

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO                      BỘ Y TẾ**  
**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

**NGUYỄN THỊ THANH**

**GÂY MÊ HỒI SỨC MỔ PHÌNH ĐỘNG MẠCH**  
**CHỦ BỤNG DƯỚI ĐỘNG MẠCH THẬN :**  
**PHÂN TÍCH KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ**

Chuyên ngành : **GÂY MÊ HỒI SỨC**

Mã số: 62.72.33.01

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

TP Hồ Chí Minh – Năm 2010

Công trình được hoàn thành tại:

**ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Người hướng dẫn khoa học:

**PGS.TS. NGUYỄN VĂN CHỪNG**

**GS. VĂN TÂN**

Phản biện 1 : **GS Nguyễn Thu**

Bệnh viện Bạch Mai

Phản biện 2 : **PGS.TS. Trần Duy Anh**

Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Phản biện 3: **PGS. TS. Nguyễn Hữu Tú**

Trường Đại Học Y Hà Nội

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại: **ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH** vào hồi 14 giờ , ngày 10 tháng 9 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

## **DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ**

### **CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Văn Chừng (2001), “Yếu tố nguy cơ tử vong sau mổ phình động mạch chủ bụng dưới thận” , *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 5, phụ bản số 4, tr 23-27.
2. Nguyễn Thị Thanh (2002), “Biến chứng tim trong phẫu thuật mạch máu ở người trên 60 tuổi”, *Tạp San Thông Tin Y Học, Trung Tâm Đào Tạo & Bồi Dưỡng Cán Bộ Y Tế TP Hồ Chí Minh*, số 4, tr 23-28.
3. Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Văn Chừng (2004) , “Gây mê hồi sức trong phẫu thuật phình động mạch chủ bụng dưới thận” , *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 8, Phụ Bản số 1, tr 17-22.
4. Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Văn Chừng (2007) , “Nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật phình động mạch chủ bụng dưới thận”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ Bản số 1, tr 30-36.
5. Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Văn Chừng, Văn Tân (2008), “Gây mê hồi sức phình động mạch chủ bụng ở người trên 80 tuổi” , *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 12, Phụ Bản số 1, tr 55-60.
6. Nguyễn Văn Chừng, Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Văn Chinh, Trần Đỗ Anh Vũ (2008), “Gây mê hồi sức trong phẫu thuật phình động mạch chủ bụng dưới thận ” , *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 12, Phụ Bản số 1, tr 165-177.

## KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu trên, tôi có các kiến nghị sau :

1- Để cải thiện kết quả phẫu thuật, cần lưu ý các điểm sau :

- Cho thuốc tiền mê trước khi BN đến phòng mổ, tiếp tục dùng thuốc tim mạch vào sáng ngày mổ,

- Điều trị tích cực cơn nhịp nhanh và tăng huyết áp trong 24 giờ đầu,

- Làm tê ngoài màng cứng để vô cảm và giảm đau sau mổ cho BN có bệnh COPD phải mổ mổ.

- Các BN có bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi COPD, túi phình đầu, phái nữ cần có kế hoạch chăm sóc toàn diện để giảm tử vong và biến chứng NMCT.

- Phối hợp đa chuyên khoa giữa bác sĩ gây mê hồi sức, phẫu thuật viên, bác sĩ tim mạch, hô hấp, thận để làm kế hoạch ngừa biến chứng tim, phổi, thận sau mổ.

2- Khoa phẫu thuật mạch máu cần phát triển các kỹ thuật đặt ống ghép nội mạch và nếu phải mổ mổ, sử dụng các kỹ thuật mổ ít xâm lấn, đường mổ nhỏ với hỗ trợ nội soi cho các BN cao tuổi, có bệnh lý tim mạch, phổi, suy thận.

## GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

### 1. Đặt vấn đề:

Phẫu thuật mổ mở phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận (PĐMCBDĐMT) là một phương thức điều trị ngoại khoa để ngừa tử vong do vỡ túi phình. Tại Việt Nam, mổ mở PĐMCBDĐMT đã được thực hiện tại nhiều bệnh viện từ hơn 30 năm qua. Tuy nhiên, các nghiên cứu về gây mê hồi sức (GMHS) trong mổ mở PĐMCBDĐMT không có nhiều, đặc biệt là các nghiên cứu về GMHS cho các bệnh nhân (BN) trên 80 tuổi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích phân tích các kết quả và các vấn đề liên quan để đánh giá hiệu quả của phương pháp gây mê cân bằng trong giữ huyết động ổn định và cải thiện kết quả, xác định các yếu tố nguy cơ (YTNC) tử vong sau mổ mở PĐMCBDĐMT.

### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây mê cân bằng trong mổ mở phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận ở nhóm có nguy cơ cao trên 80 tuổi.
2. Khảo sát các thay đổi tần số mạch và huyết áp động mạch trong các giai đoạn gây mê phẫu thuật và hồi sức.
3. Khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tử vong và biến chứng nặng sau mổ mở phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận.

## 2. Tính cấp thiết của đề tài

Mổ mở PĐMCBDĐMT là phẫu thuật lớn, gây thay đổi huyết động nhiều do kẹp và mở kẹp ĐMC. Đường rạch da dài trên bụng gây đau nhiều và ảnh hưởng hô hấp sau mổ. Hiện nay, các nước đã phát triển sử dụng ngày càng nhiều phương thức điều trị bằng ống ghép nội mạch ít xâm hại, nhưng mổ mở vẫn là một phương thức điều trị ngoại khoa phổ biến tại Việt Nam. Đặc biệt, các trường hợp không có chỉ định điều trị ống ghép nội mạch hay có biến chứng phải chuyển mổ mở hay mổ cấp cứu túi phình vỡ. Vì vậy, việc nghiên cứu phương pháp GMHS phù hợp cho loại phẫu thuật mổ mở này, cho các BN ngày càng cao tuổi và có nhiều bệnh nội khoa kèm theo, để giảm các biến chứng và tử vong là một vấn đề thời sự, mang tính cấp bách và cần thiết.

## 3. Những đóng góp mới của đề tài:

- Đưa ra một phác đồ gây mê cân bằng, kế hoạch chăm sóc toàn diện trước, trong và sau mổ.

- Xác định các thời điểm có thay đổi mạch, huyết áp quan trọng trong và sau mổ.

- Xác định được các yếu tố nguy cơ với nhồi máu cơ tim (NMCT) và biến chứng tim sau mổ.

- Xác định được một số các yếu tố nguy cơ trước, trong và sau mổ có liên quan với tử vong và biến chứng sau mổ .

