

Tái lập lưu thông mạch chi dưới ở bệnh nhân nhiễm trùng vùng bẹn bằng cầu nối ngoài giải phẫu: Kinh nghiệm tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Dương Ngọc Thăng^{1*}, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn¹,
Hoàng Trọng Hải¹, Lê Hồng Quân¹, Tiêu Công Quyết³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng vùng bẹn sau phẫu thuật mạch máu là biến chứng rất khó điều trị bảo tồn. Cầu nối ngoài giải phẫu là một giải pháp được nêu trong y văn, nhưng chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về vấn đề này. Báo cáo nhằm chia sẻ một số kinh nghiệm của Bệnh viện Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: 03 bệnh nhân nhiễm trùng vùng bẹn sau phẫu thuật mạch máu chi dưới được điều trị bằng phương pháp thắt động mạch đùi, bắc cầu ngoài giải phẫu tái thông mạch chi dưới, chăm sóc tại chỗ vùng nhiễm trùng.

Kết quả: Cầu nối thông tốt sau phẫu thuật, vết mổ bẹn liền được. Tái khám sau 6 tháng không có biểu hiện nhiễm trùng hay thiếu máu chi, vết mổ bẹn liền hoàn toàn.

Kết luận: Cầu nối ngoài giải phẫu vẫn còn là phương pháp hiệu quả để tái thông mạch máu chi dưới trong trường hợp nhiễm trùng vùng bẹn.

Từ khóa: nhiễm trùng vết mổ bẹn, cầu nối qua sán chậu, Việt Đức.

LOWER EXTREMITY REVASCULARIZATION IN PATIENT WITH INFECTION AT LEVEL OF THE SCARPA'S TRIANGLE BY EXTRA- ANATOMICAL BYPASS: EXPERIENCES OF VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Background: Infected prosthetic arterial grafts at the Scarpa triangle is a serious complication in vascular surgery with high failure results. Extra-anatomic bypass is one of solution in literature, but there is no research in Vietnam yet. This report will share some experiences of Viet Duc hospital.

Subjects and methods: 03 patients with infected prosthetic arterial grafts at the Scarpa triangle after lower extremity vascular surgery were treated by femoral artery ligation, **perineal femorofemoral bypass or obturator foramen bypass** for lower extremity revascularization, on-site wound care.

Result: Primary patency rate is 100% after surgery, inguinal incision can be well healed. Re-examination after 6 months without any signs of infection or limb ischemia, the inguinal incision was completely healed.

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

*Tác giả liên hệ: Dương Ngọc Thăng,

TT Tim mạch Lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức;

Điện thoại: 0973318820,

Email: ngocthang244@gmail.com

Ngày gửi bài: 26/06/2022

Ngày chấp nhận đăng: 18/10/2022

Conclusion: Extra-anatomical bypass is an effective method for revascularization of the lower extremities in the case of infected prosthetic arterial grafts.

Key words: Scarpa infection, perineal bypass, VietDuc.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, các kỹ thuật can thiệp mạch rất phát triển tại nhiều trung tâm tim mạch trên thế giới cũng như trong nước. Dù vậy, phẫu thuật kinh điển vẫn được coi như phương pháp chuẩn mực để điều trị một số bệnh lý như tắc chạc ba chủ chậu, chấn thương động mạch (ĐM) chậu có tổn thương tạng phối hợp, phình mạch do nhiễm trùng... Phần lớn là các phẫu thuật bắc cầu mạch máu sử dụng ĐM đùi chung làm mạch nhận hoặc cấp máu, vì vậy nhiễm trùng vùng bẹn sau mổ – nơi có miệng nối mạch, luôn là biến chứng trầm trọng đối với các phẫu thuật viên. Tỷ lệ nhiễm trùng này sau phẫu thuật bắc cầu mạch chi dưới là 1,3 – 6% tùy theo nghiên cứu¹, với khả năng điều trị bảo tồn thành công rất thấp. Khi đó, đa số đã chọn phương án lấy bỏ mạch nhân tạo thì mới làm sạch được ổ nhiễm trùng. Vấn đề là ở một số trường hợp, việc lấy bỏ cầu nối có thể gây thiếu máu chi cấp tính, dẫn đến cắt cụt chi thậm chí tử vong. Nhiều phương án được đưa ra để giải quyết, như: làm lại cầu nối bằng tĩnh mạch hiển, tạo cầu nối ngoài giải phẫu (như cầu nối nách đùi, cầu nối qua lỗ bịt, cầu nối qua sàn chậu). Trên thế giới đã có một số báo cáo về vấn đề này, tuy nhiên tại Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào liên quan. Vì vậy, báo cáo này nhằm chia sẻ một số quan niệm,

