

Néotigmin. Sự xuất hiện của tiêu chảy, co thắt phế quản là tương đương nhau với nhóm paracetamol. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng sau tiêm thuốc cao hơn (33,3%), tỷ lệ bệnh nhân bị co cơ kiểu chuột rút sau tiêm thuốc thấp hơn (13,3%) so với nghiên cứu của tác giả này. Các tác dụng không mong muốn này đều xảy ra thoáng qua và tự khỏi. Không gặp các tình trạng tăng động bàng quang, co thắt phế quản, tiêu chảy, thay đổi nhịp tim, nôn và buồn nôn xuất hiện mới hoặc nặng lên ngay sau tiêm. Việc tiêm thuốc của chúng tôi thực hiện bằng tay, do đó không đảm bảo được tốc độ tiêm đều, liên tục cũng như thời gian tiêm đủ chậm như khi dùng bơm tiêm điện, có thể do vậy mà tỷ lệ bệnh nhân bị đau quặn bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng những sản phụ đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng được điều trị bằng Neostigmin+Atropin có gặp một số tác dụng không mong muốn như đau quặn bụng (33,3%; $p < 0,05$), co cơ kiểu chuột rút (13,3%; $p > 0,05$), các tác dụng không mong muốn này xảy ra thoáng qua, tự khỏi. Cả hai nhóm không gặp các tác dụng không mong muốn khác như: Rối loạn nhịp tim, tăng động bàng quang, tiêu chảy, co thắt phế quản, nôn và buồn nôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guglielminotti J., Landau R., và Li G. (2019). Major Neurologic Complications Associated With

2. Ghaleb A. (2010). Postdural puncture headache. *Anesthesiol Res Pract*, 2010, 102967.
3. Kwak K.-H. (2017). Postdural puncture headache. *Korean J Anesthesiol*, 70(2), 136–143.
4. Plewa M.C. và McAllister R.K. (2021). Postdural Puncture Headache. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
5. Abdelaal Ahmed Mahmoud A., Mansour A.Z., Yassin H.M. và cộng sự. (2018). Addition of Neostigmine and Atropine to Conventional Management of Postdural Puncture Headache: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg*, 127(6), 1434–1439.
6. Amorim J.A., Gomes de Barros M.V., và Valença M.M. (2012). Post-dural (post-lumbar) puncture headache: risk factors and clinical features. *Cephalalgia Int J Headache*, 32(12), 916–923.
7. L'ubuský M., Berta E., Procházka M. và cộng sự. (2006). [Development of incidence of post-dural puncture headache in patients undergoing caesarean section in spinal anaesthesia at the Department of Obstetrics and Gynecology in Olomouc during 2003-2004]. *Cas Lek Cesk*, 145(3), 204–208.
8. Imarengiaye C. và Ekwere I. (2006). Postdural puncture headache: a cross-sectional study of incidence and severity in a new obstetric anaesthesia unit. *Afr J Med Med Sci*, 35(1), 47–51.
9. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2004). The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia Int J Headache*, 24 Suppl 1, 9–160.
10. Valle RGL, Godoy FL. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg*. 2014;3(3):60-64.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CHẬU ĐÙI MẠN TÍNH CÓ THIẾU MÁU CHI TRẦM TRỌNG

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Hữu Tường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng mang lại một gánh nặng rất lớn đến y tế, bao gồm tỉ lệ tử vong và tỉ lệ tàn phế do cắt cụt chi cao. Đối với tổn thương phối hợp hai tầng động mạch chậu đùi thì phương pháp điều trị kinh điển là phẫu thuật làm cầu nối. Can thiệp nội mạch đang là xu hướng mới điều trị bệnh lý này. **Mục**

tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng, được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 – 02/2020. **Kết quả:** 43 bệnh nhân (45 chi can thiệp) có tuổi trung bình 71.4 ± 10.9 , nam giới chiếm đa số, 100% có thiếu máu chi trầm trọng, tổn thương TASC C,D chiếm 77.8% ở tầng chậu và 82.2% ở tầng đùi. Tỉ lệ thành công về kỹ thuật là 93.3%, tỉ lệ biến chứng là 11.1%. Theo dõi sau 1 năm, tỉ lệ cải thiện về mặt lâm sàng 94.7%, thành công về mặt huyết động 89.5%, tỉ lệ sống còn 92.5%, tỉ lệ bảo tồn chi 97.6%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị hẹp động mạch chậu đùi

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

mạn tính có thiếu máu chi trầm trọng có tỉ lệ thành công cao và an toàn.

