

giả Bonora và cộng sự chỉ ra gần 40% bệnh nhân được coi là "kiểm soát tốt" vẫn có sự biến động đường huyết rõ rệt nếu dựa theo các mức mục tiêu về đường huyết lúc đói, đường huyết sau ăn và HbA1c.

Có mối tương quan nghịch, mức độ mạnh giữa 1,5-AG và HbA1c của nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu này ($r = -0,53$, $p < 0,05$). Tương tự với các nghiên cứu trước đây, như của Lương Quỳnh Hoa ($r = -0,616$, $p < 0,05$)⁽²⁾, Nguyễn Nguyệt Quỳnh Mai ($r = -0,71$, $p < 0,001$) T Yamanouchi ($r = -0,629$, $p < 0,05$)⁽⁷⁾. Như vậy có thể nhận xét 1,5-AG có giá trị phản ánh mức độ tăng của chỉ số HbA1c hay giá trị glucose máu trung bình với mối tương quan nghịch: HbA1c càng cao thì 1,5-AG càng thấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 133 bệnh nhân ĐTĐ tại Bệnh viện Chợ Rẫy và nhóm đối tượng không ĐTĐ gồm 168 người, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Nồng độ 1,5-AG của nhóm người không ĐTĐ là $20,65 \pm 7,09 \mu\text{g/mL}$ ($n=168$); nam giới là $23,57 \pm 6,88 \mu\text{g/mL}$ ($n=84$) và nữ giới là $17,74 \pm 6,05 \mu\text{g/mL}$ ($n=84$). Nồng độ 1,5-AG ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường là $2,34$ ($1,37-5,69$) $\mu\text{g/mL}$ ($n=133$). Nồng độ 1,5-AG ở người không ĐTĐ lớn hơn so với bệnh nhân ĐTĐ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Có mối tương quan nghịch, mức độ mạnh giữa 1,5-AG và HbA1C trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ nghiên cứu,

$r = -0,53$. Sự tương quan này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amy Tenderich (2019), Mysteries of the GlycoMark Revealed, Healthline.
2. Lương Quỳnh Hoa (2018), Khảo sát nồng độ 1,5-anhydroglucitol trong máu ở nhóm người trưởng thành khỏe mạnh và nhóm bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương, Luận văn cấp cơ sở, Bệnh viện Nội tiết Trung Ương, Hà Nội.
3. Lâm Vĩnh Niên Nguyễn Nguyệt Quỳnh Mai (2020), Nghiên cứu nồng độ 1,5-anhydroglucitol ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và đánh giá khả năng kiểm soát đường huyết của 1,5-anhydroglucitol, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
4. W. J. Kim (2012), "Serum 1,5-anhydroglucitol concentrations are a reliable index of glycemic control in type 2 diabetes with mild or moderate renal dysfunction", Diabetes Care. 35(2), 281-6.
5. Lu Chih-Chen; Lee Jenn-Kuen (2003), "1,5-anhydroglucitol levels in type 2 diabetic and non-diabetic subjects in Southern Taiwan", Endocrinologia e Metabologia. 46(6).
6. W. Nowatzke (2004), "Evaluation of an assay for serum 1,5-anhydroglucitol (GlycoMark) and determination of reference intervals on the Hitachi 917 analyzer", Clin Chim Acta. 350(1-2), 201-9.
7. T. Yamanouchi (1991), "Comparison of 1,5-anhydroglucitol, HbA1c, and fructosamine for detection of diabetes mellitus", Diabetes. 40(1), 52-7.
8. Luiza Cristina Gobor (2021), "Evaluation of 1,5-Anhydroglucitol as a Biomarker for Type 2 Diabetes Mellitus in Patients without Overt Nephropathy", Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 57.

