

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO (TDR) CHO BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 58 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2023 – tháng 1/2024. Kết quả: có 58 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $43,2 \pm 8,21$, chủ yếu gặp ở nữ giới với tỉ lệ 63,8%. Trên MRI, chủ yếu là thoát vị đĩa đệm 1 tầng chiếm 58,6%, tầng thoát vị hay gặp nhất ở C5-6 chiếm 56,8%, thoát vị thể lệch bên chiếm ưu thế với 54,5%. Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ chủ yếu ở 1 tầng đĩa đệm (67,2%), thời gian mổ trung bình là $62,26 \pm 15,24$ phút, lượng máu mất trung bình là $82,28 \pm 29,24$ ml, thời gian nằm viện trung bình là $5,12 \pm 1,01$ ngày. Tai biến trong mổ chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản. Biến chứng sau mổ có 1 bệnh nhân nuốt vướng và 1 bệnh nhân nói khàn. Điểm VAS, NDI, mJOA đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng. Tâm vận động cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật, chỉ có 2 bệnh nhân tổn thương tầng liền kề chiếm 3,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể cho người bệnh.

Từ khoá: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL DISC REPLACEMENT (TDR) SURGERY FOR PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of artificial disc replacement (TDR) for patients with cervical disc herniation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study with 58 patients who underwent artificial disc replacement (TDR) for cervical disc herniation at Viet Duc Hospital from January 2023 to January 2024. **Results:** In our study, 58 patients had an average age of 43.2 ± 8.21 years, predominantly female, accounting for 63.8%. MRI results showed that single-level disc herniation was the most common, making up 58.6% of cases, with the C5-6 level being the most frequently affected at 56.8%. Lateral disc herniation predominated with 54.5%. The surgery primarily involved single-level disc

replacement (67.2%). The average surgery time was 62.26 ± 15.24 minutes, with an average blood loss of 82.28 ± 29.24 ml, and the average hospital stay was 5.12 ± 1.01 days. Intraoperative complications included one case of recurrent laryngeal nerve injury. Postoperative complications included one patient with swallowing difficulty and one patient with hoarseness. The VAS, NDI, and mJOA scores showed significant improvement at 1 month and 6 months post-surgery. Range of motion improved significantly compared to before surgery, with only 2 patients experiencing adjacent segment disease, accounting for 3.4%. **Conclusion:** Total disc replacement (TDR) surgery for patients with cervical disc herniation is a safe procedure with a low complication rate, providing significant clinical benefits for patients.

Keywords: Cervical disc herniation, disc herniation, artificial disc replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là tình trạng nhân nhày đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường của vòng sọ xảy ra ở các đĩa đệm cột sống cổ, gây chèn ép các rễ thần kinh hoặc tuỷ sống. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bắc Mỹ, theo Kelsey là 5,5/100.000 người mỗi năm. Tại Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có thể gặp tới 40% trong số thoát vị cột sống nói chung. Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu do quá trình thoái hoá gây tổn thương vòng xơ và tăng áp lực nội đĩa. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ khá đa dạng, phụ thuộc vào vị trí, thể loại, mức độ thoát vị đĩa đệm. Biểu hiện đau vùng cổ vai gáy, đau theo rễ thần kinh cột sống cổ hoặc có thể nặng nề hơn là liệt tứ chi, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật... làm giảm khả năng làm việc, giảm chất lượng cuộc sống.

Ngày nay, nhờ có các tiến bộ kỹ thuật của chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ, việc chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trở nên dễ dàng hơn và hạn chế sai sót trong chẩn đoán cũng như đưa ra phương pháp điều trị cụ thể cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc thăm khám lâm sàng vẫn là yếu tố vô cùng quan trọng trong định khu tổn thương, chẩn đoán phân biệt và quyết định phương án điều trị cho bệnh nhân.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gồm có: điều trị nội khoa, phẫu thuật, phục hồi chức năng và y học cổ truyền. Trong đó phẫu thuật là phương pháp được áp dụng cho các trường hợp bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

kinh, tuỷ sống gây biểu hiện lâm sàng như đau, liệt, hoặc các bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Ở Việt Nam, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, trong đó phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ nhân tạo (TDR) là phương pháp hiệu quả đối với các trường hợp thoát vị chưa có biểu hiện chèn ép gây tổn thương tuỷ cổ nặng, các khối thoát vị gây chèn ép rễ, chưa mất vững cột sống, góp phần duy trì được biên độ vận động của cột sống cổ, hạn chế hội chứng liên kề.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm (TDR) nhân tạo tại khoa Phẫu thuật Cột sống – bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2023 – tháng 1/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (TDR).

