

mối liên quan chặt chẽ giữa viêm bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai với hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai. Bao hoạt dịch dưới mỏm cùng vai có tác dụng hệ đệm giúp các gân chóp xoay giảm cọ sát khi vận động. Khi mức độ dịch trong bao gân nhiều sẽ làm cản trở di chuyển các gân, gây tổn thương gân chóp xoay.

Thoái hóa khớp cùng đòn cũng là một trong những nguyên nhân gây hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, trên cộng hưởng từ, thoái hóa khớp cùng đòn biểu hiện bằng dấu hiệu hẹp khe khớp, gai xương rìa khớp, khuyết xương dưới sụn và phù xương dưới sụn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thoái hóa khớp cùng đòn là 76,7%, tương đồng với nghiên cứu của Đặng Bích Nguyệt [3] là 69%.

V. KẾT LUẬN

Trên hình ảnh cộng hưởng từ, tổn thương gân chóp xoay hay gặp trong hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai, với tỷ lệ tổn thương gân trên gai là nhiều nhất. Trong các tổn thương kết hợp đều có tổn thương gân trên gai. Hình thái tổn thương thường gặp là viêm gân và rách bán phần gân. Trong rách bán phần, mặt khớp là vị trí rách hay gặp và chủ yếu ở mức độ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tekavec E., Jöud A., Rittner R. et al.** (2012), "Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses", *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), pp. 1-8.

2. **Koganti D.V, Lamghare P., Parripati V.K et al.** (2022), "Role of magnetic resonance imaging in the evaluation of rotator cuff tears", *Cureus*, 14(1).
3. **Nguyệt; Đặng Bích, Long; Nguyễn Tiên, Lệnh; Bùi Văn et al.** (2021), "Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán hội chứng hẹp dưới mỏm cùng vai", *Vietnam Journal of Community Medicine*, 62(6), pp. 23 - 30..
4. **Ravikanth R., Majumdar P.** (2019), "Magnetic resonance imaging diagnosis of rotator cuff tears in subacromial impingement syndrome: A retrospective analysis of large series of cases from a single center", *Apollo Medicine*, 16(4), pp. 208-212.
5. **Ardic F., Kahraman Y., Kacar M. et al.** (2006), "Shoulder impingement syndrome: relationships between clinical, functional, and radiologic findings", *American journal of physical medicine rehabilitation*, 85(1), pp. 53-60..
6. **Freygant M., Dziurzyńska-Białek E., Guz W. et al.** (2014), "Magnetic resonance imaging of rotator cuff tears in shoulder impingement syndrome", *Polish journal of radiology*, 79, pp. 391.
7. **Sasiponganan C., Dessouky R., Ashikyan O. et al.** (2019), "Subacromial impingement anatomy and its association with rotator cuff pathology in women: radiograph and MRI correlation, a retrospective evaluation", *Skeletal Radiology*, 48, pp. 781-790.
8. **Jacobson J.A, Lancaster S., Prasad A. et al.** (2004), "Full-thickness and partial-thickness supraspinatus tendon tears: value of US signs in diagnosis", *Radiology*, 230(1), pp. 234-242.
9. **Kumar G., Phatak S.V, Lakhkar B. et al.** (2017), "Diagnostic role of magnetic resonance imaging in rotator cuff pathologies", *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 12(1), pp. 7.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRUNG HẠN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Phi Long¹, Nguyễn Thị Ngọc Thủy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị những trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) có chỉ định can thiệp nội mạch (CTNM), thực hiện tại một trung tâm, với thời gian theo dõi 12 tháng. Ghi nhận có 71 trường hợp trong thời gian 01/2018 đến 08/2022, được can thiệp tiêu sợi huyết (TSH) nội mạch kèm/không kèm hút huyết khối (HK) qua da và nong bóng đặt stent tạo hình tĩnh mạch (TM) chậu. Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công về kỹ

thuật đạt 97,2%, tỷ lệ ly giải HK 90,2%, không có biến chứng nặng. Biện pháp điều trị cho thấy có hiệu quả cải thiện triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ thông thoáng sau 12 tháng là 86,7%, tỷ lệ mắc HCHHK là 21,1%, và đa số ở mức độ nhẹ. Can thiệp TSH nội mạch kèm/không kèm hút HK, nong bóng đặt stent sửa chữa tổn thương hẹp tắc TM chậu cho thấy có hiệu quả-an toàn, có thể áp dụng trong điều trị HKTMSCD.