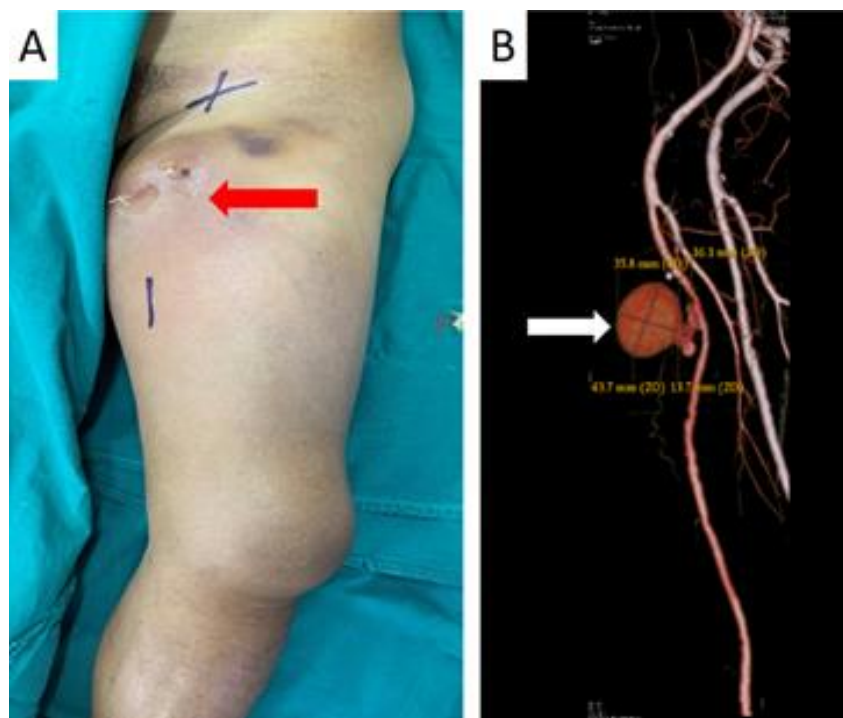
kinh nghiệm về kỹ thuật, ưu nhược điểm của nhóm cầu nối ngoài giải phẫu ít được sử dụng là cầu nối qua lỗ bịt và cầu nối qua sàn chậu với mục đích đề xuất một phương án tương đối hiệu quả trong điều trị nhiễm trùng vùng Scarpa sau phẫu thuật mạch máu.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ca lâm sàng với phương pháp mô tả hồi cứu 03 trường hợp nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật mạch vùng bẹn trong năm 2021, đã được điều trị thành công tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện (BV) Hữu nghị Việt Đức, bằng kỹ thuật bắc cầu ngoài giải phẫu.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

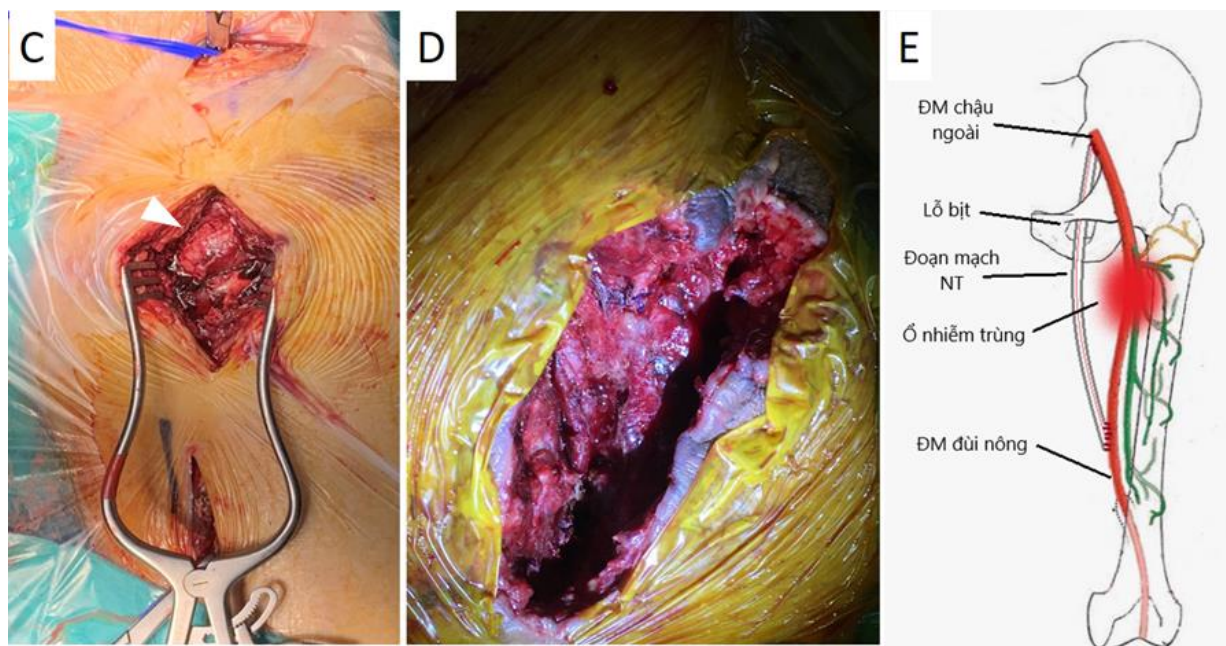
- **Trường hợp thứ nhất:** bệnh nhân (BN) nam 59 tuổi, làm ruộng, đi khám do xuất hiện khối sưng đau ở đùi trái, không có tiền sử chấn thương hay tiêm chích vào vùng đùi, được điều trị 6 ngày tại BV tuyến tỉnh, rồi chuyển lên BV Việt Đức ngày 01/06/2021 trong tình trạng: huyết động ổn định, không có biểu hiện thiếu máu hay nhiễm trùng toàn thân, khối sưng to mặt trong một phần ba trên đùi trái đập theo nhịp mạch, tưới máu ngoại vi tốt, mạch mu chân và chày sau trái rõ. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh khối giả phình từ ĐM đùi nông trái, kích thước 36 x 44 mm với máu tụ lớn quanh khối giả phình (hình 1).



