

- of Psychiatry. 2008;192(2):98-105.
- Aydın M, İlhan BC, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K.** Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. Saudi Med J. 2019;475-482.
 - Nguyễn Thị Sáu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ý tưởng và hành vi tự sát ở các bệnh nhân rối loạn tâm thần thường gặp tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn chuyên khoa cấp II. 2013:71.
 - Jakhar K, Beniwal RP, Bhatia T, Deshpande SN.** Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia. Asian J Psychiatr. 2017;30:102-106.
 - Bornheimer LA.** Moderating effects of positive symptoms of psychosis in suicidal ideation among adults diagnosed with schizophrenia. Schizophrenia Research. 2016;176(2-3):364-370.
 - Gill KE, Quintero JM, Poe SL, et al.** Assessing Suicidal Ideation in Individuals at Clinical High Risk for Psychosis. Schizophrenia research. 2015;165(0):152.
 - Verma D, Srivastava MK, Singh SK, Bhatia T, Deshpande SN.** Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. Schizophrenia Research. 2016;178(1-3):12-16.

KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH ĐÙI - KHOEO TASC B

Trần Minh Bảo Luân¹, Trần Hoàng Thịnh², Nguyễn Duy Tân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi - khoeo TASC B. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – Lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong thời gian từ 10/2022 đến 10/2023, có 58 trường hợp tắc động mạch mạn tính chi dưới TASC B được điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch, tuổi trung bình là 76 ± 10 (42-93); nam/nữ: 40/18; Vị trí tổn thương: 36 trường hợp (62,1%) động mạch đùi nông, 16 trường hợp (27,6%) động mạch khoeo, 6 trường hợp (10,3%) 1/3 dưới động mạch đùi nông + khoeo. Phương pháp can thiệp: 51 trường hợp (87,8%) xuôi dòng, 7 trường hợp (12,1%) xuôi dòng phối hợp ngược dòng. Thời gian can thiệp trung bình $132,6 \pm 28,4$; 2 trường hợp (3,45%) biến chứng tụ máu vị trí đâm kim, tự giới hạn sau khi được băng ép. Tỷ lệ thành công chung về mặt kỹ thuật trong nhóm nghiên cứu là 54/58 tương đương 93,1%. Mẫu nghiên cứu có 11 chi loét và hoại tử trước can thiệp, sau 6 tháng theo dõi, 8 chi lành vết loét (72,73), 2 chi chưa lành tuy nhiên vết thương giảm kích thước đáng kể, 1 bệnh nhân đã phải đoạn chi cao. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi – khoeo TASC B cho kết quả thành công cao về mặt kỹ thuật (93,1%), tính riêng tầng đùi-khoeo có tỷ lệ thành công 100%, tai biến, biến chứng thấp và cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng.

Từ khóa: can thiệp nội mạch, tắc động mạch đùi – khoeo mạn tính.

SUMMARY

THE RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN TREATMENT OF TASC B FEMORAL-POPLITEAL ARTERIAL OCCLUSION

Objectives: Evaluation of endovascular interventional results in treatment of TASC B femoral-popliteal arterial occlusion. **Methods:** Retrospective - case series descriptive study conducted at Cardiovascular and Thoracic Surgery Department, Thong Nhat Hospital. Ho Chi Minh city. **Results:** From Oct 2022 to Oct 2023, there were 58 cases of chronic arterial occlusion of lower extremities TASC B treated with revascularization by endovascular intervention, average age was 76 ± 10 (42-93); male /female: 40/18; Location of injuries: 36 cases (62.1%) superficial femoral artery, 16 cases (27.6%) popliteal artery, 6 cases (10.3%) 1/3 superior superficial femoral artery and below the knee. Intervention methods: 51 cases (87.8%) antegrade, 7 cases (12.1%) antegrade combined with retrograde. Average intervention time 132.6 ± 28.4 ; 2 cases (3.45%) complications of hematoma at the needle puncture site, which self-limited after compression bandage. The overall technical success rate in the study group was 54/58, equivalent to 93.1%. The study sample had 11 limbs with ulcers and necrosis before intervention, after 6 months of follow-up, 8 limbs (72,7%) had healed ulcers, 2 limbs had not healed but the wound size had decreased significantly, 1 patient had to above the ankle amputation. **Conclusion:** Endovascular intervention in recanalization of TASC B femoral-popliteal artery occlusion has a highly successful technical result (93.1%), femoral-popliteal arterial lesion has a 100% success rate. Endovascular intervention in treatment of TASC B classification showed low complications, and significant improvement in clinical symptoms.