Lâm sàng: có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc hội chứng chèn ép tuỷ mức độ nhẹ và trung bình theo thang điểm mJOA. Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực trong 6 tuần không đáp ứng hoặc triệu chứng nặng lên.

Chẩn đoán hình ảnh: Không có hình ảnh mất vững cột sống trên Xquang cúi, ưỡn. Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn tầng trên MRI tương ứng trên lâm sàng, không có hình ảnh tổn thương tuỷ ngang mức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, chống chỉ định gây mê (suy tim nặng, bệnh phổi nặng,...)

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống cổ, đau tay theo thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, NDI, JOA trước và sau phẫu thuật... Trên cộng hưởng từ đánh giá vị trí, mức độ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu

tương nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ %
<40	17	29,3
Từ 40-59	28	48,3
≥60	13	22,4
Tổng	58	100
Mean ± SD	43,2 ± 8,21	
Min - Max	32 - 70	

Bảng 3.2. Phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ %
Nam	21	36,2
Nữ	37	63,8

Nhận xét: BN thuộc nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 28/58 BN (48,3%)

Độ tuổi trung bình là 43,2 ± 8,21. BN nhỏ tuổi nhất là 32, lớn tuổi nhất là 70

Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (63,8%)

3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm trên Xquang

Bảng 3.3. Đặc điểm trên Xquang của đối tượng nghiên cứu

Hình ảnh	Số lượng NB (n=58)	Tỷ lệ %
Mất đường cong sinh lý	28	48,3
Hẹp khe gian đốt	31	53,4
Gai xương phía trước đốt sống	19	32,8
Mất vững cột sống cổ	0	0

Nhận xét: - Không có bệnh nhân nào có biểu hiện mất vững cột sống cổ

- Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện thoái hoá cột sống cổ trên Xquang gồm có: mất đường cong sinh lý (48,3%), hẹp khe gian đốt (53,4%), gai xương phía trước đốt sống (32,8%).

3.2.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ (MRI)

Bảng 3.4. Số tầng thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trên T2W

Số tầng thoát vị	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ %
1 tầng	34	58,6
2 tầng	18	31,0
3 tầng	6	10,4
Tổng	58	100

Nhận xét: Trong số 58 bệnh nhân nghiên cứu, chủ yếu là thoát vị đĩa đệm 1 tầng chiếm 58,6%.

Bảng 3.5. Các biểu hiện trên lát cắt ngang T2W

Hướng thoát vị	Số lượng (n=88)	Tỷ lệ %
Thoát vị trung tâm	26	29,5
Thoát vị trung tâm lệch bên	48	54,5
Thoát vị bên	14	16,0
Tổng	88	100

Nhận xét: Thoát vị thể trung tâm lệch bên chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,5%.

Bảng 3.6. Các biểu hiện trên lát cắt dọc T2W

Vị trí tầng thoát vị	Số lượng (n=88)	Tỷ lệ %
C2-3	0	0
C3-4	6	6,8
C4-5	22	25,0
C5-6	50	56,8
C6-7	10	11,4
Tổng	88	100

Nhận xét: Thoát vị đĩa đệm xảy ra nhiều nhất ở vị trí C5-6 với 56,8%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.7. Số tầng thay đĩa đệm nhân tạo

Số tầng thoát vị	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ %
1 tầng	39	67,2
2 tầng	16	27,6
3 tầng	3	5,2
Tổng	58	100

Bảng 3.8. Thời gian và lượng máu mất trong mổ

	Mean ± SD
Thời gian mổ (phút)	62,26 ± 15,24
Lượng máu mất trong mổ (ml)	82,28 ± 29,24

Bảng 3.9. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian	Mean ± SD
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	5,12 ± 1,01

Bảng 3.10. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Số lượng (n=58)
Tổn thương thực quản, khí quản	0
Tổn thương mạch máu lớn	0
Tổn thương thần kinh thanh quản	1
Rách màng cứng	0

Nhận xét: Trong số 58 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo 1 tầng chiếm 67,2%, thời gian mổ trung bình là 62,26 ± 15,24 phút, lượng máu mất trung bình là 82,28 ± 29,24 ml, chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản, thời gian nằm viện trung bình 5,12 ± 1,01 ngày.