Hình 1: [A] Khối giả phình nằm ở góc đùi trái với máu tụ (mũi tên đỏ);
[B] Khối giả phình mạch xuất phát từ ĐM đùi nông trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy có dạng hình mạch máu (mũi tên trắng).

BN được phẫu thuật ngày 07/06/2021: lấy khối giả phình, ghép lại ĐM đùi nông trái bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều lấy từ chân phải. Kết quả cấy vi khuẩn ở giả phình mạch và cấy máu sau phẫu thuật dương tính với *Burkholderia Pseudomallei* (vi khuẩn Whitmore) nhạy với nhiều loại kháng sinh. Sau mổ, vết mổ vùng bẹn-đùi trái không liền, có nhiều giả mạc và tổ chức hoại tử, bệnh nhân sốt cao liên tục 39 – 39,5⁰C, mặc dù được điều trị kháng sinh toàn thân phối hợp Meropenem, Ciprofloxacin và Gentamycin. Ngày thứ 25 sau mổ, vết mổ đùi trái chảy máu ồ ạt, được cầm máu tạm thời và chuyển mổ cấp cứu với chẩn đoán nhiễm trùng

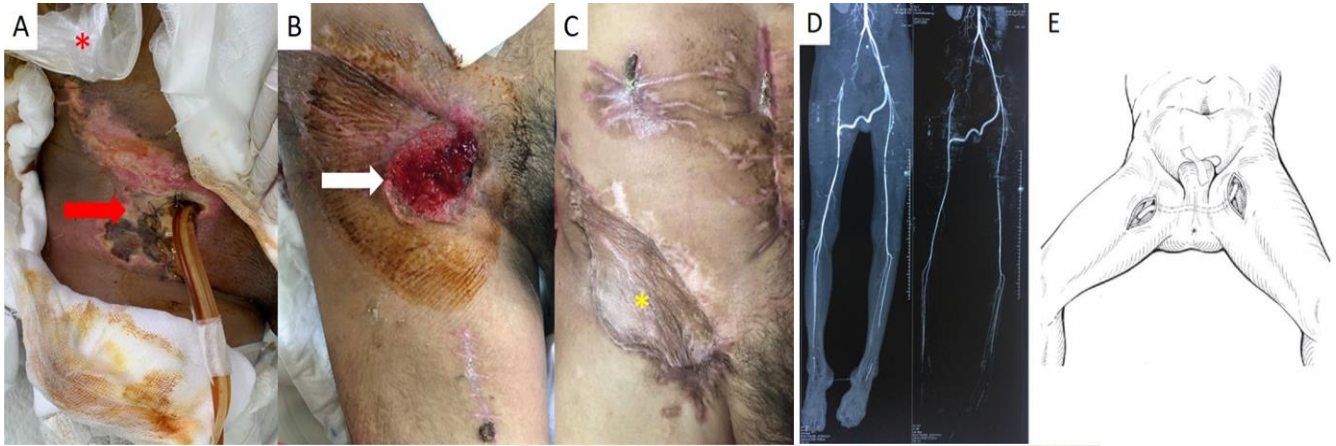
bục miệng nối ĐM. Kiểm tra trong mổ tổ chức quanh mạch hoại tử nhiễm trùng, bục miệng nối hai đầu đoạn tĩnh mạch hiển. Tiến hành thắt hai đầu ĐM đùi trái, bắc cầu ĐM chậu ngoài trái - đùi nông trái qua lỗ bịt bằng đoạn mạch nhân tạo PTFE có vòng xoắn đường kính 7mm, cắt lọc sạch tổ chức hoại tử, để hở da (hình 2). Vết mổ được thay băng hai lần / tuần với hệ thống hút áp lực âm (Vacuum Assisted Closure – VAC). Sau mổ lần hai 25 ngày, vết mổ đùi trái khô, tổ chức hạt mọc tốt lấp đầy, mạch mu chân, chày sau trái bắt rõ, BN được chuyển về bệnh viện tuyến tỉnh tiếp tục theo dõi.