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOVASCULAR TREATMENT FOR CHRONIC ILIO-FEMORAL ARTERY STENOSIS WITH CHRONIC LIMB-THREATENING ISCHEMIA

Overview: Chronic limb – threatening ischemia is associated with increased mortality, risk of amputation and impaired quality of life. Lower extremity bypass is a traditional surgery for combined ilio-femoral lesions. Endovascular intervention is a new trending treatment for this disease. **Objectives:** The outcomes of endovascular intervention for chronic ilio-femoral artery stenosis with chronic limb – threatening ischemia. **Methods:** A retrospective study was conducted to identify the cases who underwent endovascular intervention for chronic ilio – femoral artery stenosis with chronic limb – threatening ischemia, at Cho Ray Hospital from January 2016 until February 2020. **Results:** Total 43 patients (45 interventional limbs) with mean age of 71.4 ± 10.9 , majority male, were enrolled. All patients were diagnosed with chronic limb – threatening ischemia stage, total TASC C,D lesions accounted for 77.8% and 82.2% in iliac and femoral artery respectively. Revascularization was successfully on 93.3% lesions, complication rates was 11.1%. The follow-up time was 12 months, clinical success was 94.7%, hemodynamic success was 89.5%, survival rate was 92.5%, limb salvage rate was 97.6%. **Conclusion:** Endovascular intervention for chronic ilio-femoral artery stenosis with chronic limb – threatening ischemia has a high success rate and safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BĐMCDMT ngày càng phổ biến, ước tính khoảng 202 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh. Theo báo cáo của Viện tim mạch Việt Nam năm 2007, tỉ lệ này là 3,4% [1]. Giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng (TMCTT) là diễn tiến muộn của BĐMCDMT đặc trưng bởi các triệu chứng đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi, nếu không được điều trị thì tỉ lệ cắt cụt chi lên đến 43% và tỉ lệ tử vong là 25% sau 1 năm [5].

Điều trị BĐMCDMT có TMCTT hiện nay bao gồm phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cầu nối mạch máu tuy nhiên tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao lên đến 20% [6]. Phương pháp can thiệp nội mạch hiện nay đã và đang phát triển, thể hiện ưu thế hơn về giảm thiểu thời gian tác động lên BN, ít xâm lấn, tỉ lệ biến chứng thấp, phù hợp cho nhóm bệnh nhân (BN) có nguy cơ phẫu thuật cao. Thực tế ở nước ta, BN BĐMCDMT thường nhập viện trễ khi có triệu chứng TMCTT, đối với giai đoạn này tổn thương trên hệ động mạch (ĐM) chi dưới thường phối hợp nhiều tầng,

thường gặp ở tầng chủ chậu và đùi khoeo, các BN được phối hợp tái thông nhiều tầng ĐM cùng lúc. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả can thiệp nội mạch điều trị bệnh nhân hẹp động mạch chậu đùi mạn tính có TMCTT, tại khoa Phẫu thuật mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán BĐMCDMT có TMCTT được điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch máu BVCR từ tháng 1/2016 – 15/02/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN BĐMCDMT có TMCTT, với tổn thương hẹp trên 70% lòng mạch cả hai tầng chậu và đùi, được điều trị bằng can thiệp nội mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN với các bệnh lý mạch máu chi dưới mạn tính không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu như: Bệnh Takayasu, bệnh Buerger, các nguyên nhân tắc mạch do chèn ép. BN được điều trị bằng phẫu thuật bắc cầu ĐM hay phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch. BN được điều trị can thiệp nội mạch đoạn dưới gối phối hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca.

