

- Chưa ghi nhận mối liên quan giữa kiểu gen và độ ngưng tập tiểu cầu cũng như kháng clopidogrel.

- Số nhánh động mạch vành tổn thương ở bệnh nhân có kiểu gen TC cao hơn so với kiểu gen TT có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Capodanno D., Angiolillo D. J. (2023), "Timing, Selection, Modulation, and Duration of P2Y<sub>12</sub> Inhibitors for Patients With Acute Coronary Syndromes Undergoing PCI", JACC Cardiovasc Interv, 16(1), 1-18.
2. Li Miaonan, Wang Hongju, Xuan Ling, et al. (2017), "Associations between P2RY12 gene polymorphisms and risks of clopidogrel resistance and adverse cardiovascular events after PCI in patients with acute coronary syndrome", Medicine, 96(14), e6553.
3. Grinshtein Y. I., Kosinova A. A., Grinshtein I. Y., et al. (2018), "The Prognostic Value of Combinations of Genetic Polymorphisms in the ITGB3, ITGA2, and CYP2C19\*2 Genes in Predicting Cardiovascular Outcomes After Coronary Bypass Grafting", Genet Test Mol Biomarkers, 22(4), 259-265.
4. Thygesen Kristian, Alpert Joseph S, Jaffe Allan S, et al. (2018), "Fourth universal definition of myocardial infarction (2018)", European Heart Journal, 40(3), 237-269.
5. Knuti J., Wijns W., Saraste A., et al. (2020), "2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes", Eur Heart J, 41(3), 407-477.
6. Lawton J. S., Tamis-Holland J. E., Bangalore S., et al. (2022), "2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines", Circulation, 145(3), e18-e114.
7. Hwang S. J., Jeong Y. H., Kim I. S., et al. (2011), "The cytochrome 2C19\*2 and \*3 alleles attenuate response to clopidogrel similarly in East Asian patients undergoing elective percutaneous coronary intervention", Thromb Res, 127(1), 23-8.
8. Nguyễn Thị Minh Ngọc, Nguyễn Thị Trang, Lương Thị Lan Anh, et al. (2017), "Ứng dụng RT-PCR để xác định nhanh các đa hình gen CYP2C19 và ITGB3 trong chẩn đoán tính kháng thuốc Clopidogrel và Aspirin ở bệnh nhân đặt stent động mạch vành", Tạp chí Y - Dược học quân sự.
9. Kucharska-Newton A. M., Monda K. L., Campbell S., et al. (2011), "Association of the platelet GPIIb/IIIa polymorphism with atherosclerotic plaque morphology: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study", Atherosclerosis, 216(1), 151-6.
10. Conkbayir C, Ergoren M, Cobanogullari H, et al. (2021), "Associations of the ITGB3 gene rs5918T>C and the APOA1 gene rs1799837C>T markers with serum lipid metabolism in coronary artery disease patients", European Heart Journal, 42(Supplement\_1).

## ỨNG DỤNG KỸ THUẬT CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ HẸP TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO

Dương Đình Bảo<sup>1,2</sup>, Trần Thanh Vỹ<sup>2,3</sup>, Lâm Văn Nút<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm (HTTMTT) là một vấn đề phổ biến ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo, làm giảm hiệu quả lọc máu và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả can thiệp nội mạch để điều trị HTTMTT. **Phương pháp:** Nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật nong mạch qua da (PTA) với hoặc không kết hợp đặt giá đỡ nội mạch (stent) để điều trị HTTMTT. Các bệnh nhân được lựa chọn đều đang chạy thận định kỳ và có triệu chứng hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm. **Kết quả:** Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024, 31

bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận định kỳ có hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm đã được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả can thiệp thành công là 87.1%, với cải thiện lâm sàng rõ rệt về triệu chứng phù tay, đau tay và tuần hoàn bàng hệ dưới da. **Kết luận:** Kỹ thuật can thiệp nội mạch đã chứng tỏ hiệu quả trong điều trị HTTMTT, với tỷ lệ thành công cao và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đặt stent được khuyến nghị để giảm nguy cơ tái hẹp và bảo vệ thành mạch, đặc biệt trong các trường hợp hẹp nặng, hẹp tái phát, hoặc có nguy cơ tái hẹp cao. **Từ khóa:** Hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm; Chạy thận nhân tạo, can thiệp nội mạch, nong bóng, đặt giá đỡ nội mạch (stent).

