

- 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 Long<sup>1</sup>, Lương Việt Thắng<sup>1</sup>

### 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<sup>(6)</sup>, 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<sup>(8)</sup>. 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<sup>(5)</sup>. 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

cứu nào khảo sát sâu về điều này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thu thập và theo dõi các trường hợp PTS để đánh giá kết quả của các biện pháp điều trị hiện có. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị PTS sau thời gian 03 tháng liên tục bằng thang điểm VCSS.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Các trường hợp bị PTS điều trị tại BV ĐHYD lấy số liệu trong thời gian từ 10/2017 đến 10/2018, theo dõi và đánh giá kết quả sau 03 tháng. Xác định chẩn đoán PTS dựa theo tiêu chuẩn Ginsberg<sup>(1)</sup> như sau:

Hiện diện triệu chứng đau, căng tức, mỏi nặng, khó chịu...hoặc sưng phù ở chân trong thời gian 1 tháng.

Xảy ra 6 tháng trở lên sau biến cố huyết khối tĩnh mạch sâu

Triệu chứng tăng khi đi/đứng lâu, và thuyên giảm khi nghỉ ngơi/kê chân cao.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiền cứu

**Tiêu chí lượng giá kết quả:** sử dụng thang điểm VCSS, mức độ giảm phù, mức độ phụ thuộc vớ, tỷ lệ lành loét và mức độ hài lòng của người bệnh.

**Thu thập và xử lý số liệu:** bằng phần mềm Stata 14

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Số lượng bệnh nhân - Tuổi - Giới tính**

Trong thời gian khảo sát, chúng tôi ghi nhận được N=19 trường hợp có chẩn đoán xác định PTS theo tiêu chuẩn PTS.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,95 (+/- 7,76 - độ lệch chuẩn SD = 17.19), nhỏ tuổi nhất là 22, lớn tuổi nhất là 82 tuổi.

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu này là 10/9

**Các yếu tố nguy cơ.** Bảng thăm hỏi tiền sử bệnh sử, khám lâm sàng và phối hợp các cận lâm sàng, chúng tôi xác định được các yếu tố nguy cơ đi kèm trong nhóm 19 trường hợp PTS gồm có như sau

Yếu tố nguy cơ	Tỷ lệ
Tiền sử huyết khối	2/19
Phẫu thuật (mổ kết hợp xương đùi)	1/19
Bệnh tăng đông (giảm Protein S, tăng tiểu cầu nguyên phát)	3/19
Bệnh ác tính (ung thư dạ dày)	1/19
Bệnh tự miễn (Thiếu máu tán huyết tự miễn)	1/19
Nằm lâu, ít vận động (già yếu, tai biến mạch máu não, Alzheimer)	3/19
Chèn ép cơ học (Hội chứng May-Thurner)	6/19

**Phân độ CEAP (chỉ đánh giá yếu tố C-clinical).** Trong số 19 trường hợp ghi nhận, tất

cả đều từ độ C3s trở lên, trong đó tỷ lệ C6s là 5/19 (26,3%), C5s là 1/19 (5,3%), C4s là 4/19 (21%) và C3s là 9/19 (47,4%)

**Thang điểm VCSS.** Tại thời điểm bắt đầu khảo sát, sử dụng thang điểm VCSS đánh giá cho cả hai chân, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

**Điểm trung bình:** 12,1 (range 11-13)

**Thấp nhất:** 8 điểm

**Cao nhất:** 17 điểm

**Tỷ lệ điểm trên 10:** 13/19 (68,4%)

Sau thời gian điều trị 3 tháng, thang điểm VCSS được áp dụng tính điểm lại cho từng trường hợp tương tự như trên.

**Can thiệp điều trị.** Tất cả 19 trường hợp đều được điều trị bằng thuốc hướng tĩnh mạch phối hợp (diosmin, ginko biloba, hesperidine...) với liều cao hơn thông thường. Toa được cấp 2-4 tuần và tái khám theo hẹn. Các thuốc hỗ trợ khác như kháng viêm giảm đau (khi than phiền triệu chứng đau nhức nhiều hoặc kèm theo bệnh lý thoái hoá khớp), kháng sinh (khi có loét tiến triển).

Người bệnh được chỉ định cho mang vớ áp lực khi đi lại nhiều, đứng lâu, ngồi tàu xe.

Các vết loét được chăm sóc và thay băng hàng ngày tại cơ sở y tế địa phương nơi người bệnh cư trú.