Trước can thiệp: Thu thập các số liệu về tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, bệnh lý đi kèm, ABI, phân loại TASC II.

Trong lúc can thiệp: Ghi nhận phương pháp vô cảm, phương pháp và thời gian can thiệp.

Sau can thiệp: Đánh giá kết quả chu phẫu sau can thiệp và tại thời điểm 1 năm dựa vào sự thay đổi triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ABI và hình ảnh học. Đánh giá sự thành công về mặt kỹ thuật, các biến chứng, thành công về huyết động, thành công về lâm sàng, diễn tiến lành vết thương, tỉ lệ bảo tồn chi, tỉ lệ sống còn.

2.3. Kỹ thuật can thiệp nội mạch. Bệnh nhân nằm ngửa, tê tại chỗ bằng lidocain 2%, tê tủy sống hoặc mê nội khí quản. Sử dụng heparin tĩnh mạch 50-100UI/kg. Chọc kim ĐM đùi cùng bên, hoặc đối bên tổn thương, hoặc chọc kim từ ĐM cánh tay. Luồn dây dẫn, đặt ống dẫn (sheath) 5-7F vào ĐM. Luồn dây dẫn (guidewire) đi qua vị trí tổn thương. Đưa ống thông (catheter) đến tiếp cận tổn thương, bơm thuốc cản quang (pha nước muối sinh lý 0.9% tỉ lệ 1:1), chụp kiểm tra và đánh dấu vị trí tổn thương trên màn hình. Đưa bóng theo dây dẫn đến vị trí tổn thương, bơm bóng giữ 90-180s, xả bóng và

rút bóng. Chụp kiểm tra kết quả sau nong bóng, đặt stent nếu cần. Chụp kiểm tra trước khi kết thúc phẫu thuật. Rút dây dẫn và ống dẫn, băng ép vị trí chọc kim.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Mẫu có 43 BN, tương ứng 45 chi can thiệp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Độ tuổi trung bình là $71,4 \pm 10,9$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 43 tuổi và lớn nhất là 92 tuổi. Có 3 nữ (7%), 40 nam (93%).

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ, bệnh lý phối hợp (N = 43)

	N	Tỉ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ		
Hút thuốc lá	22	51.2
Đái tháo đường	10	23.3
Tăng huyết áp	39	90.7
Rối loạn chuyển hóa Lipid máu	27	62.8
Bệnh lý phối hợp		
Bệnh ĐM vành	12	27.9
Bệnh ĐM cảnh	27	62.8
Bệnh thận mạn	9	20.9
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	11	25.6

Bảng 2. Phân độ lâm sàng theo Fontaine và Rutherford (N = 45)

Fontaine			Rutherford		
Giai đoạn	N	Tỉ lệ (%)	Giai đoạn	N	Tỉ lệ (%)
III	17	37.8	4	17	37.8
IV	28	62.2	5	19	42.2
			6	9	20

Nhận xét: Các chi trong nghiên cứu đều ở giai đoạn TMCTT bao gồm đau khi nghỉ, loét hay hoại tử, tương ứng các giai đoạn Fontaine III, IV hoặc Rutherford 4, 5 và 6. ABI trước can thiệp trung bình 0.23 ± 0.21 .

Bảng 3. Phân loại thương tổn theo TASC II (N=45)

Phân loại theo TASC	Tầng chậu		Tầng đùi	
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
TASC A	0	0	1	2.2
TASC B	10	22.2	7	15.6
TASC C	19	42.2	24	53.3
TASC D	16	35.6	13	28.9

Phương pháp can thiệp: Đa phần các BN được can thiệp sử dụng phương pháp vô cảm là tê tại chỗ, chiếm 90.7%, 4 trường hợp gây mê nội khí quản chiếm 9.3%. Lựa chọn đường tiếp cận ưu thế là chọc kim ĐM đùi chung đối bên tổn thương (kỹ thuật cross over), chiếm 66.7%, 9 trường hợp chọc kim cùng bên tổn thương chiếm 20%, 6 trường hợp dùng đường ĐM cánh tay chiếm 13.3%. Thời gian thực hiện can thiệp

trung bình là 147.7 phút, trong đó ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 330 phút.

