

đến D12 của vùng ngực/lưng và từ đốt sống L1 đến L5 của vùng thắt lưng, phổ biến hơn cả là xếp đốt sống D12 và L1. Xếp hình chêm chiếm tỷ lệ cao nhất (75,6%), tiếp đến là xếp lõm hai mặt (16,1%) và lùn ép thân đốt sống (8,3%). Có 42% đốt sống xếp nhẹ, 41% đốt sống xếp trung bình và 18% đốt sống xếp nặng theo phân loại Genant. Chiều cao trước, giữa và sau của đốt sống bị xếp là 19,41mm, 22,89mm và 27,48mm. Tỷ lệ giảm chiều cao đốt sống bị xếp so với đốt lành liền kề trung bình là 30,1%. Phân tích kỹ lưỡng các đặc điểm nói trên giúp cung cấp các thông tin tham khảo hữu ích cho các cán bộ y tế và nhà nghiên cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ensrud, K.E. and J.T.** Schousboe, Vertebral fractures. New England Journal of Medicine, 2011. **364**(17): p. 1634-1642.
2. **Nguyễn Văn Thạch**, Đánh giá kết quả tạo hình đốt sống bằng cement sinh học ở bệnh nhân xếp đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện Việt Đức, in Kỷ yếu Hội nghị Hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ IX. 2010: Hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam. p. 88-90.
3. **Võ Văn Nho và cộng sự**, Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xếp đốt sống ở bệnh nhân

loãng xương, in Hội nghị khoa học thường niên lần thứ VI: Hội nghị loãng xương thành phố Hồ Chí Minh. 2012. p. 25-32.

4. **Đỗ Mạnh Hùng**, Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm Cément có bóng cho bệnh nhân xếp đốt sống do loãng xương. 2018, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Mạnh Cường và Phạm Minh Thông**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xếp thân đốt sống bệnh lý. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, 2018: p. 69-70.
6. **Trịnh Văn Cường và Nguyễn Quốc Bảo**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xếp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua cuống. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2017. **21**(6): p. 213-7.
7. **Bozkurt, M., et al.**, Comparative analysis of vertebroplasty and kyphoplasty for osteoporotic vertebral compression fractures. Asian spine journal, 2014. **8**(1): p. 27-34.
8. **Waterloo, S., et al.**, Prevalence of vertebral fractures in women and men in the population-based Tromsø Study. BMC musculoskeletal disorders, 2012. **13**: p. 3-3.
9. **Van Meirhaeghe, J., et al.**, A randomized trial of balloon kyphoplasty and nonsurgical management for treating acute vertebral compression fractures: vertebral body kyphosis correction and surgical parameters. Spine (Phila Pa 1976), 2013. **38**(12): p. 971-83.

## KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHỒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

Dương Ngọc Thắng<sup>1,2</sup>, Bùi Minh Tứ<sup>2</sup>, Phùng Duy Hồng Sơn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kinh điển điều trị phồng động mạch chủ bụng dưới thận ở các bệnh nhân mổ có kế hoạch giai đoạn 2018-2020 tại trung tâm tim mạch và lồng ngực - bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định phồng động mạch chủ bụng dưới thận có hoặc không phồng động mạch chủ bụng kèm theo đã được điều trị bằng phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2018 đến 12/2020. **Kết quả:** Có tổng số 62 bệnh nhân được phẫu thuật, nam giới chiếm 72,6% (45), tuổi trung bình 67,1 ± 1,27 tuổi (36– 82). Có 45 (72,6%) bệnh

nhân sờ thấy khối đập theo nhịp mạch ở bụng. Cao huyết áp gặp ở 45(72,6%) bệnh nhân. Phồng hình thoi chiếm 95,2%, kích thước khối phồng trung bình 53,2 ± 1,35 mm (28-110). Có 56 (90,3%) bệnh nhân được thay đoạn động mạch chủ chậu bằng mạch nhân tạo chữ Y, 6 (9,7%) được thay đoạn động mạch chủ bụng đơn thuần. Thời gian phẫu thuật trung bình 204,9 ± 46,2 phút (120 - 360). Không có bệnh nhân tử vong sớm sau mổ. Có 4 (6,5%) bệnh nhân phải mổ lại: 3(4,8%) do tụ máu sau phúc mạc, 1(1,6%) do hoại tử đại tràng. **Kết luận:** Phẫu thuật phồng động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2020 là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, không có bệnh nhân tử vong sau mổ.

