

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH THIẾU MÁU ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI CẤP TÍNH GIAI ĐOẠN 2020 - 2024 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Khuất Duy Hòa¹, Trần Đức Hùng¹, Vũ Đức Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị bệnh thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 BN được chẩn đoán bệnh thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính và phẫu thuật trong thời gian từ tháng 01/2020 tới tháng 06/2024. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, loạt ca bệnh, không đối chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 73,41 ± 10,08 tuổi; nam giới 71,89%. Các bệnh kết hợp bao gồm rung nhĩ 62,5%, bệnh động mạch ngoại vi chi dưới mạn tính 65,6%, hẹp/hở van 2 lá 56,25%. Thời gian thiếu máu chi trung bình 100,84 ± 106,07 giờ; trong đó tỉ lệ đến muộn từ trên 6 giờ tới 24 giờ là 21,9%, trên 24 giờ là 62,5%. Trong số 42 chi bị tổn thương, có 64,3% phẫu thuật lấy huyết khối đơn thuần, lấy huyết khối kèm mở cân, 7,1% cắt cụt thì đầu (các BN này đều thuộc nhóm đến sau 24h). 85,7% chi được bảo tồn, 14,2% chi được cắt cụt cả 2 thì, 1 BN tử vong tại viện và 1 BN nặng xin về. Tỉ lệ bảo tồn chi cao hơn ở nhóm đến sớm trước 24h (100% so với 70%; p = 0,043). **Kết luận:** Phẫu thuật lấy huyết khối là phương pháp điều trị hiệu quả trong điều trị thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính. Rung nhĩ, hẹp van hai lá là các yếu tố nguy cơ chủ yếu. Đến viện muộn là yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. **Từ khóa:** thiếu máu chi dưới cấp tính, tắc động mạch chi, lấy huyết khối, cắt cụt chi.

SUMMARY

RESULTS OF PROCEDURE FOR TREATMENT OF ACUTE LOWER LIMB ISCHEMIA IN MILITARY HOSPITAL 103 FROM 2020 TO 2024

Objective: Evaluate signs, symptoms, examinations and the outcomes of treatment acute lower limb ischemia in Military hospital 103. **Subjects and methods:** 32 patients with acute lower limb ischemia undergone surgery from 01/2020 to 06/2024. The study describes a series of cases, retrospective. **Results:** The mean age was 73,41 ± 10,08, male 71,89%; 62,5% had atrial fibrillation, 65,6% mitral stenosis or regurgitation, 65,6% peripheral artery disease. The mean hospitalized time was 100,84 ± 106,07 hours; the group from 6 to 24 hours presented in 21,9% and over 24h group presented in 62,5% pts. For 42 diseased limbs, there were 64,3% undergone embolectomy alone, 26,1% combined with fasciotomy, 7,1% with primary amputation (belongs to late 24h admission group).

85,7% of limb was salvage, 14,2% of limb was amputation totally, 1 patient was died and 1 severe patient stopped treatment to back home. The limb salvage's ratio was higher in the early 24h admission group (100% compare to 70%; p = 0,043). **Conclusion:** Embolectomy was the main method in the acute lower limb ischemia treatment. Atrial fibrillation, mitral stenosis were still significant prevalents. Most patients were hospitalized late resulting the bad outcome.

