

u cơ trơn ác tính thường tái phát và di căn xa ngay cả khi đã mổ cắt u kèm cơ quan lân cận nên thường yêu cầu điều trị đa mô thức. Tỷ lệ sống sau 5 năm được cải thiện đáng kể nhờ sự phát triển của các phương pháp điều trị từ 47% giai đoạn 1998-2005 lên 58,4% trong giai đoạn 2002-2012 và sau 10 năm từ 27% lên 45,3%. Nghiên cứu của chúng tôi có 72,2% bệnh nhân còn sống, 9,7% tử vong và 18,1% mất tin tức, với thời gian theo dõi trung bình 53,3 tháng (20-86 tháng). Thời gian sống trung bình sau mổ u lành tính dài hơn u ác tính ($\chi^2 = 13.946$, $p < 0.001$). Tỷ lệ sống sau mổ u ác tính sau 1, 3 và 5 năm là 86,4%, 74,8% và 66,5%, tương đồng với các nghiên cứu khác.[2, 6].

Tái phát là nguyên nhân tử vong hàng đầu bệnh nhân USPM.[6] Chúng tôi ghi nhận 13,6% tái phát sau mổ: 1 u nang bạch huyết lành tính và 7 u ác tính (6 u mỡ ác tính, 1 u cơ trơn ác tính) với thời gian phát hiện tái phát trung bình $10,5 \pm 2,2$ tháng (3-21 tháng). Trong đó, 5/8 bệnh nhân tử vong: 4 u mỡ ác tính và 1 u cơ trơn ác tính. Nghiên cứu của Naoto Sassa ghi nhận tỷ lệ sống u ác tính sau 3 và 5 năm là 78,4% và 72,8% tuy nhiên tỷ lệ sống không bệnh sau 3 và 5 năm chỉ 48,6% và 28,9%.[6] Tác giả cũng ghi nhận với u ác tính có 59% bệnh nhân tái phát và 62% phải phẫu thuật cắt bỏ do u tái phát. Từ đó, tiên lượng của khối u ác tính không khả quan với tỷ lệ tái phát và tử vong đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho USPM, với tỷ lệ cắt toàn bộ u cao, tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong sau phẫu thuật. Phẫu thuật cải thiện tỷ lệ sống sau 5 năm với nhóm u ác tính là 66,5%.

Do sự đa dạng về mô bệnh học của USPM, cần thêm các nghiên cứu theo dõi dài hạn để đánh giá toàn diện hơn về hiệu quả phẫu thuật cho từng loại USPM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Osman, S., et al., A comprehensive review of the retroperitoneal anatomy, neoplasms, and pattern of disease spread. *Curr Probl Diagn Radiol*, 2013. 42(5): p. 191-208.
2. Strauss, D.C., et al., Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma. *Br J Surg*, 2010. 97(5): p. 698-706.
3. Bansal, A., et al., WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists. *Eur J Radiol*, 2021. 143: p. 109937.
4. Neville, A. and B.R. Herts, CT characteristics of primary retroperitoneal neoplasms. *Crit Rev Comput Tomogr*, 2004. 45(4): p. 247-70.
5. Kaganov, O.I., et al., Single-Center Experience of Surgical Treatment of Primary Retroperitoneal Tumors. *Indian J Surg Oncol*, 2020. 11(3): p. 412-417.
6. Sassa, N., et al., Clinical characteristics and surgical outcomes of retroperitoneal tumors: a comprehensive data collection from multiple departments. *Int J Clin Oncol*, 2020. 25(5): p. 929-936.
7. Vũ, T.A., Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bướu sau phúc mạc tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2016. 20: p. 56-61.
8. Munoz, P., et al., Surgical Principles of Primary Retroperitoneal Sarcoma in the Era of Personalized Treatment: A Review of the Frontline Extended Surgery. *Cancers (Basel)*, 2022. 14(17).
9. Ji, X.K., et al., Diagnosis and surgical treatment of retroperitoneal paraganglioma: A single-institution experience of 34 cases. *Oncol Lett*, 2017. 14(2): p. 2268-2280.
10. Tân, H.D., U sau phúc mạc: Đặc điểm bệnh lý, kết quả phẫu thuật. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2018. 22: p. 146-152.

KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHỦ CHẬU, CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Nguyễn Đỗ Nhân¹, Lê Quang Thứ¹, Lê Đình Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xơ vữa động mạch là bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Trong đó, biến chứng nguy

hiểm là hẹp tắc động mạch chủ chậu, chi dưới. Gần đây, điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch được triển khai, nhưng kết quả áp dụng trên bệnh nhân cao tuổi còn ít thông tin. **Đối tượng và phương pháp:** cắt ngang mô tả đặc điểm bệnh nhân cao tuổi hẹp tắc động mạch chủ chậu, chi dưới và kết quả can thiệp nội mạch từ 01/2023-06/2024 tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** nghiên cứu thu thập được 77 bệnh nhân, nam giới là 72,8%, nữ giới là 27,2%. Tuổi trung bình $68,3 \pm 11,7$. Yếu tố nguy cơ rối loạn chuyển hóa lipid là 45,4%, bệnh tăng huyết áp là 41,5%. Tồn thương mạch máu ở một tầng giải phẫu là 63,6%, nhiều tầng là 36,3%. Triệu chứng lâm sàng

¹bệnh viện Thống Nhất

²Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: ndnhan.22ncs017@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

đau khi nghỉ (độ V theo Rutherford) là 35,1%; Mất mô là 32,5%. ABI khoảng 0,5-0,9 là 67,5%. Thời gian can thiệp nội mạch (phút) là 159,2 ± 29,3. Thời gian nằm viện (ngày) là 4,3 ± 2,6. Tỷ lệ tái thông nguyên phát là 92,2%, tỷ lệ cải thiện triệu chứng lâm sàng là 90,9%. ABI trước can thiệp là 0,51 ± 0,13; sau can thiệp nội mạch là 0,78 ± 0,14 ($p=0,004$). Có 01 trường hợp thủng động mạch chậu chung chuyển phẫu thuật mở, 02 trường hợp tắc giả đờ. **Kết luận:** kết quả tái thông thành công là 92,2%, quá trình điều trị có một số biến chứng nhưng tỉ lệ thấp. Điều trị hẹp tắc động mạch chủ chậu, chi dưới bằng phương pháp can thiệp nội mạch có thể áp dụng bệnh nhân cao tuổi có nhiều nguy cơ. **Từ khóa:** can thiệp nội mạch, người cao tuổi, xơ vữa động mạch

SUMMARY

THE OUTCOMES OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR AORTOPIC ARTERY STENOSIS AND LOWER LIMBS IN ELDERLY PATIENTS

Background: Atherosclerosis is a common disease in the elderly. Among them, the dangerous complication is aortic stenosis and occlusion of the lower limbs. Recently, treatment by endovascular intervention has been deployed, but there is little information about the results of its application in elderly patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study described the characteristics of elderly patients with aortoiliac and lower limb arterial stenosis or occlusion and the outcomes of endovascular interventions from 01/2023 to 06/2024 at Thong Nhat Hospital. **Results:** The study collected data from 77 patients, with 72.8% male and 27.2% female. The mean age was 68.3 ± 11.7 years. Risk factors included dyslipidemia in 45.4%, hypertension in 41.5%. Vascular lesions were located in a single anatomical level in 63.6% and in multiple levels in 36.3%. Clinical symptoms included rest pain (Rutherford grade V) in 35.1% and tissue loss in 32.5%. The ankle-brachial index ranged from 0.5 to 0.9 in 67.5% of patients. The duration of endovascular intervention was 159.2 ± 29.3 minutes; the hospitalization was 4.3 ± 2.6 days. The primary revascularization rate was 92.2%, and the clinical symptom improvement rate was 90.9%. The pre-intervention ABI was 0.51 ± 0.13, which increased to 0.78 ± 0.14 after the procedure ($p = 0.004$). Complications included one case of common iliac artery perforation requiring open surgery and two cases of stent occlusion. **Conclusion:** The primary patency success was 92.2%, the treatment process had some complications but the rate was low. Treatment of aortic iliac stenosis and lower limb stenosis by endovascular intervention can be applied to elderly patients with high risk. **Keywords:** endovascular intervention, elderly, atherosclerosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu vùng chậu chi dưới mạn tính là tình trạng chi dưới không được cấp máu đủ để hoạt động, tình trạng này kéo dài trên 02 tuần [1]. Bệnh thường diễn tiến theo thời gian và trải