**Từ khóa:** Phồng động mạch chủ bụng, bệnh viện Việt Đức, phồng động mạch chủ chậu.

### SUMMARY

**EARLY RESULT OF SELECTIVE SURGERY FOR INFRA-RENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING PERIOD 2018-2020**

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022

**Purpose:** To evaluate early results of selective surgery for infra-renal abdominal aortic aneurysm at cardiovascular and thoracic center, Viet Duc university hospital during period 2018-2020. **Method:** This is retrospective descriptive study of all patients with infra-renal abdominal aortic aneurysm, who underwent selective surgery at Viet Duc University Hospital from January 2018 to December 2020. **Results:** There were 62 patients included in this study, 45 (72,6%) patients were male. Average age was  $67,1 \pm 1,27$  years (range 36– 82); 45 (72,6%) patients were found them self a pulsatile abdominal mass. The fusil form accounted for 95,2%, with average diameter was  $53,2 \pm 1,35$  mm (28-110). 56 (90,3%) of the patients underwent abdominal aortic replacement using Y graft. 6 (9,7%) patients were used straight graft. Average surgical time was  $204,9 \pm 46,2$  minutes (range 120 - 360). Early mortality rate was 0%. There were 4(6,5%) reoperations, in them 3(4,8%) had retroperitoneal hematoma, 1(1,6%) had colon necrosis. **Conclusion:** selective surgery for infra-renal abdominal aortic aneurysm at cardiovascular and thoracic center, Viet Duc university hospital during period 2018-2020 is safe. There was no early dead after surgery.

**Keywords:** Abdominal aortic aneurysm, Viet Duc University hospital. Aorto-iliac aneurysm.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng động mạch (ĐM) là tình trạng một đoạn ĐM giãn ra với đường kính lớn hơn 1,5 lần so với đoạn ĐM bình thường lân cận. Tuy nhiên đối với ĐM chủ bụng, gọi là phòng ĐM chủ bụng (PĐMCB) khi kích thước đoạn ĐM chủ (ĐMC)  $\geq 3$ cm trên siêu âm mạch hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy<sup>1</sup> với hơn 85% khu trú ở đoạn ĐMC dưới chỗ xuất phát của ĐM thận (PĐMCB dưới thận). Hầu hết PĐMCB được phát hiện tình cờ do không có triệu chứng lâm sàng nổi bật, trừ khi có biến chứng.

Chỉ định điều trị đối với PĐMCB dưới thận khi có đường kính  $\geq 45$ mm hoặc đã có biến chứng là phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ bụng hoặc can thiệp nội mạch<sup>1,2</sup>. Với sự tiến bộ về gây mê hồi sức, vật liệu mạch nhân tạo thay thế, các thuốc điều trị nội khoa trước và sau phẫu thuật, kết quả của phẫu thuật điều trị PĐMCB dưới thận đã được cải thiện đáng kể theo thời gian<sup>1-3</sup>. Với tần suất phẫu thuật khoảng 30-35 ca/năm, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật đối với PĐMCB dưới thận; nghiên cứu chia sẻ kinh nghiệm và kết quả điều trị PĐMCB

**Bảng 2.** Một số đặc điểm phẫu thuật (N=62)

	N	%
Thời gian phẫu thuật (min-max) phút	$204,9 \pm 46,22$ (120 - 360)	
Thời gian kẹp ĐMC (min-max) phút	$69,9 \pm 23,71$ (30 - 140)	
Vị trí kẹp ĐMC	Trên ĐM thận	4,8
	Dưới ĐM thận	95,2

với mục đích góp phần nâng cao năng lực chẩn đoán cũng như chất lượng điều trị PĐMCB dưới thận.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định PĐMCB dưới thận, đã được điều trị bằng phẫu thuật có kế hoạch tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2020. Loại trừ những trường hợp phẫu thuật PĐMCB đã có biến chứng hoặc được điều trị bằng can thiệp nội mạch hay phương pháp Hybrid.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện. Các số liệu được thu thập từ bệnh án điện tử, xử lý bằng các thuật toán Y học trên chương trình SPSS Statistics 22. Các thông số được tính toán qua tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 62 bệnh nhân đã được phẫu thuật có kế hoạch điều trị PĐMCBDT trong giai đoạn 2018-2020. Tuổi trung bình  $67,1 \pm 1,27$  (36– 82) tuổi trong đó 45 bệnh nhân nam (72,6%) và 17 nữ (27,4%). Bệnh lý nền thường gặp là tăng huyết áp (72,6%), suy thận (6,5%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (19,4%), 20% số bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử hút thuốc lá. Sờ thấy khối ở bụng đập theo nhịp mạch là triệu chứng thường gặp nhất (72,6%). Đặc điểm khối PĐMCB trên hình ảnh CLVT được trình bày trong bảng 1

