

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balagué F, Mannion AF, Pellisé F et al** (2012). Non-specific low back pain. *Lancet* (London, England) 379:482-491.
2. **Nakashima H, Kawakami N, Tsuji T et al** (2015). Adjacent segment disease after posterior lumbar interbody fusion: Based on cases with a minimum of 10 years of follow-up. *Spine* (Phila Pa 1976) 40: 831-841.
3. **Qian J, Bao Z, Li X et al** (2016). Short-term therapeutic efficacy of the isobar TTL Dynamic internal fixation system for the treatment of lumbar degenerative disc diseases. *Pain Physician* 19: 853-861.
4. **Fairbank JC, Pynsent PB** (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine* (Phila Pa 1976) 25:2940-2952.
5. **Markwalder T-M, Wenger M** (2002). Adjacent-segment morbidity. *J Neurosurg* 96: 139-140.
6. **Park P, Garton HJ, Gala VC et al** (2004). Adjacent segment disease after lumbar or lumbosacral fusion: review of the literature. *Spine* (Phila Pa 1976) 29: 1938-1944.
7. **Highsmith JM, Tumialán LM, Rodts GEJ** (2007). Flexible rods and the case for dynamic stabilization. *Neurosurg Focus* 22: 11.
8. **Urrutia J, Besa P, Campos M et al** (2016). The Pfirrmann classification of lumbar intervertebral disc degeneration: An independent inter- and intra- observer agreement assessment. *Eur Spine J* 25: 2728-2733.
9. **Li Z, Li F, Yu S et al** (2013). Two-year follow-up results of the Isobar TTL Semi-Rigid Rod System for the treatment of lumbar degenerative disease. *J Clin Neurosci* 20: 394-399.
10. **Hrabálek L, Wanek T, Adamus M** (2011). Treatment of degenerative spondylolisthesis of the lumbosacral spine by decompression and dynamic transpedicular stabilisation. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 78: 431-436.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU - ĐÙI MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT HYBRID

Trần Minh Bảo Luân^{1,2}, Phạm Hưng¹, Lâm Văn Nút³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật hybrid điều trị tắc động mạch chậu - đùi mạn tính. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ 08/2018 đến 02/2022, có 31 bệnh nhân được điều trị tắc động mạch chậu-đùi bằng phẫu thuật Hybrid. Tuổi trung bình là $69,2 \pm 8,2$ (56 – 86); nam 29 trường hợp (94%), nữ 2 trường hợp (6%); Đa số bệnh nhân có tình trạng thiếu máu mạn tính đe dọa chi bao gồm đau khi nghỉ, loét hay hoại tử, tương ứng các giai đoạn Rutherford 4, 5 và 6. Tổn thương ĐM chậu chung và chậu ngoài 74,1%, tổn thương ĐM đùi nông 48,4% trường hợp; TASC C 26% và TASC D 74%. Phẫu thuật Hybrid: Phẫu thuật bóc nội mạc ± tạo hình ĐM đùi 100%, can thiệp ĐM chậu: 2 trường hợp (6,5%) bóng đơn thuần, 29 trường hợp (93,5%) bóng và stent; can thiệp 8/15 tổn thương ĐM đùi nông kèm theo. Thời gian phẫu thuật trung bình $214,8 \pm 81,5$ phút. Biến chứng: 2 trường hợp tắc mạch sau mổ, 3 trường hợp suy thận cấp và 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa sau mổ, 2 trường hợp tử vong sau phẫu thuật do nhồi máu cơ tim. Thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu đạt 100%. Sau 1 năm: 77% thành công về mặt lâm sàng, 80,8% thành công về huyết động, tỷ

lệ lưu thông thì đầu 85,2%; 2 trường hợp tử vong sau 1 năm do đột quỵ và viêm phổi. **Kết luận:** Phẫu thuật hybrid điều trị hẹp tắc động mạch chậu - đùi mạn tính: thành công cao về mặt kỹ thuật cũng như về mặt huyết động và tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Đối với các trường hợp nguy cơ chu phẫu cao thì có thể can thiệp tối thiểu ĐM chậu trước nhằm cứu sống chi và nhằm hạn chế các biến chứng toàn thân.

Từ khóa: Phẫu thuật Hybrid, tắc động mạch chậu - đùi mạn tính.

