

- Thiên Huế", Tạp chí Y Dược học - Đại học Y Dược Huế, 9(1), tr. 80-86.
8. **Lưu Minh Châu, Đinh Văn Tài and Nguyễn Thị Quỳnh Nga** (2017), "Nghiên cứu thực trạng một số bệnh không lây nhiễm tại ba huyện thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017", Tạp chí Y học cộng đồng, 2(49), tr. 24-29.
9. **Phạm Thế Xuyên** (2019), Thực trạng tăng huyết

- áp ở người dân từ 25-64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sỹ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
10. **Hoàng Đức Thuận Anh** (2013), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, 876(7), tr. 135-138.

HIỆU QUẢ CỦA CILOSTAZOL TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU CÁCH HỒI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

Nguyễn Kiên Cường^{1,2}, Ngô Văn truyên¹, Ngô Đại Dương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới thường biểu hiện đặc trưng là đau cách hồi. Mặc dù những lợi ích của cilostazol trong điều trị đau cách hồi ở chân đã được chứng minh, nhưng tình hình nghiên cứu vấn đề này vẫn còn khan hiếm tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của cilostazol trong điều trị đau cách hồi ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 35 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới và điều trị bằng cilostazol tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu từ tháng 06/2023 đến 04/2024. **Kết quả:** Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $65,2 \pm 7,4$ tuổi, trong đó đa số ≥ 60 tuổi (77,1%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ bằng nhau, béo bụng gặp phải ở 82,9% đối tượng, phần lớn bệnh nhân có tăng huyết áp và hút thuốc lá. Đa số bệnh nhân có phân loại Fontaine II, III. Về kết quả của nghiệm pháp đi bộ 6 phút, ghi nhận quãng đường đi bộ không đau và quãng đường tối đa đi được ở nữ giới và nhóm ≥ 60 tuổi thấp hơn đáng kể so với nam giới và nhóm < 60 tuổi với $p = 0,001$, không ghi nhận sự khác biệt về chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI) theo giới và nhóm tuổi. Kết quả điều trị cilostazol ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân, chỉ số ABI, quãng đường đi được và phân loại Fontaine. Phần lớn bệnh nhân (71,4%) không có tác dụng phụ của thuốc và đa số bệnh nhân sử dụng thuốc đầy đủ trong 3 tháng (80,0%). **Kết luận:** Kết quả điều trị cilostazol sau 3 tháng, ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng cơ năng chủ quan của bệnh nhân, ABI, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút và phân loại Fontaine.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, bệnh động mạch chi dưới, đau cách hồi, cilostazol.

SUMMARY

THE EFFICACY OF CILOSTAZOL IN

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kiên Cường

Email: nguencuongblu1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

TREATING CLAUDICATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE

Background: Patients with type 2 diabetes who suffer from lower extremity peripheral artery disease often experience claudication as a characteristic symptom. Although the benefits of cilostazol in treating intermittent claudication have been proven, research on this issue is still scarce in Vietnam. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of cilostazol in treating claudication in patients with type 2 diabetes and lower extremity peripheral artery disease. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 35 patients with type 2 diabetes who diagnosed lower extremity peripheral artery disease and treated with cilostazol at Bac Lieu General Hospital from June 2023 to April 2024. **Results:** The patients had a mean age of 65.2 ± 7.4 years, with the majority aged ≥ 60 years (77.1%), and the male-to-female ratio was roughly equal. Abdominal obesity was present in 82.9% of the subjects, hypertension and smoking account for the majority of patients. Most patients were classified as Fontaine II or III. In the results of the 6-minute walk test, the pain-free walking distance and the maximum walking distance were significantly lower in females and the ≥ 60 age group compared to males and the < 60 age group, with $p = 0.001$. No significant differences were noted in the ABI across genders and age groups. Treatment outcomes with cilostazol demonstrated significant improvements in subjective functional symptoms of the patients, ABI, walking distance during 6-minute walk test, and Fontaine classification. The majority of patients (71.4%) experienced no drug side effects, and most adhered to the medication for the full 3 months (80.0%). **Conclusion:** After 3 months of cilostazol treatment, there was significant improvement in the patients' subjective functional symptoms, ABI, walking distance, and Fontaine classification.

