

nguồn chảy máu và áp dụng phương pháp cầm máu thích hợp chính là những yếu tố cần thiết trong CTĐMQĐ.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. Quencer KB, Tadros AS, Marashi KB, et al. Bleeding after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: Incidence, Causes and Treatments. J Clin Med. 2018;7(5):94. doi:10.3390/jcm7050094
2. Pulappadi VP, Srivastava DN, Madhusudhan KS. Diagnosis and management of hemorrhagic complications of percutaneous transhepatic biliary drainage: a primer for residents. Br J Radiol. 2021; 94(1120): 20200879. doi:10.1259/bjr. 20200879
3. Saad WEA, Wallace MJ, Wojak JC, Kundu S, Cardella JF. Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage, and Percutaneous Cholecystostomy. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2010;21(6):789-795. doi:10.1016/j.jvir.2010.01.012
4. Molina H, Chan MM, Lewandowski RJ, Gabr A, Riaz A. Complications of Percutaneous Biliary Procedures. Semin Intervent Radiol. 2021;38(3): 364-372. doi:10.1055/s-0041-1731375
5. Saad WEA, Davies MG, Darcy MD. Management of Bleeding after Percutaneous Transhepatic Cholangiography or Transhepatic Biliary Drain Placement. Techniques in Vascular and Interventional Radiology. 2008;11(1):60-71. doi:10.1053/j.tvir.2008.05.007

KẾT QUẢ TÁI THÔNG ĐỘNG MẠCH ĐÙI - KHOEO BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG MẠN TÍNH ĐỘNG MẠCH ĐÙI KHOEO

Nguyễn Đình Hiến¹, Lê Văn Trường²,
Lương Tuấn Anh², Nguyễn Mạnh Chiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhân xét kết quả tái thông động mạch bằng phương pháp can thiệp nội mạch ở bệnh nhân tổn thương mạn tính động mạch đùi - khoeo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp tiền cứu, theo dõi dọc theo thời gian nghiên cứu, trên 75 người bệnh với cỡ mẫu chẩn đoán nghiên cứu là 80 chân, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2017 – 08/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 97,5%, thành công về huyết động là 76,25% và thành công lâm sàng là 92,5%. ABI trung bình ngay sau can thiệp là $0,64 \pm 0,23$ cao hơn so với trước can thiệp là $0,37 \pm 0,32$. Giai đoạn lâm sàng theo Rutherford được cải thiện rõ rệt sau thời gian can thiệp. Có hai ca bị tụ máu vùng đùi chiếm tỷ lệ 2,5%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả cho tổn thương ĐM đùi khoeo, với tỷ lệ thành công cao. **Từ khóa:** thông động mạch, động mạch đùi-khoeo. can thiệp nội mạch

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES FOLLOWING FEMORAL-POPLITEAL ARTERY RESTENOSIS REVASCLARIZATION VIA ENDOVASCULAR INTERVENTION

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiến

Email: cardiology.sp@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

Objective: Evaluate the effectiveness of treatment of femoral-popliteal artery stenosis by endovascular intervention. **Subjects and Methods:** prospective method, follow-up over the research period, on 75 patients with a sample size of 80 legs, at 108 Central Military Hospital and Saint Paul's hospital from August 2017 to August 2022. **Results:** Technical success rate 97.5%; haemodynamic success rate was 76.25% The clinical success rate was 92.5%. The average ABI immediately after intervention was 0.64 ± 0.23 comparing 0.37 ± 0.32 before intervention. The Rutherford clinical stage according improved significantly after the intervention period. There were two cases of hematoma (2.5%) in the thigh area. **Conclusion:** Balloon dilation intervention is an effective treatment method for femoral popliteal artery injury, with a high success rate.

Keywords: arterial anastomosis, femoral-popliteal artery. Endovascular intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới chỉ tình trạng một phần hoặc toàn bộ chi dưới không được cung cấp đầy đủ máu đáp ứng các hoạt động sinh lý của chi dưới trong đó có tổn thương động mạch đùi-khoeo [1].