### SUMMARY

#### APPLICATION OF ENDOVASCULAR INTERVENTION TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF CENTRAL VENOUS STENOSIS IN HEMODIALYSIS PATIENTS

**Introduction:** The prevalence of chronic kidney disease (CKD) is increasing both globally and in Vietnam. To maintain regular hemodialysis, arteriovenous fistulas (AVFs) play an essential role. A

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

common issue associated with AVFs is the stenosis or occlusion of the return veins, including central venous stenosis (CVS), which reduces the efficiency of dialysis and impacts patients' quality of life. **Methods:** This study applied percutaneous transluminal angioplasty (PTA) with or without stent placement to treat CVS. Selected patients were those undergoing regular hemodialysis and presenting symptoms of central venous stenosis. **Results:** Over the study period from January 2020 to April 2024, 31 CKD patients undergoing regular hemodialysis with CVS were treated with endovascular intervention at the Department of Vascular Surgery, Chợ Rẫy Hospital. The intervention success rate was 87.1%, with significant clinical improvement in symptoms such as arm swelling, arm pain, and subcutaneous collateral circulation. **Conclusion:** Endovascular intervention techniques have proven effective in treating CVS, demonstrating a high success rate and improved patient quality of life. Covered stents are recommended to reduce the risk of restenosis and protect the vessel wall, especially in cases of severe stenosis, recurrent stenosis, or high risk of restenosis.

**Keywords:** Central venous stenosis; Hemodialysis; Endovascular intervention; Balloon angioplasty; Stent placement.

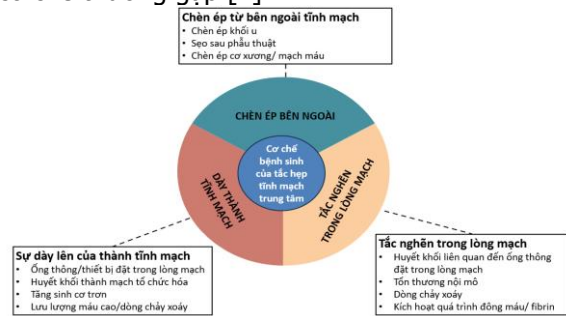
### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ bệnh nhân mắc suy thận mạn ngày càng tăng cả trên thế giới và tại Việt Nam. Để duy trì việc chạy thận nhân tạo định kỳ, đường thông nối động - tĩnh mạch (AVF) có vai trò thiết yếu. Một vấn đề phổ biến liên quan đến AVF là tình trạng hẹp tắc tĩnh mạch đường về, bao gồm cả hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm (HTTMTT), điều này làm giảm hiệu quả của quá trình lọc máu và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tình trạng này thường xảy ra do việc sử dụng các catheter tĩnh mạch trung tâm dài hạn hoặc phản ứng viêm mạn tính của tĩnh mạch. Việc chẩn đoán và điều trị HTTMTT cần được xem xét để nâng cao hiệu quả của chạy thận nhân tạo, hạn chế các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phương pháp chính để điều trị HTTMTT là can thiệp nội mạch, bao gồm nong mạch bằng bóng và đặt giá đỡ nội mạch (stent). Phẫu thuật chỉ nên được thực hiện trong những trường hợp bệnh nhân có tình trạng HTTMTT kháng trị với các can thiệp nội mạch, do tính xâm lấn của phẫu thuật [1]. Tuy nhiên, tất cả các lựa chọn điều trị hiện có đều có hiệu quả lâu dài kém, đòi hỏi phải can thiệp nhiều lần. Đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo, dự phòng tình trạng HTTMTT là rất quan trọng, cần hạn chế tiếp cận hoặc can thiệp vào hệ thống tĩnh mạch trung tâm. Đề tài được thực hiện nhằm tìm hiểu và nắm vững các kỹ thuật can thiệp nội mạch trong điều trị HTTMTT ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo, giúp phẫu

thuật viên vận dụng ưu điểm, kiểm soát các hạn chế của từng phương pháp, giúp tối đa hóa hiệu quả điều trị cho từng bệnh nhân trước, trong và sau can thiệp. Qua đó đánh giá bước đầu kết quả can thiệp nội mạch để điều trị HTTMTT tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

