

NGHIÊN CỨU CÁC HÌNH ẢNH BẤT THƯỜNG CỦA ĐỘNG MẠCH THẬN Ở NGƯỜI VIỆT NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỤP ĐỘNG MẠCH CẢN QUANG

Trần Đức Hùng; Đoàn Văn Đệ**

Nguyễn Oanh Oanh; Nguyễn Đức Công***

TÓM TẮT

Nghiên cứu 143 bệnh nhân (BN) được chụp động mạch thận (ĐMT) sau chụp động mạch vành (ĐMV) tại Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2007 đến 12 - 2008, kết quả cho thấy: số lượng ĐMT ở mỗi bên khác nhau. Bên phải: 93% có 1 ĐMT, 6,3% có 2 động mạch, 0,7% có 3 động mạch. Bên trái: 92,3% có 1 động mạch thận, 2 động mạch thận 7,7%, không gặp trường hợp nào bên trái có 3 ĐMT. Phân nhánh bất thường của ĐMT có 3 loại: phân nhánh sớm (bên phải 0,7%, bên trái 2,1%), nhánh phụ đi kèm với nhánh chính vào rốn thận (bên phải 4,9%, bên trái 2,8%) và nhánh phụ đi trực tiếp vào từng cực của thận không qua rốn thận (bên phải 2,1%, bên trái 4,9%).

* Từ khoá: Động mạch thận; Chụp động mạch thận.

THE ANOMALOUS IMAGES OF RENAL ARTERIES IN VIETNAMESE BY RENAL ANGIOGRAPHY

SUMMARY

Renal angiography was performed in 143 patients undergoing coronary angiography for suspected coronary artery disease from 10 - 2007 to 1 - 2008 in 103 Hospital, the results showed that: the number of renal arteries is different between right and left. There was only one right renal artery in 133 patients (93%), 2 in 9 patients (6.3%) and 3 renal arteries in 1 patient (0.7%). On the left side, there was only one renal artery in 132 patients (92.3%), 2 in 11 patients (7.7%) and 3 renal arteries in 1 patient (0.7%), 3 renal arteries was not found. Renal artery variations included: early division (0.7% occurred on the right side, 2.1% on the left), hilar arteries enter kidneys from hilus with the main renal artery (on the right side 4.9%, 2.8% on the left) and polar arteries enter kidneys from the capsule outside the hilus (on the right side 2.1%, 4.9% on the left).

* Key words: Renal artery; Renal angiography.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiểu biết về các bất thường của ĐMT có ý nghĩa rất quan trọng trong phẫu thuật tiết niệu, can thiệp ĐMT và ghép thận, qua đó giúp thủ thuật viên lựa chọn vị trí cần đặt stent ĐMT nếu có hẹp và lựa chọn thận của người cho thận. Các dạng bất thường của ĐMT bao gồm: phân nhánh sớm (nhánh chính phân nhánh trước khi vào rốn thận) và các nhánh phụ. Các nhánh phụ chia làm 2 loại, loại 1: nhánh phụ đi cùng nhánh chính vào rốn thận và loại 2: nhánh phụ đi vào trực tiếp từng cực của thận qua bao ngoài thận:

* Bệnh viện 103

** Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

Phản biện khoa học: PGS. TS. Thái Khắc Châu

(không qua rốn thận). Có nhiều phương pháp xác định các dạng ĐMT khác nhau như: phẫu tích, chụp động mạch, chụp vi tính đa dãy, chụp cộng hưởng từ... [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu bất thường của ĐMT ở người qua chụp động mạch cản quang còn chưa được công bố nhiều ở Việt Nam. Do đó, mục tiêu của đề tài là: “Xác định số lượng ĐMT và các nhánh bất thường của ĐMT bằng phương pháp chụp động mạch cản quang”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 143 BN được chụp ĐMT sau khi đã chụp ĐMV tại Bệnh viện 103 từ tháng 10 - 2007 đến 12 - 2008.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, mô tả. BN được khám lâm sàng, làm điện tim, siêu âm tim, hội chẩn xét chỉ định chụp ĐMV chọn lọc, chỉ định chụp ĐMV theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Hoa Kỳ qua đường động mạch đùi với máy chụp mạch Philips Integris Allura 9F.