CHIẾN LƯỢC TÁI THÔNG MẠCH MÁU TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐA TẦNG CÓ LOÉT CHI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trịnh Vũ Nghĩa¹, Nguyễn Văn Khôi¹, Nguyễn Hoàng Định²

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý động mạch chi dưới nhiều tầng, nhiều vị trí đang là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Tái thông hoàn toàn các tổn thương trên các BN này không phải lúc nào cũng thực hiện được. Đối với các BN THĐMCDMTĐT có loét chi, có phải lúc nào cũng cần tái thông toàn bộ các tổn thương nhằm tăng lượng máu nuôi chi và làm giảm thời gian lành vết

thương và cải thiện tỷ lệ bảo tồn chi hay không? **Mục tiêu:** - So sánh kết quả sớm và kết quả trung hạn của các BN THĐMCDMTĐT có loét chi được tái thông toàn bộ các tổn thương và các BN được tái thông một phần các tổn thương. - Từ đó đề xuất chiến lược tái thông mạch đối với nhóm BN này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh THĐMCDMTĐT có loét chi được tái thông mạch tại BV Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 74 tuổi. BN THĐMCDMTĐT đa số là nam giới với các yếu tố nguy cơ thường gặp là RLMM, THA và ĐTĐ. BN THĐMCDMTĐT sau tái thông mạch có chỉ số ABI cải thiện rõ rệt so với trước mổ. Những BN THĐMCDMTĐT được tái thông toàn bộ các tổn thương cải thiện về chỉ số ABI nhiều hơn so với các BN không được tái thông toàn bộ các tổn thương. Tuy nhiên không có sự khác biệt về kết quả chu phẫu, biến

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đại học Y dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Vũ Nghĩa

Email: trinhvunghia@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

chúng và kết quả trung hạn, thời gian lành vết thương và tỷ lệ bảo tồn chi của 2 chiến lược nêu trên. **Kết luận:** Đối với các BN THĐMCDMTĐT nên tái thông mạch đối với các ĐM ở tầng ĐM đến trước và theo dõi lâm sàng, nếu lâm sàng không có cải thiện thì mới tiếp tục tái thông mạch đối với các tầng ĐM phía dưới.

Từ khóa: Tái thông toàn bộ, tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng.

SUMMARY

STRATEGY FOR REVASCULARIZATION IN MULTILEVEL PERIPHERAL ARTERY DISEASE WITH FOOT ULCER AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Multilevel peripheral arterial disease is challenging for physicians. Complete revascularization in these patients is not always possible. For the multilevel peripheral arterial disease patients with foot ulcer, should we always have to achieve complete revascularization to augment blood flow to the foot, reduce healing time and improve limb preservation rate? **Purpose:** - Compare early and mid-term results between two groups of multilevel peripheral arterial disease patients with foot ulcer: complete revascularization and incomplete revascularization. - Propose revascularization strategy for this patient's category. **Patients and methods:** Prospective descriptive series cases of multilevel PAD patients with foot ulcer under revascularization at Vascular surgery department, Cho Ray Hospital.

Results: Mean age was 74 years. Most of patient is male with following frequent risk factors: Dyslipidemia, hypertension and diabetes. After revascularization, patients in complete revascularization improved markedly when compared with incomplete revascularization group. But when compare early and mid-term results, there were no statistical significance difference about healing time and limb preservation between these two strategies. **Conclusion:** For multilevel peripheral arterial disease patients with foot ulcer, we should revascularization for inflow lesion first then observe. If there is no improvement we continue to revascularization for outflow lesion.

Keywords: complete revascularization, multilevel peripheral arterial disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BLĐMCDMT được định nghĩa là bệnh lý hẹp, tắc ở động mạch nuôi chi dưới do xơ vữa. Bệnh có thể gây ra bởi sự tắc hẹp ở nhiều nơi trên đường đi của động mạch nuôi chi dưới. Tổn thương động mạch chi dưới được chia làm 3 tầng theo giải phẫu: tầng chủ chậu (aortoiliac), tầng đùi khoeo (iliofemoral) và dưới gối (below-knee). Trên thực tế điều trị, chúng tôi nhận thấy ngày càng có nhiều các trường hợp có tổn thương nhiều tầng phối hợp: chủ chậu – đùi khoeo, đùi khoeo – dưới gối... Các tổn thương động mạch chi dưới nhiều tầng, nhiều vị trí xuất hiện đang là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, THA. Tái thông mạch trên BN THĐMCDMTĐT đòi hỏi một chiến lược cụ thể