Từ khóa: HKTMSCD huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, HCHHK hội chứng hậu huyết khối

SUMMARY

THE MID-TERM OUTCOME OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS IN THE LOWER EXTREMITY

The study aimed to evaluate the results of treatment in deep venous thrombosis with indications for endovascular intervention, performed at one

¹Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phi Long

Email: long.lp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

center, with a 12-month follow-up period. There were 71 cases included from January 2018 to August 2022, which were received catheter directed thrombolysis with/without percutaneous thrombectomy, balloon dilation and stent placement for iliac vein reconstruction. The results showed that the technical success rate reached 97.2%, the thrombolysis rate reached 90,2%, with no serious complications. The treatment method has been shown to be effective in improving clinical symptoms, the patency rate after 12 months was 86.7%, the overall rate of post-thrombotic syndrome was 21.1%, and the majority of this syndrome were at mild level. Intravascular thrombolysis with/without aspiration, balloon angioplasty and stent placement to repair iliac vein occlusion lesions have been shown to be effective and safe, and can be applied in the treatment of venous thrombo-embolism. **Keywords:** DVT Deep venous thrombosis, PTS Post-thrombotic syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HKTMSCD cấp tính là bệnh lý thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe BN, có thể dẫn tới biến chứng nguy hiểm và để lại di chứng khó điều trị. Nền tảng điều trị đến nay vẫn dựa trên việc sử dụng các thuốc kháng đông và kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Gần đây, bên cạnh kháng đông, kỹ thuật CTNM nhằm nhanh chóng loại bỏ cục máu đông, chủ động tái thông dòng máu TM, đồng thời sửa chữa các thương tổn hẹp tắc về giải phẫu, được áp dụng nhiều nơi trên thế giới. Trong nước, kỹ thuật này còn chưa phổ biến, hiện chỉ có một vài trung tâm áp dụng. Bệnh viện Đại học Y Dược (BVĐHYD) TPHCM là nơi áp triển khai kỹ thuật này đầu tiên với số lượng lớn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả điều trị và mở hướng cho các nghiên cứu sâu hơn về đề tài này.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật điều trị CTNM điều trị HKTMSCD.
2. Đánh giá hiệu quả điều trị HKTMSCD bằng CTNM ở thời điểm 12 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) bị HKTMSCD có triệu chứng trong vòng 14 ngày đã được CTNM thành công tại BVĐHYD từ 01/2018 đến 08/2022.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

❖ BN được chẩn đoán HKTMSCD cấp tính tăng chậu – đùi trở lên (trong vòng 2 tuần) có chỉ định điều trị loại bỏ HK theo khuyến cáo của Hội TM học Hoa Kỳ kèm theo có/không nong đoạn TM hẹp và có/không đặt giá đỡ nội mạch [1,2].

❖ Đã được CTNM tại BVĐHYD từ 01/2018

đến 08/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

- ❖ BN không tái khám sau khi được can thiệp
- ❖ Hồ sơ không đầy đủ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành 1 năm, từ 08/2022–08/2023 tại Khoa lồng ngực – Mạch máu, BVĐHYD.

Cỡ mẫu của nghiên cứu. Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện tất cả các BN thoả tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 71 trường hợp HKTMSCD được điều trị bằng CTNM.

Tuổi - giới tính. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 46,7 ± 14,2. BN nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi.

Trong nhóm nghiên cứu có 53 BN nữ, chiếm đa số, tỉ lệ 74,65%.