### II. TỔNG QUAN VỀ CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA HẸP TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TRONG CHẠY THẬN NHÂN TẠO

Các cơ chế chính gây tắc nghẽn tĩnh mạch trung tâm bao gồm sự dày lên của thành tĩnh mạch, tắc nghẽn trong lòng mạch và chèn ép ngoại vi (Hình 1). Hẹp tĩnh mạch trung tâm có thể sự chèn ép từ ngoại vi như trong hội chứng hố thoát ngực, chèn ép từ xương đòn hoặc chèn ép từ các dây dẫn máy tạo nhịp ở bệnh nhân có đặt máy tạo nhịp tim. Bên cạnh đó, tình trạng hẹp lòng mạch từ bên trong thường gặp hơn. Ở những bệnh nhân có tiền sử đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, sự tổn thương nội mô với những thay đổi ở thành mạch dẫn đến hình thành vi huyết khối, sự tăng sinh cơ trơn, và cuối cùng là hẹp. Thường thì các cơ chế này chồng chéo lên nhau dẫn đến tắc nghẽn tĩnh mạch trung tâm có ý nghĩa lâm sàng. Việc hiểu rõ và xác định được các cơ chế bệnh sinh trong từng trường hợp bệnh nhân giúp cho các nhà lâm sàng có hướng can thiệp hợp lý. Dưới đây là các cơ chế thường gặp [2].



**Hình 1. Cơ chế bệnh sinh của tắc hẹp tĩnh mạch trung tâm**

**Sự dày lên của thành tĩnh mạch.** Sự dày lên của thành mạch là cơ chế phổ biến nhất gây hẹp tĩnh mạch trung tâm, có thể do tổn thương do các can thiệp vào tĩnh mạch trước đó như đặt catheter, do huyết khối hoặc xơ hóa mạch máu do xạ trị vùng ngực. Các cục máu đông hình thành dọc theo catheter, gây tổn thương và xâm nhập mô liên kết mạch máu, gây viêm và xơ hóa. Những thay đổi này xảy ra trong vòng vài giờ đến vài ngày sau khi đặt catheter. Dòng chảy xoáy gây viêm và tăng sinh nội mạc, dẫn đến tái cấu trúc thành tĩnh mạch cuối cùng là gây hẹp

tắc [2].

**Tắc nghẽn trong lòng mạch.** Huyết khối gây tắc nghẽn cũng là một cơ thể thường liên quan đến đặt catheter. Tổn thương nội mô, dòng chảy xoáy, kích hoạt đông máu và hình thành vò fibrin là các yếu tố gây huyết khối. Huyết khối ngoài lòng mạch có thể chèn ép ống thông, làm giảm lưu lượng máu và hiệu quả lọc máu. Hầu hết các trường hợp là dưới lâm sàng và không được phát hiện. Nếu không điều trị sớm, huyết khối có thể bủa dính vào thành mạch và gây tắc nghẽn vĩnh viễn tĩnh mạch trung tâm [2].

**Chèn ép ngoại vi vào tĩnh mạch.** Chèn ép ngoại vi xảy ra do khối u, sẹo sau phẫu thuật, chèn ép do cơ xương, thường gặp nhất là xương đòn, mạch máu và xơ hóa. Vị trí thường gặp nhất là nơi tĩnh mạch dưới đòn đi qua giữa xương đòn và xương sườn đầu tiên. Cử động cánh tay lặp đi lặp lại khi gắng sức dẫn đến tổn thương nội mô và thành tĩnh mạch dưới đòn, gây ra huyết khối nội mạc và hẹp [2].