Keywords: Endovascular intervention, chronic femoral – popliteal arterial occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tân

Email: tannd@bvtvn.org.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

(BDMCDMT) trong những năm gần đây có xu hướng tăng dần về số lượng bệnh cũng như mức độ phức tạp của bệnh. Điều trị THDMCDMT ngoài việc thay đổi lối sống, tập luyện, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, sử dụng thuốc nhằm giảm phát triển của mảng xơ vữa, thì tái thông ĐM bị tắc hẹp bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch vẫn là mục tiêu điều trị cơ bản. Trước đây, phương pháp kinh điển trong điều trị tái thông ĐM đùi-khoeo bị tắc hẹp là phẫu thuật bắc cầu. Trong những năm gần đây, phương pháp điều trị tái thông ĐM bị tắc hẹp bằng can thiệp nội mạch được ứng dụng rộng rãi, cùng với sự phát triển của dụng cụ can thiệp đã làm tăng tỉ lệ thành công của thủ thuật, giảm tỉ lệ tái hẹp sau can thiệp⁶. Tổn thương ĐM chi dưới gặp ở nhiều tầng (chủ-chậu, đùi-khoeo và dưới gối), Vị trí tổn thương tầng đùi-khoeo hay gặp nhất (44,7%). Trên cả ba tầng, hình thái tổn thương hay gặp là TASC B (27,9%). Tổn thương động mạch đùi-khoeo TASC mức độ B có tổn thương ngăn phù hợp với điều trị bằng can thiệp nội mạch. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá vai trò can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi-khoeo TASC mức độ B đặc biệt người cao tuổi.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi - khoeo TASC B.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – Lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Những BN được chẩn đoán tổn thương động mạch tầng đùi-khoeo TASC B có hoặc không kèm tổn thương động mạch tầng dưới gối dựa trên triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CTA và DSA và điều trị bằng can thiệp nội mạch.

Chỉ định can thiệp: những bệnh nhân giai đoạn thiếu máu chi mạn tính trầm trọng hoặc giai đoạn đau cách hồi nhưng không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu được chỉ định tái thông bằng can thiệp nội mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ. Tổn thương ĐM chủ chậu hoặc BN đã được phẫu thuật tái thông mạch máu trước đó.

Kỹ thuật can thiệp. Tái thông trong lòng mạch: Ưu tiên sử dụng kỹ thuật lái guidewire trong lòng mạch trước. Tuy nhiên, kỹ thuật này có thể gặp nhiều khó khăn nếu tổn thương tắc nghẽn lâu ngày, tổn thương vô hoá, đồng thời tăng nguy cơ bong mảng xơ vữa và huyết khối gây tắc mạch đoạn xa.

Tái thông dưới nội mạc – SAFARI (Subintimal Arterial Flossing with Antegrade-retrograde Intervention): Biện pháp thay thế khi kỹ thuật tái thông trong lòng mạch thất bại. Chỉ dùng kỹ thuật can thiệp dưới nội mạc nếu như đoạn xa mạch máu còn lành lặn.

Tái thông bằng kỹ thuật CART (Controlled Antegrade and Retrograde Subintimal Tracking: tái thông dưới nội mạc xuôi dòng và ngược dòng có kiểm soát) hoặc Reverse CART.

- Nong bóng: được thực hiện trước tiên trên tất cả các trường hợp can thiệp, nong với áp lực tương ứng trong bảng hướng dẫn. Thời gian từ 1 đến 3 phút. Sau khi nong, chụp kiểm tra, kết thúc can thiệp khi đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu <30% đường kính ban đầu, không có bóc tách.

- Đặt giá đỡ nội mạch: thực hiện sau khi nong bóng những trường hợp có đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu >30% đường kính ban đầu, có bóc tách.

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được khám và đánh giá các yếu tố như: thành công về mặt kĩ thuật (tái thông tổn thương mục tiêu, không bóc tách, không hẹp tồn lưu), đánh giá các biến chứng do thủ thuật, cải thiện về mặt lâm sàng (giảm triệu chứng, tăng tưới máu chi, cải thiện ABI...) tại các thời điểm: ngay sau can thiệp, 1 tháng và 6 tháng sau can thiệp.