Hẹp, tắc động mạch đùi-khoeo dẫn tới giảm tưới máu cho cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu, thiếu máu cơ gây ra các biểu hiện lâm sàng khác nhau từ mức độ không có triệu chứng đến xuất hiện cơn đau cách hồi chi dưới và giai đoạn muộn của bệnh là hoại tử và mất tổ chức. Ở giai đoạn muộn, người bệnh phải chịu các cuộc phẫu thuật cắt cụt chi và trở thành tàn phế [2].

Điều trị bệnh động mạch đùi-khoeo ngoài việc thay đổi lối sống, tập luyện, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, sử dụng các thuốc nhằm giảm sự phát triển và bất ổn của mảng xơ, phòng tránh các biến cố tim mạch, tăng cường tuần hoàn vi mạch thì tái thông động mạch bị hẹp, tắc bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch vẫn là mục tiêu điều trị cơ bản. Từ những năm 1980, đã hình thành và phát triển phương pháp điều trị tái thông động mạch bị hẹp, tắc bằng can thiệp nội mạch. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như: thủ thuật nhẹ nhàng, chỉ cần gây tê tại chỗ, có thể tiến hành trên các bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh phối hợp. Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển của các dụng cụ can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ thành công của thủ thuật, giảm tỷ lệ tái hẹp sau can thiệp [3].

Tại Việt Nam, cùng với các bệnh do xơ động mạch, bệnh động mạch chi dưới mạn tính ngày càng có xu hướng gia tăng, trong đó có hẹp tắc động mạch đùi-khoeo chiếm tỷ lệ phổ biến. Tuy nhiên, chưa có những nghiên cứu chuyên sâu về kết quả điều trị bệnh lý hẹp tắc động mạch đùi-khoeo bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Xuất phát từ những nhu cầu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả tái thông động mạch bằng phương pháp can thiệp nội mạch ở bệnh nhân tổn thương mạn tính động mạch đùi - khoeo".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân thiếu máu chi dưới đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn theo Hiệp hội Tim mạch Mỹ, có chỉ định can thiệp nội mạch chi dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 8 năm 2022.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh thiếu máu chi dưới do hẹp tắc động mạch đùi-khoeo (có kèm theo hoặc không tổn thương động mạch chậu, động mạch dưới gối), có tổn thương hẹp ĐM chi dưới trên 50% đường kính hoặc tắc hoàn toàn ĐM dựa trên triệu chứng lâm sàng, ABI, siêu âm Doppler mạch máu và chụp cắt lớp vi tính đa dãy.

- Các BN có triệu chứng lâm sàng của thiếu máu chi dưới, thời gian bị bệnh trên 2 tuần.

- Các bệnh nhân được chỉ định điều trị tái tưới máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- Hẹp-tắc động mạch chi dưới cấp

- Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra (ví dụ: bệnh Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud...).

- Các bệnh lý của ĐM chủ (phình, tách ĐM chủ).

- Các nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch (khối u chèn ép, các bệnh lý van tim gây huyết khối, chấn thương...).

- Bệnh nhân có các chống chỉ định của chụp ĐM cản quang.

- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân nặng: suy gan, suy thận nặng, nhiễm trùng toàn thân, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não.

- Tổn thương giải phẫu phức tạp không phù hợp với can thiệp nội mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, theo dõi dọc theo thời gian nghiên cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu. Nghiên cứu trên 75 người bệnh, với cỡ mẫu chân nghiên cứu là 80 chân.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08/2017 tới tháng 08/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=75)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	44	58,67
Nữ	31	41,33
Tuổi		
<60 tuổi	7	9,33
60-69 tuổi	10	13,33
70-79 tuổi	26	34,67
≥80 tuổi	32	42,67
Tuổi trung bình	76,49 ± 10,39	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam giới chiếm 58,67%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 76,49 ± 10,39 tuổi. Nhóm ≥80 tuổi và 70-79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu.

