

NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH ĐA TẦNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Trịnh Vũ Nghĩa¹, Lâm Văn Nút¹

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng (THĐMCDMTĐT) bằng can thiệp nội mạch. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu giả thực nghiệm không nhóm chứng theo kiểu trước và sau can thiệp trên 70 bệnh nhân THĐMCDMTĐT được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tái thông hoàn toàn tổn thương giúp cải thiện huyết động tốt hơn. Tỷ lệ Neutrophil/Lymphocyte cao (>3.5) và không sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch làm tăng tỷ lệ tử vong/cắt cụt chi chu phẫu. Sử dụng mở hỗ trợ giúp rút ngắn thời gian lành vết thương. Vết thương không lành và triệu chứng Rutherford giai đoạn 6 làm tăng tỷ lệ cắt cụt chi. Suy thận mạn và tuổi trên 75 làm tăng nguy cơ tử vong 2 năm của bệnh nhân. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp hiệu quả trong điều trị THĐMCDMTĐT. Mức độ tái thông tổn thương, tỷ lệ Neutrophil/Lymphocyte, sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, sử dụng mở hỗ trợ, tình trạng vết thương, suy thận mạn và tuổi cao là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE TREATMENT OUTCOMES OF MULTILEVEL CHRONIC LOWER LIMB ARTERY STENOSIS AND OCCLUSION USING ENDOVASCULAR INTERVENTION

Objective: To evaluate the factors affecting the treatment outcomes of multilevel chronic lower limb artery occlusion (MLCLAO) by endovascular intervention. **Methods:** Non-controlled before-and-after interventional study on 70 MLCLAO patients treated at Cho Ray Hospital. **Results:** Complete lesion revascularization led to better hemodynamic improvement. High Neutrophil/Lymphocyte ratio (>3.5) and not using antiplatelet drugs before revascularization increased the perioperative mortality/amputation rate. Use of open surgical support shortened wound healing time. Non-healing wounds and Rutherford stage 6 symptoms increased the amputation rate. Chronic kidney disease and age over 75 increased the patient's 2-year mortality risk. **Conclusion:** Endovascular intervention is an effective treatment for MLCLAO. The extent of lesion revascularization, Neutrophil/Lymphocyte ratio, use of antiplatelet drugs, use of open surgical support, wound status, chronic kidney disease, and advanced age are factors that may affect treatment outcomes.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng là giai đoạn tiến triển của bệnh lý động mạch chi dưới với sự xuất hiện cùng lúc của tổn thương trên nhiều tầng giải phẫu. Những trường hợp tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng (THĐMCDMTĐT) này thường tới viện vào giai đoạn muộn của bệnh nên phương pháp điều trị phức tạp và tiên lượng xấu hơn nhiều so với những trường hợp chỉ tắc 1 tầng. Việc tái thông mạch đối với tất cả các tổn thương đa tầng thường khó khăn và nhiều khi không thực hiện được do các tổn thương thường phức tạp, xuất hiện trên toàn bộ hệ thống động mạch chi dưới [1]. Trước đây các tổn thương phức tạp, đa tầng thường được tái thông bằng phương pháp mở thì hiện nay đã được thay thế dần bằng các phương pháp ít xâm lấn như can thiệp nội mạch [2]. Tại Việt Nam, can thiệp nội mạch đã bắt đầu phát triển và chứng tỏ được vai trò chủ đạo trong tái thông mạch đối với bệnh tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng. Các nghiên cứu về bệnh tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính đa tầng đã bắt đầu xuất hiện, tuy nhiên kết quả điều trị còn khác biệt giữa các trung tâm. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa tầng bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị THĐMCDMTĐT được điều trị tái thông mạch máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM trong thời gian từ tháng 12/2017 đến tháng 9/2019. Phân loại về tổn thương giải phẫu trên phim dựng hình CT mạch máu chi dưới có tắc hoặc hẹp từ 2 tầng trở lên trong 3 tầng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối theo phân loại TASC II [3]

Phương pháp nghiên cứu: chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu giả thực nghiệm không nhóm chứng theo kiểu trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng
40-49	0	4	4
50-59	0	4	4
60-69	0	13	13

70-79	4	17	21
80-89	9	16	25
Trên 90	2	1	3
Tổng	15	55	70

Yếu tố ảnh hưởng đến mức độ cải thiện

ABI

Mức độ cải thiện ABI	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Tái thông hoàn toàn	20	0,3550	0,24928	< 0,05(*)
Tái thông không hoàn toàn	50	0,2003	0,19246	

