

SURGICAL OUTCOMES OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM REPAIR VIA THE RETROPERITONEAL APPROACH

Tran Thanh Vy^{1,2}

¹Thoracic and Vascular Department, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital -
215 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital -
215 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 03/03/2025

Revised: 17/03/2025; Accepted: 25/03/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and anatomical characteristics of patients undergoing retroperitoneal surgical repair for abdominal aortic aneurysms and to evaluate the surgical outcomes of this approach.

Method: A retrospective study was conducted on 26 patients with abdominal aortic aneurysm who underwent retroperitoneal surgery at the University Medical Center Ho Chi Minh city from January 2015 to March 2023. Data on patient characteristics, aneurysm features, surgical techniques, and postoperative outcomes were collected and analyzed.

Results: The mean patient age was 69.96 ± 5.46 years, with 76.92% being male. Hypertension (80.77%) and coronary artery disease (50.0%) were the most common comorbidities. All aneurysms were fusiform, with a mean diameter of 5.7 ± 1.2 cm. Short and angulated necks accounted for 53.85% of cases. The mean operative time was 229.8 ± 68.1 minutes, and the mean aortic clamping time was 39.9 ± 23.1 minutes. Postoperative complications included acute kidney injury (30.77%), respiratory complications (23.08%), and bleeding (19.23%). The mean hospital stay was 8.5 ± 3.8 days.

Conclusions: Retroperitoneal surgical repair for abdominal aortic aneurysm is a viable option for patients with complex anatomical characteristics, particularly those with short and angulated aneurysm necks. This approach reduces gastrointestinal and respiratory complications compared to the transperitoneal approach while maintaining effective vascular access.

Keywords: Retroperitoneal approach, open aortic repair, abdominal aortic aneurysm, surgical outcomes.

*Corresponding author

Email: vy.tt@umc.edu.vn Phone: (+84) 966603911 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD2.2183>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG TIẾP CẬN QUA ĐƯỜNG MỔ SAU PHÚC MẠC

Trần Thanh Vỹ^{1,2}

¹Khoa Lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh -
215 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bộ môn Phẫu thuật Lồng ngực - Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh -
215 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 17/03/2025; Ngày duyệt đăng: 25/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và giải phẫu của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng qua đường mổ tiếp cận sau phúc mạc và đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa của phương pháp này.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 26 bệnh nhân phình động mạch chủ bụng được phẫu thuật theo đường sau phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2023. Dữ liệu về đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm túi phình, phương pháp phẫu thuật và kết quả hậu phẫu được thu thập và phân tích.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,96 \pm 5,46$ tuổi, với 76,92% bệnh nhân là nam giới. Tăng huyết áp (80,77%) và bệnh mạch vành (50,0%) là các bệnh lý kèm theo phổ biến nhất. Tất cả túi phình có hình thoi, với đường kính trung bình $5,7 \pm 1,2$ cm. Cổ túi phình ngắn và gập góc chiếm 53,85%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $229,8 \pm 68,1$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là $39,9 \pm 23,1$ phút. Tỷ lệ biến chứng sau mổ bao gồm suy thận cấp (30,77%), biến chứng hô hấp (23,08%) và chảy máu (19,23%). Thời gian nằm viện trung bình là $8,5 \pm 3,8$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị phình động mạch chủ bụng qua đường sau phúc mạc là một lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu phức tạp, đặc biệt là cổ túi phình ngắn và gập góc. Phương pháp này giúp giảm nguy cơ biến chứng tiêu hóa và hô hấp so với đường xuyên phúc mạc, đồng thời vẫn đảm bảo tiếp cận mạch máu hiệu quả.

Từ khóa: Tiếp cận sau phúc mạc, phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ, phình động mạch chủ bụng, kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng là một bệnh lý nghiêm trọng của hệ thống mạch máu, có nguy cơ tử vong cao nếu vỡ. Trong nhiều năm qua, hai phương pháp chính để điều trị phình động mạch (ĐM) chủ bụng là phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch. Mặc dù can thiệp nội mạch đã trở thành phương pháp điều trị phổ biến, nhưng phẫu thuật mở vẫn là lựa chọn tối ưu cho các trường hợp có cấu trúc giải phẫu phức tạp, đặc biệt là khi can thiệp nội mạch không khả thi hoặc bệnh nhân mong muốn một giải pháp điều trị lâu dài [1].

