

# PHẪU THUẬT VỠ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHẬU VÀO ĐẠI TRÀNG SIGMA: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Nguyễn Duy Thắng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Duy Gia<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thịnh<sup>2</sup> và Vũ Ngọc Tú<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

*Vỡ phòng động mạch chậu vào đại tràng sigma là một nguyên nhân chảy máu đường tiêu hóa hiếm gặp và khó chẩn đoán. Bệnh có tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Chúng tôi trình bày trường hợp lâm sàng bệnh nhân 89 tuổi, vào viện vì đi ngoài ra máu và được chẩn đoán vỡ phòng động mạch chậu phải vào đại tràng sigma. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu lấy khối phòng, bắc cầu đùi - đùi bằng mạch nhân tạo, cắt đoạn đại tràng sigma, làm hậu môn nhân tạo. Quá trình diễn biến sau mổ và ra viện thuận lợi. Qua đây, chúng tôi nhìn lại y vấn về chẩn đoán, phương pháp điều trị và các biến chứng của bệnh này.*

**Từ khóa:** phòng động mạch chậu vỡ, phòng động mạch chậu hình túi, bắc cầu động mạch đùi - đùi, cắt đoạn đại tràng sigma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng động mạch chậu đơn thuần không thường gặp. Nhìn chung thì tỉ lệ phát hiện phòng động mạch chậu đơn thuần ước tính khoảng 0,03% và nguyên nhân thường gặp liên quan tới rối loạn mô liên kết hoặc nhiễm trùng. Cơ chế của phòng là kết quả của thoái hóa thành động mạch, hoặc ít hơn như chấn thương, tổn thương mạch từ vết thương, sau phẫu thuật cột sống...<sup>1</sup> Theo một nghiên cứu về tốc độ tăng đường kính trung bình của khối phòng là 1,1 mm với khối phòng < 3cm và 2,6mm với khối phòng > 3cm.<sup>2</sup> Triệu chứng lâm sàng của bệnh cũng phụ thuộc vào đường kính khối phòng, khi khối phòng lớn (> 6cm) thường sẽ biểu hiện triệu chứng lâm sàng (chèn ép, huyết khối, huyết khối tắc mạch).<sup>3</sup> Biểu chứng vỡ sau 5 năm của bệnh nhân từ 14 - 77% với kích cỡ trung bình của khối phòng động mạch chậu gốc

đơn thuần từ 5 - 7cm.<sup>3</sup> Bệnh nhân sẽ có biểu hiện đau đùi hoặc ben, thường xuyên huyết động không ổn định. Khối phòng có thể vỡ vào ổ bụng, sau phúc mạc hay vỡ vào đường tiêu hóa, trong đó vỡ vào đường tiêu hóa hiếm gặp hơn, khó chẩn đoán, xử trí hơn và người bệnh có thể tử vong trước khi đến bệnh viện.<sup>4</sup> Tỉ lệ tử vong do vỡ phòng động mạch chậu gốc khi phẫu thuật là rất cao, có thể tới 60%.<sup>5</sup> Chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng vỡ phòng động mạch chậu gốc phải vào đại tràng sigma, đồng thời nhìn lại y vấn về chẩn đoán, điều trị phẫu thuật cũng như diễn biến sau mổ.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Hoàng B. Th. nam, 89 tuổi, cán bộ hưu. Người bệnh có tiền sử hút thuốc nhiều năm, suy thận độ 2 và mổ u bàng quang cách 1 tháng (kết quả giải phẫu bệnh: ung thư biểu mô nhú). Trước vào viện 1 ngày, bệnh nhân xuất hiện đi ngoài phân máu đỏ tươi, 3 lần/ngày, số lượng không rõ. Sau đại tiện bệnh nhân mệt mỏi nhiều, đau bụng nhẹ vùng hạ vị, không buồn nôn, không sốt. Khám lúc vào viện:

Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú

Trường Đại học Y Hà Nội

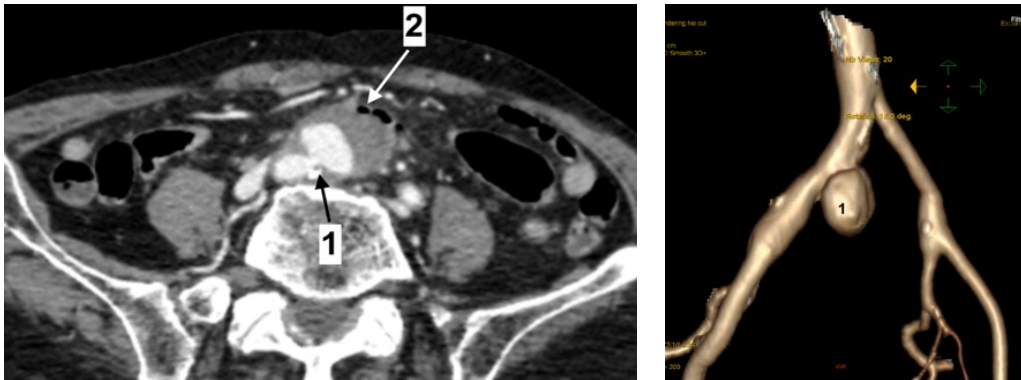
Email: vungoctu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 17/02/2022

Ngày được chấp nhận: 09/03/2022

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt; da niêm mạc nhợt; mạch: 80 l/p, huyết áp: 100/50 mmHg, tim đều rõ; rì rào phế nang 2 bên rõ. Khám thực thể: bụng mềm, ấn đau nhẹ vùng hạ vị; không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, vẫn trung tiện được. Siêu âm ổ bụng có hình ảnh động mạch chủ bụng đoạn ngay trên chạc ba dưới động thận phải hình thoi kích thước 52x33mm, có xơ vữa vôi hóa và huyết khối bám thành. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (Hình 1) có hình ảnh động mạch chậu gốc phải vị trí thành trước có túi phồng kích thước 31x36x40mm, cổ túi phồng rộng 7mm, thành dày không đều có huyết khối bám thành dày 15mm, có vài bóng

khí bên trong túi phồng. Bờ trước trái túi phồng dính với thành sau đại tràng sigma, thành đại tràng dày nhẹ 5mm, thâm nhiễm mỡ nhẹ xung quanh túi phồng, không có dịch xung quanh (chưa loại trừ dò túi phồng vào đại tràng), thâm nhiễm mỡ nhẹ xung quanh túi phồng và đại tràng, kích thước túi phồng tăng đáng kể so với phim chụp cũ. Bàng quang thành trước bàng quang có nốt sùi vào trong lòng kích thước khoảng 12x16mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, có thâm nhiễm nhẹ tổ chức mỡ xung quanh thành trước bàng quang, ngoài ra thành trước trái có nốt khác tính chất tương tự đường kính 5mm. Thị muộn không thấy thoát thuốc bất thường.



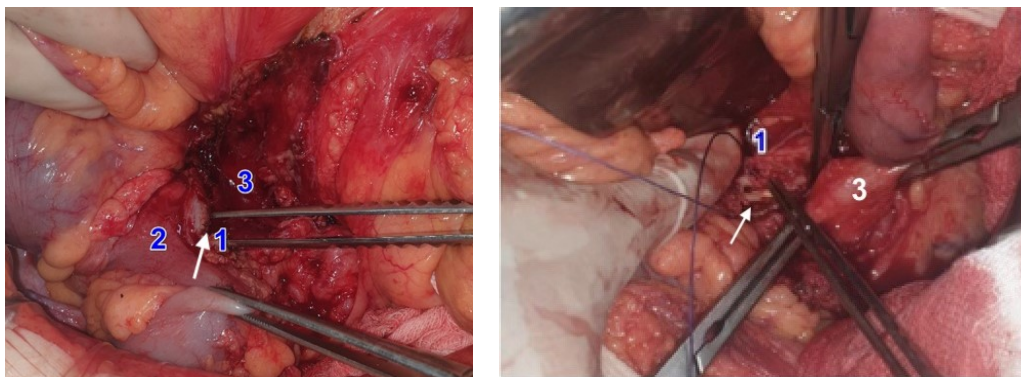
**Hình 1. Phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng**

1- Khối phồng hình túi động mạch chậu ngoài phải; 2- Khí trong khối phồng

Xét nghiệm có thiếu máu mức độ nhẹ (hồng cầu: 3,06, hemoglobin: 91, hematocrit: 0,28) và tình trạng nhiễm trùng (bạch cầu tăng: 9,97, CRP: 2,29) và các chỉ số đánh giá đông cầm máu trong giới hạn bình thường. Ngoài ra bệnh nhân còn có tình trạng suy thận độ 2 (Ure: 10,4, Creatinin: 169). Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa thấp do phồng hình túi động mạch chậu gốc phải nhiễm trùng vỡ vào đại tràng sigma/u bàng quang, thực hiện hồi sức tích cực và chỉ định mổ cấp cứu.