Chúng tôi chỉ định can thiệp nội mạch cho 6/19 trường hợp trong lô nghiên cứu này. Mục đích can thiệp là nhằm tái thông lại tĩnh mạch bị tắc nghẽn mạn tính sau DVT. Căn nhắc chỉ định can thiệp tái thông dựa vào: tổn thương giải phẫu hẹp tắc (hội chứng May-Thurner), mức độ triệu chứng lâm sàng nặng (loét chân, loét dưỡng da, phù căng nhiều), và khả năng đi lại, vận động, sinh hoạt làm việc của người bệnh. Phương pháp can thiệp nội mạch là đưa dụng cụ vào lòng tĩnh mạch sâu qua tiếp cận ở bẹn hoặc khoeo, luồn guidewire qua các vị trí hẹp tắc, nong bóng tạo hình và đặt stent tĩnh mạch. Trong nhóm nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện thành công về mặt kỹ thuật (tái thông được đến TM chậu ) là 4/6 trường hợp (66,7%). Thất bại về mặt kỹ thuật do không thể đi guidewire qua chỗ hẹp tắc là 2/6 trường hợp (33,3%).



**Hình 1. Can thiệp tái thông và đặt stent cho PTS có hội chứng May-Thurner**

**Đánh giá kết quả điều trị**

**Mức độ giảm điểm VCSS.** Sau 03 tháng điều trị, chúng tôi đánh giá lại 19 trường hợp bằng thang VCSS, ghi nhận điểm VCSS trung bình là 9.84 (range 9-11).

Kết quả tỷ lệ giảm điểm rõ rệt (từ 3 điểm trở lên) chiếm 6/19 (31,6%) và tỷ lệ giảm không rõ rệt (giảm dưới 3 điểm) chiếm 13/19 (68,4%) các trường hợp. Mức độ giảm nhiều nhất là 7 điểm và thấp nhất là 0 điểm (2/19 trường hợp).

**Tỷ lệ giảm sưng phù chân.** Chúng tôi thực hiện đo vòng cẳng chân lớn nhất (tính theo cm) và so sánh hai chân. Mức độ giảm phù rõ rệt khi vòng cẳng chân giảm trên 2cm. Trong số này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm phù rõ rệt là 7/19 trường hợp (37%) và giảm phù ít hay không giảm là 12/19 trường hợp (63%).

**Mức độ phụ thuộc vớ.** Chúng tôi dựa theo tiêu chí trong thang điểm VCSS để đánh giá mức độ phụ thuộc vớ, và chia ra làm 3 độ.

Mức độ phụ thuộc vớ	Tỷ lệ
Mang vớ thường xuyên, sưng phù hoặc hạn chế sinh hoạt/đi lại/công việc nếu không có vớ	5/19 (26,3%)
Mang vớ không thường xuyên, sưng phù ít, không giới hạn sinh hoạt/đi lại/công việc khi không có vớ	10/19 (52,6%)
Không cần vớ hoặc rất ít khi mang vớ	4/19 (21,1%)

**Tỷ lệ lành loét.** Đánh giá lành vết loét khi loét hoàn toàn có thượng bì bình thường che phủ hoàn toàn và không có hiện tượng viêm hoặc nhiễm trùng tiến triển tại chỗ. Trong nghiên cứu này, sau thời gian 3 tháng điều trị, tỷ lệ lành loét là 4/5 trường hợp (80%). Còn 1 trường hợp loét có tiến triển tốt, thu nhỏ hơn, bớt đau và khô hơn, nhưng chưa lành da hoàn toàn.



**Hình 2. Giảm sưng chân và lành loét sau điều trị**

**IV. BÀN LUẬN**

**Nhóm nghiên cứu.** Qua khảo sát 19 trường hợp PTS, chúng tôi nhận xét nhóm nghiên cứu có một số đặc điểm sau. Đa số các

trường hợp PTS xảy ra ở nhóm tuổi cao với tỷ lệ trên 60 tuổi chiếm 9/19 (47,4%) và độ tuổi trung bình là 58,94 tuổi, nhưng nếu nhìn vào phân bố độ tuổi và độ lệch chuẩn lớn (SD=17.19) có thể nhận xét đây là một phân bố tuổi rộng, với các lứa tuổi trẻ vẫn có thể mắc bệnh (lứa tuổi 20-30 chiếm 2/19). Tương tự, phân bố về giới trong nhóm nghiên cứu này là tương đương giữa nam và nữ. Do cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi không có kết luận sâu thêm về hai yếu tố dịch tễ này.