Yếu tố ảnh hưởng tới tử vong/ cắt cụt chu phẫu

Yếu tố nguy cơ		Tử vong/cắt cụt chu phẫu		p
		Không	Có	
Tỷ lệ N/L	Thấp	36	1	0,046 (*)
	Cao	27	6	
Chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch	Không	35	7	0,0367 (*)
	Có	28	0	

Yếu tố ảnh hưởng đến thời gian lành vết thương

Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p
Hỗ trợ băng mỡ mở	2,77	1,3-5,7	0,006	2,309	1,07-4,984	0,033

Yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ đoạn chi trung hạn

Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p
Rutherford 6	11,07	3,1-39,6	<0,001	9,84	2,54-38,2	0,001
Có lành vết thương	0,056	0,007-0,442	0,006	0,061	0,007-0,502	0,009

Yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong

Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%	p
Suy thận mạn	1,687	1-2,84	0,049	2,183	1,22-3,91	0,009
Tuổi >75	1,81	1,04-3,16	0,036	2,080	1,11-3,88	0,021

IV. BÀN LUẬN

Về yếu tố ảnh hưởng đến huyết động sau mổ:

Sau khi phân tích chúng tôi nhận thấy có 1 yếu tố ảnh hưởng đến huyết động sau mổ, đó là BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương. Những trường hợp được tái thông hoàn toàn tổn thương của các tầng ĐM có mức độ cải thiện về huyết động ngay sau can thiệp tốt hơn so với những BN không được tái thông hoàn toàn các tổn thương. Kết quả này tương tự với tác giả Toshio Takayama nghiên cứu sự khác biệt về kết quả tái thông mạch bằng phương pháp phối hợp bóc nội mạch ĐM đùi chung và can thiệp nội mạch trên những BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi.

Về các yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ tử vong/cắt cụt chu phẫu: Khi phân tích các yếu tố nguy cơ, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ N/L cao và không sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch là 2 yếu tố độc lập có ảnh hưởng tới nguy cơ tử vong/cắt cụt chi chu phẫu.

Tỷ lệ Neutrophile/Lymphocyte: Theo Thomas Gary[4], bạch cầu đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của các mảng xơ vữa, đặc biệt đối với sự lắng đọng của lipid trong

mảng xơ vữa. Tỷ số Bạch cầu đa nhân trung tính/Bạch cầu lympho có nguồn gốc từ giá trị của bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu lympho, 2 thành phần khác nhau của bạch cầu trong máu. Tác giả nghiên cứu các thành phần của máu trong các bệnh nhân thiếu máu mạn tính đe dọa chi và thấy rằng bạch cầu lympho ở nhóm bảo tồn được chi thể cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bị cắt cụt chi. Điều này được giải thích là do bạch cầu lympho liên quan đến sự trung hòa của hệ thống bằng hệ thống qua sự tiết interleukin 16. Khi chi bị thiếu máu có hệ thống bằng hệ tốt, interleukin-16 được tiết ra nhiều dẫn tới sự tăng của số lượng bạch cầu Lympho. Đây là một chỉ số đơn giản giúp tiên lượng được nguy cơ của cuộc phẫu thuật.

Sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch:

Xơ vữa ĐM là bệnh hệ thống nên tất cả các bệnh nhân ĐBMCDMT đều có nguy cơ tim mạch. Việc sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu đối với các BN có ĐBMCDMT có triệu chứng, nhất là các BN THĐMCDMTĐT là cần thiết để ngăn ngừa các biến cố tim mạch. Trong khi việc sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu sau tái thông mạch máu đã đạt được sự thống nhất cao, việc sử

dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch, nhất là các trường hợp tái thông mạch sử dụng phương pháp mổ mở vẫn còn có nhiều tranh cãi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh tỷ lệ tử vong/đoạn chi chu phẫu giữa những BN có sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước can thiệp với những BN không được sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, chúng tôi nhận thấy những BN được sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu ít có nguy cơ tử vong/đoạn chi chu phẫu hơn nhóm không sử dụng. Kết quả này cho thấy việc sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu thường quy trước tái thông mạch đối với các BN THĐMCDMTĐT được tái thông mạch là cần thiết vì nhóm đối tượng này có nhiều nguy cơ tim mạch, TBMMN, và an toàn vì tỷ lệ biến chứng chảy máu nặng thấp, nhất là trong bối cảnh các kỹ thuật can thiệp nội mạch ít xâm lấn ngày càng phát triển và là phương pháp tái thông mạch được sử dụng chủ yếu.