Các đặc điểm kỹ thuật CTNM điều trị HKTMSCD

Bảng 1. Một số đặc điểm kỹ thuật CTNM điều trị HKTMSCD

Đặc điểm kỹ thuật	Giá trị
Thời gian thủ thuật (phút)	62,5 ± 27,3
Máu mất (mL)	141,0 ± 133,1
Kỹ thuật thực hiện	
TSH đơn thuần	10 (14,1%)
Hút HK kèm theo	39 (54,9%)
Nong bóng - Đặt giá đỡ nội mạch	54 (76,1%)
Đặt lưới lọc TM chủ dưới trước thủ thuật	2 (2,8%)
Tỷ lệ ly giải HK ngay sau can thiệp	
Ly giải hoàn toàn	40 (56,34%)
Ly giải bán phần	24 (33,8%)
Ly giải ít không cải thiện dòng	7 (9,86%)

Tất cả BN được đặt đường truyền nội mạch bơm TSH tại chỗ, sau 12-24 giờ chụp lại ghi nhận hình ảnh ly giải HK. Dựa vào mức độ ly giải BN có thể được thực hiện thêm các kĩ thuật can thiệp gồm hút HK hoặc nong bóng và đặt giá đỡ nội mạch. Các trường hợp HK còn tồn lưu quan sát được khi chụp lại TM sau đặt catheter truyền TSH, BN tiếp tục được thực hiện kĩ thuật hút HK cơ học kỳ hai bằng ống thông nòng lớn, để tăng tỷ lệ thành công tái thông và loại bỏ HK nhiều hơn. Có 2 trường hợp tái thông không thành công do TM viêm xơ teo nhiều. Tỷ lệ thành công chung của các biện pháp CTNM là 97,2%.

Biến chứng sau can thiệp điều trị loại bỏ HK

Bảng 2. Biến chứng sau CTNM

Biến chứng	Số trường hợp (Tỷ lệ %)
------------	-------------------------

Tử vong	0 (0%)
Thuyên tắc phổi nặng	0 (0%)
Xuất huyết nội sọ - nội tạng	0 (0%)
Chảy máu cần xử trí ngoại khoa	0 (0%)
Chảy máu nhẹ, điều trị bảo tồn	5 (7%)
Nhiễm trùng - Tự dịch	0 (0%)
HK đổi bên	0 (0%)

Biến chứng chảy máu nhẹ xuất hiện ở 5 trường hợp, chiếm 7%, gồm 1 trường hợp khạc đàm máu lượng ít tự diễn tiến ổn định, 1 trường hợp tiểu máu nhẹ tự hết và 2 trường hợp rỉ máu ít tại vị trí đặt sheath, tự ngừng chảy sau khi băng ép, 1 trường hợp tụ máu trong cơ theo dõi chèn ép khoang được điều trị bảo tồn, không cần phẫu thuật can thiệp mở khoang giải áp.

Mức độ cải thiện lâm sàng - Thang điểm Vilalta và VCSS. Cải thiện lâm sàng được đánh giá thông qua sự giảm triệu chứng đau, phù chân, hai năng hoạt động trở lại bình thường, cùng hai thang điểm độ nặng lâm sàng là Vilalta và VCSS. Đánh giá 12 tháng sau can thiệp TSH tại chỗ được ghi nhận ở 68 BN, có 45 BN cải thiện rõ rệt, chiếm tỉ lệ 63,4%, 20 BN có mức độ cải thiện vừa phải, chiếm tỉ lệ 28,2%, 3 BN không cải thiện và không có BN nào diễn tiến nặng hơn.

Điểm trung bình VCSS 12 tháng sau CTNM điều trị HKTMSCD của nhóm nghiên cứu là $3,7 \pm 1,8$ điểm. Điểm Villalta trung bình của nhóm nghiên cứu là $4,1 \pm 2,3$ sau 12 tháng.