## 4. Bố cục luận án:

Luận án gồm 123 trang. Bao gồm phần đặt vấn đề 4 trang, tổng quan tài liệu 38 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 10 trang, kết quả nghiên cứu 28 trang, bàn luận 41 trang, kết luận và kiến nghị 2 trang. Có 36 bảng, 9 biểu đồ, 7 hình và 218 tài liệu tham khảo (20 tiếng Việt, 13 tiếng Pháp và 185 tiếng Anh)

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu gây mê hồi sức 141 BN mổ mở PĐMCBDĐMT, tôi có những kết luận sau:

1- Các BN trên 80 tuổi có túi phình chưa vỡ được lựa chọn cẩn thận để mổ chương trình có thể được gây mê an toàn và hiệu quả với phương pháp gây mê cân bằng, với kết quả sau mổ chấp nhận được. Tỷ lệ tử vong cao ở các BN trên 80 tuổi có túi phình vỡ và huyết động không ổn định.

2- Thay đổi tần số mạch và huyết áp động mạch qua các giai đoạn phẫu thuật và hồi sức :

Có tăng huyết áp khi BN đến phòng mổ. Không có thay đổi mạch, huyết áp nhiều trong lúc khởi mê, trước, trong và sau khi đặt NKQ. Việc kẹp và mở kẹp ĐMC là yếu tố quan trọng gây thay đổi huyết động. Khi kẹp động mạch chủ, huyết áp tăng nhẹ; khi mở kẹp động mạch chủ huyết áp giảm nhiều. Trong 24 giờ đầu sau mổ, có tình trạng mạch nhanh và tăng huyết áp.

3- Các yếu tố nguy cơ tử vong và biến chứng

Nhóm túi phình chưa vỡ : yếu tố nguy cơ tử vong sau mổ là túi phình có triệu chứng đau. Các biến chứng suy hô hấp, suy thận, rối loạn đông máu, suy đa tạng và mổ lại có liên quan mạnh với tử vong sau mổ. Không có yếu tố nguy cơ biến chứng sau mổ.

Nhóm túi phình vỡ : túi phình vỡ tự do trong phúc mạc là yếu tố nguy cơ tử vong và biến chứng nặng sau mổ .

Yếu tố nguy cơ NMCT cấp sau mổ là bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi và mổ cấp cứu. Yếu tố nguy cơ biến chứng tim sau mổ là bệnh phổi, mổ cấp cứu và phái nữ.

Biến chứng phổi: Các kết quả liên quan đến biến chứng phổi và tử vong do phổi, đặc biệt là trên BN có COPD cho thấy biến chứng phổi có tần suất bằng với biến chứng tim (13,5%), tử vong do phổi cao hơn tử vong do tim (1,4% sv 0,7%). Tôi đề nghị cần lưu ý đến việc có chiến lược giảm biến chứng phổi sau mổ như tập vật lý trị liệu trước và sau mổ. Đối với các BN COPD cần mổ PĐMCB nên thực hiện điều trị bằng ống ghép nội mạch. Trong trường hợp phải mổ mổ nên thực hiện mổ với đường mổ nhỏ có hỗ trợ của nội soi và dùng tê ngoài màng cứng để vô cảm và giảm đau sau mổ. Kalko năm 2007 nghiên cứu về hiệu quả của gây tê NMC và dùng đường mổ bụng nhỏ để mổ PĐMCB chương trình cho 23 BN có COPD nặng. Tác giả ghi nhận đây là phương pháp vô cảm nên dùng cho nhóm BN này khi không thể điều trị với ống ghép nội mạch mà phải mổ mổ.

Tôi ghi nhận đa số suy thận cấp sau mổ xảy ra do hạ HA kéo dài do mất máu nhiều trước mổ (vỡ túi phình), hay trong mổ, giảm thể tích tuần hoàn, một số ít do thiếu máu chi dưới mổ lại nhiều lần. Kiểm soát tốt huyết động để duy trì tưới máu thận tối ưu là cách phòng ngừa biến chứng suy thận hữu hiệu nhất.

Các trường hợp túi phình đau, vỡ khu trú hay vỡ tự do thường có tình trạng chảy máu khó cầm và có rối loạn đông máu xảy ra trong mổ. Ngoài các khó khăn của kỹ thuật mổ, chảy máu sau mổ có vai trò của rối loạn đông máu do truyền dịch, truyền máu nhiều, hạ thân nhiệt. Để giảm biến chứng chảy máu sau mổ, tôi đề nghị cần điều trị tích cực các rối loạn đông máu với sự theo dõi sát xét nghiệm đông máu, trang bị thêm các phương tiện để giữ thân nhiệt bình thường như máy sưởi ấm máu và dịch truyền, mền sưởi ấm.

## Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.2. Sinh lý bệnh của kẹp động mạch chủ và tái tưới máu

#### 1.2.1. Kẹp động mạch chủ

Kẹp động mạch chủ (ĐMC) dưới động mạch (ĐM) thận làm tăng nhẹ HA 7-10% và tăng sức cản mạch máu hệ thống 20-32% với tần số tim thay đổi ít. Cung lượng tim giảm từ 9-33%. Khi kẹp ĐMC, thể tích máu ở vùng dưới nơi kẹp sẽ di chuyển về vùng tĩnh mạch (TM) của hệ thống tuần hoàn tạng có độ đàn hồi thấp ở phía trên nơi kẹp gây tăng tiền tải một cách đáng kể. Khi kẹp ĐMC dưới ĐM thận, các BN có bệnh mạch vành (MV) nặng có tăng 30% áp lực TM trung ương (CVP) và 50% áp lực mao mạch phổi, trong khi những BN không có bệnh MV có giảm áp lực làm đầy thất. Siêu âm tim qua ngả thực quản phát hiện có bất thường vận động vùng xảy ra ở 30% BN khi mổ PĐMCBDĐMT với 66% rối loạn vận động vùng xảy ra khi kẹp ĐMC.

Sự đáp ứng với kẹp ĐMC khác nhau ở BN có và không có bệnh MV. Khi có tăng áp lực tâm thu thất trái và giãn thất trái, một tâm thất trái bình thường sẽ đáp ứng bằng tác dụng inotrope dương tính (tác dụng Anrep). Ngược lại, khi có bệnh MV, thất trái sẽ mất bù do không thể làm tăng lưu lượng máu lớp dưới nội tâm mạc để đáp ứng với sự tăng áp lực trong thất.

Kẹp ĐMC gây ra: (1) giảm chuyển hóa hiếu khí của toàn cơ thể; (2) phần cơ thể ở phía dưới kẹp bị giảm tưới máu chuyển sang chuyển hóa kỵ khí. Kẹp ĐMC dưới ĐM thận gây giảm 16% chuyển hóa hiếu khí của cơ thể. Sự chuyển hóa kỵ khí của phần cơ thể dưới kẹp tạo ra acide lactic, khi mở kẹp ĐMC acide lactic vào vòng tuần hoàn qua mạch máu bàng hệ gây tăng lactate máu.