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

**3.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận định kỳ có hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2024.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** BN suy thận mạn đang chạy thận định kỳ có hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm được điều trị can thiệp nội mạch với các tiêu chí sau: (1) Có triệu chứng lâm sàng của hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm; (2) Hẹp trên 50% đường kính lòng tĩnh mạch hoặc tắc hoàn toàn tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch thân tay đầu hoặc tĩnh mạch chủ trên được chẩn đoán bằng hình ảnh chụp mạch máu xóa nền; (3) BN có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

**Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:** (1) BN có hẹp, tắc tĩnh mạch ngoại biên đồng thời; (2) BN có u chèn ép vào tĩnh mạch trung tâm (3) BN có tiền căn phẫu thuật hệ tĩnh mạch trung tâm; (4) BN có tiền căn tắc tĩnh mạch huyết khối do bệnh lý huyết học.

#### 3.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả loạt ca

**Cỡ mẫu:** chọn mẫu toàn bộ những trường hợp thỏa tiêu chí chọn bệnh trong khoảng thời gian nghiên cứu.

#### 3.3. Quy trình can thiệp hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm tại Bệnh viện Chợ Rẫy

**Chuẩn bị:** - Bệnh nhân được điều trị can thiệp sau chạy thận 24 giờ, chuẩn bị các xét nghiệm tiền phẫu cơ bản.

- Chuẩn bị các dụng cụ phẫu thuật, bộ dụng cụ can thiệp, phòng chụp mạch số hóa xóa nền hoặc phòng mổ có trang bị C-arm.

- Bệnh nhân nằm ngửa, bộc lộ vùng ngực và cánh tay bên can thiệp, sát khuẩn vùng chọc kim.

#### **Các bước chi tiết của quy trình can thiệp**

Bước 1: Tiến hành gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%, đâm kim ngay vị trí dự kiến (tĩnh mạch đầu hoặc tĩnh mạch nền hoặc tĩnh mạch đùi) can thiệp, luồn dây dẫn và tiến hành đặt 1 ống dẫn kích thước 7Fr vào tĩnh mạch cùng bên tổn thương.

Bước 2: Chụp mạch máu xóa nền kiểm tra tổn thương. Sau khi đặt ống dẫn vào tĩnh mạch, chụp mạch máu số hóa xóa nền để đánh giá tổn thương. Xác định vị trí tổn thương, loại tổn thương và chiều dài của tổn thương (Hình 2)



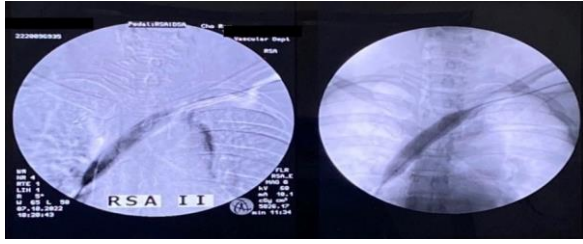
**Hình 2. Chụp mạch máu số hóa xóa nền để đánh giá tổn thương**



**Hình 3. Đi dây dẫn qua thương tổn**

Bước 3: Tiến hành can thiệp tĩnh mạch tổn thương. Sử dụng Heparin liều 50 UI/kg trước khi can thiệp. Một dây dẫn mềm kích thước 0,035 inch được luồn qua vị trí tổn thương (Hình 3). Nếu tổn thương tắc hoàn toàn, có thể sử dụng ống thông hỗ trợ để xuyên qua. Sau khi xuyên qua tổn thương thì tiến hành nong bóng. Hệ thống bóng nong có kích thước từ 9 – 14 mm và nong tổn thương với áp lực từ 10- 20 atm. Chiều dài bóng nong từ 40 – 80 mm (Hình 4). Nếu sau khi nong bóng, vị trí hẹp tắc tĩnh mạch vẫn còn hẹp > 50% đường kính tĩnh mạch, thủ thuật viên tiến hành đặt giá đỡ nội mạch tĩnh mạch bơm bằng bóng. Kích thước giá đỡ nội mạch từ 12 – 14 mm và chiều dài từ 40 – 60 mm.