qua nhiều giai đoạn. Vào giai đoạn trễ ở bệnh nhân cao tuổi, thiếu máu chi dưới thường diễn tiến nghiêm trọng (CLI: critical limb ischimia) gây ra nhiều biến chứng nặng, làm gia tăng nguy cơ mất chi, nguy cơ của nhiều bệnh khác và cả các biến cố về tim mạch, điều trị khó khăn, hiệu quả không cao [2], [3].

Ở bệnh nhân cao tuổi, thường có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh đồng mắc, điều trị kinh điển bằng phương pháp phẫu thuật có thể gặp nhiều biến chứng. Hiện nay, can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị mới, vô cảm bằng gây tê và can thiệp trong lòng mạch, có hiệu quả trong việc tái thông mạch máu. Vậy áp dụng phương pháp này trên bệnh nhân cao tuổi cho kết quả như thế nào, hiện có rất ít thông tin. Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị tắc hẹp động mạch chủ chậu, chi dưới ở bệnh nhân cao tuổi bằng can thiệp nội mạch.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp viêm tắc động mạch chậu, chi dưới mạn tính được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Thống Nhất từ 01/2023 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, viêm tắc động mạch chậu, chi dưới mạn tính có triệu chứng. **Tiêu chuẩn loại trừ:** không đồng ý can thiệp; thiếu máu do chấn thương, vết thương, huyết tắc; Ung thư giai đoạn cuối.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Cắt ngang mô tả

Chọn mẫu: công thức Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỷ lệ mẫu ước tính; α (Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05) d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Với mục tiêu đánh giá hiệu quả bảo tồn chi, theo một số nghiên cứu [4] khoảng 78-88%, chúng tôi chọn $p = 0,78$, và d tương ứng là 0,1. Z đối chiếu bảng là 1,96. Thay và công thức $n = 65,9$. Vậy cỡ mẫu cần thiết là 66 trường hợp.

Đánh giá, thực hiện và nhận định kết quả

Đánh giá: triệu chứng lâm sàng gồm 6 mức độ (Rutherford [1], [2]). Huyết động theo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay (ABI), các khoảng > 0,9, từ 0,4-0,9 và < 0,4. Tổn thương mạch máu gồm A, B, C, D (Tasc II [2], [3]). Chỉ định can thiệp nội mạch theo ESC 2017 [1]. Loét chân: vùng ngón chân, đến bàn chân, đến gót chân [1], [2].

Quy trình (áp dụng tại bệnh viện Thống Nhất được bộ y tế cho phép): chuẩn bị tiêu can thiệp, giải thích bệnh. Can thiệp: gây tê tại chỗ (lidocain 2%,), heparin tĩnh mạch 50 UI/kg. Xuôi dòng: động mạch đùi cùng bên (hoặc đối bên, cánh tay)/ngược dòng: động mạch khoeo, chày cùng bên. Chọc kim và đặt ống dẫn 5-7Fr, đi dây dẫn đến vị trí tổn thương. Đưa ống thông chụp, đánh giá tổn thương. Vào bóng (trơn hoặc phủ thuốc), nong và giữ 120 giây. Xả bóng, rút bóng, chụp kiểm tra, đặt giá đỡ nếu có chỉ định. Chụp kiểm tra. Kết thúc phẫu thuật, đóng mạch bằng proglide (Mỹ).