SUMMARY

THE RESULTS OF HYBRID SURGERY IN TREATMENT OF CHRONIC ILIAC-FEMORAL ARTERY OCCLUSION

Objective: Evaluating the results of Hybrid surgery in treatment of chronic iliac-femoral artery occlusion. **Methods:** A retrospective study, describing a series of cases conducted at the Department of Vascular Surgery, Cho Ray Hospital. **Results:** from August 2018 to February 2022, 31 patients were treated for iliofemoral artery occlusion with Hybrid surgery. Mean age was 69.2 ± 8.2 (56 – 86); male 29 cases (94%), female 2 cases (6%); The majority of patients have limb-threatening chronic anemia including pain at rest, ulceration or necrosis, corresponding to Rutherford stages 4, 5 and 6. Lesions at the common and external iliac arteries 74.1%, superficial femoral artery 48.4%; TASC C 26% and TASC D 74%. Hybrid surgery: Endarterectomy ± Profundaplasty 100%, iliac artery intervention: 2 cases (6.5%) balloon, 29 cases (93.5%) balloon and stent; intervention in 8/15 associated superficial femoral artery occlusion. The mean operative durations was 214.8 ± 81.5 minutes. Complications: 2 cases of post-operative distal arterial embolism, 3 cases of acute

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: luan.tmb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 11.2.2025

kidney failure and 1 case of post-operative gastrointestinal bleeding, 2 cases of post-operative death due to myocardial infarction. Technical success rate reached 100%. After 1 year follow-up: clinical success rate 77%, hemodynamic success rate 80.8%, hemodynamic success rate 85.2%; 2 cases died after 1 year due to stroke and pneumonia. **Conclusion:** Hybrid surgery in treatment of chronic iliac-femoral artery stenosis: highly successful technically as well as hemodynamically and relatively safe with low complication rate. Patients with high perioperative risk, minimal intervention iliac artery can be priority performed to save the limb and limit systemic complications. **Keywords:** Hybrid surgery, chronic iliac-femoral artery occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là nguyên nhân hàng đầu làm suy giảm chức năng của chi và tăng nguy cơ đoạn chi. Tỷ lệ hiện mắc BĐMCDMT được ước tính là 10-25% ở người trên 55 tuổi và tăng lên khoảng 40% ở nhóm người trên 80 tuổi. BĐMCDMT thường xảy ra ở nam giới, lớn tuổi và làm tăng tỷ lệ biến chứng, tử vong, cũng như là một yếu tố nguy cơ cao của các biến cố tim mạch bao gồm: nhồi máu cơ tim và đột quỵ⁽¹⁾. BĐMCDMT với sang thương hẹp tắc động mạch chậu được ghi nhận ngày càng nhiều. Tắc hẹp động mạch chậu kéo dài đến động mạch đùi chung là tổn thương đa tầng và thách thức trong điều trị. Phẫu thuật cầu nối chủ - đùi hoặc chậu - đùi là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, phương pháp này có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Gần đây, can thiệp nội mạch phát triển và dần thay thế phẫu thuật mở trong điều trị tắc hẹp động mạch chậu. Những trường hợp tắc hẹp động mạch chậu kéo dài đến động mạch đùi chung, nguy cơ cao với phẫu thuật cầu nối chủ - đùi thì phẫu thuật bóc nội mạc động mạch đùi kết hợp với can thiệp động mạch chậu (phẫu thuật Hybrid) là phương pháp thay thế hiệu quả.

Hiện nay, có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính. Tuy nhiên, những nghiên cứu này thường chỉ đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch đơn thuần và có rất ít nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật hybrid trong hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp tắc động mạch chậu - đùi mạn tính bằng phẫu thuật hybrid.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt trường hợp được tiến hành tại Khoa phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện

Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán tắc ĐM chậu mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật hybrid: can thiệp ĐM chậu + bóc nội mạc ĐM đùi cùng bên từ 8/2018 đến 02/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tổn thương động mạch chủ kèm.

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được đánh giá trên các phương diện: thành công về kỹ thuật, về huyết động, về lâm sàng và hình ảnh học sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm, ghi nhận các thông tin: cải thiện lâm sàng và ABI.

Thành công về kỹ thuật: Đường kính trong stent hẹp < 30% và đoạn được tạo hình, bóc nội mạc hẹp < 50% sau phẫu thuật.⁽²⁾

Thành công về huyết động: Giá trị ABI cải thiện so với trước can thiệp > 0,10.

Thành công về lâm sàng: Thành công về lâm sàng được định nghĩa khi cải thiện ít nhất một loại Rutherford đối với loại 1 đến 4 và ít nhất hai loại Rutherford đối với loại 5,6.⁽²⁾

Xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phép kiểm chi bình phương (χ^2) hoặc kiểm định chính xác Fisher (khi tần số lý thuyết < 5), phép kiểm T- test để so sánh các trung bình giữa các nhóm với mức ý nghĩa thống kê α là 0,05.

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 366/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 30/03/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 08/2018 đến 02/2022, có 31 bệnh nhân được phẫu thuật Hybrid điều trị tắc động mạch chậu - đùi mạn tính đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Giới tính: 29 nam (94%) và 2 nữ (6%). Tỷ lệ nam/nữ = 14,5/1.

