

1. **Nguyễn Thị Bay** (2008), "Quan điểm Y học cổ truyền về loãng xương", Hội nghị tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Hội Y học TP. HCM, tr. 69-70.
2. **Phạm Mạnh Cường** (2006), Nghiên cứu áp dụng và bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị một số tổn thương đốt sống vùng lưng và thắt lưng, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện.
3. **Trình Văn Cường, Nguyễn Quốc Bảo** (2017), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua cuống", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 21(6), tr. 213-217.
4. **Phạm Thị Hoa, Lê Văn Phước** (2008), CT cột sống, NXB Y Học, tr. 118-124.
5. **Đỗ Mạnh Hùng** (2018), Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Đỗ Mạnh Hùng Nguyễn Văn Thạch** (2016), "Kết quả điều trị tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt, tr. 42 - 49.
7. **Trần Trung Kiên** (2023), Nghiên cứu đặc điểm mật độ xương, X-quang, cộng hưởng từ của xẹp thân đốt sống và kết quả bơm xi măng điều trị xẹp thân đốt sống, Luận Án tiến Sỹ Y học, Học viện quân Y, Bộ Quốc Phòng.
8. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), Loãng xương nguyên phát, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Giáo dục, tr. 274 - 285.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KỸ THUẬT CAN THIỆP NỘI MẠCH QUA DA Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG MẠN TÍNH ĐỘNG MẠCH ĐÙI-KHOEO

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

DAMAGE IN PATIENTS WITH FEMORAL-POPLITEAL ARTERY STENOSIS

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and vascular lesions in patients with femoral-popliteal artery stenosis. **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:** The most injured locations are the superficial femoral artery (rate 87.5%) and the artery below the knee (rate 62.5%). Damage to the pelvic artery is 21.25% and the pelvic artery is 17.5%. 100% of the study subjects had sublimated muscle tissue, the rate of sublimated muscle tissue was 17.5% and below the knee was 62.5%. The pure line surfer uses the maximum amount, at a rate of 86.25%. The upstream distribution flow can use 8.75%, the pure upstream uses only 5%. Intervention techniques are mainly intrathecal with 66.25% at the level of the femoral popliteal artery. **Conclusion:** Cross-sectional study on femoral-popliteal artery stenosis aids in enhancing patient diagnosis and treatment while contributing to the development of more effective intervention methods. **Keywords:** arterial anastomosis, femoral-popliteal artery.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương và kỹ thuật can thiệp nội mạch qua da 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 chân nghiên cứu là 80 chân, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2017 - 08/2012. **Kết quả:** Trong nghiên cứu này, Vị trí tổn thương nhiều nhất là ĐM đùi nông (tỉ lệ 87,5%) và ĐM dưới gối (tỉ lệ 62,5%). Tổn thương ĐM khoeo là 21,25% và ĐM chậu là 17,5%. 100% đối tượng nghiên cứu tổn thương tầng đùi khoeo, tỉ lệ tổn thương tầng chậu là 17,5% và dưới gối là 62,5%. Can thiệp xuôi dòng đơn thuần chiếm đa số, với tỉ lệ 86,25%. Can thiệp xuôi dòng phối hợp ngược dòng chiếm 8,75%, ngược dòng đơn thuần chỉ chiếm 5%. Kỹ thuật can thiệp chủ yếu là trong nội mạc với 66,25% ở tầng động mạch đùi khoeo. **Kết luận:** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương hẹp tắc động mạch đùi-khoeo và đặc điểm kỹ thuật can thiệp nội mạch giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, đồng thời đóng góp vào phát triển phương pháp can thiệp hiệu quả hơn. **Từ khóa:** thông động mạch, động mạch đùi-khoeo.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND VASCULAR

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: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới chi 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].

Tại Mỹ, ước tính có khoảng 8 - 10 triệu người mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính, trong đó có khoảng 4 triệu người có cơn đau cách hồi ở chi dưới. Tỷ lệ mắc bệnh động mạch

chi dưới mạn tính 2,5% người <60 tuổi, 8,3% người 60-69 tuổi và lên tới 18,8% ở người >70 tuổi [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 nhiều nghiên cứu làm bằng chứng nhằm đánh giá tình trạng bệnh lý hẹp tắc động mạch đùi-khoeo. Xuất phát từ những nhu cầu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Mô tả đặc điểm tổn thương và kỹ thuật can thiệp nội mạch qua da ở bệnh nhân tổn thương mạn tính động mạch đùi – khoeo".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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 mô tả cắt ngang

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 TW Quân đội 108

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương động mạch đùi khoeo

Loại ĐM	Hẹp ĐM		Tắc ĐM		Chung	
	Số ĐM (n=80)	Tỷ lệ %	Số ĐM (n=80)	Tỷ lệ %	Số ĐM (n=80)	Tỷ lệ %
ĐM đùi chung	1	1,25	3	3,75	4	5
ĐM chậu	5	6,25	9	11,25	14	17,5
ĐM dưới gối	4	5	46	57,5	50	62,5
ĐM đùi sâu	1	1,25	1	1,25	2	2,5
ĐM đùi nông	19	23,75	51	63,75	70	87,5
ĐM khoeo	5	6,25	12	15	17	21,25

Nhận xét: Vị trí tổn thương ĐM nhiều nhất là ĐM đùi nông (tỷ lệ 87,5%) và ĐM dưới gối (tỷ lệ 62,5%). Tổn thương ĐM khoeo là 21,25% và ĐM chậu là 17,5%.