do các tổn thương THĐMCDMTĐT thường dài, vôi hóa nặng và xuất hiện trên nhiều tầng giải phẫu nên không phải bao giờ việc tái thông toàn bộ các tổn thương cũng khả thi. Về lý thuyết, đối với các trường hợp BĐMCDMT, nhất là các trường hợp thiếu máu mạn tính đe dọa chi, việc tái thông triệt để các tổn thương sẽ mang lại khả năng liền vết thương cao hơn và tăng khả năng bảo tồn chi do tăng lượng máu xuống nuôi chi. Tuy nhiên liệu trên thực tế, có phải bao giờ tái thông toàn bộ các tổn thương đối với các BN THĐMCDMTĐT cũng làm cho vết thương nhanh liền hơn và giúp bảo tồn chi hay không? Hiện nay trong nước cũng như trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy, số các bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng xuất hiện ngày càng nhiều, trong đó số lượng các BN không được tái thông toàn bộ các tổn thương cũng chiếm một tỷ lệ không nhỏ. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài "So sánh giữa chiến lược tái thông toàn bộ và tái thông một phần các tổn thương trong điều trị bệnh lý tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng" nhằm các mục tiêu sau:

- So sánh kết quả chu phẫu và kết quả trung hạn của các BN THĐMCDMTĐT có loét chi được tái thông toàn bộ các tổn thương và các BN được tái thông một phần các tổn thương.

- Từ đó đề xuất chiến lược tái thông mạch thích hợp đối với nhóm BN này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Theo phương pháp mô tả hàng loạt ca, theo dõi dọc. Số liệu được thu thập vào các thời điểm: trước mổ, sau mổ 1 ngày, sau 3 tháng và sau 6 tháng, 1 năm và 2 năm. Các chỉ tiêu lâm sàng chính cần thu thập là tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, phân loại giai đoạn theo lâm sàng và theo giải phẫu, phương pháp gây mê, phương pháp phẫu thuật, biến chứng, kết quả điều trị theo lâm sàng, ABI và hình ảnh học, thời gian sống và thời gian cắt cụt, thời gian lành vết thương.

Thu thập số liệu được thực hiện theo các biểu mẫu thống nhất. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epi Info 7.2

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2017 đến tháng 9/2019

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị BLĐMCDMT, có loét chi, có tổn thương động mạch từ 2 tầng phối hợp

trở lên trong 3 tầng động mạch thuộc một chi dưới theo phân loại TASC II (tầng chủ chậu, tầng đùi khoeo và dưới gối) trên phim MSCTA, được điều trị tái lập lưu thông mạch máu tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp thiếu máu chi cấp tính.
- Các trường hợp BLĐMCDMT do viêm mạch: bệnh Buerger
- Các trường hợp có tiền sử can thiệp ĐM chi dưới trước đó.
- Các trường hợp phẫu thuật viên ghi nhận thất bại không tái thông được bất cứ tổn thương nào.
- Các trường hợp không theo dõi được.
- Các trường hợp loét chi khó liền được xác định không phải do nguyên nhân ĐM (vd loét do tĩnh mạch)

Cách đánh giá kết quả điều trị: Chúng tôi phân loại bệnh nhân dựa trên kết quả của tái thông mạch so với hình ảnh tổn thương trước mổ. Nếu tái thông được toàn bộ các tổn thương

mà hình ảnh trước mổ chỉ ra thì chúng tôi phân loại BN thuộc nhóm được tái thông toàn bộ. Ví dụ đối với can thiệp, hình ảnh chụp mạch sau tái thông của BN cho thấy có dòng máu theo đường đi chính của ĐM từ ĐM chậu xuống tới tận bàn chân không ngắt quãng hoặc nếu BN được mổ mở thì sau mổ có phổ Doppler của ĐM chày trước hoặc chày sau. Đối với các trường hợp còn lại, chúng tôi xếp vào nhóm được tái thông một phần các tổn thương.