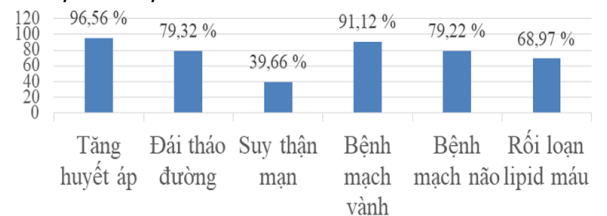
Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược TP.HCM, quyết định số 518/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 23/05/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian từ 10/2022 đến 10/2023, có 58 trường hợp tắc động mạch mạn tính chi dưới TASC B được điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch.

Tuổi trung bình là 76 ± 10 (42-93); tỷ lệ nam/nữ: 40/18



Biểu đồ 1. Các bệnh lý nền trong dân số nghiên cứu (N = 58)

Bảng 1. Vị trí tổn thương tầng đùi – khoeo

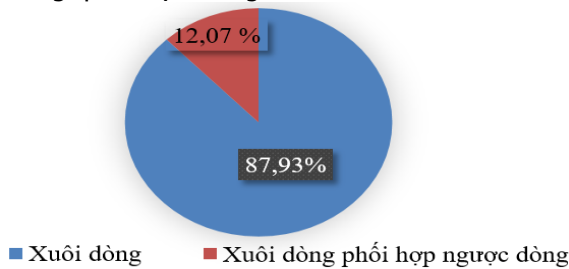
Vị trí tổn thương	N=58	Tỉ lệ (%)
Động mạch đùi nông	36	62,07
Động mạch khoeo	16	27,59
1/3 dưới động mạch đùi nông + khoeo	6	10,34

Bảng 2. Đặc điểm can thiệp

Vị trí chọc kim xuôi dòng	N=58	Tỷ lệ (%)
Động mạch đùi chung đối bên	39	67,24
Động mạch đùi chung cùng bên	19	32,76
Vị trí chọc kim ngược dòng	N=7	(%)
Động mạch đùi nông	3	42,86
Động mạch khoeo	2	28,57
Động mạch chày sau	2	28,57
Kỹ thuật chọc kim	N=65	(%)
Dưới hướng dẫn siêu âm	60	92,31
Dưới hướng dẫn màn huỳnh quang	5	7,69
Phương pháp can thiệp	N=58	(%)
Xuôi dòng	51	87,93
Xuôi dòng phối hợp ngược dòng	7	12,07

Trong 58 ca can thiệp, tất cả bệnh nhân đều sẽ được chọc kim xuôi dòng, chọc kim từ động mạch đùi chung đối bên 67, 24% và từ động mạch đùi chung cùng bên 32,76%. Có 7 (12,07%) ca can thiệp cần chọc kim ngược dòng, trong đó chọc kim ngược dòng từ đùi nông 42,86%, từ động mạch khoeo và động mạch chày sau là 28,57%.

Đa phần phương pháp chọc kim đều được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm (92,31%), 5 trường hợp (7,69%) tiếp cận dưới hướng dẫn màn huỳnh quang của máy DSA. 100% các trường hợp được tiếp cận qua da dưới gây tê tại chỗ, không có trường hợp cần bộc lộ động mạch. 87,93% can thiệp xuôi dòng và 12,07% phối hợp can thiệp xuôi dòng và ngược dòng vì xuôi dòng không qua được mảng xơ vữa.



Biểu đồ 2. Vị trí chọc kim (N = 58)

Thời gian can thiệp trung bình 132,67 ± 28,43

Biến chứng: 2 trường hợp tụ máu vị trí đâm kim 3,45%, đều tự giới hạn sau khi băng ép.

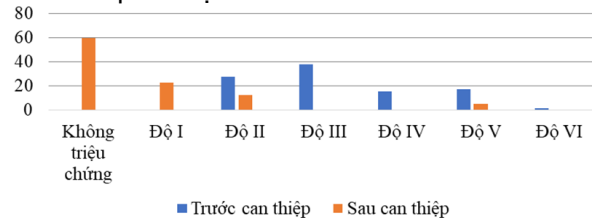
Bảng 3. Kết quả về mặt kỹ thuật

	Mẫu nghiên cứu	Tầng dưới gối

	N (58)	Tỉ lệ (%)	N (16)	Tỉ lệ (%)
Thành công	58	100	12	75
Nong bóng + đặt stent	17	29,31	0	0
Nong bóng	41	70,69	12	100
Thất bại	0	0	4	25
Guidewire hoặc dụng cụ không vượt qua được sang thương	0	0	3	75
Bóc tách làm chậm dòng chảy	0	0	1	25

Tỉ lệ thành công chung về mặt kỹ thuật trong nhóm nghiên cứu là 54/58 tương đương 93,1%. Nếu tính riêng tổn thương tầng đùi-khoeo có tỉ lệ thành công 100%, trong đó khoảng 2/3 các trường hợp cần nong bóng, 1/3 cần phải đặt stent. Tầng động mạch dưới gối có mức độ thành công thấp hơn, ở mức 75%, các lý do thất bại là guidewire hoặc dụng cụ không vượt qua được sang thương hoặc sau nong có bóc tách làm chậm dòng chảy.