Phẫu thuật được thực hiện với kỹ thuật bắc cầu động mạch đùi trái - đùi phải với mạch nhân

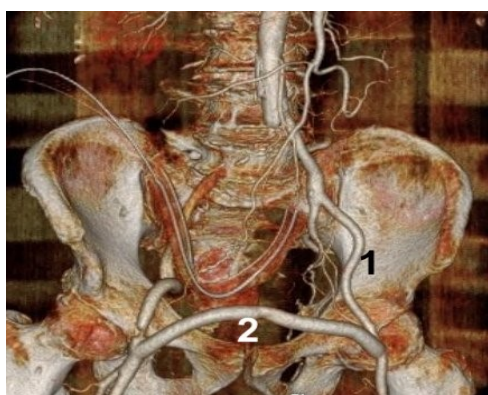
tạo đường kính 8mm. Sau đó mổ bụng theo đường trắng trên và dưới rốn. Khối phồng động mạch chậu gốc phải đường kính 5cm, xung quanh viêm dính, thâm nhiễm nhiều. Mặt trước khối phồng vỡ dính với đại tràng sigma gây thủng đại tràng sigma, đường kính lỗ thủng 3cm (Hình 2). Khối phồng phẫu tích, bộc lộ thất động mạch đùi phải trên và dưới khối phồng, lấy toàn bộ khối phồng. Tổ chức trong khối phồng được lấy để xét nghiệm vi sinh (soi tươi và nuôi cấy). Soi tươi cho kết quả xác định âm tính). Đại tràng sigma được cắt đoạn, đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài làm hậu môn nhân tạo.



**Hình 2. Hình ảnh tổn thương trong mổ**

1- Lỗ thủng đại tràng sigma; 2- Đại tràng sigma, 3- Khối phòng động mạch gốc phải

Sau mổ bệnh nhân được sử dụng vận mạch liều thấp, huyết động ổn định và rút nội khí quản sau 3 ngày. Người bệnh được điều trị kháng sinh theo kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ (từ ngày thứ 2 sau mổ). Tình trạng nhiễm trùng được cải thiện: hết sốt sau 2 ngày, xét nghiệm bạch cầu và CRP dần trở về mức bình thường. Cầu nối động mạch đùi - đùi đập tốt, mạch ngoại vi chi dưới bắt rõ. Phim chụp sau mổ cho hình ảnh cầu nối thông tốt, không có hình ảnh thoát thuốc cản quang tại vị trí khối phòng đã lấy bỏ (Hình 3).



**Hình 3. Phim chụp cắt lớp mạch máu sau mổ**

1- Động mạch chậu ngoài trái; 2- Cầu nối động mạch đùi - đùi

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh phòng hình túi động mạch chậu gốc đơn thuần thường kèm theo tình trạng nhiễm trùng với căn nguyên hay gặp nhất là vi khuẩn đường tiêu hóa.<sup>6</sup> Cũng chính vì vậy mà hình ảnh của khối phòng trên các phim chụp, siêu âm thường là hình túi. Ngoài ra, căn nguyên nhiễm trùng cũng đòi hỏi những điểm cần lưu ý trong quá trình điều trị và can thiệp, phẫu thuật cho người bệnh. Trước hết là điều trị nội khoa cần phải thực hiện điều trị theo kháng sinh đồ thu được trong quá trình cấy máu trước mổ cũng như từ bệnh phẩm trong quá trình phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi kết quả cấy máu trước mổ âm tính, cấy bệnh phẩm (dịch, tổ chức khối phòng trong mổ là *E.Coli*, nhạy cảm với Amikacin, Fosfomycin và Gentamycin). Do đó, từ ngày thứ hai sau mổ người bệnh đã được điều trị đúng phác đồ theo kháng sinh đồ này. Ngoài ra, để kiểm soát tình trạng nhiễm trùng, khối phòng đã được lấy bỏ hoàn toàn nên loại bỏ được nguồn vi khuẩn khu trú trong ổ bụng. Điều này giải thích tại sao bệnh cảnh nhiễm trùng của người bệnh đã có sự cải thiện rõ ràng từ ngay sau mổ mặc dù sang ngày thứ ba mới được điều trị theo kháng sinh đồ.