**Bảng 1.** Hình thái khối PĐMCB trên phim chụp CLVT(N=62)

	N	%
Kích thước (mm)	$53,17 \pm 1,35$ (28-110)	
Hình thái	Hình thoi	95,2
	Hình túi	4,8
Vị trí	Dưới động mạch thận > 1,5 cm	96,7
	Sát động mạch thận	3,3
Tổn thương động mạch chậu phối hợp	Có	56,5
	Không	43,5

Thắt ĐM chậu trong	1 bên	3	4,8
	2 bên	2	3,2
Thời gian nằm viện (min-max) ngày		18,6 ± 6,4 (8 -38)	
Số bệnh nhân truyền máu trong mổ	300 - 500	13	21,0
	500-1000	10	16,1
	>1000	5	8,1
Phương pháp tái thông mạch	Đoạn mạch thẳng	6	9,7
	Đoạn mạch chữ Y	56	90,3
	Tái thông ĐMMTTĐ	4	6,5

**Bảng 3.** Kết quả sớm sau phẫu thuật

		N	% (N=62)
Tốt		46	74,2
Biến chứng	Tụ dịch, máu sau phúc mạc	6	9,6
	Mổ lại do tụ máu sau phúc mạc	3	4,8
	Suy thận	6	9,6
	Viêm phổi	3	4,8
	Viêm tụy cấp	1	1,6
	Nhiễm trùng vết mổ	2	3,2
	Hoại tử đại tràng	1	1
	Tắc mạch chi	0	0
Tử vong	0	0	

Trong số 6 bệnh nhân phát hiện tụ máu sau phúc mạc, có 3 bệnh nhân phải mổ lại lấy máu tụ. Chỉ có 1 bệnh nhân phải lọc máu do suy thận cấp sau mổ. Có 1 phát hiện hoại tử đại tràng vào ngày thứ 3 sau mổ thay đoạn ĐMCB được mổ cắt toàn bộ đại tràng trái, làm hậu môn nhân tạo.

#### IV. BÀN LUẬN

ĐMCMCB dưới thận là bệnh lý tương đối thường gặp trong nhóm các bệnh tim mạch. Nghiên cứu của tác giả Yii<sup>4</sup> cho thấy tại khu vực Đông Nam Á, tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới trên 70 tuổi là 78,3 / 100.000 dân và cao gấp 4 lần ở nữ giới cùng độ tuổi. Số lượng bệnh nhân mắc ĐMCMCB ngày càng tăng cùng với sự gia tăng của nhóm bệnh tim mạch mạn tính và sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Nghiên cứu của chúng tôi có 62 bệnh nhân được phẫu thuật ĐMCMCB dưới thận có kế hoạch trong khoảng thời gian từ 01/2018 đến 12/2020, cùng trong khoảng thời gian này chúng tôi có 43 bệnh nhân được can thiệp nội mạch ĐMCMCB dưới thận và 25 bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu do biến chứng vỡ ĐMCMCB. Tức là trung bình trong một năm, số bệnh nhân ĐMCMCB dưới thận được điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức khoảng 43 bệnh nhân. Con số này thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả tại bệnh viện Bình Dân với trung bình 51 bệnh nhân được phẫu thuật trong một năm tại thời điểm năm 2005<sup>5</sup>. Lý