Đánh giá can thiệp thành công dựa trên kết quả dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh:

Ngay sau mổ: Bệnh nhân chân ấm, bớt đau. Trên hình ảnh sau can thiệp động mạch được can thiệp bắt thuốc tốt. ABI tăng trên 0.15 so với trước khi phẫu thuật.

Theo dõi trung hạn: Lâm sàng cải thiện 1 độ theo bảng phân loại Fontaine. Siêu âm hoặc CT mạch đường kính mạch máu can thiệp hẹp dưới 30%. ABI tăng 0.15 so với trước khi phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đặc tính của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm tái thông hoàn toàn	Nhóm tái thông không hoàn toàn	Giá trị p
Số BN	23	55	
Tuổi trung bình	74	74.04	>0.05
Nam giới	78.3%	80	>0.05
ABI trung bình	0.19	0.24	>0.05
RLMM (%)	47.8%	54.5%	>0.05
THA	60.9%	60%	>0.05
ĐTĐ (%)	34.8	32.7	>0.05
Dạng tổn thương: Đùi khoeo + dưới gối	16 (69.6%)	16(29.1%)	
Chú chậu + đùi khoeo	5(21.7%)	1(1.8%)	
Cả 3 tầng	2(2%)	38(69.1%)	

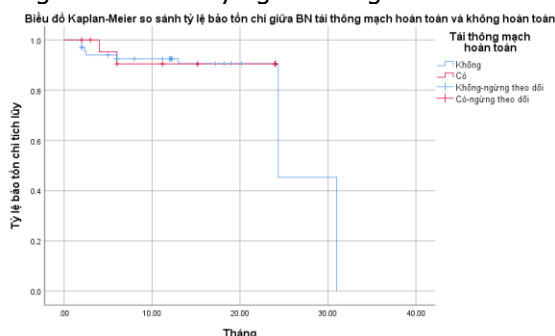
Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về tuổi, giới, về các yếu tố nguy cơ và số đo ABI trước tái thông mạch giữa 2 nhóm bệnh nhân được tái thông hoàn toàn và không hoàn toàn các tổn thương.

Bảng 2: Kết quả tái thông mạch sớm

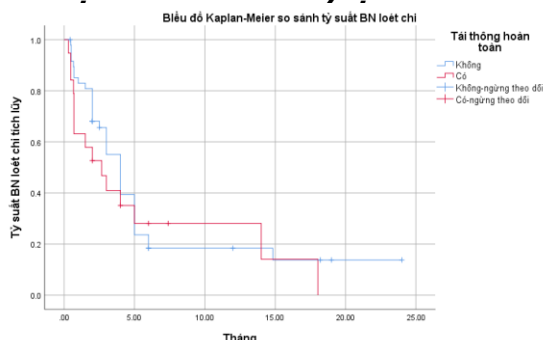
Kỹ thuật tái thông và kết quả	Nhóm tái thông hoàn toàn	Nhóm tái thông không hoàn toàn	Giá trị p
Tầng ĐM được tái thông			
Chủ chậu	7(12.7%)	0	
Đùi khoeo	19(34.5%)	0	
Chủ chậu + đùi khoeo	25(45.5%)	5(21.7%)	
Đùi khoeo + dưới gối	4(7.3%)	16(69.6%)	
Cả 3 tầng	0	2(8.7%)	
Hình thức tái thông mạch			
Can thiệp	18(78.3%)	43(78.2%)	
Phẫu thuật mở	1(4.3%)	2(3.6%)	
Phối hợp 2 phương pháp	4(17.4%)	10(18.2%)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	160	162	>0.05

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày)	3.87	4.02	>0.05
Thay đổi ABI sau tái thông	0.42	0.21	<0.001