Keywords: Type 2 diabetes, lower extremity peripheral artery disease, claudication, cilostazol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Liên Đoàn Đái tháo đường Thế giới năm 2017 tại Việt Nam có tới 3,53 triệu người đang chung sống với bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và con số này được dự báo sẽ

tăng lên 6,1 triệu người vào năm 2040 [3]. Tình trạng tăng đường huyết lâu dài ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 sẽ gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan, các mạch máu lớn và mạch máu nhỏ do tình trạng xơ vữa mạch máu. Trong đó, bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) là một vấn đề trầm trọng ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, chất lượng sống và gây ra hậu quả nặng nề như tàn phế thậm chí tử vong. Đau cách hồi là triệu chứng kinh điển thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng BĐMCD. Cilostazol, một chất ức chế chọn lọc phosphodiesterase-III với đặc tính chống kết tập tiểu cầu, chống huyết khối và giãn mạch, một trong số ít thuốc có được chính minh có hiệu quả trong điều trị đau cách hồi [1], [4], [5], [8]. Hiện nay, theo hiểu biết của chúng tôi, Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của cilostazol trong điều trị BĐMCD. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Hiệu quả của cilostazol trong điều trị đau cách hồi ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 được chẩn đoán BĐMCD và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu từ tháng 06/2023 đến 04/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

Bệnh nhân được xác định có ĐTĐ típ 2 khi thỏa 1 trong 2 điều kiện sau đây:

- Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2, lần nhập viện hiện tại có chẩn đoán chính hoặc phụ trên bệnh án phù hợp với Phân loại bệnh quốc tế-sửa đổi lần thứ 10 (ICD-10) về ĐTĐ típ 2.

- Bệnh nhân mới được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 lần đầu dựa theo tiêu chuẩn ADA 2023.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và tư vấn rõ các yêu cầu và điều kiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nguyên nhân khác gây hẹp, tắc động mạch chi dưới như u chèn ép, huyết khối do bệnh lý van tim.

Không đo được hoặc đo không chính xác huyết áp cổ chân, cổ tay có thể do phù, loét, đoạn chi, mổ bắc cầu mạch máu, cầu nối động-tĩnh mạch để lọc thận nhân tạo.

Bệnh nhân có viêm loét dạ dày tá tràng đang hoạt động, đột quy do xuất huyết não trong 6 tháng trước, bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ, tăng huyết áp chưa kiểm soát tốt, tiền sử loạn nhịp nhanh nặng, khoảng QT kéo dài, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim trong 6

tháng trước, can thiệp vào động mạch vành 6 tháng trước, suy tim sung huyết ở các mức độ.

Bệnh nhân suy thận với độ lọc cầu thận < 30 ml/phút/1,73 m² da.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các đối tượng thỏa tiêu chuẩn để khám điều trị tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 35 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (<60/≥ 60, trung bình ± độ lệch chuẩn), giới tính (nam/nữ), chỉ số khối cơ thể [body mass index - BMI] (< 23 kg/m²/≥ 23 kg/m², trung bình ± độ lệch chuẩn), tình trạng béo bụng (có/không), tình trạng hút thuốc lá (có/không), tăng huyết áp kèm theo (có/không).

Đặc điểm lâm sàng trước điều trị: ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn), nghiệm pháp đi bộ 6 phút (6MWT) gồm quãng đường đi bộ không đau [pain-free walking distance - PWFD] và quãng đường tối đa đi được [maximal walking distance - MWD] (trung bình ± độ lệch chuẩn), phân loại lâm sàng theo Fontaine (I/II/III/IV).

Đánh giá kết quả điều trị của cilostazol:

- Ghi nhận ABI, 6MWT và phân loại lâm sàng theo Fontaine của bệnh nhân tại thời điểm kết thúc liệu trình điều trị (3 tháng) và so sánh với trước điều trị.

- Kết quả tổng thể:

- + Cảm nhận của bệnh nhân: Có hoặc không cảm nhận được sự cải thiện triệu chứng đau cách hồi và chức năng đi bộ sau liệu trình điều trị.

- + Đánh giá khách quan: Dựa vào ABI và 6MWT, cải thiện đồng thời cả hai chỉ số sau điều trị so với trước điều trị thì được xem là có cải thiện.

- + Tác dụng phụ của cilostazol (có/không) và hướng xử trí.