Hình 2: [C] Khối giả phình được bộc lộ trong mô (mũi tên trắng) (lần 1);
 [D] Tổ chức nhiễm trùng được cắt lọc, làm sạch (lần 2);
 [E] Sơ đồ phẫu thuật với cầu nối mạch nhân tạo qua lỗ bịt [Nguồn: tác giả]

- **Trường hợp thứ hai:** BN nam 20 tuổi, công nhân, nhập viện ngày 18/4/2021 do tai nạn lao động gàu máy xúc đập vào vùng bụng với chẩn đoán: sốc đa chấn thương, viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng (vỡ hồi tràng và đại tràng phải), chấn thương ĐM chậu ngoài phải, gãy kín xương đùi 2 bên. BN được mổ cấp cứu cắt đoạn hồi – đại tràng phải, làm hậu môn nhân tạo hố chậu phải; bắc cầu ĐM đùi trái - đùi phải bằng đoạn mạch nhân tạo Dacron 8mm đi trước xương mu. Sau mổ BN được hồi sức tích cực, rồi mổ kết hợp xương đùi 2 bên, đóng lại hậu môn nhân tạo trong vòng 2 tháng sau phẫu thuật lần đầu. Da vùng bẹn phải hoại tử rộng, lộ mạch nhân tạo, cấy vi khuẩn dương tính với

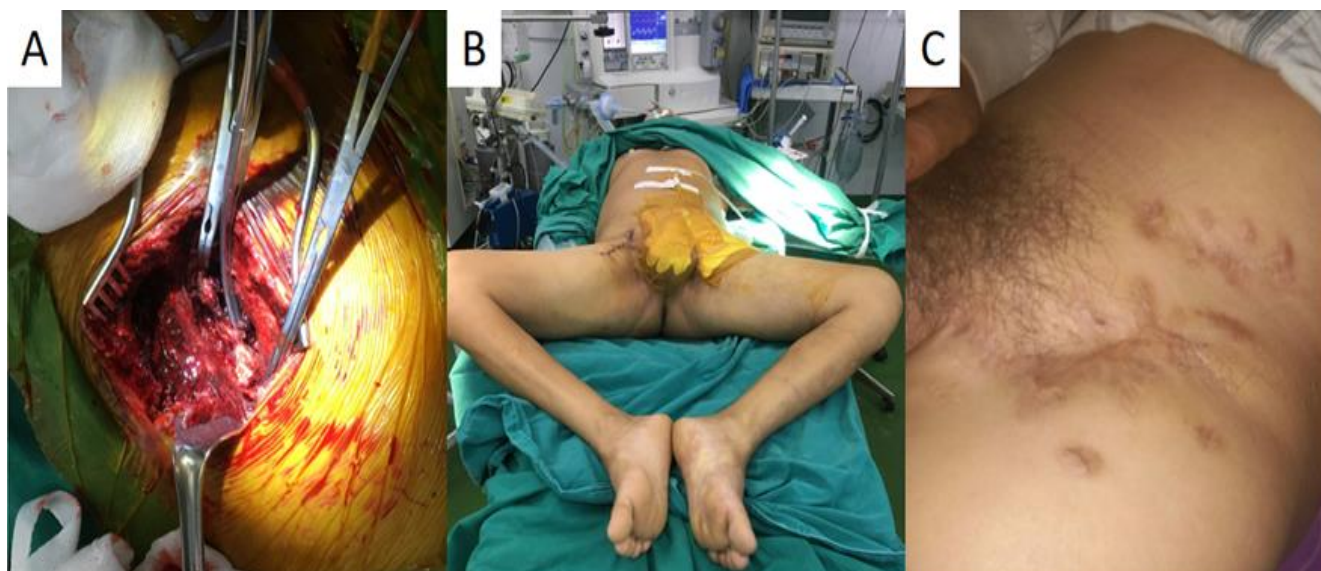
E.coli đã được trích rạch và vá da mỏng hai lần không hiệu quả. BN được phẫu thuật ngày 5/7/2021 lấy bỏ cầu nối đùi đùi cũ, bắc cầu ĐM đùi chung trái - đùi nông phải bằng đoạn mạch nhân tạo PTFE có vòng xoắn 7 mm đi qua sàn chậu (hình 3). Tồn thương khuyết da vùng bẹn phải được chăm sóc với hệ thống VAC. Phim cắt lớp vi tính đa dãy có dựng hình mạch máu chụp ngày thứ 10 sau phẫu thuật cho thấy cầu nối thông tốt, mạch phía hạ lưu ngấm thuốc tốt. BN ra viện ngày thứ 30 sau phẫu thuật, vết mổ khô, tổ chức hạt mọc tốt, mạch mu chân hai bên rõ. Khám lại tháng thứ 6 sau mổ, kết quả các vết mổ vùng bẹn phải đã liền hoàn toàn, BN đi lại được, tưới máu chi dưới hai bên tốt.