- Chụp ĐMT: sau khi đã chụp ĐMV, sử dụng catheter pigtail để chụp không chọn lọc, sau đó sử dụng catheter JR hoặc cobra 5F để chụp chọn lọc từng bên ĐMT.

- Xác định số lượng ĐMT, kiểu phân nhánh bất thường ở từng bên thận bao gồm phân nhánh sớm và các nhánh phụ. Kiểu phân nhánh sớm là phân nhánh của nhánh chính trước khi vào rốn thận. Các nhánh phụ chia làm 2 loại: nhánh phụ đi cùng nhánh chính vào rốn thận và nhánh phụ trực tiếp đi vào từng cực của thận qua bao ngoài thận.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu.

* *Tuổi:*

20 - 29 tuổi: 3 BN (2,1%); 30 - 39 tuổi: 6 BN (4,2%); 40 - 49 tuổi: 15 BN (10,5%); 50 - 59 tuổi: 38 BN (26,5%); 60 - 69 tuổi: 46 BN (32,2%); 70 - 79 tuổi: 28 BN (19,6%); 80 - 89 tuổi: 7 BN (4,9%).

Nhiều nhất là nhóm 60 - 69 tuổi, tiếp đến là hai nhóm 50 - 59 và 70 - 79 tuổi. Tuổi trung bình $60 \pm 12,3$. thấp nhất 28 tuổi, cao nhất 84 tuổi.

* *Giới:* nam: 97 BN (67,8%); nữ: 46 BN (32,2%).

97 BN nam (67,8%) có chỉ định chụp ĐMV, cao hơn nữ (46 BN = 32,2%), do BN nam của chúng tôi có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch như: tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu. Kết quả này phù hợp với Weber-Mzell (2002) [6].

2. Các dạng bất thường của ĐMT.

Bảng 1: Số lượng ĐMT từng bên.

SỐ LƯỢNG	THẬN PHẢI	THẬN TRÁI	p
1 ĐMT	133 (93,0%)	132 (92,3%)	> 0,05
2 ĐMT	9 (6,3%)	11 (7,7%)	> 0,05
3 ĐMT	1 (0,7%)	0 (0%)	

Có 1 ĐMT mỗi bên chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó mỗi bên có 2 ĐMT. Có 3 ĐMT bên phải hiếm gặp, bên trái không gặp trường hợp nào

Trịnh Xuân Đàn [1] nghiên cứu 56 cặp ĐMT bằng phương pháp phẫu tích thấy đa số có 1 ĐMT (65,74%), 26,85% có 2 ĐMT, 7,41% có 3 ĐMT. Ugur Ozkan [5] nghiên cứu 855 BN thấy: có 1 ĐMT ở cả 2 bên chiếm đa số (76%); 83% có 1 ĐMT ở bên phải, bên trái 86%; 15% có 2 ĐMT bên phải, trái 12%; 1% có 3 ĐMT bên phải, trái 0,7%; 0,2% có 4 ĐMT bên trái, phải không gặp.

* Số lượng ĐMT trên từng BN:

Bên phải có 1 ĐMT, trái có 1 ĐMT: 123 BN (86,0%); bên phải có 1 ĐMT, trái có 2 ĐMT: 10 BN (7,0%); bên phải có 2 ĐMT, trái có 1 ĐMT: 8 BN (5,6%); bên phải có 2 ĐMT, trái có 2 ĐMT: 1 BN (0,7%); bên phải có 3 ĐMT, trái có 1 ĐMT: 1 BN (0,7%).

Mỗi bên có 1 ĐMT chiếm tỷ lệ cao nhất (86,0%), sau đó đến một bên có 1 ĐMT và bên kia có 2 ĐMT; có nghĩa BN có 2 - 3 ĐMT chiếm đa số. BN có 4 ĐMT chiếm tỷ lệ rất thấp. Kết quả này phù hợp với Trịnh Xuân Đàn, Nguyễn Đình Mão, Nguyễn Văn Trí, Thatipelli MR và Ugur Ozkan [1, 2, 3, 4, 5].