Thu thập dữ liệu: Thông tin nghiên cứu được thu thập theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn, thống nhất, được kiểm định.

Bệnh nhân được nghiên cứu viên chính trực tiếp tư vấn, thăm khám và chỉ định điều trị.

Một bác sĩ độc lập trong nhóm nghiên cứu được tập huấn để tiến hành đo đạc, thu thập và đánh giá dữ liệu.

ABI là bằng thương số của huyết áp tâm thu chi dưới cao nhất (động mạch chày sau hoặc mu bàn chân) chia cho huyết áp tâm thu chi trên cao nhất (động mạch cánh tay) tương ứng. Huyết áp được đo thủ công bằng máy huyết áp cơ. Việc đánh giá được thực hiện sau 10 phút

ngủ ngơi ở tư thế nằm ngửa.

6MWT: Mỗi bệnh nhân nghỉ ngơi ít nhất 30 phút trước khi bắt đầu thử nghiệm trên máy đi bộ đã được hiệu chuẩn, độ dốc 0%. Bệnh nhân được khuyến khích đi bộ với tốc độ bình thường trong 6 phút, càng nhiều càng tốt và nghỉ ngơi nếu cần. Kết quả cần đánh giá là PWFD (khoảng cách từ lúc bắt đầu đi bộ đến cơn đau cách hồi đầu tiên xuất hiện) và MWD (được định nghĩa là khoảng cách tối đa mà bệnh nhân đạt được khi kết thúc bài kiểm tra).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Biểu định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Giá trị các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích bằng T test, Fisher exact test, paired T test và Friedman test. Đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 35 bệnh nhân tham gia và theo dõi đến thời điểm kết thúc. Độ tuổi trung bình của người tham gia là $65,2 \pm 7,4$, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 77,1%. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 54,3% và 45,7%. Phần lớn bệnh nhân có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (85,7%), với BMI trung bình của quần thể nghiên cứu là $25,7 \pm 3,3$, đồng thời, tình trạng béo bụng gặp phải ở 82,9% đối tượng. Hầu hết bệnh nhân có tăng huyết áp (91,4%) và hút thuốc lá (68,6%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng theo giới tính

Đặc điểm	Nam	Nữ	Giá trị p
ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Tay phải	0,79±0,06	0,81±0,06	0,322*
Tay trái	0,76±0,05	0,73±0,06	0,09*
6MWT (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
PWFD	209,47±14,58	186,06±18,42	< 0,001*
MWD	97,84±9,96	77,88 ± 9,3	< 0,001*
Phân loại theo Fontaine (n, %)			
II	10 (52,6)	8 (50)	1**
III	8 (42,1)	7 (43,8)	
IV	1 (5,3)	1 (6,3)	

Chú thích *T test, ** Fisher exact test.

Nhận xét: Về đặc điểm lâm sàng, có sự tương đồng về chỉ số ABI và phân loại Fontaine ở 2 giới. Trong đó, chỉ số ABI trung bình tay phải là $(0,79 \pm 0,06$ ở nam và $0,81 \pm 0,06$ ở nữ), chỉ số ABI trung bình tay trái là $(0,76 \pm 0,05$ ở nam và $0,73 \pm 0,06$ ở nữ). Đa số bệnh nhân thuộc phân loại Fontaine II, III. Về 6MWT, ghi nhận quãng đường đi bộ không đau và quãng đường

tối đa đi được ở nữ giới thấp hơn đáng kể so với nam giới với $p = 0,001$.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng theo tuổi

Đặc điểm	<60 tuổi	≥60 tuổi	Giá trị p
ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Tay phải	0,81 ± 0,05	0,8 ± 0,06	0,699*
Tay trái	0,74 ± 0,05	0,75 ± 0,06	0,646*
6MWT (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
PWFD	202,5±14,51	197,67±21,54	0,557*
MWD	95,38±11,54	86,74±14,08	0,124*
Phân loại theo Fontaine (n, %)			
I	5 (62,5)	13 (48,1)	0,823**
II	3 (37,5)	12 (44,4)	
III	0 (0,0)	2 (7,4)	

Chú thích *T test, **Fisher exact test.