Keywords: Acute lower limb ischemia, embolism limb artery, embolectomy, amputation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính (TMĐMCDCT) là tình trạng giảm đột ngột tưới máu chi dưới cấp tính, ảnh hưởng tới sự sống của chi dưới và thậm chí đe dọa tính mạng BN. TMĐMCDCT biểu hiện đột ngột, đặc trưng bởi triệu chứng đau dữ dội liên tục, lạnh, tê bì, hạn chế vận động chi, không bắt được mạch, thời gian trong vòng 14 ngày kể từ triệu chứng khởi phát. TMĐMCDCT là một cấp cứu ngoại khoa mạch máu, yêu cầu cần được tái tưới thông mạch máu kịp thời bằng can thiệp hoặc phẫu thuật và các biện pháp điều trị bổ sung như liệu pháp tiêu sợi huyết, chống đông để tránh cắt cụt chi. Hậu quả toàn thân của TMĐMCDCT không được phát hiện và điều trị là nhiễm độc do hoại tử chi thể dẫn đến suy thận cấp, tăng kali máu và nhiễm toan chuyển hóa đe dọa tính mạng BN. Ngày nay với sự hiểu biết ngày càng nhiều về bệnh cùng với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán, điều trị và sự già đi của dân số với các biến cố tim mạch tăng lên làm tăng tỉ lệ bệnh TMĐMCDCT. Năm 1963, Fogarty đề xuất phương pháp phẫu thuật dùng ống thông bóng để lấy huyết khối [1]. Sau đó, thuốc Heparin được đề xuất sử dụng lần đầu bởi tác giả Blaisdell năm 1978 và quy trình ngày càng được hoàn thiện [1]. Vì vậy kết quả điều trị phẫu thuật và tiên lượng của BN đã được cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, tỉ lệ cắt cụt chi và tử vong còn tương đối cao do bệnh lí tim mạch, hô hấp, tuổi BN cao và đến viện muộn [2]. Dịch tễ của bệnh thay đổi cùng với năng lực chẩn đoán và điều trị trong những năm gần đây giúp cải thiện kết quả điều trị và tiên lượng tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả sớm điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân bệnh thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính tại Bệnh viện

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Khuất Duy Hòa

Email: drduyhoa103@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

quân y 103” nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân bệnh thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, không đối chứng, loạt 32 bệnh nhân TMĐMCDCT, được phẫu thuật bằng phương pháp lấy huyết khối có hoặc không có mở cân, hoặc cắt cụt tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2020 đến 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gồm tất cả các BN được chẩn đoán bệnh TMĐMCDCT. Đã điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2024. Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc bệnh TMĐMCDCT nhưng không phẫu thuật, hoặc đã được phẫu thuật ở các bệnh viện khác.

Tất cả BN được nghiên cứu theo một mẫu bệnh án thống nhất, lấy mẫu xác suất, cỡ mẫu thuận tiện. Số liệu nghiên cứu được mã hóa và xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2024, tại Bệnh viện Quân y 103 có 32 BN với 42 chi dưới thiếu máu động mạch cấp tính đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Về đặc điểm chung, tuổi trung bình 73,41 ± 10,08, cao nhất 92 tuổi, thấp nhất 43, nhóm tuổi từ 60 tới 80 tuổi chiếm 65,6%, trên 80 tuổi chiếm 25%. Tỷ lệ nam gấp 2,55 lần nữ (71,9% với 28,1%; p= 0,932>0,05). BN chủ yếu đến từ Hà Nội, ở các tỉnh khác ít hơn (78.9% với 21.1%). Về bệnh lý mạn tính kèm theo, 28 BN (87,5%) bị tăng huyết áp, 20 BN (62,5%) bị rung nhĩ (15,6%), 18 BN (56,3%) hẹp hai lá, 21 BN bệnh động mạch ngoại vi chi dưới mạn tính (65,6%), osler 2.8%, 12 BN có tiền sử đột quỵ não (37,5%), đái tháo đường typ 2 chiếm 28,1%, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính đã đặt stent động mạch vành 15,6%, bệnh thận mạn tính 6%. Thời gian thiếu máu chi trung bình 100,84 ± 106,07 giờ, tỉ lệ đến trong vòng 6 giờ là 5 BN (15,6%), từ trên 6 giờ tới 24 giờ là 7 BN (21,9%), trên 24 giờ là 20 (62,5%). Hơn 90% BN từ khoa khác và bệnh viện khác chuyển đến. Có tổng cộng 42 chi bị thiếu máu, 22 BN tổn thương 1 chi, 10 trường hợp tổn thương cả 2 bên. Triệu chứng lâm sàng: 100% mất mạch ngoại vi, chi lạnh 97%, đau 88%, tê bì, rối loạn cảm giác 84%, rối loạn vận động 47%, tím 34%, bấp chân đau 19%, hoại tử chi 47%. Phân loại mức độ thiếu máu của 42 chi theo phân loại Rutherford (SVS - Society for Vascular Surgery/