Bảng 2: Phân nhánh bất thường của ĐMT

ĐẶC ĐIỂM PHÂN NHÁNH CỦA ĐMT	THẬN PHẢI	THẬN TRÁI
Phân nhánh bất thường	11 (7,7%)	14 (9,8%)
Phân nhánh bình thường	132 (92,3%)	129 (90,2%)
Tổng	143 (100%)	143 (100%)

Phân nhánh bình thường của cả 2 bên ĐMT chiếm đa số. Phân nhánh bất thường ở bên trái cao hơn bên phải không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,5$).

Bảng 3: Kết quả các dạng bất thường của ĐMT.

ĐMT	TỔNG	BẤT THƯỜNG		
		Phân nhánh sớm	Loại 1	Loại 2
Phải	11 (7,7%)	1 (0,7%)	7 (4,9%)	3 (2,1%)
Trái	14 (9,8%)	3 (2,1%)	4 (2,8%)	7 (4,9%)

Phân nhánh sớm trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ thấp, các tác giả trong và ngoài nước cho kết quả khác nhau: Nguyễn Đình Mão thấy tỷ lệ phân nhánh sớm của ĐMT trái 4,1%, ĐMT phải 8,8%; Ugur Ozkan nghiên cứu 855 BN thấy tỷ lệ phân nhánh sớm 8% (ĐMT phải 2,5%, trái 2,0% và cả 2 bên 3,5%). Bất thường loại 1 là loại nhánh phụ đi kèm với nhánh chính vào rốn thận trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ thấp. Ugur Ozkan thấy tỷ lệ nhánh bất thường loại 1 ở bên phải là 8,0% và bên trái là 6,7% [5].

Tỷ lệ các nhánh bất thường của ĐMT khác nhau giữa các nghiên cứu là do số lượng mẫu nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra, sự phân nhánh bất thường của ĐMT liên quan với từng dân tộc, chủng tộc, do vậy các nghiên cứu ở các nước, dân tộc khác nhau có thể cho kết quả khác nhau [5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hình ảnh chụp ĐMT bình thường của 143 BN sau khi chụp ĐMV, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Về số lượng ĐMT: bên phải có 1 ĐMT (93%), 2 ĐMT (6,3%), 3 ĐMT (0,7%). Bên trái có 1 ĐMT (92,3%), 2 ĐMT (7,7%), không gặp trường hợp nào bên trái có 3 ĐMT.

- Các dạng bất thường của ĐMT: phân nhánh bình thường của ĐMT chiếm tỷ lệ cao, bên phải 92,3%; bên trái 90,2%. Chúng tôi gặp cả 3 dạng bất thường của ĐMT. Bất thường của ĐMT phải chiếm 7,7% và trái là 9,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Trịnh Xuân Đàn*. Nghiên cứu giải phẫu hệ thống đài bể thận và mạch máu, thần kinh thận của người Việt Nam trưởng thành. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y khoa Hà Nội. 1999, tr.6-13.
2. *Nguyễn Đình Mão*. Nghiên cứu hình thái thận và ĐMT trên 170 nạn nhân người lớn qua giải phẫu thi thể. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y. 1996, tr.8.
3. *Nguyễn Văn Trí*. Khảo sát ĐMT bằng chụp mạch máu cản quang. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2003, tập 7, phụ san số 1. tr.161-163.
4. *Thatipelli MR, Sabater EA, Bjarnason H*. CT angiography of renal artery anatomy for evaluating embolic protection devices. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2007, 18 (7), pp.42-846.
5. *Ugur Ozkan*. Renal artery origins and variations: angiographic evaluation of 855 consecutive patients. Diagnosis Interventional Radiology. 2006, 12, pp. 183-186.
6. *Weber-Mzell, P. Kotanko, M. Schumacher*. Coronary anatomy predicts presence or absence of renal artery stenosis. A prospective study in patients undergoing cardiac catheterization for suspected coronary artery disease. European Heart Journal. 2002, 23 (21), pp.1684-1691.