. Trong khi đó bệnh nhân của chúng tôi chỉ nặng 40kg, BMI 17,5 kg/m² thể trạng suy kiệt mặc dù vẫn có thể thực hiện các sinh hoạt hàng ngày. Chúng tôi nhận thấy nếu lựa chọn phẫu thuật ở bệnh nhân này thì tiên lượng rất xấu, khả năng nhìn thấy trước là khó rút ống nội khí quản sau mổ do tổn thương phổi và mạch vành, thể trạng suy kiệt, bệnh nhân sẽ tử vong sớm sau mổ do các biến chứng nhiễm trùng suy hô hấp và các bệnh kèm theo. Khối phình cũng có chỉ định can thiệp cấp cứu do có dấu hiệu dọa vỡ, bệnh nhân đau bụng nhiều. Đây là lý do khiến chúng tôi quyết định không sử dụng phương án phẫu thuật để điều trị. Để đi đến quyết định điều trị khối phình bằng can thiệp nội mạch cấp cứu, chúng tôi cũng đã hội chẩn và xin ý kiến nhiều chuyên khoa phối hợp, từ nội khoa, lão khoa, tim mạch đến các chuyên khoa tiết niệu, thần kinh. Do bệnh nhân là giáo sư đầu ngành Y khoa Việt Nam, việc quyết định can thiệp gây áp lực rất lớn đối với nhóm hội chẩn và can thiệp vì chỉ một sơ suất nhỏ trong quá trình thực hiện có thể dẫn đến những biến chứng khó lường và hậu quả lớn cho người bệnh. Vấn đề đặt ra tiếp theo là lựa chọn phương pháp vô cảm. Gây mê bằng nội khí quản như đã nói trên là không khả thi do nguy cơ rất lớn. Chúng tôi lựa chọn phương án gây tê tại chỗ tại vị trí bộc lộ động mạch, kết hợp với gây mê tĩnh mạch và giảm đau tối đa. Nếu các phương án này đều không có tác dụng sẽ cân nhắc gây mê bằng mặt nạ thanh quản.

Can thiệp nội mạch trong trường hợp này gặp khó khăn về mặt kỹ thuật do cổ khối phình

ngắn, đoạn an toàn cho ống ghép nội mạch không đủ, khả năng phải tái thông lại động mạch thận hai bên khi can thiệp. Thực tế ở bệnh nhân này, do cổ khối phình lớn và gấp góc, sau khi đặt đoạn stent graft chính và chụp kiểm tra, chúng tôi phát hiện rò ống ghép loại IA và phải đặt thêm stent vào động mạch thận trái theo kỹ thuật ống khối, làm cuộc can thiệp phải kéo dài, là yếu tố khiến cho bệnh nhân xuất hiện tình trạng suy thận cấp sau can thiệp cùng với việc sử dụng thuốc cản quang trong quá trình can thiệp mặc dù đã tính toán kỹ liều an toàn. Do thực hiện can thiệp cấp cứu trong đêm, lại trong giai đoạn bệnh viện Việt Đức nói riêng và các bệnh viện tuyến trung ương nói chung không đầy đủ vật tư, trang thiết bị vật tư, chúng tôi phải sử dụng lại dụng cụ dẫn đường (long sheath) cho đường vào của stent động mạch thận từ động mạch cánh tay trái. Hậu quả là sau khi rút dụng cụ, một phần dụng cụ bị gãy và mắc lại trong lòng mạch, chúng tôi phải thực hiện phẫu thuật để lấy bỏ đoạn dụng cụ gãy. Về mặt kết quả, các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân tương đối lớn cho thấy việc điều trị PDMCB ở bệnh nhân trên 80 tuổi bằng can thiệp nội mạch đạt được kết quả khả quan. Stuart Prenner¹⁰ báo cáo 322 bệnh nhân từ 80 – 95 tuổi được can thiệp nội mạch với tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau can thiệp là 3,1%, tỉ lệ sống sau 1 năm và 5 năm là 95,4% và 92,9%. Chăm sóc sau mổ, đặc biệt quan trọng là hô hấp, kháng sinh, phục hồi chức năng và dinh dưỡng đã được thực hiện hết sức kỹ lưỡng, thận trọng nhưng tích cực. Bệnh nhân 101 tuổi nhưng vẫn minh mẫn, nỗ lực và hợp tác rất tốt, là một yếu tố quan trọng góp phần vào thành công của quá trình điều trị bệnh. Sau khi can thiệp, bệnh nhân được điều trị tích cực tại đơn vị hồi sức tích cực tim mạch và ra