Hình 3: [A] Vết mổ bên phải sau phẫu thuật bắc cầu đùi đùi
(mũi tên: vị trí hoại tử da, hoa thị: hậu môn nhân tạo đại tràng phải);
[B] Vết mổ bên phải sau lấy bỏ cầu nối (mũi tên: mô hạt mọc tốt);
[C] Khám kiểm tra sau 6 tháng vết mổ đã liền hoàn toàn;
[D] Kết quả chụp CLVT mạch máu có dạng hình: cầu nối thông tốt;
[E] Sơ đồ cầu nối đùi đùi qua sàn chậu

- **Trường hợp thứ ba:** BN nam, 44 tuổi; tiền sử viêm phế quản mạn tính điều trị ổn định; đau tê chân trái từ năm 2020 điều trị không thường xuyên; tăng huyết áp mới phát hiện gần đây. BN đau ngực trái ngày 02/06/2021, nhập BV Xanh Pôn và chuyển BV Việt Đức với chẩn đoán: lóc ĐM chủ type B, biến chứng thiếu máu chân trái cấp tính. BN được phẫu thuật bắc cầu đùi – đùi bằng mạch nhân tạo Dacron cấp cứu ngày 03/06/2021; sau phẫu thuật BN được chuyển viện tuyến tỉnh điều trị. Tới tháng 07/2021 xuất hiện chảy máu vết mổ bên trái, được nhập viện và phẫu thuật 3 lần tại BV tỉnh: lần 1 - khâu cầm máu vết mổ; lần 2 - lấy bỏ mạch nhân tạo, khâu cầm máu ĐM đùi trái; lần 3 - cắt bỏ đoạn ĐM đùi chung trái ghép lại bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều.

Sau điều trị 01 tháng nhiễm trùng lan rộng vùng bên trái, chảy máu. BN được chuyển đến BV Việt Đức với chẩn đoán giả phình ĐM đùi chung trái sau phẫu thuật bắc cầu đùi đùi / lóc ĐM chủ type B, đã phẫu thuật lại nhiều lần. BN được phẫu thuật ngày 02/08/2021 lấy bỏ khối phồng, thắt hai đầu ĐM đùi chung trái, đóng vết mổ thừa với dẫn lưu hút liên tục và hệ thống VAC. Ngay sau khi thắt ĐM đùi trái, cẳng bàn chân trái biểu hiện thiếu máu cấp tính, nên được mổ bắc cầu đùi phải – đùi trái bằng mạch nhân tạo PTFE có vòng xoắn đường kính 7mm qua sàn chậu. Ngày thứ 5 sau phẫu thuật BN được chuyển về tuyến tỉnh điều trị tiếp. Phồng vỡ qua điện thoại ở tháng thứ 8 sau mổ, vết mổ đã liền hoàn toàn, BN sinh hoạt bình thường mà không có các dấu hiệu thiếu máu chi dưới.