do là hiện nay tại khu vực phía Bắc đã có nhiều trung tâm có thể phẫu thuật điều trị bệnh lý này, hơn nữa các kỹ thuật can thiệp nội mạch phát triển mạnh mẽ nên nhiều bệnh nhân có bệnh lý nền nặng đã lựa chọn phương pháp điều trị này mặc dù chi phí còn khá cao.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 67,1 ± 1,27 tuổi (thấp nhất 36 tuổi, cao nhất 82 tuổi). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác<sup>4,6</sup> trong khu vực cũng như trên thế giới. Điều này có thể lý giải bởi sự hình thành của các mảng xơ vữa động mạch thường gặp ở người cao tuổi là nguyên nhân của 90% các trường hợp ĐMCMCB. Chỉ một phần nhỏ số bệnh nhân có nguyên nhân bệnh là nhiễm trùng hoặc các bệnh lý bẩm sinh liên quan đến rối loạn cấu trúc và chức năng thành mạch. Về mặt mô học, sợi elastin ở lớp áo giữa thành mạch là thành phần giúp động mạch thích nghi với sự thay đổi áp suất trong lòng mạch và số lượng các sợi này giảm dần theo tuổi làm cho thành mạch dần mất đi tính đàn hồi. Tỉ lệ nam / nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,7 / 1, phù hợp với các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước khác với tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn so với nữ.

Các yếu tố nguy cơ của ĐMCMCB bao gồm tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa lipid, tiền sử gia đình... Trong đó hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ cao nhất với tỉ lệ mắc ĐMCMCB ở nhóm hút thuốc cao gấp 3 lần so với nhóm không hút thuốc. Hút thuốc lá cũng làm khối ĐMCMCB tăng nhanh kích thước dẫn đến nguy cơ vỡ cao hơn, nguyên nhân là vì các hoạt chất trong thuốc lá kích thích các protease hoạt động tấn công vào collagen thành mạch<sup>1</sup>. Chúng tôi chỉ quan sát thấy có 20% số bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử hút thuốc lá, có thể bởi bệnh nhân không khai báo tiền sử này khi được hỏi bệnh hoặc đã ngừng hút thuốc một thời gian ngắn trước khi nhập viện vì ĐMCMCB. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45/62 bệnh nhân (chiếm 72,6%) có tiền sử tăng huyết áp. Đây cũng là yếu tố nguy cơ đáng chú ý do huyết áp cao không chỉ ảnh hưởng đến tiến triển của khối phồng mà còn

đóng vai trò tiên lượng trong và sau phẫu thuật. Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ ĐMCB ở bệnh nhân tăng huyết áp cao gấp 1,66 lần so với bệnh nhân không tăng huyết áp và nguy cơ này tăng lên 14% và 28% với mỗi 20mmHg tăng huyết áp tâm thu và mỗi 10mmHg tăng huyết áp tâm trương<sup>1-3,7</sup>. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được kiểm soát huyết áp bằng điều trị nội khoa tối ưu trước khi phẫu thuật và tiếp tục duy trì điều trị sau phẫu thuật. Chúng tôi cũng quan sát thấy có 8 bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, 5 bệnh nhân suy thận mạn và 2 bệnh nhân có tiền sử tai biến mạch máu não, đây cũng là các yếu tố tiên lượng biến cố tim mạch sau phẫu thuật ĐMCB<sup>1</sup>.

Kích thước khối phòng trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là  $53,2 \pm 1,35$ mm với kích thước lớn nhất là 110mm được đo trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu đa dãy (MSCT). Có tới gần 50% số bệnh nhân nhập viện với khối phòng có kích thước trong khoảng 50-70mm, điều này cho thấy đa phần người bệnh phát hiện và đến viện muộn. Đây cũng là một bệnh lý có tính chất diễn biến thầm lặng, có đến 30% số bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng và chỉ phát hiện tình cờ khi siêu âm, chụp cắt lớp bụng hoặc khi khối phòng đã vỡ<sup>1,2</sup>.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được siêu âm ĐMCB và chụp MSCT động mạch chủ bụng để chẩn đoán. Mặc dù siêu âm được coi là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, dễ thực hiện với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, tuy nhiên kỹ thuật này vẫn có thể gặp khó khăn trong những trường hợp như bệnh nhân béo phì hoặc bụng chướng hơi, khối phòng thay đổi kích thước theo nhịp tim, kỹ năng và kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và nhất là khó đánh giá thương tổn của các đoạn ĐMC lân cận như ĐMCB trên thận hoặc ĐMC ngược<sup>1</sup>. Trong khi đó, chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch chủ được coi là phương pháp đóng vai trò quyết định chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị. Ngoài ra chụp MSCT còn có thể phát hiện hình ảnh vỡ khối ĐMCB vào các tạng lân cận như cột sống, tá tràng...