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật trung bình cũng như thời gian nằm viện sau mổ. Nhóm BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương cải thiện về huyết động nhiều hơn so với nhóm BN chỉ được tái thông một phần các tổn thương thể hiện qua chỉ số ABI sau mổ tăng nhiều hơn có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa tái thông mạch hoàn toàn và tỷ lệ bảo tồn chi



Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa tái thông mạch hoàn toàn và thời gian lành vết thương

Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian lành vết thương cũng như tỷ lệ bảo tồn chi giữa 2 nhóm BN được tái thông hoàn toàn và một phần các tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

Trong 2 nhóm nghiên cứu của chúng tôi, các dữ liệu về dịch tễ học cũng như huyết động khá tương đồng. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 74 tuổi. BN đa số là nam giới với các yếu tố nguy cơ thường gặp là RLMM, THA và ĐTĐ. Chỉ số ABI trước mổ của các BN ở khá thấp và dao động. ABI sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ, tuy nhiên vẫn còn ở mức thấp. Từ lâu ABI đã được coi là một chỉ số để đánh giá huyết động tưới máu chi có giá trị trong chẩn đoán,

theo dõi BDMCDMT chu phẫu và dự báo nguy cơ tim mạch. Nếu có BN có tổn thương hẹp ĐM đáng kể sẽ có sự giảm áp lực đầu xa tương ứng. ABI từ 0.7 đến dưới 0.9 là bệnh ĐM chi dưới còn bù trừ tốt. ABI từ 0.4 đến dưới 0.7 là bệnh ĐM bù trừ trung bình, áp lực xa chỉ đủ để tưới máu cho nhu cầu chuyển hoá lúc nghỉ. ABI dưới 0.4 là bệnh ĐM gây rối loạn huyết động nghiêm trọng[1]. Đối với THĐMCDMTĐT, ABI cũng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi sau mổ. Theo Rutherford, tắc ĐM đơn tăng thường có chỉ số ABI từ 0.5-0.9, còn các BN có THĐMCDMTĐT thường có ABI dưới 0.5 [2]. Theo hiệp hội Phẫu thuật mạch máu SVS, ABI phản ánh sự tưới máu tổng thể tới đầu xa chi chứ không phải tình trạng tưới máu cụ thể của đoạn mạch được tái thông. Do đó đối với các BN THĐMCDMTĐT, ABI vẫn cải thiện mặc dù các tổn thương ĐM không được tái thông hoàn toàn[3]. Như vậy ABI vẫn là một công cụ rất có ý nghĩa trong phát hiện và theo dõi BN THĐMCDMTĐT. Tái thông mạch trong THĐMCDMTĐT vẫn mang lại cải thiện về mặt huyết động cho các BN kể cả khi chỉ tái thông tăng ĐM đến, tuy nhiên sự cải thiện ở mức độ vừa phải. Những trường hợp được tái thông hoàn toàn tổn thương của các tăng ĐM có mức độ cải thiện về huyết động ngay sau mổ tốt hơn so với những BN không được tái thông hoàn toàn các tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương có mức tăng ABI trung bình so với trước mổ là 0.42, cao hơn có ý nghĩa so với những BN không được tái thông hoàn toàn các tổn thương (0.21). Kết quả này tương tự với tác giả Toshio Takayama nghiên cứu sự khác biệt về kết quả tái thông mạch bằng phương pháp phối hợp bóc nội mạch ĐM đùi chung và can thiệp nội mạch trên những BN thiếu máu mạn tính đe dọa chi. Tác giả nhận thấy những BN được tái thông hoàn toàn các tổn thương có mức độ tăng ABI sau mổ cao hơn đáng kể so với những BN không được tái thông hoàn toàn các tổn thương[4]. Như vậy đối với các tổn thương THĐMCDMTĐT, tái thông hoàn toàn các tổn thương sẽ cải thiện tốt hơn về huyết động so với những trường hợp không được tái thông hoàn toàn các tổn thương.