viện sau 7 ngày. Điều này là hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo mới nhất được đưa ra năm 2024 của hội phẫu thuật mạch máu châu Âu⁷. Bệnh nhân đã khám lại tại thời điểm 11 tháng sau can thiệp, không phát hiện các biến chứng từ khối phình cũng như chức năng thận ổn định. Thương tổn dạng nốt phổi và dịch khoang màng phổi phải không tiến triển thêm (gia đình chưa muốn làm can thiệp chẩn đoán).

KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một trường hợp can thiệp nội mạch cấp cứu điều trị phình động mạch chủ bụng thành công ở bệnh nhân 101 tuổi với thể trạng già yếu và nhiều bệnh nền phối hợp với kết quả trung hạn rất tốt. Qua đó có thể thấy ngay cả ở nhóm bệnh nhân nguy cơ rất cao và kỳ vọng sống thêm ngắn, can thiệp nội mạch vẫn là giải pháp an toàn với hiệu quả đã được các nghiên cứu chứng minh. Tuy nhiên chỉ định cần có sự đồng thuận giữa phẫu thuật viên, nhà can thiệp, bác sĩ nội – lão khoa và các chuyên khoa có liên quan cũng như người bệnh và gia đình, với sự tích cực nhưng thận trọng tối đa cả trước, trong và sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bahia SS, Vidal-Diez A, Seshasai SRK, et al. Cardiovascular risk prevention and all-cause mortality in primary care patients with an abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2016;103(12):1626-1633. doi:10.1002/bjs.10269
2. Sampson UKA, Norman PE, Fowkes FGR, et al. Global and regional burden of aortic dissection and aneurysms: mortality trends in 21 world regions, 1990 to 2010. *Glob Heart*. 2014;9(1):171-180.e10. doi:10.1016/j.gheart.2013.12.010

3. Thông cáo báo chí về tình hình dân số, lao động việc làm Quý IV và năm 2023. General Statistics Office of Vietnam. Accessed December 10, 2024. <https://www.gso.gov.vn/du-lieu-va-so-lieu-thong-ke/2023/12/thong-cao-bao-chi-ve-tinh-hinh-dan-so-lao-dong-viec-lam-quy-iv-va-nam-2023/>
4. Sheikh Z, Crockett S, Selvakumar S. Endovascular aneurysm repair in a centenarian: case report and systematic literature review. *J Surg Case Rep.* 2020;2020(4):rjaa025. doi:10.1093/jscr/rjaa025
5. Bae J, Kim YY, Lee JS. Factors Associated With Subjective Life Expectancy: Comparison With Actuarial Life Expectancy. *J Prev Med Public Health.* 2017;50(4):240-250. doi:10.3961/jpmph.17.036
6. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, et al. Rupture rate of large abdominal aortic aneurysms in patients refusing or unfit for elective repair. *JAMA.* 2002;287(22):2968-2972. doi:10.1001/jama.287.22.2968
7. Wanhainen A, Van Herzele I, Bastos Goncalves F, et al. Editor's Choice -- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-Iliac Artery Aneurysms. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery.* 2024;67(2):192-331. doi:10.1016/j.ejvs.2023.11.002
8. Paolini D, Chahwan S, Wojnarowski D, Pigott JP, LaPorte F, Comerota AJ. Elective endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in octogenarians. *J Vasc Surg.* 2008;47(5):924-927. doi:10.1016/j.jvs.2007.12.034
9. Lath NR, Rai K, Alshafie T. Open repair of abdominal aortic aneurysm in a centenarian. *Journal of Vascular Surgery.* 2011;53(1):216-218. doi:10.1016/j.jvs.2010.07.046
10. Prenner SB, Turnbull IC, Malik R, et al. Outcome of elective endovascular abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians and nonagenarians. *J Vasc Surg.* 2010;51(6):1354-1359. doi:10.1016/j.jvs.2010.01.030