Bảng 2. Các tầng tổn thương

Tầng tổn thương	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
Tầng chậu	14	17,5
Tầng đùi khoeo	80	100
Tầng dưới gối	50	62,5

Nhận xét: 100% đối tượng nghiên cứu tổn thương tầng đùi khoeo, tỷ lệ tổn thương tầng chậu là 17,5% và dưới gối là 62,5%.

Bảng 3. Mức độ tổn thương theo TASC 2000

Mức độ tổn thương theo TASC	Số chân bệnh	Tỷ lệ %
TASC A	0	0,0
TASC B	3	3,75
TASC C	32	40,0

TASC D	45	56,25
Tổng	80	100

Nhận xét: Mức độ tổn thương chủ yếu là TASC D chiếm 56,25%, tiếp theo là TASC C với 40%, TASC B là 3,75%, không có người bệnh nào tổn thương TASC A.

Bảng 4. Kỹ thuật can thiệp xuôi dòng, ngược dòng

Kỹ thuật can thiệp	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
Xuôi dòng	69	86,25
Ngược dòng	4	5,0
Xuôi dòng phối hợp ngược dòng	7	8,75

Nhận xét: Can thiệp xuôi dòng đơn thuần chiếm đa số, với tỉ lệ 86,25%. Can thiệp xuôi dòng phối hợp ngược dòng chiếm 8,75 %, ngược dòng đơn thuần chỉ chiếm 5 % (4 bệnh nhân).

Bảng 5. Đặc điểm Kỹ thuật can thiệp trong lòng mạch và dưới nội mạc

Kỹ thuật can thiệp		Tầng động mạch chậu	Tầng động mạch đùi khoeo	Tầng động mạch dưới gối
Can thiệp dưới nội mạc	Số ĐM can thiệp	11	53	36
	Tỉ lệ %	78,57	66,25	72,0
Can thiệp trong lòng mạch	Số ĐM can thiệp	3	27	14
	Tỉ lệ %	21,43	33,75	28,0
Tổng		14	80	50

Nhận xét: Kỹ thuật can thiệp chủ yếu là trong nội mạc với 66,25% ở tầng động mạch đùi khoeo

IV. BÀN LUẬN

Vị trí tổn thương ĐM nhiều nhất là ĐM đùi nông (tỉ lệ 87,5%) và ĐM dưới gối (tỉ lệ 62,5%). Tổn thương ĐM khoeo là 21,25% và ĐM chậu là 17,5%.

So sánh với các nghiên cứu khác của các tác giả nước ngoài. Nghiên cứu của Ryu và cs (2012) thấy tỉ lệ tắc ĐM chiếm 51% [5]. Nghiên cứu của Mustapha và cs (2016) thấy tỉ lệ tắc là 52%, tỉ lệ ĐM bị canxi hoá là 61% [4]. Nghiên cứu của Kok và cs (2017) thấy đa số tổn thương ĐM là tổn thương tắc (chiếm 89%) [6].

Can thiệp xuôi dòng đơn thuần chiếm đa số, với tỉ lệ 86,3%. Can thiệp xuôi dòng phối hợp ngược dòng chiếm 810%, ngược dòng đơn thuần chỉ chiếm 3,8%. Đối với tổn thương tầng ĐM đơn thuần, đường vào từ ĐM đùi cùng bên xuôi dòng là ưu tiên số một, tuy nhiên có thể lựa chọn đường vào từ ĐM đùi ngược dòng cùng bên trong trường hợp không can thiệp ĐM bàn chân.

Trong can thiệp ĐM đùi khoeo, can thiệp

xuôi dòng là can thiệp cơ bản, với hệ thống dụng cụ hỗ trợ đa dạng nhiều kích cỡ, giải quyết các tổn thương với hình thái và kích thước từ lớn tới nhỏ, trong khi đường ngược dòng từ cẳng bàn chân có kích thước nhỏ, dụng cụ hỗ trợ có nhiều hạn chế, thường chỉ tập trung tái thông các động mạch lân cận, có kích thước không lớn hơn nhiều so với kích thước động mạch đường vào. [4]

Mức độ tổn thương chủ yếu là TASC D chiếm 56,25%, tiếp theo là TASC C với 40%, TASC B là 3,75%, không có BN nào TASC A.