International Society for Cardiovascular Surgery): IIa 42,8%, IIb 50,0%, III 7,14%. Tất cả BN thiếu máu giai đoạn III đều thuộc nhóm đến muộn sau 24h, tổn thương chi không hồi phục, không có chỉ định tái tưới máu.

100% BN được siêu âm Doppler phát hiện tắc mạch, 90,6% chụp MSCT động mạch chi dưới và 9,4% chụp động mạch số hóa xóa nền trước mổ. Vị trí tắc mạch gây thiếu máu ở động mạch khoeo nhiều nhất 69,1%, động mạch chày trước, chày sau lần lượt là 61,9% và động mạch đùi nông là 57,1%. 97% BN được siêu âm tim và 100% BN làm điện tim trước mổ, trong đó 56,25% trường hợp rung nhĩ, không phát hiện trường hợp nào có huyết khối trong buồng tim. Giá trị CPK trước mổ có sự dao động lớn, trung bình (n=32) 1863,06 ± 4145,56 UI/L, cao nhất là 20444, thấp nhất 23 UI/L.

Bảng 1: Đặc điểm trước mổ của BN

Chỉ tiêu nghiên cứu	n% (N=32)
Tuổi (năm)	73,41 ± 10,08
Nam giới	71,9%
Thời gian nằm viện (ngày)	18,94 ± 11,57
Phân loại mức độ thiếu máu chi cấp tính theo Rutherford	
IIa	42,8%
IIb	50,0%
III	7,1%
Bệnh lý kết hợp	
Hẹp/hở van hai lá	56.2%
Tăng huyết áp	87.5%
Rung nhĩ	62.5%
Bệnh động mạch ngoại vi chi dưới mạn tính	65.6%
Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi phẫu thuật (giờ)	
≤6 giờ	15,6%
6-24	21,9%
>24	62,5%
Lâm sàng: Mất mạch ngoại vi	100%
Chi lạnh	97%
Đau	88%
Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm	
Siêu âm động mạch	100%
Chụp MSCT động mạch chi dưới	90,6%
Chụp động mạch số hóa xóa nền	1863,06 ±
Men CK-TP (U/l)	4145,56

Về điều trị, Heparin được dùng cho 87,5% BN khi chờ phẫu thuật và 96,7% BN sau phẫu thuật. Về đặc điểm phẫu thuật, trong số 42 chi tổn thương, đa số là lấy huyết khối đơn thuần (64,3%), 26,2% lấy huyết khối và mở cân căng chân, 7,14% cắt cụt thì đầu. Trong số những ca

phẫu thuật lấy huyết khối, tỉ lệ biến chứng tắc phải mở lại lấy huyết khối và cắt cụt thì hai bằng nhau (7,89%). Thời gian nằm viện $18,94 \pm 11,57$ ngày, thời gian nằm hồi sức $0,81 \pm 3,553$ ngày.