Để giảm hậu quả của kẹp ĐMC trên cơ tim, hai phương pháp điều trị được áp dụng là giảm hậu tải và tối ưu hóa tiền tải. Các thuốc giãn MV, thuốc tăng co bóp cơ tim hay làm chậm nhịp tim được dùng tùy theo điều kiện tải của thất trái và bệnh lý tim của BN. Các thuốc mê bay hơi như isoflurane có tính giãn mạch có thể dùng để giảm hậu tải và công cơ tim. Các thuốc giãn mạch khác như thuốc ức chế calci (nicardipine) có thể dùng để giảm hậu tải. Những BN không có triệu chứng mất bù cơ tim hay TMCT có thể chấp nhận HAĐM trung bình ở mức cao trong giai đoạn kẹp ĐMC. Phải tránh dùng các thuốc ức chế cơ tim trong lúc kẹp ĐMC.

### 1.2.2. Mở kẹp động mạch chủ

Mở kẹp ĐMC gây tụt HA do giảm hậu tải thất trái. Tác dụng inotrope âm tính của các chất chuyển hóa kỵ khí (acide lactic, gốc tự do, prostaglandine, cytokine) được phóng thích vào vòng tuần hoàn khi mở kẹp ĐMC cũng tham gia vào sự giảm cung lượng tim và gây rối loạn chức năng các cơ quan. Làm đầy mạch máu (khoảng 500 ml) ngay trước khi mở kẹp, giảm nhẹ thuốc mê bay hơi và cho một ít thuốc co mạch như ephedrin (5 – 10 mg) hay phenylephrine (100-200 µg) và calcium chloride (300-500 mg) để làm mất tác dụng ức chế cơ tim và loạn nhịp tim của sự tăng đột ngột kali và chất chuyển hóa toan trên cơ tim ngay khi mở kẹp. Phẫu thuật viên (PTV) mở từ từ kẹp ĐMC và kẹp lại hay đè bằng ngón tay khi tụt HA nặng là biện pháp quan trọng để duy trì huyết động ổn định trong lúc mở kẹp vì cho phép cơ thể thích ứng mà không cần trợ giúp của thuốc vận mạch.

### 1.2.3. Sự thay đổi huyết động thận và bảo vệ thận .

Kẹp ĐMC dưới ĐM thận gây tăng sức cản mạch máu thận 75%, giảm lưu lượng máu thận 38% và gây tái phân phối máu

Một số tác giả qui cho là các BN này có nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo hơn, chủ yếu là bệnh MV và không đủ thời gian để đánh giá và chuẩn bị đầy đủ trước mổ như các BN có túi phình không triệu chứng.

Túi phình vỡ tự do vào ổ bụng là YTNC tử vong sau mổ. Tỷ lệ tử vong chung là 30,7%, nhóm vỡ tự do vào ổ bụng tử vong 81,8%. Phần lớn BN tử vong trong 48 giờ đầu do sốc mất máu và suy đa tạng.

BN vỡ PĐMCB bị hai biến cố thiếu máu- tái tưới máu : HA thấp cấp tính và thiếu máu nửa thân dưới. Sốc mất máu là một dạng thiếu máu- tái tưới máu toàn bộ cơ thể. Sốc mất máu gây co mạch, ứ trệ máu, ngưng kết tiểu cầu và đông máu vi mạch với phù mô kẽ và tăng tính thấm thành mạch. Các nỗ lực giảm tử vong sau vỡ túi phình phải dựa trên các cơ chế gây tổn thương và suy tạng.

### 4.5. Yếu tố nguy cơ biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 28%; nhóm chưa vỡ 18%, nhóm vỡ 48%.

Ở nhóm chưa vỡ, nhóm túi phình có triệu chứng đau có tỷ lệ loạn nhịp tim, suy thận cấp và rối loạn đông máu cao hơn nhóm không triệu chứng. Việc bị các biến chứng suy hô hấp, suy thận, suy đa cơ quan và mổ lại do biến chứng ngoại khoa có liên quan mạnh với tử vong sau mổ ở nhóm chưa vỡ. Nghiên cứu của tôi không tìm thấy yếu tố nguy cơ biến chứng nặng sau mổ.

Ở nhóm túi phình vỡ, túi phình vỡ tự do trong phúc mạc là yếu tố nguy cơ bị biến chứng nặng sau mổ. Việc bị các biến chứng suy thận, rối loạn đông máu, chảy máu sau mổ, suy đa tạng có liên quan mạnh với tử vong sau mổ. Vì vậy, để giảm tử vong cần có kế hoạch giảm các biến chứng này.

bị NMCT cấp sau mổ. Nếu sự trao đổi khí bị rối loạn, sự cung cấp oxy cho cơ tim bị giảm. Đa số các cơn TMCT thường xảy ra trong ba ngày đầu sau mổ và có liên quan với thiếu oxy máu xảy ra vào ngày thứ ba. Cung cấp oxy trong 2-3 ngày đầu sau mổ có thể ngừa thiếu oxy máu, đặc biệt vào ban đêm. Ngoài ra, cần có kế hoạch chăm sóc trước mổ, tối ưu hoá điều trị nội khoa, các phương tiện kiểm soát xâm lấn trong mổ và theo dõi tầm soát TMCT sau mổ cho các BN có các yếu tố nguy cơ này.

Để phát hiện TMCT và NMCT sau mổ, BN được theo dõi ECG liên tục trong 24 giờ đầu và đo ECG 12 chuyển đạo giờ thứ 6, ngày 1, 2, 3 sau mổ. Đo cTnI vào giờ thứ 6 và ngày 1, 2, 3 sau mổ hoặc khi có thay đổi ECG và dấu lâm sàng của TMCT. Ngưỡng cTnI để phát hiện NMCT là 1,5 ng/ml. Nhờ đó, phát hiện các TMCT và NMCT xảy sớm ngay trong vòng 24 giờ đầu sau mổ và điều trị tích cực. Việc theo dõi huyết động xâm lấn trong 24 giờ đầu giúp phát hiện tăng HA và mạch nhanh, và điều trị tích cực với thuốc hạ áp nicardipine và thuốc chẹn beta.

#### **4.4. Yếu tố nguy cơ tử vong sau mổ PĐMCBDDMT**

YTNC tử vong ở nhóm chưa vỡ là túi phình có triệu chứng đau.

Các nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tử vong của túi phình có triệu chứng đau do vỡ mổ cấp cứu cao hơn nhóm túi phình không triệu chứng mổ chương trình, mặc dù các BN này đều có huyết động ổn định khi đi mổ. Y văn ghi nhận tỉ lệ tử vong sau mổ của túi phình chưa vỡ có triệu chứng đau là 11-18%. Trong nghiên cứu của tôi, tử vong của nhóm túi phình có triệu chứng đau cao hơn nhóm túi phình không triệu chứng (15,1% sv 1,7%). Nguyên nhân của tỉ lệ tử vong cao của nhóm PĐMCB chưa vỡ có triệu chứng đau chưa rõ.

trong thận tới vùng vỏ thận. Các thay đổi này kéo dài 1 giờ sau khi mở kẹp. Ngoài việc giảm lưu lượng máu thận do kẹp ĐMC, dùng chất cản quang chụp X quang trước mổ, giảm thể tích nội mạch, thuyên tắc thận do bong các mảnh vụn xơ vữa khi kẹp ĐMC, chấn thương ĐM thận lúc mổ đều tham gia vào việc gây suy thận sau mổ. Các BN điều trị dài ngày với thuốc ức chế men chuyển, mọi tình huống giảm HAĐM đều làm giảm độ lọc cầu thận.