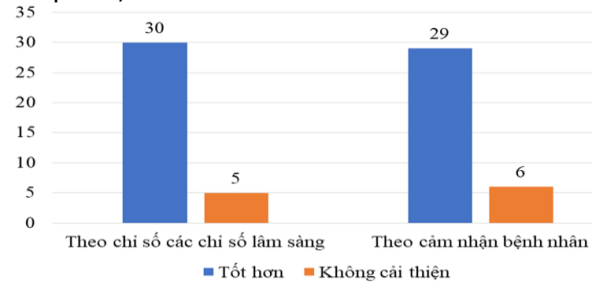
Nhận xét: Không sự khác biệt về chỉ số ABI và phân loại Fontaine giữa 2 nhóm bệnh nhân < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi. Trong khi, 6MWT cho kết quả tốt hơn ở nhóm bệnh nhân < 60 tuổi nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Kết quả điều trị của cilostazol

Đặc điểm	Trước điều trị	Sau điều trị	Giá trị p
ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Tay phải	0,8±0,06	0,86±0,05	<0,001*
Tay trái	0,75±0,06	0,81±0,05	<0,001*
6MWT (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Tổng quãng đường đi được	198,77 ±20,06	303,37 ±31,23	<0,001*
Quãng đường đi đến lúc mệt	88,71 ±13,87	137,63 ±27,43	<0,001*
Phân loại theo Fontaine (n, %)			
I	0 (0,0)	12 (34,3)	<0,001**
II	18 (51,4)	18 (51,4)	
III	15 (42,9)	5 (14,3)	
IV	2 (5,7)	0 (0,0)	

Chú thích *Paired T test, **Friedman test.

Nhận xét: 35 bệnh nhân trong nghiên cứu sau khi được điều trị cilostazol, ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về chỉ số ABI, quãng đường đi được trong ghiệp pháp đi bộ 6 phút và phân loại Fontaine. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị tổng thể

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có cải thiện đáng kể về các triệu chứng cơ năng chủ quan cũng như các chỉ số lâm sàng khách quan.

Bảng 4. Tác dụng phụ của cilostazol và hướng xử trí

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tác dụng phụ	Có	10	28,6
	Không	25	71,4
Hướng xử trí	Tiếp tục dùng thuốc đủ 3 tháng	8	80,0
	Ngưng tạm thời, kiểm soát tác dụng phụ rồi dùng lại	2	20,0

Nhận xét: Trong quá trình theo dõi và điều trị bệnh nhân bằng cilostazol chúng tôi ghi nhận, phần lớn bệnh nhân (71,4%) không có tác dụng phụ của thuốc và đa số bệnh nhân sử dụng thuốc đầy đủ trong 3 tháng (80%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, tổng cộng 35 bệnh nhân ĐTD tip 2 được chẩn đoán BDMCD và điều trị bằng cilostazol. Chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân là người cao tuổi, nam giới chiếm ưu thế. Ngoài ra, tỷ lệ người thừa cân/béo phì và có tình trạng béo bụng chiếm đa số rõ, BMI trung bình là $25,7 \pm 3,3$ kg/m². Ritti-Dias và cộng sự khi nghiên cứu đặc điểm đau cách hồi do BDMCD đã chỉ ra độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,7 \pm 9,4$ và tỷ lệ nam giới là 65,2%, các tác giả cũng ghi nhận BMI trung bình là $27,6 \pm 5,1$ kg/m² [9]. Trước đó, nghiên cứu của Rendell và cộng sự về hiệu quả của cilostazol trong điều trị đau cách hồi do BDMCD ở bệnh nhân ĐTD cũng cho thấy bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm đa số (54,3%), tỷ lệ nam giới là 78,9% [8]. Một số nghiên cứu cùng chủ đề cũng đưa ra các phát hiện tương tự [5]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận hầu hết đối tượng nghiên cứu có tăng huyết áp kèm theo và đa số có hút thuốc. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Rendell, kết quả cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp và tiền sử hút thuốc lá chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,1% và 91,1% [8].