Bảng 2: Kết quả điều trị

Chỉ tiêu nghiên cứu	n% (N=32) (N=42)
Tê tại chỗ	26/32 BN (81,3%)
Lấy huyết khối đơn thuần	27/42 chi (64,3%)
Lấy huyết khối + mở cần	11/42 chi (26,2%)
Cắt cụt thì đầu	3/42 chi (7,1%)
Cắt cụt thì hai	3/42 chi (7,1%)
Bảo tồn chi thể	36/42 chi (85,7%)
Chèn ép khoang sau mổ	1/42 chi (2,3%)
Tắc mạch tái phát	4/42 chi (9,5%)
Phẫu thuật lại lấy huyết khối do tắc mạch tái phát	4/4 BN (100%)
Tử vong, nặng xin về	2/32 BN (6,25%)
Heparin sau mổ	30/32 (96,7%)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh TMĐMCDCT là một trong những cấp cứu hàng đầu trong phẫu thuật mạch máu. Tác nhân gây tắc động mạch thường là do huyết khối hay các dị vật như mảnh vữa xơ, khí, mỡ hoặc mảnh khối u. Trong nghiên cứu này, nguyên nhân chủ yếu của bệnh là do thuyên tắc mạch, do rung nhĩ (56,2%), trong đó huyết khối trong nhĩ trái, di chuyển tới hệ thống động mạch chi dưới gây tắc.

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là $73,41 \pm 10,08$ tuổi, cao hơn tuổi trung bình trong các nghiên cứu trước đây [3]. Điều này có thể do ở tuổi càng cao thì tỉ lệ bệnh van tim, rung nhĩ tăng lên đáng kể, đồng thời tuổi thọ dân số cũng ngày càng tăng và sự tiến bộ của khoa học kĩ thuật, sự phát triển các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp phát hiện sớm các trường hợp bệnh TMĐMCDCT nhiều hơn, phân biệt rõ hơn với bệnh động mạch ngoại vi mạn tính, bệnh lí thần kinh và bệnh lí mạch máu khác, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới [4]. Nam giới chiếm đa số (71,9%), cũng tương tự với các tác giả khác Ilic (2000), Phan Văn Thành (2016) [4, 5].

Bệnh lí kết hợp bao gồm rung nhĩ (62,5%), hẹp hai lá (56,25%), tăng huyết áp (87,5%) và bệnh động mạch ngoại vi chi dưới mạn tính (65,6%). Có 15,6% BN có rung nhĩ nguyên phát không kèm theo tổn thương van tim. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác cho thấy tỉ lệ bệnh lí tim mạch ở BN TMĐMCDCT tương đối cao [3].

Tỉ lệ BN đến muộn sau 24h là 62,5% cao hơn của một số tác giả khác [4, 5]. Vì đa số

trong nghiên cứu là BN lớn tuổi với 25% là trên 80 tuổi, BN ở vùng nông thôn thường tới viện khi tình trạng chi đã nặng gây khó chịu nhiều, hoặc tự điều trị sai phương pháp như chườm cứu, chườm ấm, uống thuốc nam. Đồng thời một số trường hợp cơ sở y tế tuyến dưới hoặc chuyên khoa khác chưa chú ý đến bệnh lí mạch máu dẫn đến chẩn đoán muộn.

Các triệu chứng lâm sàng của thiếu máu chi cấp tính với "6 chữ P" cổ điển bao gồm: Đau (Pain), nhợt hoặc tím (Pallor), chi lạnh (Poikilothermia), mất mạch (Pulselessness), rối loạn cảm giác (Paresthesia), giảm hoặc mất vận động (Paralysis), trong nghiên cứu BN có các triệu chứng đau (87,5%), lạnh (96,8%), đặc biệt là 100% các trường hợp đều mất mạch.

Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bao gồm kĩ thuật xâm lấn và không xâm lấn, yêu cầu đảm bảo không gây mất thời gian điều trị cấp cứu. 100% BN được làm siêu âm Doppler mạch ngay khi nhập viện thấy hình ảnh tắc động mạch. Đây là kĩ thuật không xâm lấn, nhanh, đơn giản, có ở đa số các cơ sở y tế, độ nhạy cao và có giá trị chẩn đoán [6]. Đây vẫn là phương pháp cơ bản, dễ thực hiện trong điều kiện cấp cứu, cho giá trị chẩn đoán cao. Có 90,6% các BN được chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy cho phép đánh giá toàn bộ hệ thống mạch máu chi dưới làm căn cứ để lập kế hoạch điều trị. Chụp động mạch qua da tuy là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, nhưng chỉ áp dụng ở 9,4% BN do đây là thủ thuật xâm lấn và mất nhiều thời gian để triển khai, thường thực hiện khi có can thiệp để điều trị đồng thời.