Tỷ lệ thông thoáng TM. Chúng tôi đánh giá tình trạng thông thoáng lòng TM sau điều trị 12 tháng bằng siêu âm Doppler và/hoặc chụp cắt lớp vi tính cản quang hệ TM. Theo dõi sau 12 tháng khảo sát được hình ảnh học ở 68 BN. Đa số các BN sau điều trị đạt mục tiêu lòng mạch thông thoáng với tỷ lệ chung sau can thiệp và sau 12 tháng lần lượt là 88,7% và 86,7%, trong đó thông thoáng hoàn toàn sau 12 tháng đạt 76,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ thông thoáng sau 12 tháng

Mức độ thông thoáng lòng mạch	Giá trị tỷ lệ
Thông thoáng hoàn toàn	52 (76,4%)
Hẹp lòng mạch nhẹ - trung bình	7 (10,3%)
Hẹp nặng - Tắc nghẽn	3 (4,4%)

Hội chứng hậu HK. Theo dõi 12 tháng sau can thiệp, không có trường hợp bị loét chân. HCHK sau can thiệp điều trị xảy ra ở 15 BN, chiếm tỉ lệ 21,1%, trong đó có 12 BN ở mức độ nhẹ, chiếm tỉ lệ 16,9%, 3 BN ở mức độ vừa, chiếm tỉ lệ 4,32% và không có ca nào mắc HCHK nặng.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi - Giới tính. Trong một thống kê tổng hợp 19 nghiên cứu với tổng số 1170 BN có

HKTMSCD ghi nhận tuổi trung bình là 53.5 tuổi (16-88 tuổi)^[3]. Nghiên cứu của Hiroaki^[4] ghi nhận tuổi trung bình 64 ± 15 , tỉ lệ nam 52%, của Kahn^[5] ghi nhận tuổi trung bình là 59.1 ± 15.6 , với tỉ lệ nam 56%. Độ tuổi trung bình BN nghiên cứu của chúng tôi là $46,7 \pm 14,2$ tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-60 tuổi (43,6%), nhóm dưới 20 tuổi chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ so với các nhóm lớn tuổi hơn (2,8%).

Trong các nghiên cứu về CTNM điều trị HKTMSCD, nhiều tác giả cũng ghi nhận tỉ lệ nam giới tương đương hay nhỉnh hơn, 52% - 58%^[4,5,6]. Tuy nhiên, cũng có vài nghiên cứu ghi nhận tần suất HKTMSCD cao hơn ở phụ nữ trẻ, và một nửa số phụ nữ dưới 40 tuổi đều có liên quan đến thai kỳ^[7,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nữ chiếm đa số với tỷ lệ 74,65%, đặc biệt cao hơn các tác giả khác.

Kỹ thuật can thiệp điều trị. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh lấy HK qua da là phương pháp hiệu quả để giải quyết cục máu đông và tái lập lưu thông TM, cũng như giảm triệu chứng của HKTMSCD cấp tính^[1,3,9]. Do lấy HK qua da tác dụng trực tiếp lên HK cùng với tác động ly giải HK của với thuốc TSH, do đó chỉ yêu cầu liều dùng rtpA thấp, dao động từ 0.5 đến 1 mg/giờ^[9]. Một phân tích gộp tổng hợp 17 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng của Micheal Lichtenberg và cs^[10], với số lượng 1417 BN, ghi nhận tỷ lệ loại bỏ được HK kỳ đầu ở nhóm sử dụng TSH đơn thuần và nhóm có phối hợp hút HK là tương đương nhau, và lần lượt là 95% và 96%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ ly giải HK kỳ đầu khá cao khi đạt 90,2%, trong đó tỷ lệ ly giải hoàn toàn là 56,34%. (bảng 4)

Bảng 4. So sánh tỷ lệ ly giải HK

Tác giả	Số ca	Thời gian khởi phát đến khi can thiệp (giờ)	Tỷ lệ ly giải HK
Protack (2007)	97	-	88%
Chan Park (2015)	1170	$8,4 \pm 8,4$	83,9%
Yu Tian (2021)	98	$48,5 \pm 20$	79,6%
Hiroaki (2021)		$7,7 \pm 5,2$	84%
Chúng tôi (2023)	71	$5,9 \pm 4,1$	90,2%