Đánh giá kết quả: triệu chứng lâm sàng (giảm ít nhất 1 mức độ Rutherford). Kỹ thuật: hẹp mạch tồn lưu sau can thiệp < 30%. Huyết động: ABI tăng > 0,15. [1], [3].

Xử lý số liệu: Biến số thu thập gồm tuổi, giới, bệnh kết hợp, triệu chứng (Rutherford), ABI, loại TASC II, tầng mạch, thời gian can thiệp, nằm viện, kết quả can thiệp, tái hẹp, biến chứng, đoạn chi, tử vong. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS.20 và các phép kiểm thống kê thích hợp.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện Thống Nhất chấp thuận trong quyết định số 84/2022/BVTN-HĐYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Yếu tố khảo sát	Dân số nghiên cứu (n = 77, 100%)	Tổn thương giải phẫu		p
		Đơn tầng (n=49)	Đa tầng (n=28)	
Giới tính (nam, nữ)				
Nam giới	56 (72,7)	37 (48,1)	19 (24,7)	0,11
Nữ giới	21 (27,3)	12 (15,6)	09 (11,7)	
Tuổi (năm): 60 - <70	45 (58,4)	29 (37,6)	16 (20,8)	0,18
70 - <80	23 (29,8)	14 (18,2)	09 (11,7)	
>80	09 (11,7)	06 (07,8)	03 (03,9)	
Yếu tố nguy cơ				0,32
Rối loạn lipid	35 (45,4)	21 (27,3)	14 (18,2)	
Tăng huyết áp	32 (41,5)	19 (24,7)	13 (16,9)	
Đái tháo đường 2	29 (50,6)	18 (23,4)	11 (14,3)	
Bệnh mạch vành	21 (27,3)	12 (15,6)	09 (11,7)	
Nghiện thuốc lá	18 (23,4)	12 (15,6)	06 (07,8)	
Nghiện rượu	10 (12,9)	06 (07,8)	04 (05,2)	
Béo phì	03 (03,9)	03 (03,9)	00	
Rutheford (độ): Độ 1	01 (01,3)	01 (01,3)	00	0,27
Độ 2	06 (07,8)	06 (07,8)	00	
Độ 3	18 (23,4)	13 (16,9)	05 (06,5)	
Độ 4	27 (35,1)	16 (20,8)	11 (14,3)	
Độ 5	18 (23,4)	09 (11,7)	09 (11,7)	
Độ 6	07 (09,1)	04 (05,2)	03 (03,9)	
Loét (chân): Ngón chân	11 (14,3)	05 (06,5)	06 (07,8)	0,31
Bàn chân	11 (14,3)	04 (05,2)	07 (09,1)	
Gót chân	07 (09,1)	01 (01,3)	06 (07,8)	
ABI (tỉ số huyết áp): >0,9	02 (02,6)	02 (02,6)	00	0,15
0,5-0,9	52 (67,5)	36 (46,7)	16 (20,8)	
<0,5	23 (29,8)	11 (14,3)	12 (15,6)	
Tầng (giải phẫu): Chủ chậu	N/A	13 (16,9)	28 (36,4)	0,16
Đùi khoeo		20 (25,9)		
Dưới gối		16 (20,8)		
>02 Tầng				

Giới nam là 72,8%, nữ là 27,2%; tỉ lệ nam/nữ là 2,67 (p=0.004). Tuổi trung bình 68,3 + 11,7; cao nhất 89 tuổi, thấp nhất 38 tuổi. Bệnh đồng mắc rối loạn chuyển hóa lipid là 45,4%, tăng huyết áp là 41,5%, đái tháo đường 37,6%.

63,6% tổn thương đơn tầng. 36,3% đa tầng, gồm: chủ chậu 44,1%, đùi khoeo 49,3%, dưới gối 23,4%. Triệu chứng Độ 4 Rutherford là 35,1%, độ 5 là 23,4%. ABI khoảng 0,5-0,9 là 67,5%.