Tuổi trung bình là 69,2 ± 8,2 (56 – 86) tuổi.

Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý phối hợp

Bảng 1: Đặc điểm yếu tố nguy cơ và bệnh lý phối hợp

Yếu tố nguy cơ	N	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	24	77,4
Tăng huyết áp	22	70,9
Rối loạn chuyển hóa lipid	18	58,1
Đái tháo đường	6	19,4
Bệnh lý phối hợp		
Suy tim	12	38,7
Bệnh động mạch vành	7	22,6
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	6	19,4
Bệnh mạch máu não	5	16,1

Bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não	3	9,7
Bệnh thận mạn	2	6,5

Phân độ lâm sàng theo Fontaine và Rutherford

Bảng 2: Phân độ lâm sàng theo Fontaine và Rutherford trước can thiệp

Giai đoạn	Fontain		Rutherford	
	n	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)
I	0	0	0	0
IIa	0	0	1	0
IIb	5	16,1	2	0
			3	5
III	10	32,3	4	10
IV	16	51,6	5	7
			6	9

Đặc điểm tổn thương mạch máu

Bảng 3: Đặc điểm thương tổn mạch máu trên CT scan

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
ĐM chậu thương tổn		
Chậu chung	2	6,5
Chậu ngoài	6	19,4
Chậu chung + chậu ngoài	23	74,1
ĐM đùi chung	31	100
Tổn thương ĐM đùi nông	15	48,4
Phân loại TASC		
TASC C	8	26
TASD D	23	74
ABI trước can thiệp	0,3±0,16	

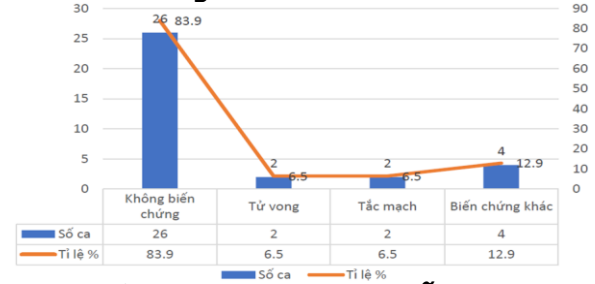
Phẫu thuật hybrid động mạch chậu - đùi

	n	Tỷ lệ (%)
Động mạch can thiệp		
Chậu chung	2	6,5
Chậu ngoài	6	19,4
Chậu chung + chậu ngoài	23	74,1
Đùi nông	8	25,8
Kỹ thuật can thiệp Đường vào		
Cùng bên	16	51,6
Đổi bên	6	19,4
Cánh tay	9	29
Kỹ thuật đi dây dẫn		
Trong lòng mạch	9	29
Dưới nội mạc	22	71
Phương pháp can thiệp Động mạch chậu		
Bóng	2	6,5
Bóng + stent	29	93,5
Động mạch đùi nông		
Bóng	4	50
Bóng + stent	4	50

Phương pháp phẫu thuật		
Bóc nội mạc ĐM đùi	31	100
Tạo hình ĐM đùi		
TM tự thân	23	74,2
Miếng và nhân tạo	8	25,8
Thời gian thực hiện (phút)	214,8 ± 81,5	

Trong 15 trường hợp có tổn thương ĐM đùi nông kèm theo thì có 8 trường hợp can thiệp. Ngoài ra, trong 29 trường hợp đặt stent, có 2 trường hợp đặt 2 stent, 27 trường hợp đặt 1 stent. Chiều dài stent sử dụng cho tầng chậu trong nghiên cứu trung bình là 103,2 ± 33,9mm.

Biến chứng



Biểu đồ 1: Biểu chứng phẫu thuật

Trong 31 BN với 31 chi được phẫu thuật hybrid, có 2 BN bị tắc mạch sau mổ. Trong đó 1 trường hợp cần phải mổ lại lấy huyết khối, 1 trường hợp tắc mạch gây hoại tử cẳng bàn chân phải đoạn chi 1/3 dưới đùi. Bên cạnh tắc mạch chúng tôi còn ghi nhận các biến chứng khác gồm có 3 trường hợp suy thận cấp và 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa sau mổ. Ngoài ra còn ghi nhận có 2 trường hợp tử vong sau phẫu thuật do nhồi máu cơ tim.

Đánh giá kết quả sau 1 tháng

Thành công về kỹ thuật: thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu đạt 100%.

Huyết động sau phẫu thuật: Kết quả siêu âm Doppler ghi nhận động mạch đùi có 93,5% trường hợp thông tốt, 2 trường hợp (6,5%) trường hợp không có phổ. Động mạch khoeo ghi nhận 64,5% trường hợp thông tốt và 7 trường hợp (22,6%) trường hợp tắc.