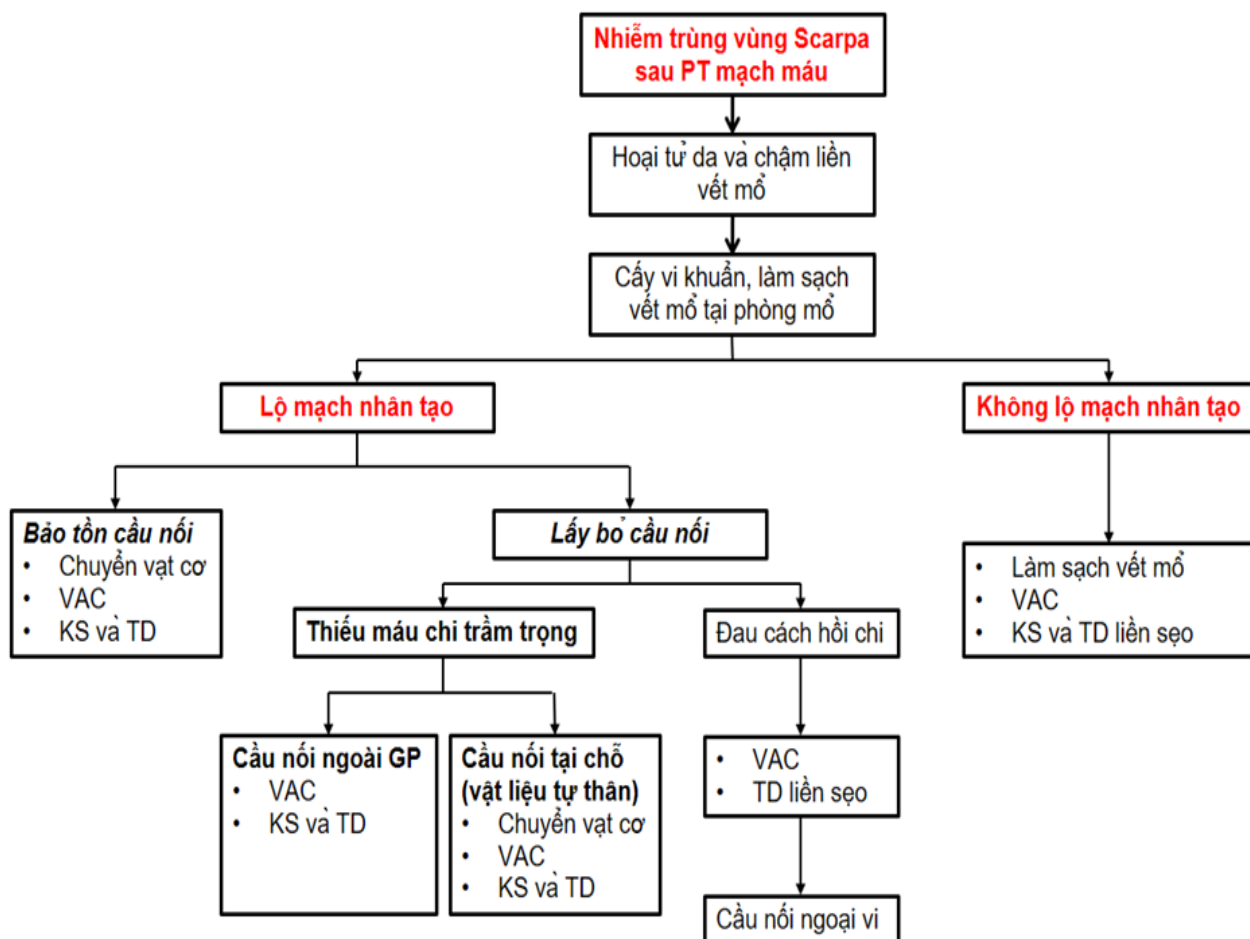


Hình 4: [A] Miệng nối với tĩnh mạch hiển của ĐM đùi bực hoàn toàn;
[B] Tư thế phẫu thuật làm cầu nối đùi đùi qua sàn chậu (chân trái thiếu máu rõ rệt sau khi thắt ĐM đùi);
[C] Vết mổ bẹn trái liền hoàn toàn sau mổ 8 tháng.

BÀN LUẬN

Nhiễm trùng mạch nhân tạo sau phẫu thuật mạch máu là một biến chứng nặng, thậm chí có thể gọi là “thảm họa” đối với các phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch. Mặc dù xảy ra tại chỗ, nhiễm trùng mạch nhân tạo tương đương với nhiễm khuẩn huyết do liên quan trực tiếp đến mạch máu, với thời gian điều trị lâu dài, phức tạp và ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Theo các tác giả của bệnh viện Đại học Y Rome, Italia², nhiễm trùng mạch nhân tạo vùng bẹn được chẩn đoán dựa vào các tiêu chí: (1) Tụ dịch quanh mạch nhân tạo kết hợp với rò

dịch qua vết mổ, giả phình miệng nối, tắc cầu nối hoặc lộ mạch nhân tạo vùng bẹn; (2) Tụ dịch quanh mạch nhân tạo trên phim chụp cắt lớp vi tính chỉ khu trú tại vùng bẹn; (3) Chụp nhấp nháy với ^{99m}Tc (nếu có thể) cho thấy hình ảnh tập trung phóng xạ khu trú tại vùng bẹn; (4) Số lượng bạch cầu có thể bình thường và không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Tại Trung tâm tim mạch lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi áp dụng lưu đồ³ (hình 5) điều trị nhiễm trùng vùng Scarpa sau phẫu thuật bắc cầu mạch máu chi và đã đạt được những kết quả nhất định.



Hình 5: Điều trị nhiễm trùng vùng Scarpa sau phẫu thuật mạch máu chi dưới³

Tuy nhiên tỉ lệ điều trị bảo tồn tương đối thấp do nguy cơ nhiễm trùng tái phát và khó chăm sóc vết mổ nếu còn mạch nhân tạo. Turnipseed⁴ cũng khuyến cáo khi đã chẩn đoán nhiễm trùng mạch nhân tạo, phương pháp điều trị “vàng” là lấy bỏ cầu nối, tái thông mạch bằng vật liệu tự thân chăm sóc vết mổ và kháng sinh đường tĩnh mạch kéo dài ít nhất 4-6 tuần. Mặc dù vậy, tỉ lệ biến chứng sớm của phương pháp điều trị này không nhỏ, và tỉ lệ tử vong sớm sau mổ khoảng 10%⁵ do thời gian mổ kéo dài, nhiễm trùng tái phát ở mảnh ghép mới.