Để bảo vệ thận, nhiều thuốc (mannitol, dopamine, fenoldopam, prostaglandine, furosemide) đã được thử để tối ưu hóa tưới máu thận và chức năng ống thận, nhưng không có phương pháp nào chứng tỏ có hiệu quả. Phương pháp hiệu quả nhất để ngừa suy thận sau mổ là duy trì thể tích nội mạch đầy đủ và thời gian kẹp ĐMC ngắn (thường dưới 30 phút).

#### **1.5.1. Phương pháp gây mê cân bằng**

Các phương pháp vô cảm hiện nay đều “cân bằng”. Gây mê toàn thân bao gồm 4 thành phần: mất ý thức, giảm đau, giãn cơ và mất các phản xạ. Gây mê cân bằng phối hợp nhiều loại thuốc với liều thấp để đạt các yêu cầu khác nhau của gây mê toàn thân và hạn chế thấp nhất các tác dụng không mong muốn của từng nhóm thuốc. Sự cân bằng tối ưu khi kết hợp thuốc mê halogen ở 0,5-1,5 MAC với liều tương tác tối ưu của thuốc phiện : fentanyl 2-6ng/ml (2-6µg/kg/giờ), sufentanil 0,2-0,6ng/ml (0,3-0,9µg/kg/giờ), remifentanil 0,1-0,3µg/kg/phút. Sevoflurane và desflurane được ưa chuộng nhờ tính được động nhanh. Gây mê TM với nồng độ đích phối hợp propofol, remifentanil, atracurium được ưa chuộng nhờ tiết kiệm thuốc, hồi tỉnh nhanh, chất lượng hồi tỉnh tốt và tốt cho BN giảm chức năng thận vì sự thải trừ thuốc không lệ thuộc vào chức năng thận.

## Chương 2: ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân mổ mở chương trình và cấp cứu PĐMCBDĐMT chưa vỡ và vỡ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt, cắt ngang, có phân tích.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/2003 - 7/2007 tại BV Bình Dân TP.HCM

Đánh giá BN trước mổ: tìm các bệnh lý kèm theo: cao HA, tiền căn NMCT, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim, suy thận, tiểu đường, TBMMN, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). BN được phân nhóm theo nguy cơ phẫu thuật ASA, số YTNC lâm sàng (bệnh tim thiếu máu cục bộ; suy tim ứ huyết; bệnh lý mạch máu não; tiểu đường; suy thận); phân nhóm theo tình trạng túi phình : chưa vỡ (không triệu chứng và có triệu chứng đau) và vỡ (vỡ khu trú và vỡ tự do trong khoang phúc mạc), .

Các xét nghiệm trước mổ: sinh hoá, đông máu, điện giải, ECG, siêu âm tim, siêu âm bụng tổng quát, siêu âm ĐMC bụng đoạn trên và dưới ĐM thận, X quang ngực.

Các phương tiện theo dõi trong và sau mổ: ECG, HAĐM xâm lấn, CVP hoặc PVP, SpO<sub>2</sub>, P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub>, thân nhiệt, lượng nước tiểu.

#### Phương pháp gây mê:

Tiền mê với midazolam 1-2 mg và fentanyl 50-100 µg TM. Khởi mê với propofol 2-2,5mg/kg, BN > 65 tuổi propofol 1,25-1,5 mg/kg, BN có huyết động kém dùng etomidate 0,3mg/kg hoặc ketamine 1-2 mg/kg, thuốc giãn cơ (vecuronium 0,1mg/kg hoặc rocuronium 0,6mg/kg; BN có chức năng thận kém dùng atracurium 0.5mg/kg). BN được đặt NKQ, duy trì hô hấp kiểm soát thể tích,

P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub>) được dùng để hạn chế mất thời gian. Sau đó, đặt catheter đo HA ĐM xâm lấn, catheter TM trung ương để hướng dẫn hồi sức. Trước khi kẹp ĐMC, tôi giữ mức HA tâm thu 80-90 mm Hg. Xử trí tích cực các RLĐM trong và sau mổ.

Tôi nhận thấy phương pháp gây mê cân bằng với sự phối hợp midazolam-propofol-fentanyl để khởi mê và fentanyl-isoflurane để duy trì mê, phối hợp với theo dõi huyết động xâm lấn và sử dụng hợp lý thuốc vận mạch cho phép duy trì ổn định huyết động trong mổ. Trong giai đoạn sau mổ sớm, việc theo dõi huyết động xâm lấn cho phép phát hiện cơn tăng HA, mạch nhanh thường xảy ra trong 24 giờ đầu sau mổ.

### 4.3.1. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ lâm sàng và NMCT cấp sau mổ

Nghiên cứu của tôi ghi nhận NMCT cấp sau mổ là 4,2% (nhóm chưa vỡ 2,2% và nhóm vỡ 7,8%). BN được phân loại nguy cơ tim theo 5 YTNC lâm sàng (tiền căn bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim ứ huyết, bệnh lý mạch máu não, tiểu đường, suy thận). Tỷ lệ BN có 0, 1 và 2 yếu tố nguy cơ lâm sàng là 54,6%; 42,5% và 2,8% theo thứ tự. Tần suất NMCT cấp sau mổ ở nhóm có 0, 1 và 2 yếu tố nguy cơ lâm sàng là 1,3%; 6,7% và 25% theo thứ tự. Không có tử vong do NMCT ở các BN có túi phình chưa vỡ. Tuy nhiên, do nhóm BN có 1 hay 2 yếu tố nguy cơ lâm sàng có cỡ mẫu nhỏ nên không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với NMCT cấp sau mổ so với nhóm không có yếu tố nguy cơ. Cần tiếp tục nghiên cứu thêm đối với các BN có nhiều yếu tố nguy cơ lâm sàng.

Các YTNC bị NMCT sau mổ bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi, mổ cấp cứu. Các YTNC bị biến chứng tim sau mổ là bệnh phổi, mổ cấp cứu và phái nữ. Bệnh phổi trước mổ là yếu tố nguy cơ



phải dùng ephedrin khi mở kẹp, với liều dùng ephedrin thấp (trung bình 10-20 mg).

Do phần lớn BN bị hạ thân nhiệt sau mổ nên tôi cho BN tiếp tục thở máy, an thần, sưởi ấm đến khi thân nhiệt bình thường sẽ rút ống NKQ. BN được rút NKQ trong vòng 1-2 giờ sau mổ.