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $204 \pm 46,2$  phút (min 120 phút, max 360 phút). Thời gian kẹp ĐMCB trung bình là  $69 \pm 23,7$  phút (min 30 phút, max 140 phút). Nghiên cứu của Becquemin<sup>8</sup> cho thấy thời gian phẫu thuật trên 4 giờ làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng sau mổ trong đó có thiếu máu đại tràng. Như vậy thời gian trung bình cho phẫu thuật ĐMCBDT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

là có thể chấp nhận được, đảm bảo an toàn và không làm tăng nguy cơ biến chứng đối với bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3 bệnh nhân được kẹp ĐMC trên chỗ chia ĐM thận để kiểm soát chảy máu do cổ trên của khối phòng cách ĐM thận dưới 1,5 cm. Trong số 3 bệnh nhân này chỉ có 1 bệnh nhân có suy thận cấp sau phẫu thuật và được điều trị bảo tồn.

Có 28/62 bệnh nhân (45,2%) cần truyền máu trong mổ và đa số truyền 1-2 đơn vị hồng cầu khối chứng tỏ đây là một phẫu thuật an toàn, ít gây chảy máu nhất là khi phẫu thuật viên đã kiểm soát tốt ĐMC, các ĐM chậu và các nhánh ĐM thắt lưng. Chúng tôi chỉ có 4 trường hợp được tái thông động mạch mạc treo tràng dưới (ĐMMTTD) bằng cách nối vào đoạn mạch nhân tạo. Mặc dù việc tái thông lại ĐMMTTD trong phẫu thuật ĐMCBDT vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi và cũng không có nghiên cứu nào ủng hộ việc thắt ĐMMTTD làm tăng nguy cơ gây thiếu máu đại tràng sau phẫu thuật, chúng tôi vẫn chủ trương thực hiện tái thông ĐMMTTD trong các trường hợp (1) dòng phụt ngược của động mạch này yếu; (2) có thương tổn hẹp hoặc tắc ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên phổi hợp; (3) không bảo tồn được ĐM chậu trong hai bên. Đa số các trường hợp chúng tôi cố gắng bảo tồn ĐM chậu trong hai bên và thắt ĐMMTTD sát gốc.

Về kết quả sớm (trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật), không có bệnh nhân nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp (4,8%) phải mổ lại do máu tụ sau phúc mạc, 6 trường hợp (9,7%) suy thận sau mổ nhưng chỉ có 1 trường hợp phải lọc máu cấp, chức năng thận của các bệnh nhân này đều trở về ngưỡng bình thường sau khi điều trị nội khoa, có 1 bệnh nhân (1,6%) hoại tử đại tràng sau phẫu thuật thay đoạn ĐMCBDT được mổ cắt đoạn đại tràng, làm hậu môn nhân tạo. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả trên thế giới<sup>1,2</sup>. Nếu so sánh với tỉ lệ tử vong sớm của phẫu thuật điều trị vỡ ĐMCB lên tới 36%<sup>1-3</sup>, rõ ràng phẫu thuật có kế hoạch có kết quả tốt hơn rất nhiều. Vì vậy việc tầm soát phát hiện bệnh và lên kế hoạch điều trị sớm đóng vai trò hết sức quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi chưa có điều kiện đánh giá kết quả dài hạn của phẫu thuật. Tuy nhiên, theo một nghiên cứu phân tích tổng hợp trên 107.814 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ĐMCB có kế hoạch, tỉ lệ sống sau 5 năm là 69%<sup>1,4</sup>, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả dài hạn bao gồm: tuổi, kích thước khối phình, giới nam, các bệnh phổi hợp, khu