Bảng 4. Phương pháp can thiệp (N=45)

Phương pháp	Động mạch chậu		Động mạch đùi	
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
Nong bóng	17	37.8	30	66.7
Nong bóng + đặt stent	28	62.2	15	33.3

Đánh giá kết quả điều trị giai đoạn chu phẫu:

Bảng 5. Thành công về kỹ thuật và biến chứng sau can thiệp (N=45)

	N	Tỉ lệ (%)
Thành công kỹ thuật	42	93.3
Không thành công	3	6.7
Biến chứng chung	5	11.1
Tắc mạch	3	6.7
Chảy máu	3	6.7

Nhận xét: Trong tổng số 45 chi can thiệp, tỉ lệ thành công về kỹ thuật chiếm 93.3%. Có 3 chi không thành công về mặt kỹ thuật chiếm 6.7%, trong đó 2 chi vẫn còn hẹp trên 30% đoạn cuối ĐM đùi nông, và 1 chi không đi dây dẫn qua được tổn thương ĐM đùi nông. Trong 3 chi không thành công về mặt kỹ thuật có 2 chi được phẫu thuật làm cầu nối, 1 trường hợp đoạn chi trong giai đoạn hậu phẫu vì hoại tử chi diễn tiến. Ghi nhận biến chứng, có 3 BN chảy máu tại vị trí chọc kim, BN được băng ép lại, sau đó tình trạng chảy máu giới hạn ổn. Theo dõi tình trạng BN ở giai đoạn hậu phẫu không ghi nhận trường hợp nào tử vong.

Bảng 6. Kết quả ABI ngay sau can thiệp (ABI-S)

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	T test
ABI-T	0.23	0.21	p < 0.001
ABI-S	0.65	0.2	

Đánh giá kết quả can thiệp sau 1 năm:

Trong tổng số 43 BN (45 chi), có 2 trường hợp được phẫu thuật lại làm cầu nối ĐM, 1 ca đoạn chi trong thời gian hậu phẫu. 40 BN (42 chi can thiệp) còn lại được theo dõi trong vòng 1 năm. Trong 1 năm, có 3 BN tử vong tại nhà, 1 BN cắt cụt 1/3 trên cẳng chân. Vậy trong nhóm theo dõi còn lại gồm 36 BN (38 chi can thiệp). Các BN chăm sóc vết thương tại các cơ sở y tế địa phương hoặc chăm sóc theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

Bảng 7. Phân độ Rutherford sau 1 năm

Giai đoạn	Rutherford trước can thiệp		Rutherford sau can thiệp 1 năm	
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)

0	0	0	17	44.7
1	0	0	10	26.3
2	0	0	7	18.4
3	0	0	2	5.3
4	17	37.8	1	2.65
5	19	42.2	1	2.65
6	9	20	0	0
Số chi can thiệp	45		38	

Bảng 8. Đánh giá sự chuyển giai đoạn Rutherford sau 1 năm

	Rutherford 4	Rutherford 5,6	Số chi can thiệp (N)
Không thay đổi	0	2	2
Tiến triển tốt	17	19	36
Số chi can thiệp (N)	17	21	38

Nhận xét: Trong 38 chi còn lại, 2 trường hợp diễn tiến không thay đổi, 36 trường hợp còn lại thỏa tiêu chí thành công về mặt lâm sàng là 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. Tỷ lệ TMCTT trước can thiệp là 100%, sau 1 năm can thiệp giảm còn 5.3%. Tiến hành so sánh giữa hai nhóm BN có giai đoạn Rutherford tiến triển tốt và không thay đổi, cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's Exact Test, $p < 0.05$).