Tôi ghi nhận có 57% BN bị tăng HA sau mổ và đây là lý do chính phải lưu BN lại Phòng Hồi sức > 24 giờ. Thuốc hạ HA được dùng nhiều nhất là nicardipine TM. Một số ít trường hợp dùng captopril ngâm dưới lưỡi. Tôi cho thêm thuốc giảm đau TM. Các BN có mạch nhanh sau mổ được cho propranolol TM. Sau 24 giờ, nếu BN không chướng bụng sẽ dùng bisoprolol qua thông dạ dày.

**GM cho BN có tui phình vỡ** đòi hỏi đánh giá nhanh chóng tình trạng huyết động (ổn định, sốc hay hấp hối).

Đối với các BN có triệu chứng sốc, việc khởi mê có thể gây tụt HA nghiêm trọng khi kích thích giao cảm bị ức chế và tác dụng chẹn cầm máu của cơ thành bụng bị mất. Trong một số mô hình thực nghiệm sốc mất máu trên động vật, ketamine có tác dụng tốt hơn các thuốc mê khác nhờ tác dụng giao cảm gián tiếp, có tác dụng trên khả năng lấy oxy của mô ít nhất. Phối hợp noradrenaline liều trung bình với truyền dịch tinh thể mức độ vừa phải để tái lập và duy trì áp lực tưới máu cơ quan tới mức độ định trước.

Các BN có tui phình vỡ khu trú, có HA thấp được khởi mê khi BN đã trải khâu mổ và phẫu thuật viên đã sẵn sàng. Tôi dùng kỹ thuật đặt NKQ nhanh và thận trọng với liều thấp ketamine hoặc etomidate, fentanyl và thuốc giãn cơ. Sau khi kẹp được ĐMC, tôi cho thêm từ từ thuốc phiện fentanyl và thuốc mê bay hơi isoflurane hoặc ketamine tùy theo tình trạng huyết động của BN. Các phương tiện theo dõi căn bản (đo HADM không xâm lấn, SpO<sub>2</sub>, ECG,

thế vòng kín, lưu lượng thấp, Vt: 8-10ml/kg, tần số: 12-14 lần/phút, I:E= 1:2. Duy trì mê bằng isoflurane hoặc sevoflurane với nồng độ 1,5-2,5%, fentanyl 1-2 µg/kg/giờ chích từng liều hay truyền TM liên tục.

Trước khi kẹp ĐMC, heparin 50-100 đơn vị/kg TM và tăng độ mê với isoflurane. Sau khi kẹp ĐMC, khi HA tâm thu > 140 mm Hg, tăng độ mê với isoflurane. Nếu không hạ được HA, dùng thuốc dẫn mạch nicardipine chích TM từng liều nhỏ 0,2- 1 mg. Trước khi mở kẹp ĐMC, tăng làm đầy mạch máu, giảm nhẹ độ mê. Phối hợp với PTV mở kẹp từ từ. Khi HA tâm thu < 80 mm Hg, cho ephedrin để nâng HA, làm đầy mạch máu bằng dung dịch tinh thể (muối đẳng trương 0,9% hay Ringer Lactate), dung dịch keo (gelatine, tinh bột). Sau khi mở kẹp ĐMC, trung hòa heparin bằng protamine theo yêu cầu của PTV. Lượng dịch duy trì trong mổ là 10 ml/kg/giờ Lactate Ringer hay NaCl 0,9%.

Sau mổ BN được theo dõi 24 giờ đầu tại Hồi sức. BN được rút NKQ khi tri giác tỉnh táo, thân nhiệt 37°C, huyết động ổn định, không có chảy máu, tự thở tốt. Giảm đau đa phương thức sau mổ : 30 phút trước khi đóng da, truyền TM paracetamol 1 g và nefopam 20 mg. Phối hợp thuốc phiện (meperidine hoặc morphine) và/hoặc paracetamol và/hoặc nefopam, và/hoặc kháng viêm không steroids.

Kiểm soát huyết động sau mổ: nicardipine được dùng để kiểm soát các cơn cao HA. Các thuốc inotrope được cho nếu HA tâm thu < 80 mm Hg. Các cơn nhịp nhanh được kiểm soát bằng propranolol tiêm TM hay bisoprolol qua thông dạ dày.

Theo dõi NMCT sau mổ : ECG 12 chuyển đạo được đo giờ thứ 6, ngày 1, 2, 3 sau mổ. Men tim gồm troponin I (cTnI) và/hoặc CPK-MB được đo giờ thứ 6, ngày 1, 2, 3 sau mổ.

#### 2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Yếu tố nghiên cứu : các yếu tố trước, trong và sau mổ có liên quan đến NMCT, tử vong do tim, biến chứng và tử vong sau mổ. Phân tích kết quả phẫu thuật (biến chứng và tử vong trong 30 ngày sau mổ) có liên quan đến GMHS.

#### 2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 10.0.1. So sánh sự khác nhau giữa các biến liên tục bằng phép kiểm T-student hoặc Mann-Whitney, các biến định tính bằng phép kiểm  $\chi^2$ . Tìm yếu tố nguy cơ bằng phân tích đơn biến và đa biến hồi quy logistic. Tính RR, khoảng tin cậy 95%.  $p \leq 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### Chương 3: KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ:

Nhóm nghiên cứu gồm 141 BN, 108 nam, 33 nữ; trọng lượng trung bình là  $51,1 \pm 8,6$ kg; tuổi trung bình  $71,9 \pm 9,5$  năm (31-89). Tiền sử trước mổ: cao HA 59,6%; NMCT 8,5%; bệnh tim thiếu máu cục bộ 26,2%, bệnh phổi 6,4%, suy thận trước mổ 4,3%, tiểu đường 4,3%, bệnh lý mạch máu não 10%, hút thuốc lá 50,4%, rối loạn lipide máu 34%, thiếu máu chi dưới 5%.

Phân độ ASA: II: 26,9%; III: 61,7%; IV: 7,8%; V: 3,5%. Số YTNC lâm sàng : 0 YTNC 54,6%; 1 YTNC 42,6%; 2 YTNC 2,8%. Nhóm nguy cơ cao:  $\geq 80$  tuổi: 19 BN; creatinine máu  $< 3$ mg/dl: 2 BN.

#### 3.1.3 Đặc điểm phẫu thuật:

Nhóm túi phình chưa vỡ 89 BN: không triệu chứng 56 TH, có triệu chứng đau 33 TH. Nhóm túi phình vỡ 52 BN: vỡ khu trú 41 TH,

hay TM, propofol là thuốc khởi mê tốt hơn với điều kiện chích chậm, giảm liều ở người già; fentanyl TM 3 phút trước với liều 5-6 $\mu$ g/kg ở người trẻ và 1,5-3 $\mu$ g/kg ở người già, thêm thuốc halogen nồng độ thấp khi thông khí hỗ trợ trước khi đặt NKQ.