vực... Bệnh nhân tử vong chủ yếu do bệnh lý thiếu máu cơ tim và các bệnh phổi.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kinh điển điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2020 cho kết quả sớm là an toàn, ít biến chứng, không có tử vong sớm sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I, et al.** Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* 2019;57(1):8-93. doi:10.1016/j.ejvs.2018.09.020
2. **Lê Nữ Thị Hòa Hiệp.** Phình động mạch chủ bụng dưới thận chỉ định phẫu thuật - kết quả điều trị ngoại khoa mổ hở. *Học TPHồ Chí Minh.* 2005;9(1):16-18.
3. **Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A.** Abdominal aortic aneurysm: A comprehensive review. *Exp Clin Cardiol.* 2011;16(1):11-15.
4. **Yii MK.** Epidemiology of abdominal aortic aneurysm in an Asian population: Abdominal aortic aneurysm in Asia. *ANZ J Surg.* 2003;73(6):393-395. doi:10.1046/j.1445-2197.2003.t01-1-02657.x
5. **Lê Nữ Thị Hòa Hiệp.** Phình động mạch chủ bụng dưới thận chỉ định phẫu thuật - kết quả điều trị ngoại khoa mổ hở. *Học TPHồ Chí Minh.* 2005;9(1):16-18.
6. **Sampson UKA, Norman PE, Fowkes FGR, et al.** Estimation of Global and Regional Incidence and Prevalence of Abdominal Aortic Aneurysms 1990 to 2010. *Glob Heart.* 2014;9(1):159. doi:10.1016/j.gheart.2013.12.009
7. **Jahangir E, Lipworth L, Edwards TL, et al.** Smoking, sex, risk factors and abdominal aortic aneurysms: a prospective study of 18 782 persons aged above 65 years in the Southern Community Cohort Study. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(5):481-488. doi:10.1136/jech-2014-204920
8. **Becquemin JP, Majewski M, Fermani N, et al.** Colon ischemia following abdominal aortic aneurysm repair in the era of endovascular abdominal aortic repair. *J Vasc Surg.* 2008;47(2):258-263. doi:10.1016/j.jvs.2007.10.001
9. **Bahia SS, Holt PJE, Jackson D, et al.** Systematic Review and Meta-analysis of Long-term survival After Elective Infra-renal Abdominal Aortic Aneurysm Repair 1969-2011: 5 Year Survival Remains Poor Despite Advances in Medical Care and Treatment Strategies. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* 2015;50(3):320-330. doi:10.1016/j.ejvs.2015.05.004

## THỰC TRẠNG THIẾU VI CHẤT Ở TRẺ TỪ 6 THÁNG ĐẾN DƯỚI 5 TUỔI

Chu Thị Phương Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hồng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ em, đặc biệt trẻ dưới 5 tuổi. Bên cạnh suy dinh dưỡng, thiếu vi chất dinh dưỡng cũng là một vấn đề sức khỏe được quan tâm. Nghiên cứu được tiến hành trên 234 trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 9 năm 2021 bằng phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang, nhằm đánh giá tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ. **Kết quả nghiên cứu:** Trẻ thiếu vi chất dinh dưỡng chiếm tới 73,0%, trong đó thiếu sắt chiếm tỷ lệ cao nhất ((36,8%), tiếp đó là thiếu kẽm (28,6%), thiếu vitamin D (20,9%) và thiếu canxi (3,0%). Tỷ lệ thiếu sắt và kẽm ở trẻ sống ở vùng nông thôn cao hơn so với thành thị, lần lượt là 27,1% so với 40,9% và 14,3% so với 34,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ từ 6 tháng đến 5

tuổi còn cao, trong đó thiếu sắt chiếm tỷ lệ cao nhất. Trẻ sống ở vùng nông thôn, miền núi có tỷ lệ thiếu vi chất cao hơn so với trẻ sống ở vùng thành thị.

**Từ khóa:** thiếu vi chất dinh dưỡng, trẻ dưới 5 tuổi

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF MICRONUTRIENT DEFICIENCY IN CHILDREN FROM 6 MONTHS TO LOWER 5 YEARS OLD

Nutrition plays an important role in physical and mental development of children, especially children under 5 years old. Besides malnutrition, micronutrient deficiency is also an important health problem. The study was established with 234 children from 6 months to 5 years old at the Nutrition Clinic, National Children's Hospital, during the period from September 2020 to September 2021 by a cross-sectional prospective study, aiming to assess micronutrient deficiency status in children. **Research results:** Children with micronutrient deficiency accounted for 73.0%, of which iron deficiency accounted for the highest rate (36.8%), followed by zinc deficiency (28.6%), vitamin D deficiency (20.9%) and calcium deficiency (3.0%). Iron and zinc deficiency rates among children living in rural areas were higher than those in urban areas, at 27.1% compared with 40.9% and 14.3% compared to 34.8%, respectively, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: tiembap23614@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022