Giá trị ABI trung bình là 0,54 ± 0,2 so với ABI trước khi mổ là 0,3 ± 0,16. Sự cải thiện ABI có ý nghĩa thống kê với phép kiểm T- test bậc 2 với p < 0,001. Chúng tôi có 27 trường hợp có giá trị ABI tăng > 0,1 so với trước mổ. Như vậy thành công về huyết động sau mổ của chúng tôi đạt 87,1%.

Đánh giá kết quả điều trị sau 1 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp cắt cụt chi, 2 trường hợp tử vong chu phẫu và 2 trường hợp tử vong sau 1 năm do đột quỵ và viêm phổi. Ngoài ra, không có trường hợp nào

mất dấu theo dõi, còn lại 26 trường hợp trường hợp được đánh giá sau 1 năm.

Kết quả siêu âm Doppler ghi nhận động mạch đùi có 92,3% trường hợp thông tốt và 2 trường hợp (7,7%) trường hợp tắc trong giá đỡ. Động mạch khoeo ghi nhận 53,8% trường hợp thông tốt, 15,4% trường hợp hẹp và 30,8% các trường hợp tắc.

Thành công về lâm sàng

Bảng 5: Phân độ lâm sàng theo Rutherford sau 1 năm

Giai đoạn	Trước can thiệp		Sau can thiệp 1 năm	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
0	0	0	6	23,1
1	0	0	4	15,4
2	0	0	7	26,8
3	5	16,1	3	11,6
4	10	32,3	2	7,7
5	7	22,6	3	11,6
6	9	29	1	3,8

Kết quả sau 1 năm của chúng tôi cho thấy 77% đạt thành công về mặt lâm sàng, có 6 trường hợp (23%) không cải thiện.

Thành công về huyết động: giá trị ABI trung bình sau 1 năm của 26 trường hợp là 0,70 ± 0,19 so với ABI trước phẫu thuật là 0,3 ± 0,16. Sự cải thiện ABI sau phẫu thuật 1 năm có ý nghĩa thống kê với phép kiểm T - test bắt cặp P < 0,001. Nghiên cứu của chúng tôi đạt 80,8% trường hợp thành công về huyết động với ABI tăng lên > 0,1 so với trước phẫu thuật.

Lưu thông mạch máu: tỷ lệ lưu thông thì đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 85,2% . Chúng tôi không đánh giá tỷ lệ lưu thông thì hai vì những trường hợp tắc stent bệnh nhân không đồng ý can thiệp lại vì những nguyên nhân khách quan.

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo về kết quả của phẫu thuật hybrid gồm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch kết hợp với can thiệp nội mạch 1 thì trong điều trị hẹp tắc ĐM chậu mạn tính. Mặc dù phẫu thuật hở cổ điển được khuyến cáo trong điều trị tắc nặng đoạn ĐM chậu đùi, nhưng can thiệp nội mạch ngày càng trở nên phổ biến, phát triển và hiện đang được sử dụng rộng rãi vì đây là phương pháp ít xâm lấn làm giảm tỷ lệ biến chứng và giảm thời gian nằm viện. Phẫu thuật cầu nối chủ - đùi vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tắc tăng chủ chậu phức tạp trong suốt nhiều năm nay. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện < 5% và tỷ lệ lưu thông thì đầu trong 5 năm rất tốt, dao động từ

80% đến 95%. Tuy nhiên, phẫu thuật cầu nối chủ đùi là phương pháp xâm lấn làm tăng nguy cơ gây ra các biến chứng hệ thống và tại chỗ rất nặng sau mổ, biến chứng sau phẫu thuật diễn ra trên 20% trường hợp⁽³⁾. Hơn nữa, các biến chứng muộn gồm nhiễm trùng ống ghép, giả phình ở các miệng nối và tắc lại không phải hiếm và có thể là thách thức trong việc điều trị.

Thời gian gần đây, kỹ thuật can thiệp nội mạch được cải tiến vượt bậc và dần thay thế phương pháp mổ hở cổ điển trở thành lựa chọn ưu tiên đối với những trường hợp tắc động mạch chậu ở hầu hết các trung tâm mạch máu tại Việt Nam. Đặt giá đỡ ĐM chậu có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ đồng thời mang lại tỷ lệ lưu thông thì đầu và tỷ lệ lưu thông thì hai tốt. Tuy nhiên, vai trò can thiệp nội mạch đơn thuần bị giới hạn đối với thương tổn ĐM chậu kéo dài xuống ĐM đùi chung. Vì vậy, phẫu thuật hybrid gồm bóc nội mạc động mạch và can thiệp động mạch chậu được ứng dụng rộng rãi, giảm sự xâm lấn của phẫu thuật cầu nối chủ đùi. Theo Marco Zavatta, tỷ lệ tử vong 30 ngày đầu và thời gian nằm viện giảm có ý nghĩa ở nhóm phẫu thuật hybrid so với phẫu thuật hở cổ điển⁽⁴⁾. Tỷ lệ lưu thông thì đầu sau 1 năm tương đương giữa 2 nhóm và tỷ lệ tử vong sau 1 năm ở nhóm hybrid thấp hơn so với nhóm phẫu thuật cổ điển. Các nghiên cứu hồi cứu khác đã cho thấy những kết quả ngắn hạn và trung hạn đáng khích lệ, với tỷ lệ tử vong 30 ngày đầu < 5%, tỷ lệ lưu thông thì đầu trong 2 năm > 85% và tỷ lệ lưu thông thì hai trong 2 năm > 90%.⁽⁵⁾