Bảng 2. Các chỉ số thành công can thiệp (n=80)

Các chỉ số thành công can thiệp	n	Tỷ lệ %
Thành công kỹ thuật	78	97,5
Thành công huyết động	61	76,25
Thành công lâm sàng	74	92,5

Nhận xét: Tỉ lệ thành công kĩ thuật là 97,5%, thành công về huyết động là 76,25% và thành công lâm sàng là 92,5%.

Bảng 3. Sự thay đổi ABI trung bình trước và sau can thiệp (n=80)

Chỉ số ABI	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p
≤ 0,4	42 (52,5)	15 (18,75)	<0,001*
>0,4 - 0,75	25 (31,25)	36 (45)	
>0,75 - 0,90	8 (10)	17 (21,25)	
> 0,90	5 (6,25)	12 (15)	
Trung bình	0,37±0,32	0,64 ± 0,23	<0,001**
Tổng	80	80	

Nhận xét: ABI trung bình ngay sau can thiệp là 0,64 ± 0,23 cao hơn so với trước can thiệp là 0,37 ± 0,32, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Các chỉ số thành công can thiệp

Giai đoạn	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)
Rutherford 0	0	23 (33,33)
Rutherford 1	0	25 (36,23)
Rutherford 2	0	10 (14,49)
Rutherford 3	13 (16,25)	5 (7,25)
Rutherford 4	25 (31,25)	5 (7,25)
Rutherford 5	36 (45)	1 (1,45)
Rutherford 6	6 (7,5)	0
Tổng số chân bệnh	80	69

Nhận xét: Giai đoạn lâm sàng theo Rutherford được cải thiện rõ rệt sau thời gian can thiệp.

Bảng 5. Tai biến, biến chứng can thiệp

Tai biến, biến chứng can thiệp	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
Chảy máu đường vào ĐM	0	0
Nhiễm khuẩn	0	0
Hematoma đùi	2	2,5
Tổng	2	2,5

Nhận xét: Có hai ca bị tụ máu vùng đùi chiếm tỉ lệ 2,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi cao là yếu tố ảnh hưởng tới chỉ định, thời gian, kỹ thuật cũng như kết quả của can thiệp. Bệnh nhân cao tuổi thường có nhiều bệnh lý kết hợp, khả năng chịu đựng các cuộc can thiệp có thời gian kéo dài kém hơn, tai biến biến chứng xảy ra trong quá trình can thiệp cao hơn. Kết quả này tương đồng với tuổi trung bình các trong các nghiên cứu như Nguyễn Hữu Tuấn (2008) là 65 tuổi [2] và Trần Đức Hùng (2016) là 70,6 tuổi [3]. Tỉ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới, cũng thấy trong kết quả các nghiên cứu Trần Đức Hùng (80,5%) [3].

Tỉ lệ thành công kỹ thuật của chúng tôi là 97,5%. Giai đoạn lâm sàng theo Rutherford và chỉ số ABI cải thiện rõ ràng sau can thiệp. Theo nghiên cứu của Giles và cs (2008) thấy tỉ lệ thành công kỹ thuật là 93% [4]. Nghiên cứu của

Alexandrescu và cs (2009) cho thấy tỉ lệ thành công kỹ thuật là 84%. Nghiên cứu của Romiti và cs (2008) tổng hợp 30 nghiên cứu về can thiệp ĐM đùi khoeo trong giai đoạn 1990–2006, thấy tỉ lệ thành công kỹ thuật là 89,0% [5]. Nghiên cứu của Mustapha và cs (2016) tổng hợp 52 nghiên cứu về can thiệp ĐM trong giai đoạn 2005–2015 thì tỉ lệ thành công kỹ thuật là 91,1% [6]. Nghiên cứu của Kok và cs (2017) thấy tỉ lệ thành công kỹ thuật là 75%[7].