3.2. Kết quả can thiệp nội mạch

Bảng 2: Kết quả điều trị can thiệp nội mạch

Yếu tố khảo sát	Tầng giải phẫu			p
	Chủ chậu (n = 18)	Đùi khoeo (n = 26)	Dưới khoeo (n = 22)	
Điều trị				
Vật liệu (n, %): Nong bóng Giá đỡ	11 (61,1) 07 (38,9)	17 (65,4) 09 (34,6)	19 (86,4) 03 (13,6)	0,38
Biến chứng (n, %): Nhiễm trùng Tụ máu bẹn Giả phình Thủng mạch Tắc mạch Tắc giá đỡ Tử vong	02 (02,6) 03 (03,9) 02 (02,6) 01 (01,3) 01 (01,3) 02 (02,6) 01 (01,3)			
Thời gian can thiệp (phút)	159,2 + 29,3			
Thời gian nằm viện (ngày)	04,3 + 02,6			
Kết quả				
Tái thông nguyên phát (n,%) >70% lòng mạch < 70% lòng mạch	16 (88,9) 02 (11,1)	24 (92,3) 01 (03,8)	20 (90,1) 02 (09,1)	0,004
Lâm sàng (Rutherford) (n,%) Cải thiện > 01 độ Không cải thiện	16 (88,9) 02 (11,1)	24 (92,3) 02 (03,8)	20 (90,1) 02 (09,1)	0,003
Huyết động-ABI (trung bình, độ lệch chuẩn) Trước can thiệp Sau can thiệp	0,57 + 0,13 0,74 + 0,18	0,51 + 0,15 0,81 + 0,21	0,62 + 0,21 0,85 + 0,19	0,004

Thời gian can thiệp (phút) là 159,2 + 29,3, nhanh nhất 94, dài nhất 192 phút. Thời gian nằm viện (ngày) là 4,3 + 2,6. Nong bóng tầng chủ chậu 61,1%, đùi khoeo 65,4%, dưới gối 86,4%. ABI trước can thiệp là 0,51 + 0,13; sau can thiệp là 0,78 + 0,14 ($p=0.0041$). Tỷ lệ tái thông nguyên phát là 92,2%. 01 trường hợp tắc trong giá đỡ động mạch chậu chung đến chậu ngoài trái, 01 trường hợp tắc động mạch chậu chung phải 2cm, vôi hóa nặng. Cải thiện triệu chứng lâm sàng (giảm ít nhất 1 độ Rutherford) là 90,9%. 01 trường hợp thủng động mạch chậu chung chuyển phẫu thuật mở. 01 trường hợp tắc động mạch cánh tay phải. 02 trường hợp tắc giá đỡ. 1 trường hợp tử vong hoại tử đại tràng sigma muộn. Một số biến chứng khác: nhiễm trùng (2,6%), tụ máu bẹn (3,9%), giả phình vị trí tiếp cận (2,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm của dân số nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 68,3 + 11,7; tỷ lệ nam nữ là 2,67, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($0=0.004$). Các kết quả nghiên cứu về can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý hẹp tắc động mạch các tầng chi đều ghi nhận độ tuổi mắc bệnh thường trên 60 tuổi [4], [5], [6]. Tuy nhiên cũng phân tán ở các tuổi khác. [1], [2]. Một số nghiên cứu cũng mô tả ở người trẻ < 40

tuổi, nhưng ít gặp [3]. Tỷ lệ mắc bệnh ở Nam cao hơn Nữ (tỷ lệ 2,67). Nghiên cứu phân tích số lượng lớn ghi nhận tỷ lệ nam phơi nhiễm nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ như thuốc lá, nghiện rượu bia [4].

Theo đồng thuận [1], [2], [3], giới tính là một trong các yếu tố nguy cơ được ghi nhận, liên quan nghiện thuốc lá, rượu bia. Trong nghiên cứu này cũng gián tiếp thể hiện, tỷ lệ nghiện thuốc lá là 23,4%. Yếu tố nguy cơ khác qua khảo sát là rối loạn chuyển hóa lipid là 45,4%, tăng huyết áp là 41,5%, đái tháo đường (type 2) là 37,6% và béo phì 03,9%. Có thể thấy rằng, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này có tỷ lệ bệnh đồng mắc. Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật ở người Việt Nam có những điểm chung là có bệnh mạn tính tích lũy. Nhiều bệnh nền làm gia tăng nguy cơ toàn bộ [1], [3], trong đó có tim mạch, tử vong. Ở góc độ này, can thiệp nội mạch có ưu điểm không phẫu thuật mở, tạo cơ hội điều trị triệt để, hồi phục nhanh và ít biến chứng chu phẫu [1], [2], [3].