Vấn đề rất quan trọng đặt ra là sau khi lấy bỏ mạch nhân tạo, chi thể sẽ có dấu hiệu thiếu máu và cần được tái lưu thông mạch máu, nhưng yêu

cầu của đoạn cầu nối tái thông này là phải đi từ một đoạn ĐM lành đến đoạn ĐM lành phía dưới vị trí nhiễm trùng, tránh miệng nối nằm trong ổ vi khuẩn và đảm bảo cầu nối cách ly với tổ chức nhiễm trùng. Y văn thế giới đã mô tả một số loại cầu nối đặc biệt thỏa mãn yêu cầu này như cầu nối nách đùi với đường đi phía ngoài gai chậu, cầu nối chậu đùi đi qua lỗ bịt, cầu nối đùi đùi qua sàn chậu⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN được phẫu thuật làm cầu nối chậu đùi qua lỗ bịt và 2 BN được phẫu thuật làm cầu nối đùi đùi qua sàn chậu. Được thực hiện lần đầu vào những năm 1970 bởi các tác giả Mỹ⁷ để điều trị tổn thương ĐM đùi và mất tổ chức rộng vùng bẹn do vết thương hỏa khí, cầu nối đùi đùi qua sàn chậu dần được sử dụng rộng rãi trong điều trị nhiễm

trùng mạch nhân tạo vùng bẹn⁸. Chỉ định của cầu nối qua sàn chậu khi có nhiễm trùng mạch nhân tạo vùng bẹn gồm có nhiễm trùng một nhánh của cầu nối chủ đùi, nhiễm trùng đoạn mạch đi trước xương mu của cầu nối nách đùi hai bên hoặc cầu nối đùi đùi và nhiễm trùng miệng vá nhân tạo tại chạc ba ĐM đùi (đối với phẫu thuật bóc nội mạc ĐM đùi)⁸. Trong đó nhiễm trùng cầu nối chậu đùi hoặc chủ đùi tại vùng bẹn là chỉ định chủ yếu của cầu nối qua sàn chậu⁸.

Phân tích về mặt chỉ định, ở BN thứ nhất, sau khi đã xử lý khối phình động mạch đùi nông trái, cầu nối chậu đùi trái nếu đi theo đường kinh điển sẽ nằm trong tổ chức hoại tử, vì vậy nguy cơ nhiễm trùng tái phát rất cao. Chúng tôi lựa chọn cầu nối chậu đùi qua lỗ bịt với cầu nối đi hoàn toàn trong khối cơ khép đùi chưa bị nhiễm trùng. BN thứ hai có tổn thương phối hợp là vỡ đại tràng đã làm hậu môn nhân tạo ở thành bụng phải, cầu nối đùi đùi cũ nhiễm trùng lộ mạch nhân tạo bẹn phải, da thành bụng phải và mặt ngoài đùi phải đã được ghép da mỏng. Trong trường hợp này, cầu nối chủ đùi theo giải phẫu không khả thi do cần mở lại ổ bụng vốn đã dính và vết mổ thành bụng đang nhiễm trùng. Nếu chọn cầu nối nách đùi phải thì đường đi quá dài và phải vòng ra phía ngoài gai chậu, hơn nữa cầu nối nách đùi một bên không thuận lợi về mặt huyết động và sẽ sớm tắc nhất là ở BN còn trẻ tuổi. Ở BN thứ ba, đoạn mạch nhân tạo làm cầu nối đã nhiễm trùng cùng với hoại tử tổ chức vùng bẹn, sau khi lấy bỏ cầu nối, thắt động mạch đùi và làm sạch ổ nhiễm trùng, chân trái có biểu hiện thiếu máu cấp tính rất rõ ràng, vì vậy chỉ định tái thông mạch được đặt ra. Tuy nhiên không thể chọn ĐM chủ hay ĐM chậu trái làm mạch cấp máu - do tổn thương lóc ĐM chủ lan xuống đoạn này gây hẹp gần hoàn toàn lòng mạch. Vì vậy chúng tôi lựa chọn ĐM đùi phải là đoạn mạch cấp

và thực hiện cầu nối đùi chung phải - đùi nông trái qua sàn chậu.

Qui trình phẫu thuật ở hai BN được phẫu thuật bắc cầu đùi đùi qua sàn chậu: ở thì đầu là lấy bỏ đoạn mạch nhân tạo nhiễm trùng, làm sạch tổ chức vùng bẹn, để hở; thì hai sát khuẩn và trải toan lại toàn bộ, BN nằm ngửa, đùi dạng và gối gấp, hai bàn chân chạm nhau được cố định, cơ quan sinh dục được vén lên trên và cố định vào thành bụng, dán màng bảo vệ để bộc lộ vùng sàn chậu và đảm bảo vô khuẩn trong quá trình phẫu thuật (Hình 4B). Đoạn xa ĐM đùi nông bên nhận được bộc lộ ở khoảng 1/3 giữa dưới đùi. ĐM đùi chung bên cấp được bộc lộ ở bên bẹn đối diện. Tạo đường hầm từ bẹn bên mạch cấp, qua vùng sàn chậu, đường giữa sang bên đối diện rồi qua khối cơ khép đùi bên mạch nhận. BN được đặt thông tiểu để đảm bảo quá trình tạo đường hầm không làm tổn thương niệu đạo. Sau khi hoàn thành các miệng nối, các vết mổ được đặt dẫn lưu và đóng theo lớp giải phẫu.