Chỉ số ABI sau can thiệp cải thiện rõ rệt, ABI đạt giá trị cao nhất là sau can thiệp. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Tỉ lệ thành công huyết động là 76,25%. Nghiên cứu của Fernandez và cs (2010) thấy chỉ số ABI trung bình sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p < 0,001) từ 0,61 ± 0,26 lên 0,85 ± 0,22 [8].

Tai biến liên quan tới can thiệp được chúng tôi ghi nhận trong suốt quá trình đưa dây, ống thông hoặc các thiết bị nội mạch khác vào vị trí ngoài động mạch tầng đùi khoeo và thực hiện thủ thuật can thiệp nội mạch như tái thông mạch máu, tạo hình mạch, cắt bỏ mảng xơ vữa hoặc đặt stent.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bị tụ máu vùng đùi chiếm 2,5%. Chúng tôi không gặp biến chứng nặng như chảy máu sau phúc mạc hay thông động-tĩnh mạch cần phải xử lý ngoại khoa. Nguyên nhân gây chảy máu có thể do bệnh nhân tuổi cao, khả năng bất động sau can thiệp kém. Chúng tôi khuyến cáo nên dùng dụng cụ đóng mạch chuyên dụng (AngioSeal, Proglide) cho các bệnh nhân này. Các biến chứng thường gặp trong quá trình can thiệp bao gồm: bóc tách, giả phình động mạch, huyết khối, tắc mạch vĩ mô, tắc mạch vi mô, rò động tĩnh mạch, vỡ, biến chứng thần kinh trung ương (tắc mạch) và trực trực thiết bị.

Tỉ lệ thành công kỹ thuật phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng BN (BN lâm sàng nặng, nhiều bệnh kết hợp, không thể chịu được một cuộc can thiệp kéo dài, cũng khiến chúng ta không có nhiều lựa chọn về dụng cụ và kỹ thuật tái thông, nên tỉ lệ thành công sẽ giảm) và mức độ nặng của tổn thương ĐM thực tế, ngoài ra còn do mức độ thành thạo và kỹ năng của bác sỹ can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả cho tổn thương ĐM đùi khoeo, với tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Polonsky T.S. và McDermott M.M. (2021).

- Lower Extremity Peripheral Artery Disease Without Chronic Limb-Threatening Ischemia: A Review. *JAMA*, 325(21), 2188–2198.
2. **Nguyễn Hữu Tuấn** (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại Học Y Hà Nội.
 3. **Trần Đức Hùng** (2016), Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng phương pháp can thiệp nội mạch, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
 4. **Giles K.A., Pomposelli F.B., Spence T.L. et al** (2008). Infrapopliteal angioplasty for critical limb ischemia: relation of TransAtlantic InterSociety Consensus class to outcome in 176 limbs. *J Vasc Surg*, 48(1), 128-136.
 5. **Romiti M., Albers M., Brochado-Neto F.C. et al** (2008). Meta-analysis of infrapopliteal angioplasty for chronic critical limb ischemia. *J Vasc Surg*, 47(5), 975-981.
 6. **Mustapha J.A., Finton S.M., Diaz-Sandoval L.J. et al** (2016). Percutaneous Transluminal Angioplasty in Patients With Infrapopliteal Arterial Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Interv*, 9(5), e003468.
 7. **Kok H.K., Asadi H., Sheehan M. et al** (2017). Outcomes of infrapopliteal angioplasty for limb salvage based on the updated TASC II classification. *Diagn Interv Radiol*, 23(5), 360-364.
 8. **Fernandez N., McEnaney R., Marone L.K. et al** (2010). Predictors of failure and success of tibial interventions for critical limb ischemia. *J Vasc Surg*, 52(4), 834-842.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG HẬU HUYẾT KHỐI