Các yếu tố nguy cơ đi kèm hiện diện trong nhóm nghiên cứu này cho thấy khá đa dạng, từ các bệnh lý nội khoa (bệnh tự miễn, ung thư, huyết học) đến ngoại khoa (chấn thương, phẫu thuật xương khớp) và cả các yếu tố mang tính cơ địa (tuổi cao, nằm lâu, hội chứng May-Thurner). Điều này cho thấy DVT và PTS là nhóm bệnh lý có căn nguyên phức tạp và đa yếu tố.

Về độ nặng của bệnh, có thể dễ dàng nhận thấy PTS thường biểu hiện ở mức độ nặng, với 100% các trường hợp đều từ C3s trở lên, trong đó tỷ lệ loét tiến triển (C6s) chiếm 26,3%. Xét theo thang điểm VCSS, tỷ lệ điểm cao trên 10 cũng chiếm đa số với tỷ lệ là 68,4%.

Tham khảo một số báo cáo khác<sup>(10)</sup>, chúng tôi cũng thấy các các tác giả nhận xét về mức độ nặng của PTS tương tự như chúng tôi.

**Can thiệp điều trị.** Có thể nhận thấy đối với PTS, triệu chứng lâm sàng và phân độ của bệnh thường ở mức độ nặng. Để đạt được hiệu quả đối với PTS không phải là việc dễ dàng. Thậm chí trong y văn có cả báo cáo về những phương thức can thiệp phẫu thuật phong bế giao cảm chỉ nhằm mục đích chữa triệu chứng<sup>(3)</sup>. Do đó việc điều trị luôn phải phối hợp nhiều phương thức. Điều này cũng được khuyến cáo trong các y văn<sup>(4)</sup>.

Điều trị nội khoa bằng thuốc và thay đổi chế độ sinh hoạt/làm việc luôn là biện pháp khởi đầu và xuyên suốt quá trình điều trị. Tuy vậy, hiệu quả của các thuốc hướng tĩnh mạch đối với PTS còn chưa có nhiều chứng cứ rõ rệt và chưa thể mang lại hiệu quả tối ưu, nhất là khi chỉ sử dụng đơn độc.

Phương thức điều trị với vớ áp lực cho thấy có hiệu quả lên việc giảm phù nề và thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng<sup>(2)</sup>. Tuy vậy, việc mang vớ với áp lực cao bó ép cũng gây ra nhiều trở ngại và khó chịu, ảnh hưởng chất lượng sống, nhất là ở các nước có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm như nước ta, hoặc điều kiện người bệnh làm nghề nông, phải tiếp xúc với nước thường xuyên... Do đó, người bệnh đôi khi từ chối biện pháp điều trị bằng vớ, hoặc không tuân thủ điều

trị không được nghiêm túc.

Can thiệp nội mạch với mục đích tái thông dòng máu hồi lưu cho thấy có hiệu quả ở một số trường hợp. Theo khuyến cáo của Hội Tĩnh mạch học Hoa Kỳ<sup>(7)</sup>, can thiệp nội mạch được cân nhắc chỉ định cho các tình huống có tổn thương giải phẫu tắc nghẽn, trên sinh lý thể hiện bằng tăng áp lực tĩnh mạch (VP=venous pressure), tăng thời gian đổ đầy tĩnh mạch (VFT-venous filling time)... Trong nghiên cứu này, do thiếu điều kiện về trang thiết bị, chúng tôi không khảo sát được sâu về mặt sinh lý tĩnh mạch, nhưng bằng các phương tiện hình ảnh học, chúng tôi ghi nhận được các trường hợp có tổn thương giải phẫu tắc nghẽn, đặc biệt là hội chứng May-Thurner. Chúng tôi thực hiện thành công về mặt kỹ thuật 4/6 trường hợp, cho kết quả cải thiện lâm sàng khá khích lệ. Đây là bước khởi đầu cho các nghiên cứu kế tiếp khi có thêm kinh nghiệm và đủ trang thiết bị.

**Kết quả điều trị.** Phân tích và nhận xét về thang điểm VCSS sau 03 tháng điều trị cho thấy có sự giảm điểm có ý nghĩa về mặt thống kê ( $p=0,000243<0,001$ , phép kiểm Wilcoxon signed-rank). Tuy nhiên, thực tế trên kinh nghiệm lâm sàng, thang điểm VCSS phải giảm nhiều từ 3 điểm trở lên thì mới nhận thấy rõ được sự cải thiện. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận xét thấy tỷ lệ giảm trên 3 điểm không chiếm tỷ lệ cao (31,6%). Do đó, chúng tôi thấy cần phải đánh giá thêm các tiêu chí về mức độ giảm sưng phù chân, mức độ phụ thuộc vớ và sự lành vết loét, nhằm nhận xét sâu hơn về kết quả điều trị.