Phòng động mạch chủ bụng và động mạch chậu nói chung cần có thái độ xử trí cấp cứu khi

có triệu chứng vỡ hoặc dọa vỡ. Bệnh nhân của chúng tôi thuộc nhóm bệnh nhân phồng động mạch chậu vỡ vào đường tiêu hóa, là một tối cấp cứu nên cần có thái độ và xử trí thật khẩn trương và chính xác. Tỷ lệ vỡ được báo cáo trong 5 năm đối với phồng động mạch chậu dao động từ 14 đến 70%, và có tới 33% bệnh nhân có chứng phồng động mạch chậu riêng lẻ có biểu hiện vỡ.<sup>3,5</sup> Kích thước trung bình của các túi phồng vỡ là từ 5 đến 7cm.<sup>5,6</sup> Tỷ lệ tử vong do vỡ phồng động mạch chậu cao với tỷ lệ tử vong khoảng 30% sau khi mổ, thậm chí có thể đến 60%.<sup>5,7,8</sup> Kết quả còn có thể nặng nề hơn nếu có sự chậm trễ trong chẩn đoán và xử trí.<sup>8-10</sup>

Trên phương diện kĩ thuật điều trị, phồng động mạch chậu có 2 phương pháp điều trị chính: can thiệp qua da và phẫu thuật. Theo khuyến cáo của một số Hội tim mạch thì can thiệp mạch là phương pháp có một số ưu điểm so với mổ mở như ít xâm lấn hơn, do đó có thời gian hồi phục nhanh hơn, đặc biệt có ý nghĩa cho những người bệnh nguy cơ ngoại khoa cao (tuổi cao, nhiều bệnh nền...)<sup>11,12</sup> Ngược lại, phẫu thuật có ưu điểm lấy được toàn bộ khối phồng, máu tụ (nếu khối phồng vỡ), lấy được bệnh phẩm của khối phồng để có căn cứ chắc chắn điều trị căn nguyên và xử lý thương tổn các tạng khác kèm theo (nếu có). Bệnh nhân trong nghiên cứu này cần phải chỉ định phẫu thuật vì bên cạnh việc giải quyết khối phồng động mạch chậu gốc, còn phải đánh giá và xử lý tổn thương của đại tràng. Trong một đánh giá của 71 bệnh nhân bị phồng động mạch chậu, 19 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật và 52 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp sửa chữa nội mạch thì không có trường hợp tử vong trong cả hai nhóm đối với những bệnh nhân đã tiến hành xử trí không cấp cứu. Trong số 7 bệnh nhân bị phồng vỡ, chiếm 21% ở nhóm phẫu thuật và 6% ở nhóm can thiệp nội mạch; thì tỷ lệ tử vong tương ứng lần lượt là

50% và 33%.<sup>5,7</sup>

Những vấn đề khác cũng cần đặt ra khi phẫu thuật ở bệnh nhân phồng động mạch chậu nhiễm trùng, đó là cách thức và vật liệu sử dụng để phục hồi lưu thông mạch. Đa phần các trường hợp, phục hồi lưu thông mạch máu theo vị trí giải phẫu sẽ có kết quả lâu dài tốt nhất. Tuy nhiên nếu sự phục hồi lưu thông này phải đi qua các ổ nhiễm trùng, nhất là khi phải sử dụng mạch nhân tạo làm cầu nối thì sẽ có nguy cơ nhiễm trùng tiếp tục dẫn đến các biến chứng nặng, thậm chí tử vong. Do đó, đường phục hồi lưu thông mạch máu ngoài giải phẫu (khác với đường đi mạch máu bình thường) bằng cầu nối động mạch đùi - đùi để tránh ổ nhiễm trùng của chúng tôi là một lựa chọn hợp lý, nhất là đối với những trường hợp lớn tuổi, nguy cơ ngoại khoa cao như ở bệnh nhân này. Trong trường hợp bắt buộc phải thực hiện phục hồi lưu thông mạch bằng đường giải phẫu, chúng ta cũng có thể lựa chọn những loại vật liệu có khả năng đề kháng tốt với vi khuẩn như mạch nhân tạo tráng bạc hoặc động mạch ghép cùng loài (homograft) để giảm thiểu nguy cơ rò, bục miệng nối do nhiễm trùng tiếp diễn. Ngoài ra, kĩ thuật bắc cầu động mạch đùi - đùi này cần được thực hiện trước khi mở bụng để hạn chế tối đa nhiễm trùng cầu nối cũng như không làm gián đoạn tưới máu chi trong quá trình xử lý khối phồng và đại tràng bị thủng.