Bước 4: Chụp kiểm tra sau can thiệp. Sau khi can thiệp, thủ thuật viên chụp kiểm tra sự thông suốt của lòng mạch (Hình 5)



**Hình 4. Nong bóng vị trí tĩnh mạch hẹp**



**Hình 5. Chụp kiểm tra sau nong bóng**

**Theo dõi sau can thiệp.** Các biến chứng liên quan đến stent tĩnh mạch rất nhiều, bao gồm di lệch stent, thủng các tĩnh mạch lớn dẫn đến xuất huyết ồ ạt vào khoang màng phổi hoặc màng ngoài tim là các biến chứng nghiêm trọng trong quá trình tái thông tĩnh mạch trung tâm. Các biến chứng khác bao gồm tràn khí màng phổi, thủng các tĩnh mạch (tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch vô danh, tĩnh mạch chủ), tụ máu tại chỗ, nhiễm trùng hoặc huyết khối tĩnh mạch.

Sau khi can thiệp, chụp lại kiểm tra nếu thấy hình ảnh thuốc cản quang thoát mạch nghi ngờ có thủng mạch máu. Tuỳ theo đánh giá mức độ thoát thuốc cản quang của thủ thuật viên mà có thể lựa chọn xử trí bằng đặt stent phủ qua vị trí tổn thương hoặc phẫu thuật xử trí tổn thương.

Khi vị trí can thiệp có khối máu tụ to, dọa vỡ hoặc chảy máu không cầm > 48 giờ sau khi đã băng ép tại vị trí can thiệp thì xem xét phẫu thuật cầm máu vị trí can thiệp.

**Đánh giá hiệu quả can thiệp.** Có hai mục tiêu khi điều trị tổn thương hẹp mạch máu. Đầu tiên là hiệu quả thành công cơ học của thủ thuật, được định nghĩa là mức độ hẹp tồn lưu của đường kính mạch máu vùng được điều trị thấp hơn 30% so với phần mạch máu khỏe mạnh, gần vùng điều trị [3]. Mục tiêu thứ hai là kéo dài thời gian giữa các lần can thiệp bằng cách làm chậm quá trình tái hẹp. Cho đến nay, mục tiêu này có thể đạt được nhờ tác dụng chống co thắt của bóng phủ paclitaxel (PCB) và tác dụng cơ học của stent kim loại trần và stent phủ, cũng là giải pháp được ưu tiên lựa chọn trong trường hợp nong mạch bằng bóng thất bại [4].

**IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2020

đến tháng 04/2024, chúng tôi thu nhận được 31 bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận định kỳ có hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình là  $55,03 \pm 13,68$  tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ 48,4%. Thời gian làm thông động tĩnh mạch đến lúc chẩn đoán hẹp là  $41,59 \pm 26,68$  tháng. Thời gian từ khi có triệu chứng đến chẩn đoán là  $1,83 \pm 1,41$  tháng.

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.**

Về giới tính, số lượng bệnh nhân nam là 15 (48,4%) và nữ là 16 (51,6%). Phần lớn bệnh nhân có bệnh nền tăng huyết áp, chiếm 87,1%, trong khi đó đái tháo đường và bệnh mạch vành mỗi loại chỉ chiếm 9,7%. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu gồm phù tay (83,9%), mất rù tại AVF (93,5%) và đau tay (35,5%). Ngoài ra, phình miệng nối AVF và tuần hoàn bàng hệ tĩnh mạch vùng cổ, mặt lần lượt chiếm tỷ lệ thấp hơn là 6,5% và 12,9%.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	15	48,4
	Nữ	16	51,6
Bệnh nền	Tăng huyết áp	27	87,1
	Đái tháo đường	3	9,7
	Bệnh mạch vành	3	9,7
Triệu chứng lâm sàng	Phù tay	26	83,9
	Đau tay	11	35,5
	Phình miệng nối AVF	2	6,5
	Mất rù tại AVF	29	93,5
	Tuần hoàn bàng hệ TM vùng cổ, mặt	4	12,9