Tổn thương đa tầng được ghi nhận một cách đặc sắc trong nhiều nghiên cứu sâu về can thiệp nội mạch [4], [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tổn thương đa tầng là 36,3%, dưới nhóm thì tầng chủ chậu là 44,1%, đùi khoeo là 49,3%, dưới gối là 20,1%. Triệu chứng Đau khi nghỉ - cấp độ 4 trong phân loại triệu chứng lâm sàng

theo Rutherford đề xuất là 35,1%, mất mô là 23,4%. ABI <0,5 là 29,8%. Các thông số trên đều nằm trong các xếp loại nặng và kết quả tỉ lệ có phần cao hơn một số nghiên cứu khác [5], [7]. Đến nay, nhiều nghiên cứu có chung nhận định về bệnh lý động mạch ngoại biên xơ vữa phức tạp hơn những gì trước đây mô tả. Trong nghiên cứu chúng tôi, thấy rõ tình trạng phức tạp, độ nặng và đặc điểm đa tầng của nhóm bệnh lý này.

4.2. Kết quả điều trị can thiệp nội mạch. Can thiệp nội mạch là chỉ định điều trị mới và đạt nhiều đồng thuận [3]. Với nhóm bệnh động mạch ngoại biên vùng chậu-chi dưới, được xem là có tỉ lệ cao trong hệ thống mạch bị tổn thương do xơ vữa, can thiệp nội mạch là xu hướng, thể hiện vai trò, hiệu quả. Theo khuyến cáo của ESC-2017 [2], can thiệp nội mạch chỉ định cho các loại tổn thương TASC A, B; đặt giá đỡ nội mạch thì đầu khuyến cáo cho TASC B, C. Đối với TASC D, có thể can thiệp bởi bác sĩ có kinh nghiệm (khuyến cáo IIb, bằng chứng C). Theo xu hướng đó, trong nghiên cứu chúng tôi, 100% các tổn thương TASC II (A, B, C, D) đều được can thiệp nội mạch.

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ tái thông (lòng mạch >70% đường kính bình thường) là 92,2%, cải thiện triệu chứng lâm sàng là 90,9% và ABI từ 0,51 + 0,13 trước can thiệp lên 0,78 + 0,14 sau can thiệp ($p=0.0041$). Nghiên cứu của Baril DT (2010) [6], tỷ lệ thành công kỹ thuật là 89%, tái thông nguyên phát là 89%. Tương tự với các nghiên cứu liên quan [4], [5]. Giá trị ABI và thành công về mặt kỹ thuật của can thiệp nội mạch nói chung tốt ngay sau can thiệp, nhưng giảm dần theo thời gian. Nghiên cứu từ 2015 trở về trước theo khuyến cáo TASC I và II (lần đầu), chỉ định can thiệp nội mạch tăng chủ yếu đến đùi khoeo và các TASC II A, B; TASC II C thì cân nhắc can thiệp hoặc phẫu thuật, TASC II D chỉ có chỉ định phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, chúng tôi can thiệp nội mạch ở cả TASC II C, D. mặc dù gặp vài biến chứng đơn lẻ, tiếp cận được tổn thương nặng và phức tạp này bằng can thiệp nội mạch là một bước tiến lớn của nhiều đồng nghiệp trong nước trong đó có nghiên cứu chúng tôi.