Kỹ thuật can thiệp động mạch chậu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6,5% trường hợp nong bóng ĐM chậu đơn thuần, còn lại 93,5% kết hợp nong bóng và đặt stent. Tỷ lệ nong bóng đơn thuần ĐM chậu cũng gặp khá ít trong những nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Suero (2014) cũng chỉ có 6,5%⁽⁶⁾. Ngoài ra, vị trí động mạch được can thiệp của chúng tôi: 6,5% ĐM chậu chung, 19,4% ĐM chậu ngoài và 74,1% ĐM chậu chung kéo dài ĐM chậu ngoài. Tỷ lệ can thiệp ĐM chậu đoạn dài của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác. Các nghiên cứu gần đây cho thấy chiều dài đoạn tắc, phân độ TASC và sự hiện diện tổn thương ĐM chậu chung kéo dài tới chậu ngoài hoặc thương tổn đơn thuần ở một trong hai ĐM chậu không liên quan tới tỷ lệ thành công về kỹ thuật, điều này cũng được chứng minh trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Dierk Scheinert, giá đỡ nội mạch dài > 16cm thì có nguy cơ tái hẹp hoặc tắc trong giá đỡ càng cao⁽⁷⁾. Chiều dài giá đỡ trung bình trong nghiên cứu của

chúng tôi là 103,2 mm. Như vậy có thể thấy chiều dài giá đỡ trong nghiên cứu < 16cm là một yếu tố góp phần làm tỷ lệ tái hẹp sau mổ thấp bên cạnh việc tuân thủ điều trị nội khoa.

Bảng 6: So sánh động mạch can thiệp với các nghiên cứu

Tác giả	Năm	Cỡ mẫu	ĐM can thiệp		
			Chậu chung	Chậu ngoài	Chậu chung +chậu ngoài
Juliet J. Ray ⁽⁸⁾	2018	41	0	85,4	14,6
Côme Bosse ⁽⁹⁾	2019	36	0	77,8	22,2
Chúng tôi	2022	31	6,5	19,4	74,1

Can thiệp tổn thương ĐM đùi nông kèm theo. Ngoài thương tổn ĐM chậu, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 15 chi chiếm 48,4% có tổn thương hạ lưu kèm theo. Trong đó có 8 trường hợp can thiệp ĐM đùi nông phối hợp, còn lại 7 trường hợp chỉ can thiệp ĐM chậu. Đối với các trường hợp không can thiệp hạ lưu, các BN thuộc nhóm này có thể trạng kém, nhiều bệnh nền kèm theo và phải mất một thời gian dài trước mổ để ổn định các bệnh lý nội khoa mạn tính nên chúng tôi chỉ can thiệp tối thiểu tăng chậu với mục đích cứu sống chi trước. Điều này sẽ làm giảm thời gian chịu đựng cuộc phẫu thuật, giảm nguy cơ suy thận do thuốc cản quang và giảm các biến chứng liên quan để quá trình can thiệp. Chỉ có thể cứu sống nếu phục hồi được thượng lưu bằng cách can thiệp ĐM chậu và bóc nội mạc phục hồi ĐM đùi sâu. Trong 7 trường hợp không can thiệp ĐM đùi nông, quá trình theo dõi ghi nhận có 1 trường hợp nhiễm trùng diễn tiến phải đoạn chi, như vậy tỷ lệ bảo tồn chi trong nhóm này là 92,3% rất khả quan. Còn đối với các bệnh nhân có can thiệp hạ lưu kèm theo, chúng tôi ghi nhận những trường hợp này được can thiệp ĐM đùi nông bằng nong bóng hoặc đặt giá đỡ. Tái tạo toàn bộ mạch máu ở những bệnh nhân có tổn thương chi tiến triển ở xa như loét, hoại tử bàn, ngón chân giúp cải thiện về lâm sàng, lành vết thương và có tỷ lệ lưu thông tốt hơn so với nhóm không can thiệp. Do đó, tùy vào mục đích can thiệp và thể trạng, các bệnh nền của bệnh nhân mà lựa chọn phương pháp cho phù hợp