Một trong những triệu chứng thường gặp ở PTS và gây trở ngại và ảnh hưởng nhiều đến người bệnh đó là tình trạng sưng phù chân. Sưng phù gây cảm giác khó chịu, giới hạn vận động đi lại, sinh hoạt làm việc, ảnh hưởng thẩm mỹ đặc biệt là ở nữ giới, đồng thời luôn tạo tâm lý chưa khỏi bệnh. Nhận xét về yếu tố này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ giảm phù nhiều (trên 2cm đường kính vòng cẳng chân) không chiếm tỷ lệ cao (37%).

Khảo sát về mức độ phụ thuộc vớ, trong nghiên cứu này chỉ có 21,1% người bệnh không cần vớ sau khi điều trị. Còn lại 78,9% các trường hợp đều cần dùng vớ, hoặc thường xuyên hoặc không, để giảm thiểu triệu chứng sưng phù chân khi đi lại, đứng lâu.

Tỷ lệ lành loét trong nghiên cứu này là 80% (4/5 vết loét). Có 4/5 trường hợp loét chân được thực hiện can thiệp tái thông tĩnh mạch sâu. Điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là trường hợp vết loét chưa lành sau 3 tháng lại chính là trường hợp chúng tôi thực hiện thất bại thủ

thuật. Như vậy, tuy số liệu còn ít, nhưng một lần nữa cần đặt ra câu hỏi về vai trò của can thiệp tái thông hồi lưu tĩnh mạch trong điều trị PTS mức độ nặng là có thực sự hiệu quả?

Hiện nay trên thế giới có nhiều trung tâm đã ứng dụng can thiệp nội mạch phục hồi lưu thông máu tĩnh mạch như một biện pháp an toàn, với kết quả khá khả quan để điều trị PTS mức độ nặng<sup>(9,10)</sup>. Theo hướng dẫn điều trị năm 2009 của Hội Tĩnh mạch học Hoa Kỳ, can thiệp nội mạch cho những tổn thương tắc nghẽn tĩnh mạch chậu-đùi hậu huyết khối được khuyến cáo với mức độ chứng cứ IA<sup>(7)</sup>. Chúng ta sẽ sớm có thêm các dữ liệu và chứng cứ về vai trò của phương pháp này trong điều trị PTS.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy PTS là bệnh lý có cơ chế phức tạp, liên quan nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau, thường biểu hiện ở mức độ nặng và ảnh hưởng nhiều lên chất lượng sống. Việc điều trị còn nhiều khó khăn, cần phối hợp nhiều biện pháp, trong thời gian điều trị lâu dài. Với sự phát triển của các kỹ thuật nội mạch, phương pháp tái thông dòng máu tĩnh mạch có thể trở thành phương thức điều trị an toàn và hiệu quả, nhất là trên các trường hợp PTS mức độ nặng và kém đáp ứng với điều trị nội khoa bảo tồn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ginsberg JS, Gent M** (2000), "Post-thrombotic syndrome after hip or knee arthroplasty: a cross-sectional study", *Arsch Intern Med*, p669-672.
2. **Gregory L. Moneta, Hugo Partsch** (2009), "Compression therapy for venous ulceration", *Handbook of venous disorders 3<sup>rd</sup> - American venous forum*, p356.
3. **Gupta A, Portonova B, Dadachanji C** (2015), "Successful treatment of post thrombotic syndrome with sequential lumbar sympathetic block", *Pain Physician*, p18.
4. **Harry R. Buller, Giancarlo Agnelli, Russel D. Hull** (2016), "Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease", *The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy*, p4108.
5. **Mark H. Meissner** (2009), "The clinical presentation and the natural history of acute deep venous thrombosis", *Handbook of venous disorders 3<sup>rd</sup> - American venous forum*, p197.
6. **Patrick Carpentier, Peter Gloviczki** (2009), "Outcome assessment in acute venous disease", *Handbook of venous disorders 3<sup>rd</sup> - American venous forum*, p676.
7. **Peter Neglen** (2009), "Endovascular reconstruction for chronic iliofemoral vein obstruction", *Handbook of venous disorders 3<sup>rd</sup> - American venous forum*, p500.
8. **Robert L. Kistner, Bo Eklof** (2009), "Classification and etiology of chronic venous

disease”, Handbook of venous disorders 3<sup>rd</sup> – American venous forum, p43.

9. **Sang H, Li X, Qian A, Meng Q** (2014), “Outcome of endovascular treatment in post-thrombotic syndrome.”, Ann Vasc Surg., p1493-p1500.