Trong phẫu thuật mở, hai cách tiếp cận chính là xuyên phúc mạc và sau phúc mạc. Xuyên phúc mạc là đường tiếp cận phổ biến nhất do quen thuộc với nhiều bác sĩ

phẫu thuật và cung cấp tầm nhìn rộng rãi đến ĐM chủ bụng và các nhánh của nó [2]. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có nhược điểm như làm tăng nguy cơ tắc ruột, viêm phổi sau mổ, thời gian hồi phục lâu hơn và có thể gây tổn thương các tạng trong ổ bụng [3]. Trong khi đó, đường tiếp cận sau phúc mạc đã được chứng minh có nhiều lợi thế, bao gồm giảm nguy cơ rối loạn chức năng ruột sau mổ, ít gây tổn thương các cơ quan nội tạng, đồng thời giúp tiếp cận tốt hơn đến ĐM chủ bụng đoạn gần thận hoặc trên thận [4], [5].

Một số nghiên cứu đã cho thấy đường tiếp cận sau phúc mạc có tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp hơn đường tiếp cận xuyên phúc mạc, đặc biệt là về suy thận cấp, nhiễm

*Tác giả liên hệ

Email: vy.tt@umc.edu.vn Điện thoại: (+84) 966603911 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD2.2183>

trùng hô hấp và thời gian nằm viện ngắn hơn [6], [7]. Tuy nhiên, đường tiếp cận sau phúc mạc yêu cầu kinh nghiệm phẫu thuật cao, ít được đào tạo rộng rãi, và khó tiếp cận ĐM chậu phải so với đường tiếp cận xuyên phúc mạc [8]. Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu chính:

(1) Mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân được phẫu thuật phình ĐM chủ bụng qua đường sau phúc mạc;

(2) Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa của phương pháp này, bao gồm các chỉ số về tỷ lệ biến chứng hậu phẫu và thời gian nằm viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế hồi cứu, mô tả hàng loạt ca, nhằm đánh giá đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị phình ĐM chủ bụng bằng phẫu thuật mở qua đường sau phúc mạc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán phình ĐM chủ bụng dưới thận và được điều trị bằng phẫu thuật thay đoạn phình ĐM chủ bụng qua đường tiếp cận sau phúc mạc trong khoảng thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chí chọn vào nghiên cứu gồm các bệnh nhân có chẩn đoán phình ĐM chủ bụng được xác nhận bằng hình ảnh học và có chỉ định phẫu thuật mở.

Các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ĐM chủ trước đó, mắc bệnh lý ác tính hoặc có tiền lượng sống dưới 6 tháng được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn vào. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và hệ thống lưu trữ hình ảnh (PACS) của Bệnh viện. Hình ảnh ĐM chủ bụng được đánh giá dựa trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CT.scan).

Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, yếu tố nguy cơ, bệnh lý kèm theo, đặc điểm giải phẫu túi phình, phương pháp phẫu thuật và kết quả hậu phẫu.

2.4. Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt tư thế nằm nghiêng phải, hông xoay 45 độ, vai và thân được xoay thêm sao cho vai nghiêng 60 độ. Sau đó bàn được xoay gập góc hạ đầu và chân, đỉnh của bàn nằm tương ứng giữa mào chậu và xương sườn XII để mở ra khoảng trống tối đa đường mổ.

Rạch da từ đầu xương sườn XI hướng về phía bờ ngoài

cơ thẳng bụng tương ứng điểm giữa xương mu và rốn, cắt cơ thành bụng và khoang sau phúc mạc. Vén phúc mạc, thận trái, niệu quản ra trước để bộc lộ túi phình ĐM chủ. Bộc lộ và kiểm soát cổ túi phình và hai ĐM chậu.

Sử dụng Heparin tiêm tĩnh mạch (0,5-1 UI/kg), kiểm tra huyết áp trước khi kẹp ngang ĐM chủ và hai ĐM chậu. Sau khi kiểm soát hai đầu túi phình, xẻ dọc mặt trước túi phình. Lấy bỏ sạch máu cục và các mảng xơ vữa trong lòng túi phình, khâu các lỗ ĐM thất lưng đang chảy máu, kẹp tạm thời ĐM mạc treo tràng dưới (nếu cần).