Lê Phi Long¹, Lương Việt Thắng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá bước đầu kết quả điều trị hội chứng hậu huyết khối sau 3 tháng. Trong thời gian 1 năm, chúng tôi ghi nhận được 19 trường hợp PTS xác định theo tiêu chuẩn Ginsberg. Tất cả các trường hợp đều biểu hiện bệnh nặng với phân độ CEAP từ C3s trở lên, trong đó loét chân (C6s) chiếm 5/19 (26,3%), tỷ lệ điểm VCSS trên 10 chiếm 13/19 (68,4%) trường hợp. Điều trị bao gồm phối hợp các biện pháp nội khoa, săn sóc vết loét, vớ áp lực, can thiệp nội mạch tái thông máu tĩnh mạch. Kết quả điều trị sau 3 tháng cho thấy điểm VCSS có giảm (trung bình trước điều trị là 12,1 và sau điều trị là 9,84 điểm), tỷ lệ lành loét là 4/5 (80%), mức độ giảm phù rõ rệt là 37%, và mức độ phụ thuộc vớ là 78,9%. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy việc điều trị PTS rất khó khăn và cho kết quả còn hạn chế. Các can thiệp nội mạch có thể cho kết quả hứa hẹn nhiều hơn trong việc tái thông dòng máu tĩnh mạch và làm giảm độ nặng của bệnh, cải thiện chất lượng sống của người bệnh.

Từ khóa, viết tắt: PTS: Post-thrombotic syndrome – Hội chứng hậu huyết khối, DVT: Deep venous thrombosis – Huyết khối tĩnh mạch sâu, VCSS: Venous clinical severity scoring – Thang điểm đánh giá độ nặng lâm sàng bệnh tĩnh mạch

SUMMARY

TREATMENT OF POST THROMBOTIC SYNDROME: A SINGLE-CENTER OUTCOME

The aim of this descriptive study is to evaluate the outcome of post-thrombotic syndrome(PTS) treatment. During 12 months, nineteen cases were

included. All of cases were seen at high grade of severity (from C3 to C6s in CEAP classification) which rate of venous ulcer accounted for 26,3% and 68,4% of cases were scored above 10 marks in VCSS scoring. The treatment was combination of conservative medication, wound care, compression stocking and endovascular recanalization. Statistically, there was a decrease in VCSS scoring which the pre-treatment and post-treatment mean-score were 12.1 and 9.84, respectively. Ulcer healing was occurred in 4/5 cases (80%). Venous edema and troubles in wearing stocking seemed to be the chief complaints after 3-month, since the residual edema rate and the stocking dependence rate were high (63% and 78,9%, respectively). Endovascular reconstruction should be efficient method and promising in symptom alleviation and QoL improvement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng hậu huyết khối (PTS) là một hậu quả thường gặp sau khi bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (DVT) cấp tính. Theo số liệu nước ngoài⁽⁶⁾, tỷ lệ xảy ra PTS sau DVT trong vòng 10 năm là trên 30%. Xét về triệu chứng bệnh, tuy rằng PTS tương tự như các trường hợp Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính, nhưng nó thường biểu hiện ở thể nặng hơn⁽⁸⁾. Nguyên nhân là do cơ chế sinh bệnh của PTS phức tạp hơn, thường có sự phối hợp hai yếu tố, vừa hư hỏng hệ thống các van một chiều (cơ chế trào ngược - reflux), vừa ứ trệ dòng máu nặng nề do có tắc nghẽn tĩnh mạch kèm theo (cơ chế tắc nghẽn - obstruction), khác với cơ chế của Suy tĩnh mạch nguyên phát là chỉ đơn thuần là do suy yếu hệ thống các van nội tại⁽⁵⁾. Do đó, việc điều trị PTS thường khó khăn, tốn kém và mất thời gian hơn nhiều, mà không đạt kết quả cao. Ở trong nước hiện nay, chúng tôi chưa tìm thấy được nghiên

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phi Long

Email: long.lp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 16.7.2024