Kết quả về mặt lâm sàng. Nhóm nghiên cứu gồm có 57/58 bệnh nhân: đánh giá kết quả về mặt lâm sàng có 1 bệnh nhân cần đoạn chi, trong 57 bệnh nhân còn lại, trừ 3 trường hợp can thiệp thất bại không cải thiện mức Rutherford nhưng không cần đoạn chi lớn, tất cả các trường hợp còn lại đều thỏa tiêu chí cải thiện ít nhất 1 phân độ theo Rutherford.



Biểu đồ 3. Phân bố độ Rutherford trước và sau can thiệp 6 tháng (N=58)

Bảng 4. Kết quả về mặt huyết động

	Trung bình (độ lệch chuẩn)	p*
ABI trước điều trị	0,46 ± 0,21	p<0,001
ABI sau điều trị	0,84 ± 0,22	
Mức độ hẹp ĐM đùi-khoeo trước điều trị (%) trên siêu âm	72 ± 17,8	p<0,001
Mức độ hẹp ĐM đùi-khoeo sau điều trị (%) trên siêu âm	11 ± 9,5	

*Kiểm định Wilcoxon-Signed Rank

Nhận xét: có khác biệt ý nghĩa thống kê trước điều trị và sau điều trị (p < 0,001) của điểm số Rutherford, chỉ số ABI và kết quả siêu âm của bệnh nhân.

Kết quả về lưu thông mạch máu. Trong mẫu nghiên cứu gồm 58 trường hợp, sau can thiệp tỷ lệ lưu thông mạch máu là 54/58 (93,10%), 4/58 không lưu thông mạch máu tương đương với 4 trường hợp thất bại về mặt kỹ thuật.

Tỉ lệ lành vết loét sau can thiệp 06 tháng. Nhóm nghiên cứu gồm 58 bệnh nhân can thiệp với 11 chi có loét hoặc hoại tử trước can thiệp, sau 6 tháng theo dõi, 8 chi lành vết loét (72,73), 2 chi chưa lành tuy nhiên vết thương giảm kích thước đáng kể, 1 bệnh nhân đã phải đoạn chi cao.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả mặt kỹ thuật. Trong can thiệp tăng đùi khoeo, để đạt được thành công về kỹ thuật, ngoài việc chuẩn bị dụng cụ phù hợp, vị trí tổn thương cũng đóng vai trò quan trọng. Tuy thuộc vào tổn thương là ĐM đùi nông, khoeo hay cả hai và có phối hợp tăng dưới gối hay không mà phương pháp can thiệp có những đặc trưng và khó khăn riêng. Về mặt cơ chế, phương pháp nong bằng bóng hoạt động chủ yếu bằng cách nén ép mảng xơ vữa nhưng không loại bỏ hay làm giảm khối xơ vữa; một số tác giả cho rằng phương pháp này chỉ làm dẫn thành mạch chứ không loại bỏ mảng xơ vữa. Việc sử dụng bóng có thuốc hoặc stent phủ thuốc có tác dụng chống sự tái hẹp (p=0,003 và p=0,008)⁵.

Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là tái thông được tổn thương đích, hẹp tồn lưu dưới 30%, không có bóc tách hoặc huyết khối làm chậm dòng chảy. Theo định nghĩa này, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 93,1%. Nếu tính riêng tăng tổn thương, đối với tăng đùi-khoeo có tỉ lệ thành công 100%, trong đó khoảng 2/3 các trường hợp chỉ cần nong bóng, 1/3 cần phải đặt stent. Phân tích riêng từng tăng tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% sang thương dưới gối chỉ được tái thông bằng cách nong bóng, nếu có bóc tách làm chậm dòng chảy sau can thiệp sẽ được tính là thất bại về mặt kỹ thuật. Trong thời điểm hiện tại, lựa chọn duy nhất thay thế là phẫu thuật bắc cầu xa cho các bệnh nhân có tổng trạng cho phép phẫu thuật.