Biến chứng được lo ngại nhiều nhất về mặt lý thuyết là khả năng thuyên tắc phổi và chảy máu. Tuy nhiên trên thực tế, đa số các báo cáo đều cho thấy tỷ lệ thuyên tắc phổi nặng rất ít gặp và chảy máu cũng thường nhẹ không đáng kể. Các CTNM truyền TSH tại chỗ và hút HK cho thấy có độ an toàn cao. (bảng 5)

Bảng 5. So sánh tỷ lệ biến chứng

Tác giả	Thuyên tắc phổi	Chảy máu	Tử vong
Garcia (2015)	0,3%	Nặng 3,6%	0,3%

		Nhẹ 0,9%	
Huang (2015)	0%	Nhẹ 0,1%	0%
Jia (2016)	0%	0%	0%
Gargne (2015)	0%	0%	0%
Chúng tôi (2023)	0%	Nhẹ 7%	0%

Mức độ cải thiện lâm sàng. Tác giả Tone Enden thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng với 90 BN được điều trị bơm TSH tại chỗ so với 99 BN chỉ điều trị bảo tồn với kháng đông. Kết quả theo dõi sau 6 tháng cho thấy nhóm có điều trị can thiệp có tỷ lệ thuyên giảm triệu chứng cao hơn, ít sưng chân hơn và có thời gian phải nghỉ công việc thấp hơn khi so với nhóm chứng. Nghiên cứu ATTRACT cho đến nay là thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng đa trung tâm có quy mô lớn nhất với số lượng 692 BN được khảo sát, tuy không cho thấy loại bỏ HK bằng cơ/được học có làm giảm tỷ lệ HCHHK, nhưng khi nghiên cứu phân nhóm sau đó, Susan Kahn và cs sử dụng các công cụ đánh giá chất lượng sống bằng các bộ câu hỏi vẫn đi đến kết luận rằng loại bỏ HK sớm mang lại sự cải thiện tốt hơn về cơ năng và chất lượng sống cho BN ở thời điểm 1 tháng và 6 tháng, khi so với nhóm chứng. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có sự cải thiện lâm sàng rõ rệt so với thời điểm trước điều trị loại bỏ HK, thể hiện bằng mức độ thuyên giảm triệu chứng cơ năng rõ rệt chiếm tỷ lệ đa số (51,8%), cải thiện vừa (31,8%). Khảo sát độ nặng lâm sàng ở thời điểm 12 tháng bằng thang điểm VCSS, chúng tôi cũng ghi nhận điểm trung bình VCSS ở nhóm thấp dưới 5 (4,0 ± 2,1 điểm), có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ thông thoáng sau 12 tháng. Khi so với điều trị bảo tồn, các biện pháp loại bỏ HK sớm cũng cho thấy có tỷ lệ thông thoáng tốt hơn. Tại Trung Quốc, bằng phương pháp phân tích gộp, Chao-Nan Wang và cs tổng kết trên 4 thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng, cho thấy tỷ lệ thông thoáng ở thời điểm 6 và 12 tháng của nhóm có loại bỏ HK sớm cao hơn rõ rệt khi so với nhóm chỉ dùng kháng đông đơn thuần (OR 8.49, 95% CI 1.32- 54.60). Sự thông thoáng TM sau điều trị loại bỏ HK cũng có liên quan đến mức độ tồn dư HK (thrombus residual) sau can thiệp. Guang Chen và cs thực hiện thử nghiệm so sánh để đánh giá mối tương quan giữa tồn dư HK với tỷ lệ thông thoáng sau 2 năm điều trị loại bỏ HK, cho thấy tồn dư HK từ độ II trở lên là một yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm tỷ lệ thông thoáng. Micheal Lichtenberg và cs^[10] nghiên cứu phân tích gộp 77 dữ liệu xác định, trên 17 nghiên cứu và 1417 BN, ghi nhận ở thời điểm 6 tháng, tỷ lệ thông thoáng tính gộp (pooled proportion) của nhóm TSH đơn thuần và nhóm có phối hợp hút HK nội mạch lần lượt là 68% và

94%(68% (I2=15.6%) versus 94%; Qbet26.4, p<0.001). Nghiên cứu của Chan Park, việc sử dụng stent sau nong bóng tạo hình được chứng minh là có hiệu quả phòng ngừa tái phát HKTMSCD đối với BN có bất thường giải phẫu TM chậu. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thông thoáng của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác trên thế giới. Nhìn chung, so với điều trị kinh điển bằng kháng đông đơn thuần, tỷ lệ thông thoáng khi có điều trị loại bỏ HK sớm luôn cao hơn.