Kết quả phẫu thuật hybrid

Thành công về kỹ thuật. Manesh R. Patel (2015), thống nhất về các định nghĩa, tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lý động mạch chi dưới mạn tính công bố trên tạp chí tim mạch Hoa Kỳ⁽²⁾. Theo đó, thành công về kỹ thuật được định nghĩa là kết thúc phẫu thuật ghi nhận hẹp

còn lại < 30% khẩu kính lòng mạch đối với đoạn mạch đặt giá đỡ và < 50% đối với đoạn mạch được bóc nội mạc. Dựa trên tiêu chuẩn này, tỷ lệ thành công về kỹ thuật của chúng tôi đạt 100%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật của các nghiên cứu khác trên thế giới về phẫu thuật hybrid ĐM chậu cũng cho thấy kết quả khả quan: Pierre Maitrias (2017) là 100%⁽⁵⁾.

Biến chứng sau can thiệp. Kết quả của chúng tôi có 6 trường hợp (19,4%) xảy ra biến chứng sau phẫu thuật và có 2 trường hợp (6,5%) tử vong do nhồi máu cơ tim. Các biến chứng chúng tôi ghi nhận được gồm: 2 trường hợp tổn thương thận cấp (6,5%), 1 trường hợp (3,2%) xuất huyết tiêu hóa trên, 2 trường hợp tắc mạch (6,5%), 2 trường hợp (6,5%) hoại tử chân phải đoạn chi lớn. Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận các biến chứng liên quan tạo hình mạch máu bằng TM hiển hay vật liệu nhân tạo. Theo Côme Bosse và cộng sự⁽⁹⁾, tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,7% gồm 6,2% tử vong nội viện, 3,1% đoạn chi lớn, 6,2% biến chứng rò bạch huyết tại vị trí bóc nội mạc và 3,1% bóc tách động mạch chậu chung nhưng không điều trị. Báo cáo của Pierre Maitrias và cộng sự (2017) trên 108 bệnh nhân được phẫu thuật hybrid ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ là 3% gồm nhồi máu cơ tim, viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu nhưng không có trường hợp nào tử vong, 3% trường hợp tắc mạch trong vòng 30 ngày sau mổ cần can thiệp lại⁽⁵⁾. Như vậy so sánh với các nghiên cứu nước ngoài thì tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi có phần cao hơn. Điều này được giải thích có lẽ do những bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ.

Kết quả sau 1 năm. Giá trị ABI sau 1 năm can thiệp cải thiện tốt so với trước phẫu thuật, đạt 0,7. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Thành công về mặt huyết động sau 1 năm đạt 80,8%. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy ABI sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật như Crystal M. Kavanagh và cộng sự (2016), ABI trước và sau phẫu thuật 1 năm lần lượt là 0,45 ± 0,24 và 0,74 ± 0,27 (p < 0,001)⁽¹⁰⁾.

Tỷ lệ lưu thông thì đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 85,2%. Tỷ lệ lưu thông thì đầu của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới: nghiên cứu của tác giả Côme Bosse (2019) cho thấy tỷ lệ lưu thông thì đầu sau 1 năm là 93,7%, sau 2 năm là 93,7%; tỷ lệ lưu thông thì hai sau 1 năm là 96,7% và sau 2 năm là 96,7%⁽⁹⁾. Tác giả Crystal

M. Kavanagh (2016) báo cáo tỷ lệ lưu thông thì đầu sau 13 tháng là 95%⁽¹⁰⁾. Nguyên nhân có thể do BN không tuân thủ điều trị nội khoa và do dịch COVID – 19 ảnh hưởng đến quá trình theo dõi và điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp đoạn chi lớn (9,7%) và 10 trường hợp đoạn chi nhỏ (32,3%). Nghiên cứu của tác giả Côme Bosse (2019) cho thấy có 1 trường hợp phải đoạn chi lớn (2,8%)⁽⁹⁾, tác giả Pierre Maitrias (2017) báo cáo có 3 trường hợp đoạn chi nhỏ (2,4%) và 4 trường hợp đoạn chi lớn (3,1%)⁽⁵⁾. Tỷ lệ đoạn chi của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tổn thương hạ lưu cao hơn đồng thời có một số bệnh nhân do thể trạng kém, nguy cơ chu phẫu cao nên chúng tôi chỉ can thiệp tầng chậu tối thiểu mà không phục hồi hạ lưu. Đối với đoạn chi nhỏ (do tổn thương hoại tử ngón, bàn chân trước điều trị), mặc dù tháo ngón, tháo khớp hay cắt lọc mô hoại tử nhiễm trùng trong cùng một thì giúp cho bệnh nhân giải quyết nhanh thương tổn, rút ngắn thời gian nằm viện tuy nhiên hành động này sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đặc biệt đối với những trường hợp sử dụng mảnh ghép nhân tạo. Do đó, chúng tôi chỉ đoạn chi nhỏ cùng một thì đối với các trường hợp hoại tử khô còn đối với các thương tổn nhiễm trùng sẽ xử lý thì hai.