## V. KẾT LUẬN

Vỡ phồng động mạch chậu vào đại tràng sigma là một bệnh hiếm gặp và thường do căn nguyên nhiễm trùng. Trong thực hành lâm sàng, cần hướng tới chẩn đoán bệnh lý này khi người bệnh có xuất huyết đường tiêu hóa đi kèm với khối phồng động mạch chủ bụng hoặc động mạch chậu. Nếu không phát hiện và xử trí nhanh và chính xác bệnh nhân có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Phẫu thuật cấp cứu xử lý đồng thời tổn thương mạch máu



và đường tiêu hóa là một sự lựa chọn hợp lý. Quá trình điều trị và phẫu thuật đòi hỏi tạo cầu nối ngoài giải phẫu tránh ổ nhiễm trùng để phục hồi lưu thông mạch trước khi mở bụng và sử dụng phác đồ điều trị theo kháng sinh đồ sau khi nuôi cấy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brunkwall J, Hauksson H, Bengtsson H, Bergqvist D, Takolander R, Bergentz S-E. Solitary aneurysms of the iliac arterial system: an estimate of their frequency of occurrence. *Journal of vascular surgery*. 1989;10(4):381-384. doi: [https://doi.org/10.1016/0741-5214\(89\)90411-4](https://doi.org/10.1016/0741-5214(89)90411-4).

2. Santilli SM, Wernsing SE, Lee ES. Expansion rates and outcomes for iliac artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*. 2000;31(1):114-121. doi: [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(00\)70073-5](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(00)70073-5).

3. Richardson JW, Greenfield LJ. Natural history and management of iliac aneurysms. *Journal of vascular surgery*. 1988;8(2):165-171. doi: [https://doi.org/10.1016/0741-5214\(88\)90405-3](https://doi.org/10.1016/0741-5214(88)90405-3).

4. Arthur TI, Gillespie CJ, Butcher W, Lu CT. Pseudoaneurysm of the internal iliac artery resulting in massive per-rectal bleeding. *Journal of Surgical Case Reports*. 2013;2013(10):rjt069-rjt069. doi: <http://doi.org/10.1093/jscr/rjt069>.

5. Levi N, Schroeder T. Isolated iliac artery aneurysms. *European journal of vascular and endovascular surgery*. 1998;16(4):342-344. doi: [https://doi.org/10.1016/S1078-5884\(98\)80054-3](https://doi.org/10.1016/S1078-5884(98)80054-3).

6. Huang Y, Gloviczki P, Duncan AA, et al. Common iliac artery aneurysm: expansion rate

and results of open surgical and endovascular repair. *Journal of vascular surgery*. 2008;47(6):1203-1211. e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.01.050>.

7. Krupski WC, Selzman CH, Florida R, Strecker PK, Nehler MR, Whitehill TA. Contemporary management of isolated iliac aneurysms. *Journal of vascular surgery*. 1998;28(1):1-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S0741-5214\(98\)70194-6](https://doi.org/10.1016/S0741-5214(98)70194-6).

8. Desiron Q, Detry O, Sakalihan N, Defraigne J-O, Limet R. Isolated atherosclerotic aneurysms of the iliac arteries. *Annals of Vascular Surgery*. 1995;9:S62-S66. doi: [https://doi.org/10.1016/S0890-5096\(06\)60453-6](https://doi.org/10.1016/S0890-5096(06)60453-6).

9. Boyarsky AH, Burks WP, Davidson JT, Chandler JJ. Ruptured aneurysm of the internal iliac artery. *South Med J*. 1985;78(11):1356-1357. doi: [10.1097/00007611-198511000-00024](https://doi.org/10.1097/00007611-198511000-00024).

10. Verta MJ, Janevicius RV. Isolated hypogastric artery aneurysms. *The Journal of cardiovascular surgery*. 1982;23(5):432-434.

11. Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, et al. The society for vascular surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. 2018;67(1):2-77. e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.10.044>.

12. Anders W, Fabio V, Van Herzeele I. European society for vascular surgery (ESVS) 2019 clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;57:1-97. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.09.020>.

**Summary**  
**SURGERY TREATMENT FOR ISOLATED ILIAC ARTERY**  
**ANEURYSM RUPTURE INTO SIGMOID COLON:**  
**CASES REPORT AND REVIEW**

Gastrointestinal bleeding caused by rupture of the iliac artery aneurysm into the sigmoid colon is a rare pathology and may be difficult to diagnose correctly. However, there is a high mortality rate if it is not diagnosed and treated promptly. We present a case of an 89-year-old patient admitted to the hospital for blood in his stool and was diagnosed with a ruptured aneurysm of the right common iliac artery into the sigma colon. The patient underwent urgent surgery to perform the femoro - femoral crossover, aneurysm removal and sigmoid colectomy. The process of postoperative and discharged from the hospital is uneventful. We review the diagnosis, treatments and complications of this disease.

**Keywords:** *iliac artery aneurysm rupture, saccular iliac artery aneurysm, femoro - femoral crossover, sigmoid colectomy.*