Về đặc điểm lâm sàng, kết quả hiện tạo cho thấy sự tương đồng với các báo cáo trước đây. Chẳng hạn, nghiên cứu của Ritti-Dias và cộng sự phát hiện có sự khác biệt rõ về quãng đường tối đa đi được (339 m so với 298 m) và quãng đường đi được không triệu chứng (145 m so với 110 m) giữa nam và nữ ($p \leq 0,001$). Đồng thời, nghiên cứu cũng cho thấy sự tương đồng về ABI ở cả nam và nữ (0,58 so với 0,59) [9]. Có thể giải thích là do ở nam giới có sức chịu đựng cao

hơn nữ giới trong các hoạt động cần sức bền, như đi bộ, đặc biệt là sự khác biệt giữa các yếu tố sinh lý và cơ bắp giữa 2 giới. Về tuổi, Ritti-Dias và đồng nghiệp ủng hộ phát hiện của chúng tôi khi chỉ ra không có sự khác biệt ABI giữa nhóm tuổi < 60 và ≥ 60 , đồng thời, quãng đường trung bình tối đa đi được và quãng đường trung bình đi được không đau ở nhóm tuổi < 60 dài hơn so với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi [9]. Tương tự, Katsiki và cộng sự báo cáo quãng đường tối đa đi được không đau ở nhóm tuổi < 65 tuổi cao hơn hẳn so với nhóm tuổi ≥ 65 [4].

Phát hiện chính của nghiên cứu hiện tại cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa BDMCD ở tất cả các tiêu chí đánh giá. Có thể giải thích là do cilostazol có nhiều ưu điểm vượt trội, đặc biệt phù hợp với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Rõ ràng, nhiều nghiên cứu đã chứng minh cilostazol làm giảm đáng kể triệu chứng đau cách hồi ở bệnh nhân mắc BDMCD có hoặc không có ĐTD, đồng thời cải thiện đáng kể quãng đường tối đa đi được và quãng đường đi bộ không đau [1], [2], [4], [8]. Chẳng hạn nhóm nghiên cứu của Katsiki ghi nhận quãng đường cải thiện trung bình tăng từ 233 m lên 650 m sau 3 tháng và 6 tháng, được điều trị bằng phương pháp đơn trị liệu hoặc phối hợp với axit acetylsalicylic/clopidogrel ($p < 0,05$) [4]. Tương tự, nghiên cứu của O'Donnell và cộng sự cho thấy quãng đường tối đa đi được và quãng đường đi bộ không đau được cải thiện rõ rệt sau 24 tuần điều trị bằng cilostazol (69,3 m so với 82,3 m và 118,5 m so với 158,3 m) [6]. Ngoài ra, cilostazol cũng giúp ổn định huyết áp tâm thu và tâm trương, đặc biệt là cải thiện đáng kể chỉ số ABI so với giả dược [1], [2]. Bên cạnh đó, kết quả còn cho thấy cilostazol có liên quan đến thay đổi lối sống giúp cải thiện chất lượng cuộc sống rõ rệt [6], thật vậy, kết quả ghi nhận có đến 82,4% bệnh nhân đã cai thuốc lá và 78,3% có tăng cường hoạt động thể chất sau 6 tháng điều trị [4]. Qua đó cho thấy, cilostazol không chỉ cải thiện các chỉ số lâm sàng và triệu chứng của bệnh động mạch ngoại biên, mà còn có tác dụng tích cực đến lối sống của bệnh nhân.

Bên cạnh sự hiệu quả, chúng tôi cũng ghi nhận cilostazol đủ an toàn để sử dụng trên lâm sàng. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Pratt, khi chỉ $< 7\%$ bệnh nhân có tác dụng phụ, việc tiếp tục dùng cilostazol sau 24 tuần cải thiện đáng kể tác dụng phụ đau đầu, tiêu chảy, đánh trống ngực so với chỉ dùng 6 tuần (0-8,3% so với 33,3%) [7]. Đồng thời, cilostazol được xem là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho chứng đau cách hồi ở bệnh nhân có hoặc không

có ĐTD [8].

