

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

Lâm Văn Nút<sup>1</sup>, Huỳnh Thanh Sơn<sup>1</sup>

### 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  $67.4 \pm 11.0$ . 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  $0.66 \pm 0.29$  compared to pre-intervention ABI of  $0.36 \pm 0.31$ . The improvement in ABI before and after intervention was statistically significant with a paired t-test of  $p <$

<sup>1</sup>Bệnh 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

0.001. With the definition of hemodynamic success assessed by improving the ABI value compared to preoperative value  $> 0.10$ , our study group achieved 80% of successful cases. Of the 50 interventional arteries, 48 cases were successful, with no complications, reaching 96%. **Conclude:** Immediate results evaluated immediately after endovascular intervention in the treatment of chronic iliac artery stenosis: technical success reached 100%, complication rate was 4%, hemodynamic success reached 80%. The method has a fairly high success rate and is quite safe when applied in Vietnam. Following up the patient after 1 year, quite positive results were obtained: head circulation rate reached 98%, clinical success reached 95%, hemodynamic success reached 94%. The effectiveness of vascular intervention is very good, similar to that in the world. Therefore, this method can be well applied in our country.

**Keywords:** Chronic iliac artery stenosis, Chronic lower limb anemia, Endovascular intervention method.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch ngoại biên mạn tính, theo Viện Sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ (NIH) là bệnh lý do các mảng xơ vữa hình thành trong lòng mạch máu. Bệnh có thể gây giảm tưới máu não, thận, dạ dày hoặc chi trên, nhưng vị trí thường bị ảnh hưởng nhất chính là hai chi dưới [4]. Trong khuôn khổ nghiên cứu này, chúng tôi chỉ nhấn mạnh đến bệnh lý thiếu máu mạn tính chi dưới (BLTMMTCĐ) do tắc hẹp động mạch chậu mạn tính (THĐMCMT).

Nửa đầu thế kỷ XX trở về trước, phương pháp điều trị tắc hẹp động mạch chậu mạn tính (THĐMCMT) chủ yếu là phẫu thuật bắc cầu mạch máu với mảnh ghép tự thân hoặc nhân tạo. Phương pháp này có tỉ lệ thành công 74-95 %, tuy nhiên thời gian mổ kéo dài, tỉ lệ biến chứng cao, hậu phẫu nặng nề, nhất là đối với những bệnh nhân lớn tuổi, nguy cơ phẫu thuật cao.[7]

Thời gian gần đây, phương pháp can thiệp nội mạch đã phát triển và thay thế dần phương pháp mổ mở truyền thống. Từ khi áp dụng các biện pháp như nong mạch máu bằng bóng, đặt stent nội mạch động mạch chủ chậu... đã có nhiều nghiên cứu và báo cáo trên khắp thế giới đánh giá kết quả của phương pháp này và cho thấy những ưu điểm vượt trội hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống. Ở Việt Nam, từ đầu những năm 2010 đã có nhiều trung tâm bắt đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị THĐMCMT, nhưng chỉ là những báo cáo đơn lẻ, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả phương pháp này mang lại.

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy đã từng bước áp dụng các kỹ thuật can thiệp nội mạch gồm tạo hình động mạch bằng bóng và đặt stent nội

mạch trong điều trị THĐMCMT vào năm 2012, bước đầu thu được những kết quả khả quan. Chúng tôi đã đặt ra câu hỏi nghiên cứu: "*Phương pháp can thiệp nội mạch động mạch chậu có thể áp dụng tại Việt Nam hay không?*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán THĐMCMT do xơ vữa động mạch và được điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2013 – 5/2015

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân THĐMCMT được điều trị can thiệp nội mạch động mạch chậu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân THĐMCMT được điều trị can thiệp nội mạch đoạn động mạch dưới cung đùi phổi hợp. Bệnh nhân THĐMCMT được điều trị mổ mở bắc cầu động mạch kết hợp can thiệp nội mạch.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu các trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

**Phương pháp nghiên cứu:** 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.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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.

### 3.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu

**Tuổi:** gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi: 40-88, tuổi trung bình là  $67,4 \pm 11,0$ .

**Giới:** số người tăng dần và đạt đỉnh ở lứa tuổi 70-79 tuổi, sau đó giảm dần.

**Đặc điểm bệnh lý THĐMCMT:** Trong những bệnh nhân hẹp động mạch cảnh được đưa vào nghiên cứu thì tuổi (nam  $\geq 55$ ; nữ  $\geq 65$ ), tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa lipid máu, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 100%, 70%, 66,7%, 53,3%, 26,7%, chỉ có yếu tố nguy cơ đái tháo đường chiếm tỉ lệ thấp là 26,7%.

### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị trước xuất viện

Thành công về kỹ thuật: với định nghĩa thành công về kỹ thuật được đánh giá trong mô

với các tiêu chí: kết thúc can thiệp thành công và hẹp tồn lưu sau can thiệp  $\leq 30\%$ , lô nghiên cứu của chúng tôi đạt 100% thành công.

Sau can thiệp, 88% chân đã giảm đau so với trước, 96% chân ấm hơn trước. Khám mạch máu ghi nhận 100% đã bắt được động mạch đùi, 70% bắt được mạch khoeo, 34% bắt được mạch mu chân, 42% bắt được chày sau (so với trước can thiệp, các tỉ lệ này lần lượt là 68%, 12%, 6% và 6%).

#### Kết quả đo ABI sau can thiệp:

**Bảng 3.1. Giá trị ABI sau can thiệp (ABI-1)**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	t-test
ABI-0	0,36 (0,00 – 0,98)	0,31	p <
ABI-1	0,66 (0,00 – 1,11)	0,29	0,001

**Nhận xét:** Sau can thiệp động mạch chày, 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 bắt 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, lô nghiên cứu của chúng tôi đạt 80% trường hợp thành công.

### 3.3. Các đặc điểm tổn thương động mạch trên CTA ảnh hưởng đến kết quả can thiệp

**Bảng 3.2. Môi liên quan giữa phân loại TASC và thời gian thực hiện**

	Thời gian thực hiện			ANOVA
	Trung bình (phút)	Độ lệch chuẩn	n	
Phân loại TASC				p = 0,2564
TASC A	71	32	21	
TASC B	91	28	11	
TASC C	95	37	4	
TASC D	90	42	14	
Phân loại A và BCD				p = 0,0435
TASC A	71	32	21	
TASC BCD	91	36	29	

**Nhận xét:** Trong các phân loại TASC, những tổn thương TASC A có thời gian thực hiện nhanh nhất với 71 phút, những tổn thương còn lại đều có thời gian thực hiện trên 90 phút.

**Bảng 3.3. Môi liên quan giữa phân loại TASC và ABI sau can thiệp**

Phân loại TASC	ABI			ANOVA
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	n	
	ABI-1			p = 0,8233
TASC A	0,71	0,31	21	
TASC B	0,61	0,31	11	
TASC C	0.62	0.42	4	

TASC D	0,66	0,19	14	p = 0,8520
	ABI-2			
TASC A	0,84	0,22	21	
TASC B	0,81	0,16	10	
TASC C	0,77	0,14	4	
TASC D	0,80	0,14	14	

**Nhận xét:** Sau can thiệp tại thời điểm trước xuất viện và sau 1 năm theo dõi, kết quả ABI của phân loại TASC A đều cải thiện nhiều nhất, các phân loại TASC còn lại cũng có cải thiện nhưng không bằng. Tuy nhiên, sự chênh lệch về ABI sau can thiệp giữa các phân loại TASC không có ý nghĩa thống kê với phép kiểm ANOVA có p > 0,05.

**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa động mạch can thiệp và ABI sau can thiệp**

Động mạch can thiệp	ABI			ANOVA
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	n	
	ABI-1			p = 0,0049
Chậu chung	0,85	0,21	15	
Chậu ngoài	0,67	0,24	10	
Chậu chung + chậu ngoài	0,55	0,29	25	
	ABI-2			p = 0,0029
Chậu chung	0,94	0,15	15	
Chậu ngoài	0,78	0,20	10	
Chậu chung + chậu ngoài	0,75	0,15	24	

**Nhận xét:** Giá trị ABI ở những trường hợp sau can thiệp động mạch chày chung cao hơn 0,30 so với những trường hợp can thiệp cả động mạch chày chung và chày ngoài tại thời điểm trước xuất viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm ANOVA có p = 0,005; và cao hơn 0,19 tại thời điểm 1 năm sau can thiệp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm ANOVA có p = 0,004.

**Bảng 3.5. Hệ số tương quan giữa chiều dài tổn thương và ABI**

Chiều dài tổn thương	ABI-1	ABI-2
Hệ số tương quan (R)	0,0560	- 0,0542
p	0,6991	0,7114

**Nhận xét:** Hệ số tương quan giữa chiều dài tổn thương và ABI sau can thiệp là 0,0560 (giá trị p = 0,6991), giữa chiều dài tổn thương và ABI sau 1 năm là - 0,0542 (giá trị p = 0,7114). Như vậy sự tương quan này rất yếu và không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.6. Môi liên quan giữa tổn thương hẹp/tắc và ABI sau can thiệp**

Tổn thương hẹp/tắc	ABI			t-test
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	n	
ABI-1				p = 0,3680