Đối với những BN bị loét chi, khi tăng cường lượng máu nuôi chi, nhất là dòng máu xuống đến tổn thương là dòng máu trực tiếp, có áp lực mạnh, BN sẽ giảm đau, thời gian lành vết loét

của chi sẽ ngăn lại và tỷ lệ cắt cụt chi sẽ giảm đi. Do đó những BN THĐMCDMTĐT được tái thông hoàn toàn các tổn thương sẽ có lượng máu nuôi chi nhiều hơn so với những BN không được tái thông hoàn toàn các tổn thương nên về lý thuyết sẽ dẫn đến thời gian lành vết loét ngắn hơn và tỷ lệ cắt cụt thấp hơn[5]. Tuy nhiên khi so sánh thời gian liền vết loét và tỷ lệ bảo tồn chi giữa 2 nhóm BN được tái thông hoàn toàn các ĐM tổn thương và các BN chỉ được tái thông một phần, chúng tôi thấy sự khác nhau về cả thời gian liền vết thương và thời gian cắt cụt giữa 2 nhóm BN này là không có ý nghĩa thống kê. Tương tự như chúng tôi, khi so sánh kết quả giữa các nhóm tái thông hoàn toàn và tái thông một phần, các tác giả cũng đều không chỉ ra được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả về bảo tồn chi và lành vết thương cũng như tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm BN này. Tác giả Takayama so sánh thời gian lành vết thương và tỷ lệ bảo tồn chi giữa 2 nhóm BN THĐMCDMTĐT được tái thông mạch bằng phương pháp phối hợp giữa can thiệp nội mạch và phẫu thuật mở, một nhóm được tái thông hoàn toàn các tổn thương và một nhóm được tái thông một phần các tổn thương. Tuy nhiên kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cả thời gian lành vết thương cũng như tỷ lệ đoạn chi giữa 2 nhóm BN này[5]. Thất bại trong việc chỉ ra sự khác nhau về tỷ lệ bảo tồn chi cũng như thời gian lành vết thương giữa 2 nhóm BN này, theo chúng tôi đã chỉ ra một sự thực là tái thông mạch chỉ là một khâu trong quá trình lành vết thương cũng như bảo tồn chi. Việc chăm sóc vết thương hàng ngày cũng là một khâu hết sức quan trọng trong việc làm lành vết thương và bảo tồn chi do nhiều BN nhập viện với những vết thương thiếu máu nặng, kèm theo nhiễm khuẩn điển hình có thể gây ra viêm mô tế bào, áp xe, viêm cơ xương, hoại tử sinh hơi hoặc hoại tử cân[6]. Công việc này đòi hỏi những kiến thức của các bác sĩ chuyên khoa sâu, đòi hỏi nhiều loại vật tư tiêu hao khác nhau như bơm hơi áp lực ngắt quãng, các loại gạc chuyên khoa, màng nhau thai, hoặc các liệu pháp khác như liệu pháp tế bào tùy vào tình trạng vết thương[7]. Ngay ở các thành phố lớn, việc tiếp cận các cơ sở y tế có điều kiện chăm sóc vết thương theo đúng tiêu chuẩn là rất khó khăn. Tại các BV lớn cũng chưa có những trung tâm chăm sóc vết thương chuyên biệt với sự tham gia đầy đủ của các chuyên khoa như phẫu thuật mạch máu, chỉnh hình, nội tiết, tạo hình, chuyên gia về bàn chân, chuyên gia chăm sóc vết thương[8]. Được chăm sóc vết thương ở các