Về mặt vật liệu sử dụng làm cầu nối, có thể lấy tĩnh mạch hiển lớn tự thân hoặc mạch nhân tạo loại PTFE có vòng xoắn chống gập. Tác giả Giulio² sử dụng tĩnh mạch hiển lớn làm cầu nối cho 17/19 trường hợp (90%) bắc cầu qua sàn chậu với ưu điểm chống nhiễm trùng tốt, thời gian lưu thông mạch dài là đối với BN trẻ tuổi và không cần sử dụng thuốc chống đông kéo dài sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu, cả 3 BN đều được sử dụng mạch nhân tạo PTFE có vòng xoắn. Chúng tôi không chủ trương sử dụng tĩnh mạch hiển lớn tự thân trên các BN này vì 2 lý do: (1) đường đi cầu nối dài - tĩnh mạch hiển dễ xoắn gập trong đường hầm nhất / chưa có nhiều kinh nghiệm kỹ thuật; (2) quá trình lấy tĩnh mạch hiển làm kéo dài thời gian mổ đối với BN có thể trạng kém và có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Cả 3 BN trong nghiên cứu đều được khám hoặc gọi điện thoại phỏng vấn tại thời điểm 6 tháng và 9 tháng sau phẫu thuật, cho thấy tình trạng lâm sàng ổn định, vết mổ vùng bẹn đã liền hoàn toàn, không có biểu hiện thiếu máu chi, không có biểu hiện nhiễm trùng tái phát. Nghiên cứu của tác giả Giulio² trên 19 BN trong vòng 10 năm cũng cho thấy tỉ lệ nhiễm trùng tái phát tương đối thấp. Tuy nhiên tiên lượng xa khá dè dặt chỉ với 60% số BN còn sống sau 3 năm. Nguyên nhân là các ca bệnh có lối sống không lành mạnh với nhiều bệnh nền nặng phối hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng BN ít và theo dõi trong thời gian ngắn, không so sánh với các kỹ thuật khác nên chưa thể đưa ra kết luận đầy đủ. Dù vậy, dựa vào kết quả ban đầu và các nghiên cứu trên thế giới, có thể nhận thấy đây là phương pháp điều trị hiệu quả đối với những trường hợp nhiễm trùng vùng bẹn sau phẫu thuật mạch máu chi dưới.

KẾT LUẬN

Nhiễm trùng vùng bẹn sau phẫu thuật mạch máu chi dưới không thường gặp nhưng để lại hậu quả nặng nề và ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Phương pháp lấy bỏ đoạn mạch nhân tạo nhiễm trùng, chăm sóc vết mổ, điều trị kháng sinh và tái thông mạch bằng các cầu nối ngoài giải phẫu đặc biệt (đùi – đùi qua sàn chậu, chậu – đùi qua lỗ bịt) là phương pháp điều trị mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bunt TJ. Synthetic vascular graft infections I Graft infections. *Surgery*. 1983; 93 (6): 733-746.
2. Giulio Illuminati, Francesco G. Calìo, Antonio D'Urso *et al.* Infrascrotal, Perineal, Femorofemoral Bypass for Arterial Graft Infection at the Groin. *Arch Surg*. 2004; 139: 1314-1319.
3. Ricco J.B, Probst H. (2008). *Complications précoces des revascularizations artérielles sous inguinales*, Techniques chirurgicales-Chirurgie vasculaire, EMC, Paris.
4. Turnipseed WD, Berkoff HA, Detmer DE *et al.* Arterialgraft infections: delayed v immediate vascular reconstruction. *Arch Surg*. 1983; 118 (4): 410-414.
5. Kieffer E, Bahnini A, Koskas F *et al.* In situ allograft replacement of infected infrarenal aortic prosthetic grafts: results in fortythree patients. *J Vasc Surg*. 1993; 17: 349-356.
6. Engin C, Posacioglu H, Ayik F *et al.* Management of vascular infection in the groin. *Tex Heart Inst J*. 2005; 32 (4): 529-534.
7. Hardy JD, Bane JW. Arterial injury and massive blood loss: a case report of management of pelvic gunshot injury with femoro subscrotal-femoral bypass and 166 units of blood. *Ann Surg*. 1975; 181: 245-246.
8. Kieffer E, Laurian C, Surugue P *et al.* Femoro-femoral venous bypass via the perineum (6 cases). *Chirurgie*. 1976; 102: 420-428.