Mức độ tổn thương ĐM thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau, do đặc điểm khác nhau của đối tượng nghiên cứu với nhiều yếu tố như tuổi, yếu tố nguy cơ,..tuy nhiên tổn thương TASC C và TASC D vẫn thường chiếm tỉ lệ cao nhất. Theo nghiên cứu của Lida và cs (2012), tổn thương TASC D chiếm 89%, TASC C là 7% [7]. Nghiên cứu của Lo và cs (2013), tỉ lệ tổn thương TASC D là 34%, TASC C là 27% [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm tổn thương mạch và đặc điểm kỹ thuật can thiệp nội mạch qua da ở người bệnh tổn thương mạn tính động mạch đùi-khoeo giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, đồng thời đóng góp vào phát triển phương pháp can thiệp hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch ngoại biên. In Quyết định số 2475/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2022 (ed.).
- Criqui M.H.** (2001). Peripheral arterial disease--epidemiological aspects. Vasc Med, 6(3 Suppl), 3-7.
- 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 sĩ y học, Học viện Quân Y.
- 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.
- Ryu H.M., Kim J.S., Ko Y.G. et al** (2012). Clinical outcomes of infrapopliteal angioplasty in patients with critical limb ischemia. Korean Circ J, 42(4), 259-265.
- 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.
- Iida O., Soga Y., Yamauchi Y. et al** (2012). Anatomical predictors of major adverse limb events after infrapopliteal angioplasty for patients with critical limb ischaemia due to pure isolated infrapopliteal lesions. Eur J Vasc Endovasc Surg, 44(3), 318-324.
- Lo R.C., Darling J., Bensley R.P. et al** (2013). Outcomes following infrapopliteal angioplasty for critical limb ischemia. J Vasc Surg, 57(6), 1455-1464.

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Trịnh Thị Thanh Bình¹, Ngô Thị Linh¹,
Đỗ Tất Thành^{1,2}, Vũ Thu Hà¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật với mục tiêu mô tả thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư thực quản. Kết quả cho thấy: 36,7% bệnh nhân được nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ sau mổ. Mức năng lượng cung cấp trung bình đạt 1067,0 kcal/ngày. Tỷ lệ người bệnh đáp ứng nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị đạt 60%, đáp ứng nhu cầu protein theo khuyến nghị đạt 13,3%. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, phẫu thuật, dinh dưỡng, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF PATIENT'S NUTRITION AFTER ESOPHAGEAL CANCER SURGERY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

The study was conducted on 30 esophageal cancer patients scheduled for surgery. The goal of study is describing the patient's nutrition current after surgery for esophageal cancer. Results showed: 36,7% of patients received enteral nutrition within 48 hours after surgery. The average energy supply reaches 1066,9kcal/day. The rate of patients meeting recommended energy needs reached 60%, and meeting recommended protein needs reached 13,3%.

Keywords: Esophageal cancer, surgery, nutrition, Viet Duc University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) có tiên lượng xấu, bất chấp những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, người bệnh ung thư thực quản có thời gian sống sót sau 5 năm có tỷ lệ thấp 15-25% các ca mắc trên toàn thế giới và Hoa Kỳ [1]. Cùng với phẫu thuật và các phương pháp điều trị không dùng thuốc khác, việc hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản đã được chứng minh là có tác dụng củng cố hiệu quả điều trị, đem lại chất lượng cuộc sống và kết quả lâu dài cho bệnh nhân. Do đó, việc cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho bệnh nhân UTTQ là công việc quan trọng và cấp thiết. Tuy nhiên, việc nuôi ăn qua đường tiêu hóa cho

người bệnh vẫn là một thách thức cho phẫu thuật viên, người chăm sóc và cả người bệnh.

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, nuôi dưỡng sau phẫu thuật thực quản thường được thực hiện thông qua mở thông hồng tràng. Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh mở thông hồng tràng đã được thực hiện tuy nhiên việc đáp ứng nhu cầu năng lượng chưa được quan tâm đúng mức do việc đánh giá thực trạng nuôi dưỡng chưa được tiến hành đầy đủ nhằm đưa ra các khuyến nghị nuôi dưỡng cho người bệnh ung thư thực quản có mổ thông hồng tràng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh Ung thư thực quản có mổ thông hồng tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2022-2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh ung thư thực quản có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật có thực hiện mở thông hồng tràng. Người bệnh có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ≥ 7 ngày.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh trưởng thành tuổi từ 18 trở lên, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Người bệnh nhập viện để phẫu thuật có chuẩn bị

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh rối loạn ý thức, người bệnh tâm thần.
- Đối tượng nghiên cứu mắc các bệnh phổi hợp như suy thận, suy tim, suy gan, COPD

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang
Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi đã lấy được 30 người bệnh đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

Biến số/chỉ số nghiên cứu: Nhóm biến số/chỉ số thông tin chung: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, BMI

Nhóm biến số/chỉ số về thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh: Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Linh

Email: linhlinh28691@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024