3.4. Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Thang điểm VAS trước và sau mổ

Bảng 3.11. So sánh thang điểm VAS trước và sau mổ

VAS	Mean ± SD	
	Cổ	Tay
Trước mổ	6,24 ± 2,11	6,12 ± 2,21
Sau mổ 1 tháng	3,12 ± 1,34	2,68 ± 1,11
Sau mổ 6 tháng	2,17 ± 0,83	2,12 ± 0,48
P	< 0,001	< 0,001

Nhận xét: Điểm VAS của cột sống cổ và tay đều giảm đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,001.

3.4.2. Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ (NDI) trước và sau mổ

Bảng 3.12. So sánh thang điểm NDI trước và sau mổ

Điểm NDI (%)	Mean ± SD
Trước mổ	61,8% ± 12,2%
Sau mổ 1 tháng	22,2% ± 8,8%
Sau mổ 6 tháng	14,6% ± 10,1%
P	< 0,001

Nhận xét: Mức độ giảm chức năng cột sống cổ theo NDI của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,001.

3.4.3. Mức độ tổn thương tuỷ trước và sau mổ theo mJOA

Bảng 3.13. So sánh thang điểm mJOA trước và sau mổ

Điểm mJOA	Mean ± SD
Trước mổ	13,9 ± 2,1
Sau mổ 1 tháng	14,6 ± 1,8
Sau mổ 6 tháng	15,1 ± 1,4
P	< 0,05

Nhận xét: Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,05.

3.4.4. Đánh giá mức độ cải thiện tầm vận động trên Xquang

Bảng 3.14. So sánh biên độ vận động cột sống cổ trước và sau mổ

ROM	Mean ± SD	
	Tầm vận động toàn bộ cột sống	Tầm vận động đơn vị cột sống chức năng
Trước mổ	42,1 ± 6,4	12,2 ± 2,6
Sau mổ 6 tháng	53,9 ± 5,2	17,4 ± 3,6
P	< 0,05	< 0,05

Nhận xét: Biên độ vận động cột sống cổ các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,05

3.4.5. Đánh giá biến chứng sau mổ

Bảng 3.15. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng (n=58)	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Nói khàn	1	1,7
Giọng đôi	0	0
Di lệch đĩa đệm nhân tạo	0	0
Tổn thương tầng liên kế	2	3,4
Nuốt vướng	1	1,7

Nhận xét: 58 bệnh nhân sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân nói khàn và 1 bệnh nhân nuốt vướng chiếm 1,7%, 2 bệnh nhân tổn thương tầng liên kề chiếm 3,4%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 58 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo 1 tầng chiếm 67,2%, thời gian mổ trung bình là $62,26 \pm 15,24$ phút, lượng máu mất trung bình là $82,28 \pm 29,24$ ml, chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản, 1 bệnh nhân nói khàn và 1 bệnh nhân nuốt vướng chiếm 1,7%, thời gian nằm viện trung bình $5,12 \pm 1,01$ ngày. Trong nghiên cứu của Bolong Zheng, Dingjun Hao⁶ và cộng sự trên 2 nhóm gồm: nhóm I gồm 64 bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR), và nhóm II gồm 81 bệnh nhân thay đĩa ghép xương, cố định cột sống cổ trước (ACDF) từ tháng 1/2006 đến 1/2009 được theo dõi 8 năm đã chỉ ra ở nhóm TDR có thời gian phẫu thuật trung bình là $69,4 \pm 19,3$ phút, lượng máu mất trung bình là $70,7 \pm 18,6$ ml, có 5 bệnh nhân khàn giọng và 8 bệnh nhân khó nuốt nhưng khỏi sau 2 tuần. Theo Kim H.K⁷ và cộng sự khi thay 71 đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ cho 52 bệnh nhân có thời gian nằm viện trung bình là 3,9 ngày (2-14 ngày).

Điểm VAS của cột sống cổ và tay đều giảm đáng kể sau mổ 1 tháng là $3,12 \pm 1,34$ và $2,68 \pm 1,11$, sau mổ 6 tháng là $2,17 \pm 0,83$ và $2,12 \pm 0,48$ so với trước mổ là $6,24 \pm 2,11$ và $6,12 \pm 2,21$ với độ tin cậy $P < 0,001$. Trong nghiên cứu của Bolong Zheng, Dingjun Hao⁶ và cộng sự cũng chỉ ra ở nhóm bệnh nhân thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ mức độ đau giảm đáng kể so với trước mổ và giảm rõ rệt hơn so với nhóm ACDF ($P < 0,05$).