Vị trí tắc thường thấy ở động mạch khoeo, chày trước, chày sau, động mạch đùi nông. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với động mạch khoeo 69,1%, động mạch chày trước và chày sau lần lượt là 61,9% tương tự các nghiên cứu trước đây [3]. Các vị trí này được cho là vị trí ngã ba phân chia động mạch và có đường kính nhỏ, huyết khối dễ mắc lại trong lòng động mạch nên nguy cơ hẹp và tắc cao hơn.

Về điều trị, trong số 42 chi thiếu máu động mạch cấp tính phẫu thuật lấy huyết khối đơn thuần chiếm vai trò chính để loại bỏ tác nhân gây tắc 64,3%. Kết quả bảo tồn chi 36/42 chi (85,7%) kết quả của chúng tôi cao hơn của Phan Văn Thành (2016) 78,7% [5] và Ilic M (2000) 77,7% [4]. Điều này có thể giải thích là càng ngày điều kiện và nhận thức của người dân tốt hơn, BN đến viện sớm hơn, phương tiện chẩn đoán tốt hơn cũng như kinh nghiệm điều trị dần

tiến bộ hơn cho phép đánh giá khả năng bảo tồn tốt hơn, không chỉ định dựa vào thời gian thiếu máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự liên quan giữa tỉ lệ cắt cụt và thời gian thiếu máu chi ($p=0.043$), Tỉ lệ chi được bảo tồn tới trước 24 giờ là 100%, sau 24 giờ là 70%, tất cả 6 BN cắt cụt đều thuộc nhóm tới sau 24h. Tỉ lệ tử vong của các tác giả thay đổi do nhiều nguyên nhân: do bệnh, do biến chứng trước mổ, sau mổ hay do tiến triển nặng lên của bệnh kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN viêm thùy phổi do lao, thời gian thở máy lâu, BN đã tử vong tại viện biến chứng suy hô hấp tiến triển, suy đa tạng. 1 BN khác nữ giới 86 tuổi, thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng tới khi nhập viện là 3 ngày, thể trạng suy mòn suy kiệt, tổn thương 1 chi, độ III theo phân loại Rutherford, BN trải qua phẫu thuật cắt cụt cấp cứu, tình trạng sau mổ nhiễm độc nặng, gia đình xin về và tử vong tại nhà.

Mở cân căng chân là phương pháp điều trị giúp phòng ngừa biến chứng chèn ép khoang căng chân để giảm tỉ lệ cắt cụt chi, căn cứ dựa vào bằng đo áp lực khoang hoặc kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2, 7]. Chúng tôi chủ động mở cân căng chân trong nhiều trường hợp nghi ngờ, là những trường hợp tới muộn, căng chân căng lên nhanh hoặc trường hợp cần kiểm tra tình trạng cơ khu căng chân trước khi tái tưới máu hoặc có biến chứng chèn ép khoang sau mổ. Tỉ lệ cắt cụt chi 2 của chúng tôi là 7,1% thấp hơn so với Phan Văn Thành (2016) 8,3% [5], Ilic (2000) 10,3%[4].

Trường hợp tái thông muộn nguy cơ cao xảy ra hội chứng tái tưới máu do các sản phẩm của quá trình chuyển hóa yếm khí trở lại hệ thống tuần hoàn chung, trong trường hợp này xuất hiện tăng kali máu, myoglobin niệu và nhiễm toan chuyển hóa [7]. Phù nề nặng xảy ra trong quá trình tái thông mạch máu và một lượng lớn gốc oxy hóa tự do xâm nhập vào tuần hoàn, làm tăng nguy cơ tổn thương cơ tiến triển. Vì thế trong quá trình hậu phẫu, cần đảm bảo chức năng tim mạch, thận, bù dịch và điện giải.