Thám sát cổ túi phình và phần cuối túi phình, xác định loại ống ghép cần sử dụng, ống thẳng hay ống chữ Y. Cổ túi phình được cắt rời hoặc để lại mặt sau, ghép mạch bằng mũi khâu liên tục chỉ Prolene 4-0. Khâu xong đầu gần, kẹp ống ghép đầu xa, thả kẹp đầu gần để kiểm tra miệng nối có chảy máu hay không, khâu tăng cường khi cần. Khâu nối đầu xa, tùy tình trạng tổn thương mà có thể nối ĐM chủ - ĐM chủ, ĐM chủ - ĐM chậu chung, ĐM chủ - ĐM chậu ngoài, ĐM chủ - ĐM đùi chung, ĐM chủ - ĐM đùi nông.

Kiểm tra các miệng nối, cầm máu kỹ. Bảo vệ mảnh ghép mạch máu: cắt bớt thành túi phình, dùng phần thành mạch còn lại tạo thành bao, khâu che lại mảnh ghép và khâu lại phúc mạc thành sau, tránh nguy cơ dính ruột vào mạch ghép hay miệng nối. Khâu đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu. Kiểm tra mạch ngoại vi ở đùi, khoeo, chày trước và chày sau hai bên. Đánh giá tưới máu chi dưới hai bên.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ như giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử hút thuốc lá, bệnh mạch vành, suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh thận mạn. Đặc điểm túi phình bao gồm kích thước, hình dạng (hình thoi hoặc hình túi), đặc điểm cổ túi phình (độ dài, mức độ vôi hóa) và tổn thương ĐM chậu kết hợp. Thông tin phẫu thuật được thu thập bao gồm vị trí kẹp ĐM chủ, kiểu nối ống ghép, thời gian kẹp mạch, lượng máu mất và các biến chứng hậu phẫu như suy thận cấp, nhiễm trùng, biến chứng tim mạch và hô hấp.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), trong khi các biến có phân phối không chuẩn được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR).

2.7. Ý đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh phê duyệt (mã số 23322/ĐHYD, ngày 20/2/2023). Dữ liệu bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 26)

Biến số		Giá trị
Giới tính	Nam	20 (76,92%)
	Nữ	6 (23,08%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	69,96 $\pm$ 5,46 (52-86)
	< 60	4 (15,38%)
	61-70	11 (42,31%)
	71-80	9 (34,62%)
	> 80	2 (7,69%)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	22,0 $\pm$ 3,2
	$\leq 18,5$	5 (19,23%)
	18,5-22,9	11 (42,31%)
	23-24,9	5 (19,23%)
	≥ 25	5 (19,23%)
Lý do nhập viện	Tình cờ phát hiện	8 (30,77%)
	Đau bụng	10 (38,46%)
	Đau lưng	3 (11,54%)
	Đau chân	0
	Túi phình tăng kích thước	5 (19,23%)
Yếu tố nguy cơ và bệnh lý kết hợp	Hút thuốc lá	10 (38,46%)
	Tiền căn phẫu thuật ổ bụng	4 (15,38%)
	Bệnh mạch vành mạn tính	13 (50,0%)
	Suy tim	2 (7,69%)
	Tăng huyết áp	21 (80,77%)
	Bệnh phổi mạn tính	3 (11,54%)
	Đái tháo đường	6 (23,08%)
	Bệnh thận mạn tính	9 (34,62%)

Bảng 1 mô tả các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của nhóm bệnh nhân phẫu thuật phình ĐM chủ bụng qua đường sau phúc mạc (n = 26). Đa số bệnh nhân là nam giới (76,92%) với độ tuổi trung bình là 69,96 $\pm$ 5,46 tuổi. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm tăng huyết áp (80,77%), bệnh mạch vành mạn tính (50%) và hút thuốc lá (38,46%). Chỉ số khối cơ thể trung bình là 22,0

$\pm$ 3,2 kg/m². Lý do nhập viện thường gặp nhất là đau bụng (38,46%), tiếp theo là tình cờ phát hiện (30,77%) và túi phình tăng kích thước (19,23%).