Ngoài ra, sau 1 năm theo dõi, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp tử vong. 1 trường hợp tử vong sau 5 tháng phẫu thuật do đột quỵ và trường hợp còn lại tử vong sau 6 tháng phẫu thuật do viêm phổi với bệnh nền suy thận mạn giai đoạn cuối. Như vậy tỷ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi là 12,9%, tương đồng nghiên cứu của Pierre Maitrias⁽⁵⁾ với tỷ lệ tử vong là 13%. Bên cạnh đó, tỷ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Côme Bosse⁽⁹⁾ (12,9% so với 9%), nguyên nhân có thể do sự đồng mắc nhiều bệnh lý nền của các bệnh nhân trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật hybrid điều trị hẹp tắc động mạch chậu mạn tính: thành công cao về mặt kỹ thuật cũng như về mặt huyết động và tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Đối với các trường hợp nguy cơ chu phẫu cao mà có tổn thương đa tầng ĐM chi dưới (ĐM chậu – đùi nông) thì có thể can thiệp tối thiểu ĐM chậu trước nhằm cứu sống chi và nhằm hạn chế các biến chứng toàn thân sau phẫu thuật. Tuy nhiên,

để lành chi thì cần phải can thiệp thì 2 động mạch đùi nông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Subherwal S, Patel MR, Kober L, et al.** Peripheral artery disease is a coronary heart disease risk equivalent among both men and women: results from a nationwide study. *European journal of preventive cardiology*. Mar 2015;22(3): 317-25. doi:10.1177/2047487313519344
2. **Patel MR, Conte MS, Cutlip DE, et al.** Evaluation and treatment of patients with lower extremity peripheral artery disease: consensus definitions from Peripheral Academic Research Consortium (PARC). *Journal of the American College of Cardiology*. Mar 10 2015;65(9):931-41. doi:10.1016/j.jacc.2014.12.036
3. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, et al.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. Dec 2018;68(6): 1796-1804.e2. doi:10.1016/j.jvs.2018.01.067
4. **Zavatta M, Mell MW.** A national Vascular Quality Initiative database comparison of hybrid and open repair for aortoiliac-femoral occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. Jan 2018; 67(1): 199-205.e1. doi:10.1016/j.jvs.2017.06.098
5. **Maitrias P, Deltombe G, Molin V, Reix T.** Iliofemoral endarterectomy associated with systematic iliac stent grafting for the treatment of severe iliofemoral occlusive disease. *Journal of vascular surgery*. Feb 2017;65(2):406- 413. doi:10.1016/j.jvs.2016.07.130
6. **Revuelta Suero S, Martínez López I, Hernando Rydings M, et al.** Endovascular treatment of external iliac artery occlusive disease: midterm results. *Journal of endovascular therapy: an official journal of the International Society of Endovascular Specialists*. Apr 2014; 21(2):223-9. doi:10.1583/13-4443mr.1
7. **Scheinert D, Scheinert S, Sax J, et al.** Prevalence and clinical impact of stent fractures after femoropopliteal stenting. *Journal of the American College of Cardiology*. Jan 18 2005; 45(2):312-5. doi:10.1016/j.jacc.2004.11.026
8. **Ray JJ, Eidelson SA, Karcutskie CA, et al.** Hybrid Revascularization Combining Iliofemoral Endarterectomy and Iliac Stent Grafting for TransAtlantic Inter-Society Consensus C and D Aortoiliac Occlusive Disease. *Annals of vascular surgery*. Jul 2018;50:73-79. doi:10.1016/j.avsg.2017.11.061
9. **Bosse C, Becquemin JP, Touma J, Desgranges P, Cochenec F.** A Hybrid Technique to Treat Iliofemoral Lesions Using a Covered Stent Associated with Open Femoral Repair. *Annals of vascular surgery*. Jul 2020;66: 601-608. doi:10.1016/j.avsg.2019. 12.010
10. **Kavanagh CM, Heidenreich MJ, Albright JJ, Aziz A.** Hybrid external iliac selective endarterectomy surgical technique and outcomes. *Journal of vascular surgery*. Nov 2016;64(5): 1327-1334. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.468

KẾT QUẢ ÁP DỤNG GÓI ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN TRONG GIỜ ĐẦU TẠI KHOA CẤP CỨU VÀ NỘI TRÚ, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY 2019-2021