Hẹp	0,69	0,29	36	p = 0,2646
Tắc hoàn toàn	0,61	0,28	14	
ABI-2				
Hẹp	0,83	0,17	35	
Tắc hoàn toàn	0,77	0,19	14	

**Nhận xét:** Giá trị ABI ở những trường hợp sau can thiệp động mạch chậu bị hẹp cao hơn so với động mạch chậu tắc hoàn toàn, tuy nhiên sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê với phép kiểm t-test có  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa tổn thương mạch máu hạ lưu và ABI sau can thiệp**

Tổn thương mạch máu hạ lưu	ABI			t-test
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	n	
ABI-1				p < 0,001
Có	0,52	0,26	29	
Không	0,87	0,17	21	
ABI-2				p < 0,001
Có	0,72	0,15	28	
Không	0,93	0,14	21	

**Nhận xét:** Sau can thiệp, ABI của những bệnh nhân không tổn thương mạch máu hạ lưu cao hơn so với những bệnh nhân có tổn thương mạch máu hạ lưu. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm t-test có  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Theo hướng dẫn của Hiệp hội Điện quang can thiệp và tim mạch Châu Âu về điều trị can thiệp nội mạch bệnh lý tắc động mạch chủ chậu, kết quả tức thì được định nghĩa từ ngày 1 đến ngày 30 sau can thiệp, kết quả sớm từ ngày 30 đến 12 tháng sau can thiệp, kết quả dài hạn là trên 1 năm sau can thiệp [5].

Đánh giá lâm sàng trước khi xuất viện trong lô nghiên cứu rất khả quan với 88% chân can thiệp đã giảm đau và 96% chân ấm hơn so với trước mổ, 100% đã bắt được động mạch đùi. Hai triệu chứng lâm sàng quan trọng và có ý nghĩa trong việc theo dõi tình trạng tưới máu chi ngay sau mổ chính là giảm đau chân và chân ấm, vì nó không chỉ thể hiện sự cải thiện tưới máu mà còn giúp bệnh nhân an tâm hơn về tình trạng chân của mình.

Thời gian thực hiện trung bình là 83 phút. Cụ thể hơn, đối với tổn thương TASC A mất 71 phút, TASC B mất 91 phút, TASC C mất 95 phút, TASC D mất 90 phút. Giữa các loại tổn thương khác nhau về thời gian thực hiện không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên giữa nhóm A và 3 nhóm còn lại (B, C, D) có sự khác biệt về thời gian thực hiện có ý nghĩa thống kê (71 phút so với 91 phút,  $p = 0,0435$ ). So với Ichihashi, thời gian thực hiện các loại tổn thương lần lượt là 98 phút,

124 phút, 152 phút và 183 phút [3].

Giá trị ABI trung bình ngay sau mổ đạt cao nhất khi can thiệp ở động mạch chậu chung (0,85), giảm dần ở động mạch chậu ngoài (0,67) và thấp nhất khi can thiệp ở cả động mạch chậu chung và chậu ngoài (0,55). Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,0049$ .

Những tổn thương hẹp mạch máu luôn có ABI sau can thiệp cao hơn so với những tổn thương tắc hoàn toàn. Tuy nhiên sự chênh lệch này không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Khoảng 58% trường hợp có tổn thương mạch máu hạ lưu. Những bệnh nhân này có ABI sau can thiệp tại thời điểm trước xuất viện và sau 1 năm lần lượt là 0,52 và 0,72, trong khi những trường hợp không tổn thương mạch máu hạ lưu có ABI lần lượt là 0,87 và 0,93. Sự chênh lệch về ABI giữa có và không tổn thương mạch máu đoạn xa có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### V. 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, chúng tôi thu được các kết quả khá khả quan: tỉ lệ lưu thông thì đầu đạt 98%, thành công về lâm sàng đạt 95%, thành công về huyết động đạt 94%. Do đó có thể áp dụng tốt phương pháp này ở nước ta.

Những đặc điểm tổn thương động mạch trên CTA có ảnh hưởng đến kết quả can thiệp: đánh giá phân loại theo TASC II (TASC A có thời gian thực hiện ngắn hơn so với TASC B, C, D), vị trí động mạch tổn thương (động mạch chậu chung sẽ có kết quả tốt hơn so với động mạch chậu ngoài hoặc lan tỏa từ động mạch chậu chung đến chậu ngoài) và có tổn thương mạch máu hạ lưu kèm theo sẽ có tiên lượng kém hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Danh Vĩnh (2012), "Kết quả ban đầu can thiệp nội mạch trong tái thông hẹp tắc mạn tính động mạch chậu", Tạp chí Điện quang Việt Nam, 8(4), tr. 269-275.
- Diehm N., Baumgartner I., Jaff M., Do D.-D., Minar E., Schmidli J., et al. (2007), "A call for uniform reporting standards in studies assessing endovascular
- Ichihashi S., Higashiura W., Itoh H., Sakaguchi S., Nishimine K. & Kichikawa K. (2011), "Long-term outcomes for systematic primary stent placement in complex 4. Gary GF. The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy TrialSurgical Results in 1415