Bảng 2. Đặc điểm túi phình ĐM chủ bụng (n = 26)

Biến số		Giá trị
Hình dạng túi phình	Hình thoi	26 (100%)
	Hình túi	0
Đường kính túi phình (cm)	$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	5,7 $\pm$ 1,2 (4,2-8,8)
	Dưới 5 cm	7 (26,92%)
	Từ 5 cm đến dưới 6 cm	8 (30,77%)
	Từ 6 cm đến dưới 7 cm	6 (23,08%)
	Từ 7 cm trở lên	5 (19,23%)
Đặc điểm cổ túi phình	ĐM thận trái thấp hơn ĐM thận phải	20 (76,92%)
	Đường kính cổ túi phình (mm)	20,2 $\pm$ 3,8 (15-32)
	Chiều dài cổ túi phình (mm)	24,1 $\pm$ 13,6 (10-53)
	Góc cổ túi phình (độ)	51,2 $\pm$ 27,2 (20-120)
	Cổ túi phình ngắn	8 (30,77%)
	Cổ túi phình gấp góc	8 (30,77%)
	Cổ túi phình ngắn và gấp góc	14 (53,85%)
Đặc điểm ĐM chậu	Đường kính ngã ba ĐM chủ chậu (mm)	25,3 $\pm$ 5,0 (16-41)
	Đường kính ĐM chậu chung phải (mm)	12,8 $\pm$ 3,7 (7-21)
	Đường kính ĐM chậu chung trái (mm)	12,8 $\pm$ 4,0 (7-24)
	Phình ĐM chậu chung phải	2 (7,69%)
	Phình ĐM chậu chung trái	1 (3,85%)
	Hẹp nặng hoặc tắc ĐM chậu chung phải	2 (7,69%)
	Hẹp nặng hoặc tắc ĐM chậu chung trái	2 (7,69%)

Bảng 2 mô tả các đặc điểm hình thái của túi phình, trong đó tất cả trường hợp đều có hình thoi. Đường kính túi

phình trung bình là $5,7 \pm 1,2$ cm, với 26,92% bệnh nhân có túi phình nhỏ hơn 5 cm và 19,23% có túi phình từ 7 cm trở lên. Cổ túi phình có đặc điểm giải phẫu phức tạp, với 53,85% có cổ ngắn và gấp góc. Đường kính cổ túi trung bình là $20,2 \pm 3,8$ mm, với chiều dài trung bình là $24,1 \pm 13,6$ mm.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị ngoại khoa (n = 26)

Biến số		Giá trị
Vị trí kẹp ĐM chủ đầu trên túi phình	Dưới hai ĐM thận	19 (73,08%)
	Giữa hai ĐM thận	4 (15,38%)
	Trên hai ĐM thận và dưới ĐM mạc treo tràng trên	2 (7,69%)
	Trên ĐM thân tạng	1 (3,85%)
Kiểu nối ống ghép	Ống ghép thẳng	6 (23,08%)
	Ống ghép chữ Y	20 (76,92%)
Thời gian kẹp ĐM chủ (phút)		$39,9 \pm 23,1$ (20-150)
Thời gian mổ (phút)		$229,8 \pm 68,1$ (140-390)
Tái thông ĐM mạc treo tràng dưới		1 (3,85%)
Lượng máu mất (ml)		$542,3 \pm 359,9$ (200-1400)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)		$8,5 \pm 3,8$ (4-18)
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Tim mạch	1 (3,85%)
	Hô hấp	6 (23,08%)
	Tổn thương thận cấp	8 (30,77%)
	Tiêu hóa	2 (7,69%)
	Chảy máu	5 (19,23%)
Thời gian theo dõi (tháng)		$35,9 \pm 24,7$ (3-72)