Nguyễn Văn Đạo¹, Nguyễn Ngọc Quang¹, Nguyễn Đăng Tuấn¹,
Lê Văn Bình¹, Nguyễn Mạnh Luân¹, Lê Thái Bảo¹,
Nguyễn Ngọc Phú¹, Hà Quang Huy¹, Lê Văn Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá việc áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại khoa cấp cứu và nội trú, bệnh viện Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 86 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn tại khoa cấp cứu và khoa nội trú, bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 4/2019 đến tháng 10/2021. Việc áp dụng gói 1 giờ đầu được chia làm hai nhóm: tuân thủ đầy đủ và không tuân thủ. Kết quả điều trị khi áp dụng gói 1 giờ đầu dựa vào kết cục lâm sàng, tỷ lệ tổn thương thận cấp giờ thứ 48 và ngày thứ 7, thời gian dùng vận mạch, số ngày nằm khoa hồi sức tích cực và số ngày nằm viện. **Kết quả:** Trong 86 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới chiếm 44,18%, tuổi trung bình $72 \pm 3,9$ tuổi. Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn chiếm 55,8% và nhiễm khuẩn huyết đơn thuần chiếm 44,2%, trong đó cao nhất là viêm phổi (36%), nhiễm khuẩn tiêu hóa (30,2%). Tỷ lệ tuân thủ chung toàn bộ gói là 59,30%, trong đó tuân thủ dùng vận mạch cao nhất (100%), thấp nhất là tuân thủ kháng sinh giờ đầu 67,44%. Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại thời điểm 48 giờ và ngày thứ 7 ở nhóm tuân thủ có xu hướng giảm nhanh hơn so với nhóm không tuân thủ tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các tiêu chí về số ngày nằm khoa hồi sức tích cực, thời gian thoát sốc và tỷ lệ tử vong không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuân thủ đầy đủ và không tuân thủ. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu cho thấy tuân thủ gói 1 giờ đầu đầy đủ theo hướng dẫn của Surviving sepsis campaign 2018 có xu hướng làm giảm tỷ lệ tổn thương thận cấp nhanh hơn ở nhóm tuân thủ đầy đủ tại thời điểm 48 giờ và ngày thứ 7. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa đủ lớn nên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Kết quả điều trị gồm thời gian dùng vận mạch, thời gian nằm khoa hồi sức tích cực và tỷ lệ tử vong có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuân thủ đầy đủ và không tuân thủ đầy đủ gói điều trị nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn 1 giờ đầu. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, gói điều trị 1 giờ đầu, tuân thủ điều trị, kháng sinh giờ đầu, tổn thương thận cấp.

SUMMARY

RESULTS OF APPLYING THE FIRST HOUR

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đạo
Email: hoangdao1509@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 13.01.2025
Ngày duyệt bài: 10.2.2025

BUNDLE ON SEPSIS AND SEPTIC SHOCK PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT AND INPATIENT DEPARTMENTS AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL, 2019-2021

Objective: Evaluate the application of treatment packages for sepsis and septic shock in the first hour at the emergency department and inpatient department, Vinmec Times City hospital. **Research subjects and methods:** Retrospective study on 86 patients with sepsis or septic shock at the emergency department and inpatient department, Vinmec Times City hospital from April 2019 to October 2021. The application of the 1-hour package is divided into two levels: compliance and non-compliance. Treatment results when applying the 1-hour package are based on clinical outcomes, acute kidney injury rate at hour 48 and day 7, duration of vasopressor use, number of days in the intensive care unit and number of days in the hospital. **Results:** Among 86 patients participating in the study, the proportion of women was 44.18%, average age was 72 ± 3.9 years old. Patients with septic shock accounted for 55.8% and simple sepsis accounted for 44.2%, of which the highest were pneumonia (36%), and digestive infections (30.2%). The overall compliance rate of the entire package was 59.30%, of which the highest compliance with vasopressors (100%), the lowest compliance with first hour antibiotics was 67.44%. The rate of acute kidney injury at 48 hours and day 7 in the compliant group tended to decrease faster than the non-compliant group, but the difference was not statistically significant. The criteria of number of days in the intensive care unit, number of days in the hospital, and time to recover from shock did not differ between the compliant and non-compliant groups. **Conclusion:** Initial research shows that compliance with the full 1-hour package according to the instructions of the Surviving sepsis campaign 2018 tends to reduce the rate of acute kidney injury faster in the group with full compliance at 48 hours and day 7. However, the number of patients studied was not large enough so the difference was not statistically significant, and the final outcome of death was no difference between the compliant and non-compliant groups. **Keywords:** sepsis, septic shock, 1-hour bundle, treatment compliance, initial antibiotic therapy, acute kidney injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (sepsis) là tình trạng rối loạn chức năng tạng do sự đáp ứng quá mức