Tôi kiểm soát cao HA khi kẹp ĐMC bằng cách dùng thuốc mê isoflurane hay thuốc nicardipine. Isoflurane có tính giãn mạch có thể dùng để giảm hậu tải và công cơ tim khi kẹp ĐMC. Nicardipine là thuốc ức chế calci có thời gian tác dụng nhanh, ngắn, là thuốc dễ sử dụng để kiểm soát cơn tăng HA trong mổ.

Trước khi kẹp ĐMC, tôi tăng nồng độ isoflurane đồng thời theo dõi sát HA và các áp lực làm đầy. Sau khi tiêm TM heparine và HA ở mức cho phép, PTV kẹp ĐMC. Trong lúc này, xử trí HA sẽ tùy theo chức năng tim của BN. Các BN có chức năng thất trái tốt thường có tăng HA nhiều, tôi tăng isoflurane để kiểm soát HA. Trong lúc kẹp ĐMC nếu HA vượt quá cao trên 180 mm Hg, cho nicardipine TM từng liều nhỏ 0,1-0,2 mg. Theo dõi huyết động trong lúc kẹp ĐMC tôi nhận thấy HA không thay đổi nhiều trong lúc kẹp ĐMC. Chỉ có một số ít BN (38%) phải dùng thuốc nicardipine để hạ HA với liều thấp (dưới 1 mg).

Mở kẹp ĐMC gây giảm HA, đôi khi có tụt HA nặng do giảm đột ngột hậu tải và tác dụng của các chất chuyển hoá kỵ khí do tái tưới máu. Trong giai đoạn chuẩn bị mở kẹp ĐMC, tôi giảm nồng độ isoflurane, bù thêm dịch để nâng CVP cao hơn mức bình thường. Đồng thời, tôi phối hợp với PTV mở kẹp từ từ, theo dõi sát sự giảm HA qua HADM xâm lấn. Khi cần, PTV có thể kẹp lại ĐMC để bù dịch và cho thuốc co mạch ephedrin từng liều nhỏ 3 mg. Với kỹ thuật này, tôi đã giữ huyết động ổn định, có 60% BN

những BN có nguy cơ thấp, có chức năng tim tốt cho phép tiết kiệm phí tổn của CVP, đồng thời hạn chế nguy cơ nhiễm trùng do catheter TM trung ương. Các BN có chức năng tim trái tốt, tôi dùng PVP kết hợp với sự thay đổi theo chu kỳ thở máy của đường cong HA ĐM và sóng mạch nảy của máy đo độ bão hòa oxy để đánh giá thể tích tuần hoàn và hướng dẫn bù dịch..

BN nhìn ăn uống vào sáng ngày mổ và đặt thông dạ dày trước mổ, nên BN không uống thuốc gì qua đường miệng, kể cả thuốc hạ HA và thuốc tiền mê. Việc tiền mê được thực hiện qua đường TM tại phòng mổ ngay trước khi khởi mê. Sự lo lắng kết hợp với việc không dùng thuốc hạ HA vào sáng ngày mổ và thuốc tiền mê trước khi chuyển lên phòng mổ có thể là nguyên nhân làm tăng HA khi đến phòng mổ. Tôi đề nghị nên tiếp tục cho BN uống thuốc hạ HA, nhất là với thuốc chẹn beta, vào sáng ngày mổ, hoặc khoảng 1 giờ trước khi đến phòng mổ với một ít nước. Đồng thời nên cho thuốc tiền mê uống tại khoa phòng, 1 giờ trước khi chuyển BN đến phòng mổ, vì việc cho thuốc tiền mê đường TM tại phòng mổ không có hiệu quả để tránh cơn cao HA khi đến phòng mổ do lo âu.

Giai đoạn khởi mê thường có tụt HA và mạch chậm khi BN mất tri giác do tác dụng làm mất trương lực giao cảm của thuốc mê TM và tác dụng hiệp lực của thuốc phiện và thuốc mê. Động tác đặt đèn soi thanh quản và đặt NKQ là các kích thích gây đau nhiều nhất, làm tăng HA và mạch nhanh ở BN có chức năng thất trái tốt. Các BN có chức năng thất trái kém sẽ không có đáp ứng giao cảm đối với đau và sẽ bị tụt HA nặng khi cho thuốc mê TM hay thuốc mê bay hơi. Sau khi đặt NKQ là giai đoạn tụt HA. Kovac nghiên cứu các biện pháp để giảm bớt ảnh hưởng huyết động khi đặt NKQ ghi nhận các biện pháp có hiệu quả gồm lidocaine xịt tê tại chỗ

vỡ tự do: 11 TH. Kích thước túi phình: nhóm chưa vỡ:  $5,7 \pm 0$ , cm; nhóm vỡ:  $6,4 \pm 0,2$  cm ( $p < 0,01$ ). Thay mảnh ghép thẳng: 114 BN; mảnh ghép chữ Y: 25 BN. Thời gian kẹp ĐMC trung bình: nhóm chưa vỡ:  $54,5 \pm 20,3$  phút; nhóm vỡ:  $56,2 \pm 20,8$  phút. Lượng máu mất trung bình: nhóm chưa vỡ  $716,3 \pm 595,1$  ml; nhóm vỡ  $1501,9 \pm 1602,0$  ml ( $p < 0,001$ ). Lượng máu truyền: nhóm chưa vỡ  $2,3 \pm 2,6$  ĐV, nhóm vỡ  $5,7 \pm 4,8$  ĐV ( $p < 0,0001$ ).

#### 3.1.4. Đặc điểm gây mê:

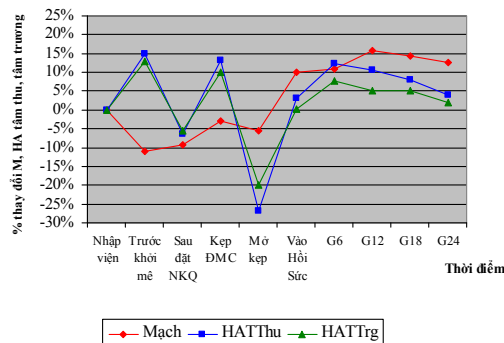
Khởi mê propofol nhóm chưa vỡ 95,5%, nhóm vỡ 65,4%; etomidate nhóm chưa vỡ 4,5%, nhóm vỡ 21,2%; ketamine nhóm vỡ 13,7%. Duy trì isoflurane nhóm chưa vỡ 96,6%, nhóm vỡ 94,2%. Thuốc giãn cơ: rocuronium nhóm chưa vỡ 72%, nhóm vỡ 81%; atracurium nhóm chưa vỡ 28%, nhóm vỡ 19,2%.