Bảng 9. Kết quả ABI sau can thiệp 1 năm (ABI-1)

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	t test
ABI-T	0.23	0.21	$p < 0.001$
ABI-1	0.61	0.17	

Bảng 10. Tỷ lệ tử vong và cắt cụt, tỉ lệ lành thương sau 1 năm

	N	Tỉ lệ (%)
Tử vong (N=40)	3	7.5
Cắt cụt (N=42)	1	2.4
Lành vết thương (N=38)	37	97.4%

Nhận xét: Sau 1 năm, tỉ lệ lành thương là 97.4%, thời gian lành vết thương trung bình là 2.5 ± 1.7 tháng. 3 BN tử vong (7.5%) và 1 BN cắt cụt (2.4%), tỉ lệ sống còn là 92.5%, tỉ lệ bảo tồn chi là 97.6%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 71.4 ± 10.9 , tỉ lệ nam/nữ khoảng 13.3/1, tỉ lệ hút thuốc lá 51.2%, đái tháo đường chiếm 23.3%, tăng huyết áp 90.7%, rối loạn chuyển hoá lipid máu 62.8%. Nhìn chung đây là các yếu tố nguy

cơ thường gặp của bệnh lý mạch máu hệ thống, tăng huyết áp và hút thuốc lá có liên quan đến vị trí tổn thương tăng chủ chậu và đùi khoeo, đái tháo đường góp phần làm tăng nặng mức độ thiếu máu chi. Bệnh lý ĐM vành và bệnh ĐM cảnh là bệnh lý phổ biến kèm theo BDMCDMT. Về hình thái lâm sàng, khác với diễn tiến khá lành tính của giai đoạn đau cách hồi, giai đoạn TMCTT là một yếu tố phản ánh cho tình trạng tiến triển nặng của bệnh lý xơ vữa hệ thống đặc biệt là bệnh ĐM vành và bệnh ĐM cảnh, tỉ lệ tử vong do bệnh lý tim mạch do đó cũng tăng lên.

Phân loại Fontaine 100% các BN đều ở giai đoạn III và IV nghĩa là đau khi nghỉ, loét hoặc hoại tử chi. Tỉ lệ giai đoạn Fontaine IV/III là 1.65/1 thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Ghomeim B. và cộng sự (4.2/1)[2]. Phân loại theo Rutherford, tỉ lệ giai đoạn 4, 5, 6 lần lượt là: 37.8%, 42.2%, 20%. Giai đoạn Rutherford 5 chiếm đa số là các tổn thương khúc trú ở ngón chân. Kết quả ABI trung bình trước can thiệp thấp vì nghiên cứu trên đối tượng tổn thương phối hợp hai tầng chậu - đùi và ở giai đoạn muộn là TMCTT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương TASC C và D chiếm đa số (77.8% tăng chậu, 82.2% tăng đùi), đây là thương tổn chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật bắc cầu ĐM nhưng chúng tôi lại thực hiện can thiệp nội mạch, điều này có thể lý giải vì phân loại hình thái tổn thương theo TASC chỉ là một phần trong quyết định lựa chọn phương pháp tái tưới máu. Quyết định can thiệp nội mạch hay phẫu thuật cần phải cân nhắc nhiều yếu tố khác như: tuổi, thể trạng chung của BN, các bệnh lý toàn thân đi kèm và cả sự lựa chọn của BN. BN đến với chúng tôi hầu hết tuổi cao, nhiều yếu tố nguy cơ như vậy lựa chọn can thiệp tối thiểu là phù hợp.

Đặc điểm can thiệp. Thời gian can thiệp trung bình của chúng tôi là 147.7 phút. Theo tác giả Yoshimitsu Soga và cộng sự thời gian can thiệp trung bình là 78 phút, trong khi thời gian trung bình của phẫu thuật bắc cầu là 289 phút (khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0.0001$) [8]. Về phương pháp vô cảm, hầu hết chúng tôi sử dụng gây tê tại chỗ (90.7%). Phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp vô cảm bằng gây tê tại chỗ đã góp phần giảm thời gian tác động lên BN, giảm tỉ lệ biến chứng do thuốc gây mê cũng như quá trình đặt nội khí quản mang lại.