**4.2. Đặc điểm can thiệp.** Bảng 2 trình bày các đặc điểm về can thiệp hẹp tĩnh mạch trung tâm trong chạy thận nhân tạo của 31 bệnh nhân. Vị trí can thiệp chủ yếu tập trung vào tĩnh mạch đầu (71,0%). Tổn thương chủ yếu gặp ở tĩnh mạch dưới đòn (54,8%). Phần lớn bệnh nhân có mức độ hẹp lòng tĩnh mạch từ 70-90%, chiếm 64,5%. Phương pháp can thiệp chủ yếu là nong bóng (83,8%). Về số lần nong bóng, phần lớn bệnh nhân được nong bóng từ 1 đến 2 lần (48,4% và 48,4%). Đường kính bóng được sử dụng chủ yếu là  $\leq 10$  mm (47,8%) và chiều dài bóng thường dưới 80 mm (84,8%). Sau khi can thiệp, 54,8% trường hợp cho kết quả thông tốt, trong khi 12,9% bệnh nhân vẫn còn hẹp lòng tĩnh mạch trên 30%.

**Bảng 2. Đặc điểm can thiệp**

Đặc điểm	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------

<b>Vị trí can thiệp</b>	Động mạch quay	1	3,2
	Tĩnh mạch đầu	22	71,0
	Tĩnh mạch đùi	2	6,5
	Tĩnh mạch nền	5	16,1
<b>Vị trí thương tổn</b>	Tĩnh mạch dưới đòn	17	54,8
	Tĩnh mạch thân tay đầu	14	45,2
<b>Mức độ hẹp lòng tĩnh mạch</b>	< 70 %	5	16,1
	70 – 80 %	20	64,5
	81% - 90%	3	9,7
	91 - 100%	3	9,7
<b>Phương pháp can thiệp</b>	Nong bóng	26	83,8
	Nong bóng + đặt stent	5	16,2
<b>Số lần nong bóng</b>	1 lần	15	48,4
	2 lần	15	48,4
	3 lần	1	3,2
<b>Đường kính bóng(n=46)</b>	< 10 mm	22	47,8
	≥ 10 mm	24	52,2
<b>Chiều dài bóng(n=46)</b>	< 80 mm	39	84,8
	≥ 80 mm	7	15,2
<b>Chụp mạch máu kiểm tra sau khi can thiệp</b>	Thông tốt	17	54,8
	Còn hẹp lòng (<30%)	10	32,3
	Hẹp lòng (>30%)	4	12,9

## V. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả can thiệp thành công là 87,1% và thất bại 12,9%. Cải thiện lâm sàng cho thấy 28/31 bệnh nhân giảm phù tay (chiếm tỷ lệ 90,3%), 72,7% trường hợp giảm đau tay và 50% trường hợp giảm các tuần hoàn bàng hệ dưới da so với các triệu chứng này ghi nhận trước can thiệp. Ngoài ra, ghi nhận 93,5% bệnh nhân có rù thông nối động tĩnh mạch sau can thiệp và 93,5% (29/31) bệnh nhân vẫn sử dụng được hệ tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo. Điều này cho thấy hiệu quả của các phương pháp can thiệp nội mạch. Các lựa chọn điều trị bao gồm nong mạch qua da có hoặc không kết hợp với đặt giá đỡ nội mạch (stent). Stent có thể là stent kim loại trần (BMS: bare metal stents) hoặc stent phủ (covered stent). Các hướng dẫn hiện nay đều khuyến nghị điều trị can thiệp nội mạch qua da có hoặc không đặt stent là phương pháp điều trị ưu tiên cho HTTMTT [5].