Bảng 3 mô tả các yếu tố liên quan đến phẫu thuật. Vị trí kẹp ĐM chủ phổ biến nhất là dưới hai ĐM thận (73,08%). Ống ghép chữ Y được sử dụng trong 76,92% trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là $229,8 \pm 68,1$ phút, với thời gian kẹp ĐM chủ trung bình là $39,9 \pm 23,1$ phút. Lượng máu mất trung bình là $542,3 \pm 359,9$ ml.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,5 \pm 3,8$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ gồm tổn thương thận cấp (30,77%), biến chứng hô hấp (23,08%) và chảy máu (19,23%). Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là $35,9 \pm 24,7$ tháng.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật mở điều trị phình ĐM chủ bụng qua đường sau phúc mạc là một phương pháp được lựa chọn trong các trường hợp bệnh nhân không phù hợp với can thiệp nội mạch hoặc có đặc điểm giải phẫu phức tạp. So với đường mổ giữa bụng, xuyên phúc mạc, đường mổ tiếp cận sau phúc mạc được ghi nhận giúp giảm nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ bụng, rối loạn chức năng tiêu hóa và một số biến chứng hậu phẫu [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả đặc điểm nhóm bệnh nhân được phẫu thuật thay đoạn phình ĐM chủ bụng bằng ống ghép nhân tạo qua đường mổ sau phúc mạc và đánh giá kết quả hậu phẫu nhằm góp phần cung cấp thêm dữ liệu về hiệu quả của phương pháp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân là nam giới (76,92%), với độ tuổi trung bình $69,96 \pm 5,46$ tuổi. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Hossack M và cộng sự, trong đó nhóm bệnh nhân tiếp cận đường sau phúc mạc có độ tuổi trung bình $69,8 \pm 6,7$ tuổi và chủ yếu là nam giới [1]. Các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tăng huyết áp (80,77%), bệnh mạch vành (50%) và hút thuốc lá (38,46%), phù hợp với nghiên cứu của Twine C.P và cộng sự, khi tăng huyết áp được ghi nhận ở 71% bệnh nhân phình ĐM chủ bụng [2].

Lý do nhập viện phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đau bụng (38,46%), tiếp theo là tình cờ phát hiện (30,77%) và túi phình tăng kích thước (19,23%). Tỷ lệ phát hiện tình cờ khá cao, phù hợp với nghiên cứu của Pradhan A và cộng sự, cho thấy 30-40% bệnh nhân phình ĐM chủ bụng được phát hiện tình cờ qua tầm soát hoặc chẩn đoán hình ảnh vì lý do khác [3]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của chương trình tầm soát phình ĐM chủ ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là nam giới trên 65 tuổi có tiền sử hút thuốc lá [4].

Tất cả túi phình trong nghiên cứu của chúng tôi đều có hình thoi, với đường kính trung bình $5,7 \pm 1,2$ cm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hossack M và cộng sự, trong đó đường kính trung bình của túi phình ĐM chủ bụng là 65 mm [1]. Có 53,85% bệnh nhân có cổ túi phình ngắn và gấp góc, đây là yếu tố làm tăng mức độ khó khăn nếu thực hiện can thiệp nội mạch. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Wang Y và cộng sự, khi cổ túi phình ngắn (< 10 mm) chiếm 58% trường hợp trong nhóm bệnh nhân phải thực hiện sau phúc mạc thay vì can thiệp nội mạch [5]. Bên cạnh đó, 8,70% bệnh nhân có hẹp nặng hoặc tắc ĐM chậu chung, điều này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng nếu can thiệp nội mạch. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Buendia M.A và cộng sự, trong đó đường mổ sau phúc mạc giúp tiếp cận ĐM chậu hiệu quả hơn đường mổ giữa xuyên phúc mạc, hạn chế di động tạng trong ổ bụng và giảm nguy cơ tắc ruột sau mổ [6].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $229,8 \pm 68,1$ phút, tương đương với nghiên cứu của Hossack M và cộng sự, trong đó thời gian trung

bình của phẫu thuật qua đường mổ sau phúc mạc là 247 phút [1]. Thời gian kẹp ĐM chủ trung bình là $39,9 \pm 23,1$ phút, nằm trong phạm vi báo cáo của Wang Y và cộng sự, với thời gian trung bình 40 phút [5]. Về biến chứng hậu phẫu, tỷ lệ tổn thương thận cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,77%, cao hơn một số nghiên cứu trước đó, nhưng vẫn nằm trong phạm vi báo cáo đối với các ca phình ĐM chủ bụng phức tạp [1]. Tỷ lệ biến chứng hô hấp sau mổ là 23,08%, thấp hơn so với mổ đường giữa, điều này phù hợp với báo cáo của Rastogi V và cộng sự, trong đó mổ đường sau phúc mạc giúp giảm biến chứng phổi do hạn chế di động tạng [7]. Thời gian nằm viện trung bình là $8,5 \pm 3,8$ ngày, tương đương với nghiên cứu của Buendia M.A và cộng sự, với thời gian trung bình 10 ngày [6].