Nghiên cứu tại Viện tim mạch Việt Nam, bệnh viện Bạch Mai Hà Nội về đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh lý động mạch chi dưới kết quả tỉ lệ thành công 94% với tổn thương tăng đùi-khoeo đơn thuần cao nhất 29% trong 114 trường hợp, có 14% nong bóng đơn thuần và 86% số ca được đặt stent⁷. Các tác giả khác cũng có tỉ lệ thành công

về kỹ thuật rất cao. Điều này thể hiện được hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tái thông ĐM đùi khoeo TASC II B.

	Chúng tôi	Fukase T. và cs. (2021) ³	Zoubi NA. và cs. (2021)	Yu X. và cs. (2021) ⁸
Thành công về mặt kỹ thuật	93,1%	100%	100%	100%

Kết quả mặt huyết động. ABI trước và sau can thiệp lần lượt là 0,46 ± 0,21 và 0,84 ± 0,22. Sau điều trị, ABI có sự cải thiện rõ, cho thấy hiệu quả tốt của can thiệp. Với điều kiện hiện tại, ABI là một chỉ số khách quan nhất thể hiện sự cải thiện về mặt lâm sàng mặc dù còn một số hạn chế. Một số ca ABI có thể không cải thiện (tắc hoàn toàn ĐM mu chân, chày sau) hoặc không có giá trị (ABI >1.2 trong trường hợp vôi hóa lan tỏa). Nhìn chung, ABI trước và sau can thiệp là khác biệt theo chiều hướng cải thiện tốt, các thông số có sự gia tăng đáng kể (p <0,001), chúng tỏ hiệu quả của điều trị can thiệp. Kết quả nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu:

	Chúng tôi	Fukase T. và cs. (2021) ³	Al-Zoubi NA. và cs. (2021) ¹	Yu X. và cs. (2021) ⁸
ABI trước can thiệp	0,46 ± 0,21	0,64 ± 0,16	0,45 ± 0,01	0.479 ± 0.267
ABI sau can thiệp	0,74 ± 0,22	0,89 ± 0,15	0,65 ± 0,03	0.909 ± 0.479

Kết quả về mặt lâm sàng. Cải thiện lâm sàng, thay đổi chỉ số ABI là minh chứng của phương pháp can thiệp nội mạch trong tắc ĐM đùi khoeo TASC II B. Như vậy hầu hết nghiên cứu có chỉ số ABI tăng sau can thiệp. Điều này cho thấy mức độ cải thiện các triệu chứng và tưới máu mô phần xa của chi tăng đáng kể.

Thời điểm 6 tháng sau can thiệp, phân độ Rutherford ở mức không triệu chứng ở giai đoạn trước và sau can thiệp tăng từ 0% đến 59,65% và Rutherford mức 4 đến 5 giảm từ 32,67% xuống còn 5,26%. Như vậy, tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều thành công về mặt lâm sàng. Kết quả nghiên cứu chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước: Nghiên cứu của tác giả Trần Đức Hùng và cộng sự (2015)⁴, ghi nhận sau can thiệp tỷ lệ đau cách hồi 8,0% và loét hoặc hoại tử chi 24,1% giảm so với trước can thiệp tương ứng là 19,5% và 47,1%. Nghiên cứu của Yu X. và cộng sự (2021)⁸ với 85% bệnh nhân đã giảm Rutherford trong 6 tháng, trong đó: phân độ Rutherford mức 0 đến 1 tăng từ 0% lên 53,8%

và Rutherford mức 4 đến 5 giảm từ 39,6% xuống còn 7,5%. Nghiên cứu Bosiers M và cộng sự² cho thấy trong đó: phân độ Rutherford mức 0 đến 1 tăng từ 0,7% lên 85,5% và Rutherford mức 4 đến 5 giảm từ 12,5% xuống còn 0,7%.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 58 bệnh nhân tắc hẹp động mạch đùi – khoeo TASC B cho thấy can thiệp nội mạch điều trị có kết quả thành công cao về mặt kĩ thuật (93,1%); nếu tính riêng tầng tổn thương, đối với tầng đùi-khoeo có tỉ lệ thành công 100%, tai biến, biến chứng thấp và cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng, đau cách hồi, hoại tử ở chi sau tái thông bằng can thiệp nội mạch giảm có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Zoubi NA, Shatnawi NJ, Bakkar L, Al-Sabah M.** Endovascular Treatment for Critical Limb Ischemia in Type II Diabetes Mellitus Involving Femoropopliteal and Infrapopliteal Segments: Revascularization Strategy. *Vasc Health Risk Manag.* 2021;17:69-76. doi:10.2147/VHRM.S298435
2. **Bosiers M, Peeters P, D'Archambeau O, et al.** AMS INSIGHT-absorbable metal stent implantation for treatment of below-the-knee critical limb ischemia: 6-month analysis.