Mức độ giảm chức năng cột sống cổ theo NDI của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là $22,2\% \pm 8,8\%$ và 6 tháng là $14,6\% \pm 10,1\%$ so với trước mổ $61,8\% \pm 12,2\%$ với độ tin cậy $P < 0,001$. Trong nghiên cứu của Hoàng Gia Du⁴, chỉ số NDI trước mổ là $61,23\% \pm 12,84\%$ giảm đáng kể xuống còn $7,32\% \pm 13,63\%$ sau mổ 6 tháng.

Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là $14,6 \pm 1,8$ và 6 tháng là $15,1 \pm 1,4$ so với trước mổ $13,9 \pm 2,1$ với độ tin cậy $P < 0,05$. Theo Nguyễn Văn Thạch¹ và cộng sự khi thay đĩa đệm cột sống cổ cho 22 bệnh nhân có tỉ lệ hồi phục hồi chứng chèn ép tuỷ cổ ở mức tốt và rất tốt

chiếm 80%.

Biên độ vận động cột sống cổ các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy $P < 0,05$ và chỉ có 2 bệnh nhân tổn thương tầng liên kề chiếm 3,4%. Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR) giúp lấy đi nhân nhày, đĩa đệm thoát vị, các mỏ xương thoái hoá, tái tạo lại chiều cao khoang gian đốt. Đặc biệt, cấu tạo khớp của các đĩa đệm nhân tạo giúp đảm bảo chức năng vận động của đĩa đệm cũ. Chính vì vậy, phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp có ưu thế hơn hẳn so với các phương pháp phẫu thuật khác, giúp biên độ cột sống cổ được cải thiện một cách rõ rệt. Một nghiên cứu của Kim S.W.⁷ và cộng sự phân tích so sánh giữa 2 nhóm phẫu thuật hàn xương liên thân đốt và dùng đĩa đệm nhân tạo có khớp Bryan cho thấy sự cải thiện khác biệt về biên độ vận động tại tất cả các vị trí: đơn vị cột sống chức năng, cột sống cổ toàn bộ, tầng liên kề. Đồng thời, tác giả cũng cho thấy sau mổ lấy đĩa đệm hàn xương liên thân đốt (ACDF) có biểu hiện bệnh lý đốt sống liên kề nhiều gấp 3,5 lần so với sau can thiệp thay đĩa đệm nhân tạo có khớp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thạch (2011). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 381(1): 12-5.
2. Wood G. W. (1992). Cervical Disc Disease. In: Campbell Operative Orthopaedics, Elsevier: 3739 – 53.
3. Rozankovic M, Marasanov SM, Vukic M. Cervical Disk Replacement With Discover Versus Fusion in a Single – Level Cervical Disk Disease: A Prospective Single – Center Randomized Trial With a Minimum 2-Year Follow-up. Clin Spine Surg. 2017;30(5): E515-E522.
4. Hoàng Gia Du (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Tạp chí Y học Việt Nam.
5. Panjabi MM, White AA. Basic biomechanics of the spine. Neurosurgery. 1980;7(1):76-93.
6. Bolong Zheng, Dingjun Hao, Hua Guo, Baorong He. ACDF and TDR for patients with cervical spondylosis – an 8 year follow up study. BMC Surgery: 113 (2017).
7. Kim HK, Kim MH, Cho DS, Kim SH. Surgical outcome of cervical arthroplasty using bryan(r). J Korean Neurosurg Soc. 2009; 46(6):532-537.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lâm Văn Nút¹, Huỳnh Thanh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch chậu mạn tính. Xác định các đặc điểm tổn thương động mạch trên hình ảnh cắt lớp điện toán mạch máu ảnh hưởng đến kết quả can thiệp. **Phương pháp:** Hồi cứu các bệnh án, chọn các trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu và ghi đầy đủ các số liệu trên hồ sơ vào phiếu thu thập số liệu. Thu thập các thông tin hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong lúc can thiệp, giai đoạn hậu phẫu và các biến chứng của can thiệp. Thu thập thông tin khi bệnh nhân tái khám sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, ghi nhận các thông tin: cải thiện lâm sàng và ABI. **Kết quả:** Tổng số có 41 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó có 32 bệnh nhân được can thiệp 1 chân, 9 bệnh nhân được can thiệp 2 chân cùng lúc, tổng số có 50 động mạch chậu được can thiệp. Bệnh gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi: 40-88, tuổi trung bình là $67,4 \pm 11,0$. Số người tăng dần và đạt đỉnh ở lứa tuổi 70-79 tuổi, sau đó giảm dần. Trong tổng số 41 bệnh nhân, có 5 nữ (chiếm 12%) và 36 nam (chiếm 88%). Tỷ lệ nam/nữ = 7,2/1. Hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa lipid máu và tăng huyết áp là các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với các tỉ lệ lần lượt là 90,2%, 78,1% và 63,4%, đặc biệt có 5 trường hợp (12,2%) vừa bệnh động mạch ngoại biên, vừa bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não. Trong nghiên cứu, 13 trường hợp có vấn đề về tim mạch (31,7%), 12 trường hợp bệnh lý về phổi (29,3%), 7 trường hợp bệnh thận mạn (17,1%). Đa số các tổn thương xếp loại TASC A và B (66%), là các tổn thương thích hợp cho điều trị can thiệp nội mạch. Còn lại là tổn thương thương TASC C (8%) và D (28%). Sau can thiệp, 88% chân đã giảm đau so với trước, 96% chân ấm hơn trước. Sau can thiệp động mạch chậu, giá trị ABI trung bình là $0,66 \pm 0,29$ so với ABI trước can thiệp là $0,36 \pm 0,31$. Sự cải thiện ABI trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với phép kiểm t-test bất cặp có $p < 0,001$. Với định nghĩa thành công về huyết động được đánh giá bằng việc cải thiện giá trị ABI so với trước mổ $> 0,10$, lỗ nghiên cứu của chúng tôi đạt 80% trường hợp thành công. Trong 50 động mạch can thiệp có 48 trường hợp thành công, không có biến chứng, đạt 96%. **Kết luận:** Kết quả tức thì đánh giá ngay sau can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh lý tắc hẹp động mạch chậu mạn tính: thành công về kỹ thuật đạt 100%, tỉ lệ biến chứng là 4%, thành công về huyết động đạt 80%. Phương pháp có tỉ lệ thành công khá cao và khá an