Nong mạch qua da là phương pháp điều trị đầu tiên cho HTTMTT. Nong mạch qua da được Glanz và cộng sự [6] báo cáo lần đầu tiên vào năm 1984, với tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%. Một nghiên cứu sau đó của Terrotola và cộng sự [7] vào năm 1986 đã chứng minh tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật và lâm sàng tương tự. Mặc dù tỷ lệ thành công của phương

pháp này khá cao nhưng tỷ lệ tái hẹp trở lại cũng có thể xảy ra. Hiện nay trên thị trường đã có nhiều loại bóng với kích thước khác nhau, một số loại bóng có phủ thuốc giúp hạn chế tỷ lệ tái hẹp đáng kể điển hình như các loại bóng phủ paclitaxel. Đối với những bệnh nhân tái phát hẹp, hẹp tồn lưu thì tình trạng hẹp này có thể được coi là kháng trị và cách tiếp cận với đặt stent đã cho thấy kết quả tốt đối với các trường hợp này [4]. Các tổn thương tĩnh mạch trung tâm có đàn hồi thường thất bại sớm sau nong bóng qua da và cần đặt giá đỡ nội mạch để duy trì sự tái thông vì giá đỡ có thể hỗ trợ cấu trúc mạch máu. Nhiều tác giả cho rằng, nên đặt giá đỡ nội mạch trong các trường hợp này hoặc khi có tái phát hẹp trong vòng 3 tháng [2].

Chỉ định cụ thể để chỉ nong bóng hay kết hợp đặt stent thay đổi tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân và mức độ hẹp hoặc tắc của mạch máu. Trong trường hợp hẹp nhẹ đến trung bình, nong mạch qua da có thể đủ hiệu quả và không cần thiết phải đặt stent [8]. Tuy nhiên, đối với các trường hợp hẹp nặng, hẹp tái phát hoặc có nguy cơ tái hẹp cao, việc đặt stent kim loại trần hoặc stent phủ có thể được xem xét. Đặc biệt, stent phủ thường được ưu tiên sử dụng khi cần giảm nguy cơ tái hẹp và bảo vệ mạch máu lâu dài. Các hướng dẫn hiện nay đều khuyến nghị điều trị can thiệp nội mạch qua da, có hoặc không đặt stent, là phương pháp điều trị ưu tiên cho hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm, dựa trên đánh giá toàn diện về tình trạng mạch máu, tiền sử bệnh nhân, và thực trạng của mỗi cơ sở y tế.

Hiện nay đối với bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo, việc bảo tồn và duy trì AVF là điều rất quan trọng để đảm bảo quá trình điều trị của người bệnh. Để nâng cao tỷ lệ thành công trong can thiệp đòi hỏi các phẫu thuật viên mạch máu không ngừng chuẩn hóa các kỹ thuật can thiệp, ứng dụng các kỹ thuật và vật liệu can thiệp mới để tối ưu hóa quá trình điều trị.

## VI. KẾT LUẬN

Hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo là một vấn đề khá thường gặp, ảnh hưởng đến hiệu quả lọc máu và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các phương pháp điều trị hiện nay bao gồm nong mạch qua da và đặt stent, trong đó stent phủ được khuyến nghị để giảm nguy cơ tái hẹp và bảo vệ thành mạch. Việc hiểu rõ cơ chế bệnh sinh và áp dụng các kỹ thuật can thiệp nội mạch một cách hiệu quả là điều cần thiết để tối ưu hóa kết quả điều trị, nâng cao hiệu quả của việc tiếp cận lọc máu và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Agarwal AK:** Central vein stenosis. Am J Kidney Dis. 2013, 61:1001-1015. 10.1053/j.ajkd.2012.10.024
- Echefu G, Stowe I, Lukan A, et al.:** Central vein stenosis in hemodialysis vascular access: clinical manifestations and contemporary management strategies. Front Nephrol. 2023, 3:1280666. 10.3389/fneph.2023.1280666
- Dariushnia SR, Walker TG, Silberzweig JE, et al.:** Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Image-Guided Management of the Thrombosed or Dysfunctional Dialysis Circuit. J Vasc Interv Radiol. 2016, 27:1518-1530. 10.1016/j.jvir.2016.07.015
- Aruny JE, Lewis CA, Cardella JF, et al.:** Quality improvement guidelines for percutaneous management of the thrombosed or dysfunctional dialysis access. Standards of Practice Committee of the Society of Cardiovascular & Interventional Radiology. J Vasc Interv Radiol. 1999, 10:491-498. 10.1016/s1051-0443(99)70071-0
- Lok CE, Huber TS, Lee T, et al.:** KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. Am J Kidney Dis. 2020, 75:S1-S164. 10.1053/j.ajkd.2019.12.001
- Glanz S, Gordon D, Butt KM, Hong J, Adamson R, Sclafani SJ:** Dialysis access fistulas: treatment of stenoses by transluminal angioplasty. Radiology. 1984, 152:637-642. 10.1148/radiology.152.3.6235537
- Kitrou P, Katsanos K, Karnabatidis D:** Management of Central Venous Stenoses and Occlusions. Cardiovasc Intervent Radiol. 2023, 46:1182-1191. 10.1007/s00270-023-03461-7
- Eguchi D, Honma K:** Results of Stenting for Central Venous Occlusions and Stenoses in the Hemodialysis Patients. Ann Vasc Dis. 2020, 13:235-239. 10.3400/avd.oa.20-00114