- Cardiovasc Intervent Radiol. 2009/05// 2009; 32(3): 424-435. doi:10.1007/s00270-008-9472-8.
3. **Fukase T, Dohi T, Kato Y, et al.** Long-term clinical outcomes and cause of death after endovascular treatment for femoropopliteal artery lesions. 2021;77(4):417-423.
4. **Hùng TĐ, Nghĩa DV.** Hiệu quả điều trị can thiệp nội mạch tổn thương động mạch đùi-khoeo ở bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính. *Tạp chí Y Dược học quân sự.* 2015 2015;(4):125-129.
5. **Horie K, Tanaka A, Taguri M, Tada N.** Single-Center Contemporary Clinical Outcomes after Endovascular Treatment in Patients with De Novo Femoropopliteal Lesions between 2017 and 2019. *Annals of Vascular Diseases.* 2023/03/25/ 2023; 16(1):38-45. doi:10.3400/avd.0a.22-00081
6. **Sigterman TA, Bolt LJJ, Krasznai AG, et al.** Loss of kidney function in patients with critical limb ischemia treated endovascularly or surgically. *J Vasc Surg.* 2016/08// 2016;64(2):362-368. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.409
7. **Văn H.** Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh động mạch chi dưới mạn tính tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam.* 2021 2021:212-219.
8. **Yu X, Zhang X, Lai Z, et al.** One-year outcomes of drug-coated balloon treatment for long femoropopliteal lesions: a multicentre cohort and real-world study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021/07/03/ 2021;21(1):326. doi:10.1186/s12872-021-02127-x

TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG DẤU ẤN LIVER FATTY ACID BINDING PROTEIN ĐÁNH GIÁ SỚM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP GIAI ĐOẠN 2013 – 2023

Nguyễn Cẩm Thu¹, Nguyễn Thị Kiều Oanh¹, Ngô Văn Lăng²

TÓM TẮT

Chẩn đoán truyền thống về tổn thương thận, đặc biệt là tổn thương thận cấp tính (AKI) phụ thuộc vào triệu chứng thiếu niêu và tăng nồng độ Creatinin huyết thanh, đây là dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao và thường chậm hơn so với tổn thương xảy ra ở thận. Dấu ấn Liver fatty acid binding protein (L-FABP) trong nước tiểu được đánh giá là một dấu hiệu sinh học hữu ích để phát hiện sớm tổn thương thận. **Mục tiêu:** Ứng dụng L-FABP trong đánh giá sớm tổn thương thận cấp. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm được thực hiện từ các nghiên cứu, báo cáo trong giai đoạn 2013-2023

trên Thế giới và tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến, các tài liệu, công trình nghiên cứu, các luận văn, các bài báo cáo hội nghị trong và ngoài nước được sử dụng để tìm kiếm dữ liệu, phần mềm Zotero 6.0 được dùng để quản lý và trích dẫn các tài liệu đã thu thập. **Kết quả:** 20 nghiên cứu và báo cáo trên Thế giới và Việt Nam đã được lựa chọn vào nghiên cứu trong đó có 18 bài báo sử dụng L-FABP đánh giá/dự đoán/tiên lượng AKI trong các bệnh lý như nhiễm khuẩn huyết ở Bệnh nhân (BN) được chăm sóc đặc biệt (ICU), bệnh suy tim cấp, suy tim mất bù, bệnh Thận-Đái tháo đường (DN), xơ gan, nhiễm trùng sơ sinh, tiên lượng hậu phẫu thuật, sau ghép tạng, sau ghép thận và có 2 bài báo là nghiên cứu phân tích tổng hợp vai trò L-FABP. Có mối liên quan thuận giữa nồng độ L-FABP trong nước tiểu với sự xuất hiện AKI ở các BN nghiên cứu. **Kết luận:** AKI là bệnh lâm sàng phổ biến dẫn đến suy thận và một loạt hội chứng lâm sàng. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng là nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ lệ tử vong trên toàn Thế giới. Việc phát hiện sớm bằng L-FABP có tầm quan trọng lớn để can thiệp kịp thời và cải thiện tiên lượng.

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cẩm Thu

Email: nct@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024