Về yếu tố ảnh hưởng đến thời gian lành vết thương: Sau khi phân tích, chúng tôi nhận thấy yếu tố giúp rút ngắn thời gian lành vết thương là phẫu thuật viên có sử dụng mổ mở phối hợp trong những trường hợp có tổn thương tại ĐM đùi chung. Theo chúng tôi, trong những bệnh cảnh như tổn thương đa tầng có xơ vữa nặng ở vùng ĐM đùi chung hoặc có huyết khối mới, mổ mở hỗ trợ có thể xử lý rất tốt khi phối hợp với can thiệp nội mạch khi có thể lấy bỏ hết tổn thương mà vẫn có thể sử dụng phương pháp vô cảm tê tại chỗ và giữ được tính chất ít xâm lấn của can thiệp nội mạch. Hơn nữa, mổ mở giúp lấy hết các tổn thương, cả mảng xơ vữa, huyết khối mới và huyết khối cũ nên dòng máu xuống nuôi chi nhiều hơn và duy trì bền vững hơn can thiệp nội mạch nên giúp lành vết thương nhanh hơn. Đây cũng chính là ưu thế của các phẫu thuật viên khi can thiệp nội mạch.

Về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ cắt cụt chi: Nguy cơ cắt cụt chi phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng vết thương, tình trạng toàn thân và tình trạng mạch máu nuôi chi của BN. Một trong những yếu tố khiến BN phải cắt cụt chi là vết thương lâu lành. Hầu hết BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở tỉnh xa nên điều kiện để chăm sóc vết thương cũng như can thiệp tái thông lại mạch máu khi có biến cố chi xảy ra là khó khăn. Do đó nếu vết thương lâu ngày không liền thường dẫn đến BN bị suy kiệt, đau đớn lâu ngày và cuối cùng là quyết định cắt cụt chi ở địa phương. Theo tác giả Ehrin J. Amstrong, các trường hợp loét sâu vùng mu chân lộ gân hay loét loét vùng gan bàn chân hay vùng gót hoặc

nhiểm trùng bàn chân nặng trên các BN có nhiều bệnh lý toàn thân đi kèm không nhận được lợi ích từ việc tái thông mạch. Những trường hợp này nên cắt cụt chi sớm[5]. Cả 2 yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ cắt cụt chi đều liên quan đến vết thương cho thấy tầm quan trọng của việc chăm sóc vết thương trong quá trình bảo tồn chi.

Về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống trong thời gian theo dõi 2 năm: Các hướng dẫn điều trị gần đây đều khuyến cáo chỉ nên tái thông mạch đối với các BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi có thời gian sống trên 2 năm. Tuy nhiên trong các hướng dẫn không chỉ rõ cách ước lượng thời gian sống đối với các BN này. Một số các nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong 2 năm đối với các BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi là tuổi trên 75, suy thận mạn và suy tim với phân số tổng máu dưới 50% [6] hay suy thận mạn, hoại tử hoặc loét chi, tuổi trên 75, HCT dưới 30% và có bệnh lý mạch vành [7]. Riêng với nhóm đối tượng THĐMCDMTĐT, hiện vẫn chưa có hướng dẫn nào về các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong 2 năm sau tái thông mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trên 75 và suy thận mạn là 2 yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng nguy cơ tử vong sau 2 năm của các BN THĐMCDMTĐT được tái thông mạch. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác về các BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi được tái thông mạch[6-8]. Tuổi BN càng cao thì càng có nhiều bệnh lý toàn thân đi kèm, toàn trạng cũng kém hơn, dinh dưỡng chăm sóc BN sau tái thông mạch cũng khó khăn nên khả năng phục hồi cũng kém hơn so với nhóm BN trẻ tuổi hơn. Tương tự như vậy, suy thận mạn là nhóm BN có toàn trạng rất kém, hệ thống mạch máu toàn thân xơ vữa nhiều, nhiều nguy cơ toàn thân nên nguy cơ tử vong cao hơn so với các BN khác là dễ hiểu.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tái thông hoàn toàn các tổn thương có mức độ cải thiện ABI sau can thiệp cao hơn nhóm tái thông không hoàn toàn các tổn thương.

- Sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước tái thông mạch và tỷ lệ Neutrophile/Lymphocyte >3.5 là những yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong/cắt cụt chi.

- Sử dụng mổ mở hỗ trợ là yếu tố độc lập tiên lượng thời gian lành vết thương.

- Vết thương không lành và triệu chứng của BN thuộc Rutherford giai đoạn 6 là yếu tố nguy cơ độc lập của cắt cụt chi.

- Suy thận mạn và tuổi trên 75 là yếu tố nguy cơ của tử vong 2 năm sau tái thông mạch

đối với BN THĐMCDMTĐT.

VI. KIẾN NGHỊ

- Sử dụng chống ngưng tập tiểu cầu cho các BN THĐMCDMTĐT trước khi tái thông mạch bằng can thiệp nội mạch.