## TUÂN THỦ HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT BAO QUY ĐẦU TẠI KHOA NAM HỌC VÀ Y HỌC GIỚI TÍNH BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2024

Chu Thị Chi<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hoài Bắc<sup>1,2</sup>, Trương Quang Trung<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Cắt bao quy đầu là một thủ thuật phẫu thuật phổ biến có tỷ lệ biến chứng từ 0%–10%, thường là chảy máu, sưng tấy, biến dạng thẩm mỹ và nhiễm trùng vết thương. Tuân thủ quy trình và hướng dẫn chăm sóc là yếu tố chính giúp giảm các biến chứng sau phẫu thuật. Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với mục tiêu mô tả sự tuân thủ hướng dẫn chăm sóc trên người bệnh sau cắt bao quy đầu tại Khoa Nam học và Y học giới tính- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ của người bệnh tham gia nghiên cứu. 136 người bệnh hoàn thiện bộ câu hỏi. Kết quả: Tuổi trung bình đối tượng tham gia nghiên cứu là 29.3±9.5, trẻ nhất là 15 tuổi và lớn tuổi nhất là 60 tuổi, người bệnh tự đánh giá tuân thủ hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật đạt tiêu chuẩn chiếm 86%. Yếu tố tình trạng hôn nhân và sống cùng với ai là hai yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với P<0.05 tới sự tuân thủ hướng dẫn chăm sóc của người bệnh cổ phẫu thuật cắt bao quy đầu. Yếu tố người bệnh có nhu cầu cắt bao quy đầu do nhu cầu thẩm mỹ có tỷ lệ tuân thủ cao hơn với người bệnh được chẩn đoán hẹp, viêm bao quy đầu.

**Từ khóa:** sự tuân thủ, hướng dẫn chăm sóc, các yếu tố ảnh hưởng, cắt bao quy đầu, biến chứng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Chi

Email: chuchihmuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

## SUMMARY

### EVALUATE COMPLIANCE WITH CARE GUIDELINES AND INVESTIGATE SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS AFTER CIRCUMCISION AT THE ANDROLOGY AND SEXUAL MEDICINE DEPARTMENT - HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

Circumcision is a common surgical procedure with a complication rate ranging from 0% to 10%, typically including bleeding, swelling, cosmetic deformity, and wound infection. Adherence to postoperative procedures and care guidelines is crucial in reducing these complications. A cross-sectional study was conducted to describe adherence to postoperative care guidelines among patients undergoing circumcision at the Department of Andrology and Sexology - Hanoi Medical University Hospital in 2024, and to explore factors associated with patient adherence. A total of 136 patients completed the questionnaire. Results showed the average age of participants was 29.3 ± 9.5 years, with the youngest being 15 years old and the oldest 60 years old. Patients self-assessed their adherence to postoperative care guidelines, with 86% meeting the criteria. Marital status and cohabitation were significantly associated factors (P < 0.05) with adherence to postoperative care guidelines. Patients who underwent circumcision for cosmetic reasons demonstrated higher adherence compared to those diagnosed with phimosis or balanitis.

**Keywords:** adherence, care instructions, influencing factors, circumcision, complications