Tỉ lệ tái phát tắc mạch trong y văn dao động từ 4-10%[2]. Số lượng tái phát tắc lại trong nghiên cứu của chúng tôi là 4 BN (9,5%) nằm trong khoảng giá trị này. Sau phẫu thuật lấy huyết khối lần 2 không thành công, 2 BN sau đó được tiến hành cắt cụt chi do không còn khả năng bảo tồn, 1 trường hợp do nguyên nhân vữa xơ nặng, ngoại vi tuần hoàn kém và 1 trường hợp do tắc tĩnh mạch.

Tuần hoàn bàng hệ rất có ý nghĩa trong bệnh TMĐMCDCT trên nền động mạch vữa xơ mạn tính, giúp kéo dài thời gian chờ đợi để tái

thông mạch máu. Tuy nhiên, tuần hoàn bàng hệ làm cho triệu chứng không rầm rộ nên một số trường hợp tới viện muộn khi tình trạng chi đã rất nặng. Trong nghiên cứu của Poluektov [8] về thiếu máu động mạch chi cấp tính ở BN xơ vữa động mạch, tỉ lệ cắt cụt chi là 12,5%. Toàn bộ các ca cắt cụt trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân tắc mạch là do nghẽn mạch, có tuần hoàn bàng hệ. Tái tưới máu trên nền bệnh động mạch ngoại vi chi dưới mạn tính khó khăn hơn do thành mạch vữa xơ rải rác và lòng mạch hẹp ở nhiều vị trí, khó khăn trong việc luồn dụng cụ và khó lấy huyết khối một cách triệt để. Trong những trường hợp này cần cần nhắc để can thiệp thì hai bổ sung sau phẫu thuật lấy huyết khối.

Cắt cụt chi tiến hành nếu tình trạng chi được tiến hành khi không còn khả năng bảo tồn. Tỉ lệ cắt cụt chi cả 2 thì là 14,2% (thì đầu 7,1%; thì hai 7,1%) nằm trong khoảng giá trị đã được báo cáo trước đây là 0-18,9%[6]. Nguyên nhân chính làm tăng tỉ lệ cắt cụt chi là chậm nhập viện [7]. Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của thiếu máu và thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng tới khi phẫu thuật. Thời gian thích hợp nhất để phục hồi lưu thông là 6 – 8 giờ đầu, sau 24 giờ làm tăng tỉ lệ cắt cụt chi rất cao [2]. Như vậy, tỉ lệ cắt cụt liên quan trực tiếp tới thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tới khi phẫu thuật lấy huyết khối, tỉ lệ này có thể giảm đi ở BN có tuần hoàn bàng hệ tốt.

V. KẾT LUẬN

TMĐMCDCT là một cấp cứu mạch máu cần được chẩn đoán và điều trị sớm, lựa chọn phương pháp phẫu thuật tái tưới máu, mở cân và cắt cụt tùy tình trạng thiếu máu chi thể và toàn thân để quyết định cứu sống bệnh nhân và bảo tồn chi thể. Phẫu thuật lấy huyết khối vẫn là phương pháp điều trị chính trong điều trị thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính. Thời gian thiếu máu chi dài ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị làm tăng tỉ lệ cắt cụt chi và tiên lượng xấu ở bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bjorck M.**, (2020), "Editor's choice–European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2020 clinical practice guidelines on the management of acute limb ischaemia." 59(2), tr. 173-218.
2. **Ozgun D., Ali K. M. và Bilgehan E.**, (2012), "Analysis of risk factors for amputation in 822 cases with acute arterial emboli." The Scientific World Journal. 2012(1), tr. 673483.
3. **Tripathy G.**, (2023), "Spectrum of acute limb ischemia and management-A single-center study in Northern India." 16(8), tr. 253-253.
4. **Ilic M.**, (2000), "Arterial embolisms of the lower extremities." Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo.