10. **Sarici IS, Yanar F, Agcaoglu O** (2014), “Our early experience with iliofemoral vein stenting in patients with post-thrombotic syndrome.”, Phlebology., p298-p303.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ THẦN KINH HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ U MÀNG NÃO TRÊN LỀU TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương<sup>1</sup>, Trần Mạnh Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả vi phẫu thuật u màng não trên lều có sử dụng định vị thần kinh hỗ trợ tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 46 bệnh nhân u màng não trên lều được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 07/2019 đến tháng 12/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật, theo dõi tai biến, các yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $59,2 \pm 12,09$ , tỷ lệ nữ/nam = 2,28/1. Triệu chứng thường gặp là đau đầu, buồn nôn 91,3%, liệt vận động 26,1%, động kinh 23,9%. Phẫu thuật lấy toàn bộ u 89,1%, thời gian phẫu thuật trung bình  $251,63 \pm 131,43$ . Có 5,3% u tái phát sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 1 năm. **Kết luận:** U màng não trên lều phần lớn là lành tính, định vị thần kinh giúp lấy u triệt để, cải thiện thần kinh chức năng sau mổ và tỷ lệ tái phát thấp. **Từ khóa:** u màng não trên lều, vi phẫu thuật, định vị thần kinh.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE MICROSURGICAL OUTCOME OF SUPRATENTORIAL MENINGIOMAS USING NEURONAVIGATION SYSTEM AT 103 MILITARY HOSPITAL

**Objectives:** Evaluating the results of supratentorial meningioma surgery using neuronavigation at 103 Military Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective, descriptive study on 43 patients underwent microsurgical treatment for supratentorial meningiomas at Military Hospital 103 from April 2019 to October 2022. Evaluation of surgical results, monitoring of complications, prognostic factors. **Results:** Mean age of the patients was  $59,2 \pm 12,09$ , female/male ratio = 2.28/1. Common symptoms are headache, nausea 91,3%, motor paralysis 26,1%, epilepsy 23,9%. Total removal of tumor was 89,1%, the mean surgery time was  $251,63 \pm 131,43$ . There was 5.3% tumor recurrence after surgery with an average follow-up period of 1 year. **Conclusion:** Supratentorial meningiomas are mostly benign, neuronavigation helps remove the

tumor completely, improves neurological function after surgery and has a low recurrence rate.

**Keywords:** supratentorial meningiomas, microsurgery, neuronavigation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não (UMN) là một loại u nguyên phát, phổ biến phát triển từ tế bào nhện màng nhện, là các tế bào biệt hoá của hạt màng nhện thuộc hệ thần kinh trung ương. Phần lớn u màng não là lành tính theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2021, khối u thường phát triển chậm, ít xâm lấn vào nhu mô não. U màng não là khối u nội sọ nguyên phát phổ biến nhất, theo 1 nghiên cứu năm 2016 tại Mỹ, u màng não chiếm tới 36,6% các khối u nguyên phát của hệ thần kinh trung ương và 53,2% trong số các khối u lành tính. UMN chủ yếu gặp ở lứa tuổi từ 40-69, với tỷ lệ nữ/nam là 2-3/1 [1]. Cho đến nay, phương pháp điều trị u màng não chủ yếu là phẫu thuật. Phẫu thuật lấy u thường khó khăn do hệ thống mạch máu tăng sinh nuôi u phong phú, vị trí ở những vùng chức năng quan trọng. Việc phẫu thuật u màng não đã có rất nhiều tiến bộ nhờ kính hiển vi phẫu thuật, hệ thống định vị thần kinh (Neuronavigation), dao siêu âm... làm tăng khả năng lấy bỏ triệt để khối u và giảm các tai biến do phẫu thuật gây nên. Trong trường hợp khối u xâm lấn vào tổ chức xung quanh không những gây khó khăn cho phẫu thuật mà còn dễ xảy ra tai biến trong và sau mổ làm tăng tỷ lệ tử vong và di chứng sau mổ. Tuy nhiên, kết quả điều trị phẫu thuật u màng não thay đổi tùy từng trung tâm do có nhiều yếu tố ảnh hưởng, hơn nữa việc áp dụng các phương tiện hiện đại như hệ thống định vị thần kinh sẽ giúp quá trình lấy u được triệt để và cải thiện kết quả phẫu thuật. Chính vì thế, trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm tới mục tiêu: *Đánh giá kết quả vi phẫu thuật có sử dụng định vị thần kinh hỗ trợ điều trị UMN trên lều.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### Đối tượng nghiên cứu:

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024