#### 3.2. Gây mê hồi sức mổ mổ PĐMCBDĐMT các BN trên 80 tuổi

Có 19 BN  $\geq 80$  tuổi, gồm 14 nam, 5 nữ. Tuổi trung bình  $82,7 \pm 2,9$  tuổi, lớn nhất 89 tuổi. Cân nặng trung bình  $50,8 \pm 10$  kg (35-75). Nhóm chưa vỡ 12 BN; nhóm vỡ 7 BN. Kích thước túi phình trung bình là  $7 \pm 1,6$  cm (4,7-10 cm).

Cao HA 9 BN; bệnh tim thiếu máu cục bộ 5 BN; NMCT 2 BN; TBMMN 2 BN; tiểu đường 2 BN; suy thận 1 BN; bệnh COPD 3 BN; hút thuốc lá 10 BN. EF trung bình  $69,2 \pm 6,4\%$ . Số YTNC lâm sàng: 0 YTNC lâm sàng 9 (47,7%) BN, 1 YTNC lâm sàng 10 (52,6%) BN.

Khởi mê propofol 79%, nhóm vỡ có 3 BN dùng etomidate, 1 BN dùng ketamine. Thuốc giảm đau sau mổ: 84% BN dùng pethidine, 26% BN dùng phối hợp thuốc kháng viêm không steroids.



**Biểu đồ 3.4.** : Tỷ lệ % thay đổi mạch, huyết áp qua các giai đoạn phẫu thuật và hồi sức ở BN ≥ 80 tuổi có túi phình chưa vỡ

**Bảng 3.15** : Sử dụng thuốc tim mạch trong và sau mổ ở nhóm BN ≥ 80 tuổi

	Chưa vỡ (n = 12) Số BN (%)	Vỡ (n = 7) Số BN (%)
<b>Trong mổ</b>		
Tăng HA phải điều trị	4 (33,3%)	3 (42,8%)
Liều nocardipine (mg) <sup>a</sup>	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,6
Hạ HA phải điều trị	5 (41,6%)	4 (57,1%)
Liều ephedrin (mg) <sup>a</sup>	6,6 ± 8,8	10 ± 12
Mạch chậm phải dùng atropine	4 (33,3%)	
<b>Hồi sức</b>		
Tăng HA phải điều trị	4 (33,3%)	4 (57,1%)
Mạch nhanh phải điều trị	3 (25%)	2 (28,5%)
Dùng thuốc inotrope	4 (57,1%)	

<sup>a</sup> trung bình ± độ lệch chuẩn

Trong nghiên cứu trên 999 BN bị phình ĐMC ở người Việt Nam trong giai đoạn 1991 đến 2003, Văn Tần ghi nhận có 18% BN ≥ 80 tuổi, 49% BN được mổ với tỉ lệ tử vong là 23% .

Thành công của GMHS cho người cao tuổi mổ mở PĐMCBĐĐMT tùy thuộc vào việc giữ ổn định huyết động trong và sau mổ. Không có kỹ thuật GM “lý tưởng” nào cho nhóm BN này. Vận dụng những hiểu biết về thay đổi sinh lý, được lý ở người ≥ 80 tuổi, BS gây mê chọn phương pháp GMHS tối ưu cho từng BN. Tôi chọn propofol để khởi mê cho BN ≥ 80 tuổi có chức năng thất trái tốt với liều thấp 1-1,25 mg/kg chích chậm, phối hợp với liều thấp fentanyl 1-3 µg/kg, ghi nhận huyết động ổn định trong lúc khởi mê. Các BN có huyết động trước mổ kém được khởi mê với etomidate hay ketamine. Do người cao tuổi có giảm chức năng gan thận nên 50% BN ≥ 80 tuổi dùng atracurium. Nghiên cứu cho thấy cuộc mổ đã thực hiện an toàn cho BN ≥ 80 tuổi với kỹ thuật gây mê cân bằng. Không có tử vong ở nhóm túi phình chưa vỡ. Nhóm túi phình đã vỡ tử vong cao do sốc mất máu và suy đa tạng.

Phương pháp gây mê cân bằng kiểm soát huyết động ổn định ở BN trên 80 tuổi.

#### 4.2. Thay đổi mạch, huyết áp qua các giai đoạn phẫu thuật và hồi sức.

Trong lúc mổ, việc theo dõi các thay đổi huyết động và thể tích máu là quan trọng để duy trì hoạt động chức năng của các cơ quan. Đặc biệt, vào lúc kẹp và mở kẹp ĐMC có sự thay đổi phân phối dịch trong cơ thể.

Việc đo HADM xâm lấn cho phép BS gây mê theo dõi và xử trí kịp thời các biến đổi huyết áp lớn do kẹp và mở kẹp ĐMC. Đồng thời, việc sử dụng PVP thay thế CVP để hướng dẫn bù dịch ở

### 3.6.2. Yếu tố nguy cơ tử vong sau mổ ở nhóm túi phình chưa vỡ

Phân tích đa biến : túi phình đau là YTNC tử vong sau mổ (RR hiệu chỉnh 8,4;  $p=0,05$ ; KTC 95% 0,99 -72,62).

### 3.6.4. Yếu tố nguy cơ tử vong sau mổ ở nhóm túi phình vỡ.

Phân tích đa biến : túi phình vỡ tự do trong phúc mạc là YTNC tử vong sau mổ (RR hiệu chỉnh 4,24;  $p=0,008$ ; KTC 95% 1,4-12,3).

## Chương 4: BÀN LUẬN

### 4.1. GMHS cho BN trên 80 tuổi mổ mở PĐMCBDĐMT.

Trong thời gian từ 1/2003-7/2007, có 141 BN được gây mê mổ mở PĐMCBDĐMT, trong đó 19(13,4%) BN  $\geq 80$  tuổi. Tỷ lệ tử vong là 0% ở nhóm túi phình chưa vỡ và 28,6% ở nhóm túi phình vỡ.

Mổ mở PĐMCB cho BN  $\geq 80$  tuổi thường không được xem xét do các bệnh nội khoa kèm theo. Henebien thực hiện phân tích tổng hợp 34 nghiên cứu về mổ mở PĐMCB trên 1534 BN > 80 tuổi từ 1975 đến 2005. Tỷ lệ tử vong chu phẫu sau mổ mở từ 0-33% với tử vong chung là 7,5%. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm trung bình là 60%. Tác giả nhận xét tỷ lệ tử vong ở BN > 80 tuổi cao hơn sv BN trẻ. Các số liệu từ y văn không đủ để hướng dẫn quyết định mổ cho BN > 80 tuổi. Cần chọn lựa BN cẩn thận, dựa trên bệnh lý tim, thận, phổi kèm theo so với nguy cơ của phẫu thuật. Nguy cơ tử vong sau mổ mở chương trình PĐMCB không quá cao ở những BN  $\geq 80$  tuổi để làm mất lợi ích của BN sống sau cuộc mổ thành công.