- 128(7-8), tr. 234-240.
- Phan Văn Thành và Đoàn Quốc Hưng**, (2018), "Điều trị phẫu thuật thiếu máu cấp tính chi dưới do thuyên tắc động mạch tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức." Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 19, tr. 3-8.
 - Thomas H. R.**, (2001), "Acute ischemia of the upper extremity: long-term results following thrombectomy with the Fogarty catheter." Langenbeck's Archives of Surgery. 386, tr. 261-266.
 - Rothenberg K. A.**, (2019), "Delayed fasciotomy is associated with higher risk of major amputation in patients with acute limb ischemia." 59, tr. 195-201.
 - Poluektov LV.**, (1983), "Arterial embolism and acute thrombosis in patients with arteriosclerosis and rheumatic heart disease." Kardiologija. 23(2), tr. 43-46.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOẠI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN 2, 3 BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN TẠI THÁI BÌNH NĂM 2023-2024

Nguyễn Thế Điệp¹, Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Minh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị thoái hoá khớp gối nguyên phát giai đoạn 2, 3 bằng liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân là một lựa chọn mới trong những năm gần đây đã mang lại kết quả tốt trong điều trị, mô sụn tổn thương được tái tạo, phục hồi theo cơ chế sinh học, không có tai biến, biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân đối với bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn 2,3. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp không đối chứng, đánh giá hiệu quả điều trị trước sau trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hoá khớp gối nguyên phát giai đoạn 2,3 điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Chức năng khớp gối được cải thiện, điểm VAS và Lequesne giảm dần trong khi điểm chất lượng cuộc sống tăng dần sau điều trị. **Kết luận:** Liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong cải thiện mức độ đau, chức năng vận động của khớp gối và làm tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát giai đoạn 2,3. **Từ khóa:** Thoái hoá khớp gối, huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Thái Bình.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PRIMARY KNEE OATHROSIS STAGES 2, 3 WITH AUTOLOGICAL PLATELET-RICH PLASMA INJECTION THERAPY IN THAI BINH IN 2023-2024

Background: Treatment of primary knee osteoarthritis stages 2 and 3 using autologous platelet-rich plasma (PRP) therapy has emerged as a new option in recent years. The damaged cartilage is

regenerated and repaired through biological mechanisms, showing good results in treatment without adverse events or complications. Our study aims to evaluate the effectiveness of autologous PRP therapy for patients with primary knee osteoarthritis stages 2 and 3. **Methods:** This prospective descriptive study with an intervention but without a control group assesses the pre-and post-treatment effectiveness of 34 patients diagnosed with primary knee osteoarthritis stages 2 and 3, treated at Thai Binh University Hospital from January 2023 to December 2024. **Results:** Knee joint function improved, with VAS and Lequesne scores gradually decreasing, while the quality of life score increased after treatment. **Conclusion:** Autologous PRP therapy has demonstrated significant effectiveness in reducing pain levels, improving knee joint function, and enhancing the quality of life for patients with primary knee osteoarthritis stages 2 and 3.

Keywords: Knee osteoarthritis, autologous platelet-rich plasma, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn, hậu quả làm giảm khả năng vận động khớp gối và gây ra các biến chứng như viêm màng hoạt dịch, tổn thương sụn và xương dưới sụn, lệch trục chi... Trên thế giới, một báo cáo gần đây cho thấy có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh THK nói chung, trong đó THKG chiếm tới 15% dân số [1] và là nguyên nhân gây tàn tật cho người bệnh đứng thứ hai sau bệnh tim mạch [2]. Ở Việt Nam, THK đứng hàng thứ ba (4,66%) trong các bệnh có tổn thương khớp, trong đó THKG chiếm 56,5% tổng số các bệnh khớp do thoái hóa cần điều trị nội trú. THKG không những làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống (CLCS) mà còn gây tổn hại kinh tế của người bệnh [3]. Theo báo cáo gần đây ở Việt Nam, mỗi đợt điều trị nội khoa THK

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024