trung tâm chuyên biệt giúp BN giảm được tỷ lệ đoạn chi. Tác giả Alyssa M. Flores nghiên cứu 2238 BN ĐMCDMT được tái thông mạch ở BV Stanford. Ông chia BN làm 2 nhóm trước và sau khi bệnh viện mở trung tâm chăm sóc vết thương và nhận thấy sau khi mở trung tâm chăm sóc vết thương, số BN bị đoạn chi giảm có ý nghĩa thống kê[9]. Chính vì vai trò của chăm sóc vết thương quan trọng như vậy nên nếu chỉ tính đến vai trò của tái thông mạch đối với liền vết loét và bảo tồn chi mà bỏ qua vai trò của chăm sóc vết thương, các nghiên cứu thường không thể chỉ ra được sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các phương pháp tái thông mạch. Chuyên ngành Phẫu thuật mạch máu mới chỉ phát triển ở các thành phố lớn, còn ở địa phương, phẫu thuật mạch máu còn là một chuyên ngành mới, lĩnh vực chăm sóc vết thương trên các BN ĐMCDMT gần như bỏ ngõ, công việc chăm sóc vết thương hầu hết được thực hiện bởi các điều dưỡng tại các trạm y tế, một số BN do ở vùng xa còn không có điều kiện được chăm sóc vết thương hàng ngày. Đây là khó khăn chung của hệ thống y tế Việt Nam. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có tới 94% số BN ở địa phương nên việc được chăm sóc vết thương hàng ngày theo tiêu chuẩn rất khó được thực hiện. Tái thông mạch được thực hiện tại BV Chợ Rẫy nhưng công việc chăm sóc vết thương hàng ngày đòi hỏi một quá trình lâu dài và hầu hết quá trình này lại được thực hiện tại địa phương. Chính vì lý do đó mà kết quả bảo tồn chi thu được cũng hết sức khác nhau. Những yếu tố khác cũng hết sức quan trọng như khả năng tiếp cận cơ sở y tế của BN để được chăm sóc vết thương. Hơn nữa, theo tác giả Ehrin J. Amstrong, một số trường hợp thiếu máu mạn tính đe dọa chi không nhận được lợi ích từ việc tái thông mạch. Đó là các trường hợp loét sâu vùng mu chân lộ gân hay loét loét vùng gan bàn chân hay vùng gót hoặc nhiễm trùng bàn chân nặng trên các BN có nhiều bệnh lý toàn thân đi kèm. Những trường hợp này nên đoạn chi sớm[8]. Như vậy đối với các BN THĐMCDMTĐT, quyết định có tái thông hoàn toàn các tầng ĐM tổn thương hay không vẫn dựa trên khuyến cáo của từng khu vực riêng biệt. Theo chúng tôi, do không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ suất bảo tồn chi cũng như thời gian liền vết thương trên 2 nhóm BN được tái thông hoàn toàn các tầng ĐM tổn thương và chỉ được tái thông một phần các tổn thương nên chiến lược hợp lý là chiến lược dựa theo khuyến cáo của Đồng thuận đa chuyên ngành châu Á về sự phối

hợp giữa can thiệp nội mạch và chăm sóc vết thương năm 2018: Tái thông mạch đối với các ĐM ở tầng ĐM đến trước và theo dõi lâm sàng, nếu lâm sàng không có cái thiện thì mới tiếp tục tái thông mạch đối với các tầng ĐM phía dưới[6].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 74 tuổi. BN THĐMCDMTĐT đa số là nam giới với các yếu tố nguy cơ thường gặp là RLMM, THA và ĐTĐ.

- Chỉ số huyết áp cổ chân- cánh tay ABI vẫn rất có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi về huyết động sau tái thông mạch đối với BN THĐMCDMTĐT. BN THĐMCDMTĐT sau tái thông mạch có chỉ số ABI cải thiện rõ rệt so với trước mổ. Những BN THĐMCDMTĐT được tái thông toàn bộ các tổn thương cải thiện về chỉ số ABI nhiều hơn so với các BN không được tái thông toàn bộ các tổn thương.

- Không có sự khác biệt về kết quả chu phẫu, biến chứng và kết quả trung hạn, thời gian lành vết thương và tỷ lệ bảo tồn chi của 2 chiến lược nêu trên.