V. KẾT LUẬN

Cilostazol đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện chức năng đi bộ và giảm triệu chứng đau cách hồi ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ đến trung bình. Các chỉ số lâm sàng như ABI, quãng đường đi bộ không đau và quãng đường tối đa đi được cũng được cải thiện đáng kể sau khi điều trị bằng cilostazol. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân không gặp phải tác dụng phụ nghiêm trọng và đã có sự thay đổi tích cực trong lối sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown T., Forster R.B., Cleanthis M., et al.** Cilostazol for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 6(6):CD003748.
2. **Hu M., Wang D., He T.** Comparison of efficacy between trimetazidine and cilostazol in the treatment of arteriosclerosis obliterans in lower extremity. *Exp Ther Med.* 2019; 17(6):4427-4434.
3. **International Diabetes Federation.** IDF

- Diabetes Atlas 2021. Accessed at 4/9/2023, from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. 2022.
4. **Katsiki N., Tentolouris N., Marakomichelakis G., et al.** Real world data from a multi-centre study on the effects of cilostazol on pain symptoms and walking distance in patients with peripheral arterial disease. *BMC Res Notes.* 2022; 15(1):373.
 5. **O'Donnell M.E., Badger S.A., Sharif M.A., et al.** The effects of cilostazol on peripheral neuropathy in diabetic patients with peripheral arterial disease. *Angiology.* 2008; 59(6):695-704.
 6. **O'Donnell M.E., Badger S.A., Sharif M.A., et al.** The vascular and biochemical effects of cilostazol in diabetic patients with peripheral arterial disease. *Vasc Endovascular Surg.* 2009; 43(2):132-143.
 7. **Pratt CM.** Analysis of the cilostazol safety database. *Am J Cardiol.* 2001; 87(12A):28D-33D.
 8. **Rendell M., Cariski A.T., Hittel N., Zhang P.** Cilostazol treatment of claudication in diabetic patients. *Curr Med Res Opin.* 2002; 18(8):479-487.
 9. **Ritti-Dias R.M., Sant'anna F.D.S., Braghieri H.A., et al.** Expanding the Use of Six-Minute Walking Test in Patients with Intermittent Claudication. *Ann Vasc Surg.* 2021; 70:258-262.

LIỀU CHIẾU TRONG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP THEO DÕI BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Nguyễn Đình Minh¹, Đoàn Ngọc Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu vai trò của chụp Cắt lớp vi tính (CLVT) liều thấp trong theo dõi các bệnh nhân (BN) chấn thương sọ não (CTSN). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 50 BN được chẩn đoán CTSN đang điều trị và theo dõi, được chụp CLVT sọ não thường quy (130 kV, 220 mAs) và liều thấp (130 kV, 80 mAs). **Kết quả:** nam giới chiếm 78%, có 78% BN dưới 60 tuổi. Liều chiếu dài (Dose length product -DLP) trong chụp CLVT liều thấp là $328,3 \pm 68,94$ mGy*cm, thấp hơn so với CLVT thường quy là $674,23 \pm 127,15$ mGy*cm ($p < 0,05$). Tương tự, liều hiệu dụng (Effective dose - Ed) trong CLVT liều thấp là $0,73 \pm 0,15$ mSv, giảm hơn so CLVT thường quy là $1,49 \pm 0,29$ mSv ($p < 0,05$). Dù vậy, chất lượng hình ảnh trên CLVT thường quy và liều thấp là tương đương nhau. **Kết luận:** Chụp CLVT liều thấp giảm đáng kể liều chiếu xạ cho người bệnh nhưng vẫn đủ thông tin cho việc chẩn đoán.

Từ khóa: CT liều thấp, CTDIvol, ALARA, liều chiếu dài, Chấn thương sọ não.

SUMMARY

LOW-DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY IN MONITORING PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objective: Study the role of low-dose computed tomography (CT) in monitoring patients with traumatic brain injury (TBI). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study included 50 patients diagnosed with TBI who were under treatment and follow-up, and who underwent both standard (130 kV, 220 mAs) and low-dose (130 kV, 80 mAs) cranial CT scans. **Results:** Males accounted for 78%, and 78% of the patients were under 60 years old. The dose length product (DLP) for low-dose CT was 328.3 ± 68.94 mGycm, significantly lower than the standard CT which was 674.23 ± 127.15 mGycm ($p < 0.05$). Similarly, the effective dose (Ed) for low-dose CT was 0.73 ± 0.15 mSv, lower than the standard CT which was 1.49 ± 0.29 mSv ($p < 0.05$). Despite this, the image quality of both standard and low-dose CT scans was equivalent. **Conclusion:** Low-dose CT significantly reduces radiation exposure for patients while still providing sufficient information for diagnosis. **Keywords:** Low-dose CT, CTDIvol, ALARA, dose length product, Traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp và là một trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới cũng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024