- Patients. Stroke. 1999;30:p.1751-175.
4. **NIH** (2011), Peripheral Arterial Disease, from <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/pad/>
  5. **Rossi M. & Iezzi R.** (2014), "Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe Guidelines on Endovascular Treatment in Aortoiliac Arterial
  6. **Senti M., Nogues X., Pedro-Botet J., Rubies-Prat J. & Vidal-Barraquer F.** (1992), "Lipoprotein profile in men with peripheral vascular disease. Role of intermediate density lipoproteins and apoprotein E phenotypes", Circulation, 85(1), pp. 30-36.
  7. **Sixt S., Alawied A. K., Rastan A., Schwarzwald U., Kleim M., Noory E., et al.** (2008), "Acute and long-term outcome of Endovascular therapy for Aortoiliac occlusive lesions stratified according to the TASC classification: A single-center experience", Journal of Endovascular Therapy, 15(4), pp. 408-416.
  8. **Soga Y., Iida O., Kawasaki D., Yamauchi Y., Suzuki K., Hirano K., et al.** (2012), "Contemporary outcomes after endovascular treatment for aorto-iliac artery disease", Circ J., 76(11), pp. 2697-2704.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Hải Nam<sup>1</sup>, Lô Quang Nhật<sup>1</sup>, Nguyễn Điện Thành Hiệp<sup>2</sup>,  
Trần Việt Hảo<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay (ĐTXCT) bằng nẹp khoá tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc trên 49 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật mở và cố định bằng nẹp khoá trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. Có 24 nam và 25 nữ với độ tuổi trung bình là 55 tuổi trong đó có 20 BN trên 60 tuổi. **Kết quả:** Phân loại Neer theo nhóm gãy: nhóm III chiếm 20,4%, nhóm IV chiếm 69,4%, nhóm V chiếm 4,1%, nhóm VI chiếm 6,1%. Kết quả chức năng được đánh giá cho từng bệnh nhân bằng cách sử dụng thang điểm Neer. Thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng. Kết quả tốt ở 29 bệnh nhân (59,2%), khá ở 19 bệnh nhân (38,8%), trung bình ở 1 bệnh nhân (2%) không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Trong quá trình theo dõi không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, hoại tử chỏm hay không liền xương. **Từ khóa:** Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp khoá.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL HUMERUS FRACTURES USING LOCKING PLATES

**Objectives:** Evaluate the results of treatment of closed proximal humerus fractures using locking plate at 108 Central Military Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 49 patients who underwent open reduction and internal fixation with PHILOS plate between January 2021 and December

2023. There were 24 men and 25 women with a mean age of 55 years. There were 20 patients in the age group of > 60 years. **Result:** Neer classification by fracture group: Group III accounted for 20.4%, Group IV for 69.4%, Group V for 4.1% and Group VI for 6.1%. Functional evaluation of the shoulder at final follow-up was done using Neer Shoulder Score. The mean follow-up period was 18 months. The results were good in 29 patients (59.2%), fair in 19 patients (38.8%), average in 1 patient (2%), and no patients had poor results. During the follow-up, no cases of infection, avascular necrosis or nonunion were noted.

**Keywords:** Proximal humeral fractures, locking plates.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay là một gãy xương thường gặp chiếm tỷ lệ 4-5% tất cả các loại gãy xương. Cơ chế thường gặp là do ngã đập vùng vai xuống nền cứng. Gãy ĐTXCT thường gặp ở người cao tuổi do chất lượng xương kém, tuy nhiên bệnh cũng có thể gặp ở người trẻ với lực chấn thương mạnh. Phân loại gãy ĐTXCT theo Neer đang được áp dụng phổ biến. Khoảng 80-85% các trường hợp gãy xương này không di lệch hoặc di lệch ít và có thể điều trị bảo tồn. Đối với các trường hợp di lệch nhiều, không vững thì bệnh nhân cần được phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật được sử dụng: xuyên đinh Kirschner, đinh nội tủy, nẹp vít, thay khớp vai bán phần... Mỗi kỹ thuật đều có ưu nhược điểm khác nhau và được ứng dụng cho từng bệnh nhân trên lâm sàng. Tuy nhiên kết hợp xương bằng nẹp khoá là phương pháp có nhiều ưu điểm và mang lại kết quả điều trị tốt. Nẹp khoá giúp ổ gãy được cố định vững chắc, bảo vệ các mạch máu nuôi dưỡng xương tối đa giúp xương nhanh liền hơn, giữ cố định góc

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024