Dựa trên kết quả nghiên cứu cho thấy, tiếp cận sau phúc mạc có thể là lựa chọn phù hợp và an toàn cho bệnh nhân phình ĐM chủ bụng có đặc điểm giải phẫu phức tạp, đặc biệt là cổ túi phình ngắn và gấp góc, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó, có tiền sử các bệnh lý gây dính ruột, hạn chế trong tiếp cận ĐM chủ khi mở đường giữa [9]. Trong một số trường hợp, đường tiếp cận sau phúc mạc cũng nên được ưu tiên để tiếp cận bệnh nhân có túi phình nhiễm trùng [10].

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ, do đó các kết quả có thể chưa phản ánh toàn diện hiệu quả của đường tiếp cận sau phúc mạc trong điều trị phình ĐM chủ bụng. Thứ hai, nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một trung tâm, nên cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận kết quả. Ngoài ra, nghiên cứu chưa so sánh trực tiếp đường mổ xuyên phúc mạc với đường tiếp cận sau phúc mạc, điều này cần được thực hiện trong các nghiên cứu tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị phình ĐM chủ bụng qua đường sau phúc mạc là một lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu phức tạp, đặc biệt là cổ túi phình ngắn và gấp góc, hoặc những người bệnh có túi phình nhiễm trùng, hoặc có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó. Phương pháp này giúp giảm nguy cơ biến chứng tiêu hóa và hô hấp so với đường xuyên phúc mạc, đồng thời vẫn đảm bảo tiếp cận mạch máu hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hossack M, Simpson G, Shaw P et al, Open retroperitoneal repair for complex abdominal aortic aneurysms, *Aorta (Stamford)*, 2022, 10: 114-121, [DOI:10.1055/s-0042-1748959]
- [2] Twine C.P, Lane I.F, Williams I.M, The retroperitoneal approach to the abdominal aorta in the endovascular era, *J Vasc Surg*, 2012, 56 (3): 834-8, [DOI: 10.1016/j.jvs.2012.04.021]
- [3] Pradhan A, Singh S, Haldipur N, Retroperitoneal approach to the abdominal aorta: Tips and tricks, *Indian J Vasc Endovasc Surg*, 2020, 7: 211-5, [DOI: 10.4103/ijves.ijves_88_20]
- [4] Todd G.J, DeRose J.J, Retroperitoneal approach for repair of inflammatory aortic aneurysms, *Ann Vasc Surg*, 1995, 9: 525-534.
- [5] Wang Y, Cui L, Li F et al, An optimized retroperitoneal approach for open aortic repair by partially removing the tenth rib without incising the pleura and diaphragm, *J Vasc Surg Cases*, 2016, 2: 95-100, [DOI: 10.1016/j.jvsc.2016.02.010]
- [6] Buendia M.A, Santana O, Conde C.A et al, Long-term outcome of abdominal aortic aneurysm repair via a retroperitoneal approach, *J Cardiovasc Surg*, 2013, 54.
- [7] Rastogi V, Kim N.H, Marcaccio C.L et al, Retroperitoneal versus transperitoneal approach for open repair of complex abdominal aortic aneurysms, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2022, 64 (1): 23-31.
- [8] Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm, IntechOpen.
- [9] Glotzer O.S, Rieth G, Kistler A, Hnath J, Gifford E, Darling R.C 3rd, Use of the right retroperitoneum as an alternative approach to the abdominal aorta, *J Vasc Surg*, 2023 Jul, 78 (1): 71-76.
- [10] Todd G.J, DeRose J.J, Retroperitoneal approach for repair of inflammatory aortic aneurysms, *Annals of Vascular Surgery*, 1995, 9, 525-534.