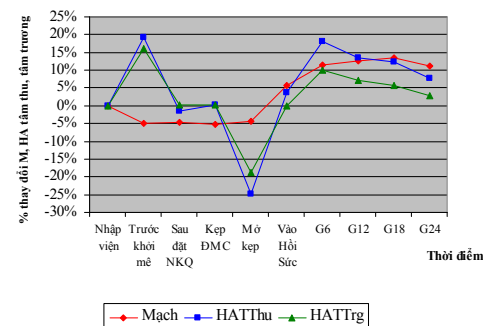
Văn Tần năm 1999 ghi nhận BN  $\geq 80$  tuổi chiếm 22% các BN mạch máu đến điều trị từ 1992 – 1997. Chỉ có 46% BN  $\geq 80$  tuổi được mổ. Tử vong sớm ở cả 2 nhóm mổ và không mổ bằng nhau.

Sau mổ, 58% BN rút NKQ trong vòng 1-2 giờ sau mổ, các BN còn lại được rút NKQ trong vòng 4-16 giờ. Không có BN nào thở máy kéo dài.

Ngoài trừ 2 TH túi phình vỡ tử vong sớm 6 giờ sau mổ, 63% BN nằm Hồi Súc 1 ngày, 3 BN nằm Hồi Súc 2 ngày (do cao HA), 1 BN nằm Hồi Súc 5 ngày (do suy thận cấp sau mổ) và 1 BN nằm Hồi Súc 10 ngày (do biến chứng NMCT).

Tỷ lệ tử vong của nhóm vỡ 28,6%; biến chứng 57%. Nhóm chưa vỡ không có tử vong, biến chứng 8,7%.

### 3.3. Thay đổi mạch, huyết áp qua các giai đoạn phẫu thuật và hồi sức ở nhóm túi phình chưa vỡ.



### Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ % thay đổi mạch, HA qua các giai đoạn PTHS

Tỷ lệ sử dụng nicardipine 38,2%; tỷ lệ sử dụng ephedrin 59,6%. Tại HS, cao HA phải điều trị 57,3%; mạch nhanh >100 lần/phút: 32,6%. Thời gian rút NKQ trung vị : nhóm chưa vỡ: 2 giờ; nhóm vỡ: 3 giờ. Thời gian nằm HS trung vị 1 ngày.

### 3.4. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ lâm sàng và NMCT cấp sau mổ

Tỷ lệ biến chứng tim là 13,4%, trong đó NMCT cấp sau mổ là 4,2%, TMCT là 6,3%; suy tim 5,6%, loạn nhịp tim 3,5%.

Tất cả NMCT cấp sau mổ là loại ST chênh xuống, không có sóng Q. Thời điểm NMCT: trong 24 giờ đầu 5 (83,3%) BN, ngày thứ 5 sau mổ 1 (16,6%) BN. Tử vong do NMCT 1 TH ở nhóm túi phình vỡ khu trú.

### 3.4.2. Liên quan giữa số YTNC lâm sàng và NMCT sau mổ

**Bảng 3.20.** : NMCT cấp sau mổ theo nhóm số YTNC lâm sàng .

Số YTNC	Số BN (%)	NMCT sau mổ	Tử vong do NMCT
0	77 (54,6%)	1 (1,3%)	0
1	60 (42,5%)	4 (6,7%)	1 (25%)
2	4 (2,8%)	1 (25%)	0

### 3.4.3. Yếu tố nguy cơ nhồi máu cơ tim sau mổ

**Bảng 3.23:** Yếu tố nguy cơ NMCT cấp sau mổ

	RR hiệu chỉnh	p	KTC 95%
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	7,8	0,03	1,20–51,56
Bệnh phổi	6,6	0,03	1,14–33,36
Mổ cấp cứu	6,7	0,05	0,97-46,65

Phân tích đa biến ghi nhận các YTNC bị NMCT cấp sau mổ là bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi và mổ cấp cứu.

### 3.4.4. Yếu tố nguy cơ biến chứng tim sau mổ

**Bảng 3.25** : Yếu tố nguy cơ biến chứng tim sau mổ

	RR hiệu chỉnh	p	KTC 95%
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	7,8	0,03	1,20–51,56
Bệnh phổi	6,6	0,03	1,14–33,36
Mổ cấp cứu	6,7	0,05	0,97-46,65

Phân tích đa biến ghi nhận các YTNC biến chứng tim sau mổ là bệnh phổi, mổ cấp cứu, phái nữ .

### 3.5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ 28%, nhóm chưa vỡ 18%, nhóm vỡ 48%.

Biến chứng tim 13,4%, NMCT cấp sau mổ 4,2%; biến chứng phổi 13,4%, suy hô hấp 10,6%, viêm phổi 8,5%; biến chứng suy thận cấp 11,3%.; biến chứng chảy máu sau mổ 5%.

### 3.5.1. YTNC biến chứng nặng sau mổ ở nhóm túi phình chưa vỡ.

Phân tích đa biến: không có biến số nào liên quan ý nghĩa với biến chứng sau mổ.

Việc bị các biến chứng suy hô hấp ( $p < 0,0001$ ), suy thận ( $p < 0,0001$ ), RLDM ( $p < 0,0001$ ), suy đa tạng ( $p < 0,0001$ ) và mổ lại ( $p < 0,0001$ ) có liên quan với tử vong sau mổ.

### 3.5.2. YTNC biến chứng nặng sau mổ ở nhóm túi phình vỡ

Phân tích đa biến : túi phình vỡ tự do trong phúc mạc là YTNC biến chứng nặng sau mổ (RR hiệu chỉnh 2,6;  $p = 0,02$ ; KTC95% 1,1-6,2)

Việc bị các biến chứng suy thận ( $p < 0,0001$ ), rối loạn đông máu ( $p < 0,0001$ ), chảy máu sau mổ ( $p = 0,002$ ), suy đa tạng ( $p < 0,0001$ ) có liên quan với tử vong sau mổ.

### 3.6. Tử vong sau mổ

Tử vong 15,6%, nhóm chưa vỡ 6,7%; nhóm vỡ 30,7%.

**Bảng 3.32.** : Nguyên nhân tử vong theo tình trạng túi phình

Nguyên nhân tử vong	Chưa vỡ (n = 89)		(Vỡ n = 52)		Tổng (n=141)
	Số BN (%)		Số BN (%)		
	Không TC (n=56)	Có TC (n= 33)	Vỡ khu trú (n=41)	Vỡ tự do (n=11)	Số BN (%)
Sốc mất máu		3 (9%)	4 (9,8%)	8 (72,7%)	15 (10,6%)
NMCT			1 (2,4%)		1 (0,7%)
Phổi		1 (3%)	1 (2,4%)		2 (1,4%)
Thận		1 (3%)	1 (2,4%)		2 (1,4%)
Suy đa tạng				1 (9%)	1 (0,7%)
Hoại tử ruột	1(1,7%)				1 (0,7%)
Tử vong	1 (1,7%)	5 (15,1%)	7 (17,1%)	9 (81,8%)	22 (15,6%)