Bảng 6. So sánh tỷ lệ thông thoáng sau can thiệp

Tác giả	Thời gian theo dõi	TSH đơn thuần	Hút HK qua da	Phối hợp TSH và hút HK
Oguzkurt (2012)	12 tháng		93%	
Park (2014)	12 tháng	71%	78%	80%
Huang (2015)	12 tháng	88,9%	92%	
Gagne (2015)	24 tháng	94%		
Ozpak (2016)	6 tháng	85%		
Chúng tôi	12 tháng			86,7%

Hội chứng hậu huyết khối. Thử nghiệm CaVenT/2012 trên 209 BN được điều trị HKTMSCD, theo dõi kết quả dài hạn 2 năm, bơm TSH tại chỗ giảm thiểu nguy cơ mắc HCHHK từ 55.6% xuống 41.1% (p=0.047). Sau 5 năm, nguy cơ được giảm đến 28% (từ 71% xuống 43%, p<0.001). Thử nghiệm ATTRACT năm 2017 trên 691 BN, sử dụng thang Villalta, theo dõi 6 tháng, cho thấy tỷ lệ có HCHHK ở nhóm có can thiệp loại bỏ HK là 27% và nhóm chứng (chỉ điều trị kháng đông) là 40%. Tuy nhiên, ở thời điểm theo dõi 24 tháng, tỷ lệ này lần lượt là 31% và 36%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HCHHK được đánh giá dựa trên thang điểm Villalta, ghi nhận kết quả ở lần khám gần nhất có điểm Villata ≥5 điểm hoặc điểm Villata lớn nhất trong vòng 12 tháng. Kết quả khảo sát được ghi nhận ở 68 BN, trong đó 15 BN tổng điểm Villata ≥5, chiếm tỉ lệ 21.1%. Tỷ lệ HCHHK tính trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng so với một số nghiên cứu khác, và đa số đều ở mức độ nhẹ.

V. KẾT LUẬN

CTNM gồm TSH tại chỗ, hút HK qua da, nong bóng tạo hình và đặt stent TM chậu là các biện pháp điều trị cho thấy có hiệu quả và an toàn trong việc loại bỏ cục máu đông và tái hồi lưu thông máu TM sinh lý, có thể áp dụng trong điều trị HKTMSCD cấp tính theo các chỉ định đã được khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A Delos Reyes, Anthony J Comerota Catheter-