- Các trường hợp THĐMCDMTĐT có loét chi, có tổn thương ĐM đùi chung hoặc có huyết khối mới trên nền ĐM xơ vữa nên sử dụng phẫu thuật mở hỗ trợ để hỗ trợ vết thương lành nhanh hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akamatsu, D., et al., Efficacy of iliac inflow repair in patients with concomitant iliac and superficial femoral artery occlusive disease. *Asian J Surg*, 2017. 40(6): p. 475-480.
2. Elbadawy, A., H. Ali, and M. Saleh, Midterm Outcomes of Common Femoral Endarterectomy Combined with Inflow and Outflow Endovascular Treatment for Chronic Limb Threatening Ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2020. 59(6): p. 947-955.
3. Norgren, L., et al., Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease

- (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2007. 33 Suppl 1: p. S1-75.
4. Gary, T., et al., Neutrophil-to-lymphocyte ratio and its association with critical limb ischemia in PAOD patients. *PLoS One*, 2013. 8(2): p. e56745.
 5. Armstrong, E.J., et al., Multidisciplinary Care for Critical Limb Ischemia: Current Gaps and Opportunities for Improvement. *J Endovasc Ther*, 2019. 26(2): p. 199-212.
 6. Shiraki, T., et al., Predictive scoring model of mortality after surgical or endovascular revascularization in patients with critical limb ischemia. *J Vasc Surg*, 2014. 60(2): p. 383-9.
 7. Schanzer, A., et al., Validation of the PIII CLI risk score for the prediction of amputation-free survival in patients undergoing infrainguinal autogenous vein bypass for critical limb ischemia. *J Vasc Surg*, 2009. 50(4): p. 769-75; discussion 775.
 8. Shiraki, T., et al., Predictors of 2-Year Mortality and Risk Stratification After Surgical or Endovascular Revascularization of Infrainguinal Artery Disease in Hemodialysis Patients With Critical Limb Ischemia. *J Endovasc Ther*, 2015. 22(5): p. 719-24.

HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ SỬ DỤNG POLYETHYLENE GLYCOL 3350 TRONG ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN CHỨC NĂNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thơm^{1,2}, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,3}

TÓM TẮT

Táo bón chức năng là một trong những rối loạn chức năng đường tiêu hóa phổ biến nhất ở trẻ em. Polyethylene glycol 3350 (PEG 3350) là thuốc nhuận tràng được khuyến cáo sử dụng để điều trị táo bón chức năng cho mọi lứa tuổi ở trẻ em. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của polyethylene glycol 3350 trong điều trị táo bón chức năng ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng trên 124 trẻ từ 2 đến 6 tuổi được chẩn đoán táo bón chức năng theo tiêu chuẩn Rome IV tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/07/2023 đến 30/04/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,4 ± 15,7 tháng, tỷ lệ nam/nữ = 1,1/1. Trước điều trị, số trẻ đại tiện phân rắn loại 2 (theo phân loại Bristol) chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%), gắng sức khi đại tiện và đau hậu môn là các triệu chứng thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 75,8% và 68,5%. Tỷ lệ trẻ đại tiện phân mềm loại 4 và loại 5 tăng nhanh sau 1, 2 và 3 tháng điều trị và

lần lượt là 78,4%, 85,4% và 93,5%. Số lần đại tiện trung bình tăng tại các thời điểm 1, 2 và 3 tháng sau điều trị lần lượt là 4,5, 6,0 và 6,4 lần/tuần. Các triệu chứng gắng sức khi đại tiện, tư thế giữ phân, đau hậu môn và đại tiện phân máu cải thiện rõ rệt. Hiệu quả điều trị của phác đồ sử dụng PEG 3350 sau 1 tháng tăng từ 78,4%, lên 84,0% và 91,9% sau 2 và 3 tháng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn của PEG trong quá trình điều trị chiếm tỷ lệ rất thấp. **Kết luận:** Phác đồ sử dụng polyethylene glycol 3350 có hiệu quả điều trị cao và an toàn trong điều trị táo bón chức năng ở trẻ em.

Từ khóa: Táo bón chức năng, polyethylene glycol 3350, trẻ em.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF POLYETHYLENE GLYCOL 3350 IN MANAGEMENT OF CHILDHOOD FUNCTIONAL CONSTIPATION AT THE NGHEAN OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Functional constipation is considered the most common gastrointestinal disorder in children. Polyethylene glycol 3350 (PEG 3350) is recommended for the first-line treatment of functional constipation in children of all ages. **Aim:** To evaluate the efficacy of polyethylene glycol 3350 in the treatment of childhood functional constipation at Nghean Obstetric and Pediatric Hospital. **Materials and methods:** an interventional, prospective and no comparison study

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024