- Chiến lược tái thông mạch đề nghị: đối với các BN THĐMCDMTĐT nên tái thông mạch đối với các ĐM ở tầng ĐM đến trước và theo dõi lâm sàng, nếu lâm sàng không có cái thiện thì mới tiếp tục tái thông mạch đối với các tầng ĐM phía dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aboyans, V., et al.,** Risk factors for progression of peripheral arterial disease in large and small vessels. *Circulation*, 2006. **113**(22): p. 2623-9.
2. **Gary, T., et al.,** Neutrophil-to-lymphocyte ratio and its association with critical limb ischemia in PAOD patients. *PLoS One*, 2013. **8**(2): p. e56745.
3. **Boufi, M., et al.,** Systematic review and meta-analysis of endovascular versus open repair for common femoral artery atherosclerosis treatment. *J Vasc Surg*, 2021. **73**(4): p. 1445-1455.
4. **Agnelli, G., et al.,** Morbidity and mortality associated with atherosclerotic peripheral artery disease: A systematic review. *Atherosclerosis*, 2020. **293**: p. 94-100.
5. **Takayama, T. and J.S. Matsumura,** Complete Lower Extremity Revascularization via a Hybrid Procedure for Patients with Critical Limb Ischemia. *Vasc Endovascular Surg*, 2018. **52**(4): p. 255-261.
6. **Kawarada, O., et al.,** Contemporary critical limb ischemia: Asian multidisciplinary consensus statement on the collaboration between endovascular therapy and wound care. *Cardiovasc Interv Ther*, 2018. **33**(4): p. 297-312.
7. **Olivieri, B., et al.,** On the Cutting Edge: Wound Care for the Endovascular Specialist. *Semin Intervent Radiol*, 2018. **35**(5): p. 406-426.
8. **Armstrong, E.J., et al.,** Multidisciplinary Care for Critical Limb Ischemia: Current Gaps and Opportunities for Improvement. *J Endovasc Ther*, 2019. **26**(2): p. 199-212.
9. **Flores, A.M., et al.,** Benefit of multidisciplinary wound care center on the volume and outcomes of a vascular surgery practice. *J Vasc Surg*, 2019. **70**(5): p. 1612-1619.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU Ở NGƯỜI CAO TUỔI NÔNG THÔN THÁI BÌNH

Đỗ Hải Anh*, Trần Đình Thoan*, Nguyễn Thị Ái*, Đỗ Quốc Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn chuyển hóa Lipid máu ở người cao tuổi khu vực nông thôn tỉnh Thái Bình. **Đối tượng nghiên cứu:** Người cao tuổi khu vực nông thôn tỉnh Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Có mối liên quan giữa tuổi, giới với tình trạng rối loạn Lipid máu ở người cao tuổi. Tỷ lệ rối loạn Lipid máu của người cao tuổi là nữ cao hơn so với nam, ở nhóm trên 70 tuổi cao hơn so với dưới 70 tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Những người hút thuốc lá thường xuyên có nguy cơ mắc rối

loạn chuyển hóa lipid máu gấp 2,6 lần người không hút thuốc lá ($p < 0,001$), người có thói quen uống rượu, bia có nguy cơ mắc rối loạn chuyển hóa lipid máu gấp 2,3 lần người không uống rượu bia... Nguy cơ tăng cholesterol máu ở nhóm tuổi 70-74 gấp 4,2 lần (OR 95%; CI:2,9-6,2; $p < 0,001$); nhóm tuổi 65-69 gấp 1,5 lần (OR 95%; CI:1,0-2,1; $p < 0,05$) so với nhóm tuổi 60-64. Người cao tuổi có tỷ lệ vòng eo/vòng mông cao nguy cơ tăng cholesterol gấp 1,5 lần (OR95%; CI:1,1-2,0) và tăng triglycerid gấp 1,7 lần (OR95%; CI:1,2-2,2) so với người có chỉ số VE/VM bình thường.

Từ khóa: Rối loạn chuyển hóa Lipid máu, người cao tuổi, nông thôn, Thái Bình

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO BLOOD LIPID METABOLISM DISORDERS IN THE ELDERLY PEOPLE IN THAI BINH RURAL AREA

Objectives: To determine some factors related to dyslipidemia in elderly people in rural areas of Thai

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hải Anh

Email: dohaianh56@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022