- directed thrombolysis, mechanical thrombectomy, and surgery for the treatment of acute iliofemoral deep venous thrombosis. Handbook of venous and lymphatic disorders: guidelines of the American Venous Forum. CRC Press, New York.
2. **Andrea T Obi**, Thomas W Wakefield Medical treatment of acute deep venous thrombosis and pulmonary embolism. Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. CRC Press.
 3. **C. Broderick, L. Watson, M. P. Armon**. Thrombolytic strategies versus standard anticoagulation for acute deep vein thrombosis of the lower limb. Cochrane Database Syst Rev, 2021; 1(1): CD002783. 10.1002/14651858.CD002783.pub5
 4. **H. Nakamura, H. Anzai, M. Kadotani**. Less frequent post-thrombotic syndrome after successful catheter-directed thrombolysis for acute iliofemoral deep vein thrombosis. Cardiovasc Interv Ther, 2021; 36(2): 237-245. 10.1007/s12928-020-00661-7
 5. **SR Kahn, C Kearon, JA Julian, B Mackinnon, MJ Kovacs, P Wells, et al**. Predictors of the post-thrombotic syndrome during long-term treatment of proximal deep vein thrombosis. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2005; 3(4): 718-723.
 6. **C. D. Protack, A. M. Bakken, N. Patel, W. E. Saad, D. L. Waldman, M. G. Davies**. Long-term outcomes of catheter directed thrombolysis for lower extremity deep venous thrombosis without prophylactic inferior vena cava filter placement. J Vasc Surg, 2007; 45(5): 992-7; discussion 997. 10.1016/j.jvs.2007.01.012
 7. **Peter Gloviczki AA or AA, ed**. Book Handbook of venous and lymphatic disorders: guidelines of the American Venous Forum. number (only include if beyond first). CRC Press name; year of publication.
 8. **F. Aziz, A. J. Comerota**. Quantity of residual thrombus after successful catheterdirected thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis correlates with recurrence. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2012; 44(2): 210-3. 10.1016/j.ejvs.2012.04.016
 9. **D. Fleck, H. Albadawi, F. Shamoun, G. Knuttinen, S. Naidu, R. Oklu**. Catheterdirected thrombolysis of deep vein thrombosis: literature review and practice considerations. Cardiovasc Diagn Ther, 2017; 7(Suppl 3): S228-S237. 10.21037/cdt.2017.09.15
 10. **M. K. W. Lichtenberg, S. Stahlhoff, K. Mlynczak, D. Golicki, P. Gagne, M. K. Razavi, et al**. Endovascular mechanical thrombectomy versus thrombolysis in patients with iliofemoral deep vein thrombosis - a systematic review and metaanalysis. Vasa, 2021; 50(1): 59-67. 10.1024/0301-1526/a000875

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI NỔI MẬT RUỘT VÀ VỊ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN U ĐẦU TUY GIẢI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Nguyễn Quốc Vinh^{1,2}, Nguyễn Hải Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị mang ý nghĩa triệt căn đối với ung thư đầu tụy. Tuy nhiên, có đến 80% trường hợp u đầu tụy được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa không còn khả năng thực hiện được phẫu thuật này. Phẫu thuật nội mật ruột và vị tràng là lựa chọn điều trị giảm nhẹ hiệu quả dành cho các bệnh nhân u đầu tụy giai đoạn tiến triển mà có tắc mật hoặc tắc tá tràng. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng thay cho phẫu thuật mở kinh điển nhằm mong muốn mang lại những lợi điểm của phẫu thuật ít xâm lấn cho người bệnh. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang. Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán u đầu tụy giai đoạn tiến triển được thực hiện phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 02/2023. Loại trừ những trường hợp hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu nghiên cứu. **Kết quả:**

Chúng tôi hồi cứu được 30 trường hợp thoả tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 8,5$, tỉ lệ nam/nữ = 1/2. Biểu hiện lâm sàng gồm đau bụng (97%), vàng da (87%) và nôn ói (27%). Kích thước u = $4,3 \pm 1,3$ cm. Có 86,7% có xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và 26,7% tắc tá tràng. Kết quả thành công về mặt kĩ thuật là 100%, không có tai biến trong mổ. Thời gian mổ trung bình $171 \pm 25,3$ phút, máu mất $43,7 \pm 18,1$ ml. Sau phẫu thuật, nồng độ bilirubin và men gan giảm có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Tỉ lệ nôn sau mổ là 3,3% đáp ứng với điều trị nội khoa. Không có biến chứng hoặc tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 6,95 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng điều trị bệnh lý u đầu tụy giai đoạn tiến triển là một kĩ thuật khả thi và an toàn. Tuy nhiên, phẫu thuật này cần phẫu thuật viên có kỹ năng và thời gian phẫu thuật còn tương đối dài. **Từ khóa:** u đầu tụy tiến triển, phẫu thuật nội soi nối mật ruột, phẫu thuật nội soi nối vị tràng, phẫu thuật điều trị giảm nhẹ

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOJEJUNOSTOMY AND GASTROJEJUNOSTOMY IN ADVANCED-STAGES OF PANCREATIC HEAD TUMORS

Background: Pancreaticoduodenectomy offers the possibility of radical resection for pancreatic head

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cơ sở 2

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Vinh

Email: nquvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024