toàn khi áp dụng tại Việt Nam. Theo dõi bệnh nhân sau 1 năm, thu được các kết quả khá khả quan: tỉ lệ lưu thông đều đạt 98%, thành công về lâm sàng đạt 95%, thành công về huyết động đạt 94%. Hiệu quả của phương pháp can thiệp mạch đem lại rất tốt, tương tự trên thế giới. Do đó có thể áp dụng tốt phương pháp này ở nước ta. **Từ khóa:** Tắc hẹp động mạch chậu mạn tính, Bệnh lý thiếu máu mạn tính chi dưới, Phương pháp can thiệp nội mạch.

SUMMARY

EVALUATING EARLY RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC ILIAC ARTERY STENOSIS

Research objective: Evaluate the results of early endovascular intervention in the treatment of chronic iliac artery stenosis. Determine the characteristics of arterial lesions on computed tomography angiography images that affect the results of intervention. **Method:** Retrospectively sampling criteria and record all data on the records in the data collection form. Collect administrative, clinical, and paraclinical information before, during the intervention, the postoperative period, and complications of the intervention. Collect information when the patient review medical records, select cases that meet re-examines 1 month and 3 months after the intervention, 6 months, 1 year, recorded information: clinical improvement and ABI. **Result:** A total of 41 patients meeting the sampling criteria were included in our study. Of these, 32 patients received intervention in 1 leg, 9 patients received intervention in 2 legs at the same time, a total of 50 iliac arteries were intervened. The disease occurs in middle-aged and elderly people: 40-88, average age is 67.4 ± 11.0 . The number of people gradually increased and peaked at the age of 70-79 years old, then gradually decreased. Of the total 41 patients, there were 5 women (accounting for 12%) and 36 men (accounting for 88%). Male/female ratio = 7.2/1. Smoking, lipid metabolism disorders and hypertension are the most common risk factors with rates of 90.2%, 78.1% and 63.4% respectively, especially in 5 cases. combination (12.2%) of both peripheral artery disease, coronary artery disease and cerebrovascular disease. In the study, 13 cases had cardiovascular problems (31.7%), 12 cases of lung disease (29.3%), 7 cases of chronic kidney disease (17.1%). The majority of lesions were classified as TASC A and B (66%), which are suitable lesions for endovascular treatment. The remaining are TASC C (8%) and D (28%) lesions. After intervention, 88% of legs had less pain compared to before, 96% of legs were warmer than before. After iliac artery intervention, the average ABI value was 0.66 ± 0.29 compared to pre-intervention ABI of 0.36 ± 0.31 . The improvement in ABI before and after intervention was statistically significant with a paired t-test of $p <$

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024