So sánh với tương quan phẫu thuật mở về những trường hợp hẹp tắc phức tạp, can thiệp cho kết quả tái thông tốt, trên 90% [4], [5], [7]. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu chúng tôi là 4,3 + 2,6 ngày. Với vô cảm bằng gây tê tại chỗ, thời gian nằm viện nói chung ngắn hơn so với điều trị theo phương pháp phẫu thuật mở. Chúng tôi có một số biến chứng nhưng tỉ lệ thấp, tần suất đơn lẻ. Biến chứng ghi nhận gồm: 01

trường hợp thủng động mạch chậu chung chuyển phẫu thuật mở. 01 trường hợp tắc động mạch cánh tay phải. 02 trường hợp tắc giá đỡ. 1 trường hợp tử vong hoại tử đại tràng sigma muộn và một số khác như nhiễm trùng (2,6%), tụ máu bẹn (3,9%), giả phình vị trí tiếp cận (2,6%). Tỉ lệ biến chứng trực tiếp do can thiệp nội mạch nói chung thấp, tương tự những nghiên cứu khác. Những trường hợp tắc hoàn toàn (Chronic Total Occlusion-CTO), có trường hợp đưa được dây dẫn qua nhanh chóng, có trường hợp mất rất nhiều thời gian. Kết quả nghiên cứu phản ánh tỉ lệ triệu chứng Đau khi nghỉ đến cuối (Rutherford từ mức IV trở lên) là 35,1% và mất mô là 32,5%, chiếm hai phần ba mẫu nghiên cứu. Ở góc độ khác, có 12 trường hợp (15,6%) tái can thiệp ở những bệnh có tiền sử điều trị mạch máu từ trước (08 trường hợp can thiệp, 04 trường hợp phẫu thuật). Hiện nay, tái hẹp tắc sau can thiệp hoặc phẫu thuật có thể can thiệp nội mạch lại [1]. Các trường hợp này, chúng tôi sử dụng bóng phủ thuốc sau khi nong và kiểm tra hẹp tồn lưu < 30% lòng mạch, cải thiện ABI và triệu chứng lâm sàng.

Bảo tồn chi thể và tỉ lệ sống còn là một chỉ số được quan tâm [8]. Nghiên cứu này có hạn chế là thời gian theo dõi sau can thiệp nội mạch, ra viện đến 03 tháng, nên cần theo dõi trung hạn, bởi một số thông tin về sự tương đồng giữa phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch ở giai đoạn sớm và tái hẹp sớm, đoạn chi nhiều hơn ở nhóm can thiệp nội mạch ở giai đoạn sau. Hiện tại, tỉ lệ bảo tồn chi của chúng tôi là 94,8%, gồm 03 trường hợp đoạn chi đến đốt bàn ngón chân và 01 trường hợp đến gối (nhiễm trùng diễn tiến, cơ địa suy kiệt, kiểm soát đường máu kém). Kết quả cao hơn các tác giả khác [4], [7]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về đặc điểm của nhóm nghiên cứu, tổn thương, tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công tái thông là 92,2%, quá trình điều trị có một số biến chứng nhưng tỉ lệ thấp. Can thiệp nội mạch tái thông có thể áp dụng cho bệnh nhân cao tuổi nhiều nguy cơ. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn để củng cố giá trị thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gerhard-Herman MD, Gornik HL et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(12):e726. Epub 2016 Nov 13.
2. Victor Aboyans et al (2018). "Editor's Choice e

- 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)". Eur J Vasc Endovasc Surg (2018) 55, 305-368.
3. **Jaff MR, White CJ, Hiatt WR, Fowkes GR, Dormandy J, Razavi M, Reekers J, Norgren L.** An Update on Methods for Revascularization and Expansion of the TASC Lesion Classification to Include Below-the-Knee Arteries: A Supplement to the Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). TASC Steering Committee, J Endovasc Ther. 2015;22(5):663. Epub 2015 Aug 3.
 4. **Cheuk Pang Wong, Lok Pong Chan et al.** Efficacy and Safety of Intravascular Lithotripsy in Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. Volume 63, Issue 3, March 2022, Pages 446-456.
 5. **Kyu Kim, Young-Guk Ko et al** (2018). Clinical Outcomes of Subintimal vs. Intraluminal Revascularization Approaches for Long Femoropopliteal Occlusions in a Korean Multicenter Retrospective Registry Cohort. Circ J 2018 Jun 25;82(7):1900-1907.
 6. **Baril DT, Chaer RA, Rhee RY, et al** (2010). "Endovascular interventions for TASC II D femoropopliteal lesions". J Vasc Surg, 51(6):1406-12.
 7. **Naoki Hayakawa, Satoshi Kodera et al** (2022). "Clinical outcome of drug-coated balloon versus scaffold device in patients with superficial femoral artery chronic total occlusion". Heart Vessels. 2022 Feb;37(2):282-290.
 8. **Kobayashi, K. Hirano, M. Nakano et al.** (2015). "Predictors of nonhealing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy". Catheter Cardiovasc Interv, 85(5), pp. 850-858.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH U NHẦY RUỘT THỪA TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đinh Văn Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm hình ảnh của u nhầy ruột thừa (UNRT) trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 40 bệnh nhân (BN) đã được phẫu thuật và chẩn đoán UNRT trên mô bệnh học, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến 10/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 40 BN đã được phẫu thuật, chẩn đoán UNRT trên mô bệnh học và được chụp CLVT trước đó được chia thành 03 nhóm UNRT ác tính (UNRTA) (10%), lành tính viêm (UNRTV) (15%) và lành tính không viêm (UNRTL) (75%). Các trường hợp UNRT viêm hay ác tính đều có có triệu chứng lâm sàng kèm theo. Trên hình ảnh CLVT, UNRT giãn với đường kính lớn (trung bình 23.7mm), có đậm độ thấp (trung bình 20.3±9.4HU), có tỷ lệ vôi hóa thành khoảng 45%, ít gặp sỏi phân (5%). UNRT lành tính đều có thành nhẵn (100%). U nhầy viêm và ác tính đều có thâm nhiễm xung quanh ruột thừa. UNRT ác tính đều có dày thành không đều ruột thừa, có tỷ lệ mất liên tục thành cao (50%), thường có tổn thương phúc mạc, mạc nối. **Kết luận:** Các dấu hiệu đường kính lớn (trung bình 23.7mm), đậm độ dịch trong lòng ruột thừa thấp (trung bình 20.3HU), vôi hóa thành, không có sỏi phân gợi ý chẩn đoán UNRT. Dày thành không đều, dịch ổ bụng, tổn thương phúc mạc, mạc

nối là các dấu hiệu cao gợi ý UNRT ác tính.

Từ khóa: Mucocoele, u nhầy ruột thừa, ung thư biểu mô nhầy ruột thừa.

SUMMARY

CT FINDING OF MUCOCELE ADE OF THE APPENDIX

Objective: Evaluation of Imaging Features of Appendiceal Mucinous Neoplasms (Appendiceal mucocoele) on Computed Tomography (CT). **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study on 40 patients, who underwent surgery and were diagnosed with appendiceal mucocoele on histopathology, who had CT scans at at Hanoi University of Medicine Hospital from January 2021 to October 2024. **Results:** The study was conducted on 40 patients who had undergone surgery, were diagnosed with appendiceal mucocoele based on histopathology, and had previously undergone CT scans. The patients were divided into three groups: malignant appendiceal mucocoele (10%), inflammatory appendiceal mucocoele (15%), and non-inflammatory benign appendiceal mucocoele (10%). Cases of inflammatory or malignant appendiceal mucocoele all presented with associated clinical symptoms. On CT imaging, the appendiceal mucocoele was dilated with a large diameter (average 23.7mm), had low density (average 20.3±9.4HU), with calcification seen in about 45% of cases, and fecaliths were found in only 5% of cases. Benign appendiceal mucocoele had smooth walls (100%). Both inflammatory and malignant appendiceal mucocoeles showed surrounding infiltration. Malignant appendiceal mucocoele had uneven wall thickening, with a high rate of wall discontinuity (50%), and often showed damage to the peritoneum and omentum. (50%), and was frequently associated with peritoneal and omental

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025