Hầu hết các trường hợp can thiệp, chúng tôi lựa chọn đường vào là ĐM đùi chung đối bên tổn thương chiếm 66.7%. Các trường hợp ĐM chậu hai bên đều có tổn thương, và tổn thương bên

can thiệp tắc ngay tại gốc chỗ xuất phát ĐM chậu chung, có thể lựa chọn hướng tiếp cận từ ĐM cánh tay xuống, tuy nhiên hạn chế của đường vào này là xa tổn thương ở chi dưới, trong những tình huống hạn chế về dụng cụ can thiệp có thể sẽ không tiếp cận được những tổn thương nằm ở xa như đoạn cuối ĐM đùi nông hoặc hệ ĐM dưới gối, đường tiếp cận ngược dòng từ vị trí ĐM khoeo hoặc ĐM chày cũng đã được chứng minh cho kết quả can thiệp khả quan.

Các tổn thương thuộc tầng chậu chủ yếu chúng tôi phối hợp nong bóng và đặt stent 28 trường hợp (62.2%), tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật của tầng chậu với cách thức điều trị trên đều là 100%. Với tổn thương động mạch chậu TASC C, D, cụ thể tác giả Jongkind và cộng sự đã báo cáo kết quả can thiệp nội mạch sau 5 năm tỉ lệ lưu thông thì đầu từ 60% đến 86%, tỉ lệ lưu thông thì hai từ 80% đến 98% [3]. Chúng tôi nhận thấy đối với can thiệp ở ĐM chậu, đặt stent nói chung cho thấy kết quả ưu thế hơn về tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật, hơn nữa giảm thiểu hơn các tai biến có thể gặp trong quá trình can thiệp như vỡ động mạch, thuyên tắc xa do bong tróc mảng xơ vữa.

Về tổn thương tầng đùi, chúng tôi nong bóng đơn thuần chiếm 66.7%, phối hợp nong bóng và đặt stent chiếm 33.3% do bóc tách ĐM và hẹp tổn lưu >30% sau nong bóng, tất cả các trường hợp đặt stent đều vào vị trí ĐM đùi nông. Với vị trí ĐM đùi chung, chúng tôi can thiệp tổng cộng 11 trường hợp (đơn thuần hoặc kèm với ĐM đùi nông) tất cả đều sử dụng phương pháp nong bóng. Có 1 trường hợp được chúng tôi can thiệp nong bóng ĐM đùi sâu do hẹp ngay đoạn đầu >50%. Can thiệp nội mạch ĐM đùi chung và ĐM đùi sâu vẫn còn nhiều tranh cãi và cần có nhiều bằng chứng khoa học thuyết phục hơn.

Đánh giá kết quả can thiệp. Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi có sự tương đồng so với các tác giả như Yoshimitsu Soga, và cộng sự, Ghoneim.B và cộng sự [2],[8]. Số chi biến chứng sau can thiệp là 11.1%. Các biến chứng gồm: tắc mạch (6.7%), chảy máu ở vị trí chọc kim (6.7%), không ghi nhận tử vong. Tỉ lệ biến chứng tại vị trí can thiệp của chúng tôi cao hơn tác giả nước ngoài như báo cáo của Ortiz và cộng sự nghiên cứu trên 22,226 BN can thiệp mạch chi dưới thấy có 3.5% BN có biến chứng [7]. Giải thích điều này vì chúng tôi can thiệp BN đến với giai đoạn muộn, tổn thương đa số là TASC C và D ít phù hợp cho can thiệp nội mạch, dẫn đến khó khăn trong quá trình thực hiện phẫu thuật, nguy cơ tai biến xảy ra nhiều hơn.

Việc áp dụng siêu âm hướng dẫn trong chọc ĐM được các tác giả trên thế giới khuyến nghị, giúp hạn chế biến chứng xảy ra đặc biệt trong trường hợp chọc "mù".

Giá trị ABI trung bình tăng lên từ 0.23 lên 0.65 so với trước can thiệp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Sau 1 năm giá trị ABI cải thiện tốt so với trước can thiệp, đạt 0.61, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Như vậy xét về mặt huyết động tỉ lệ thành công của chúng tôi ngay sau can thiệp và sau 1 năm lần lượt là 95.6% và 89.5%. Chúng tôi ghi nhận trong 38 chi can thiệp được theo dõi sau 1 năm, có sự thay đổi đáng kể tỉ lệ TMCTT từ 100% giảm xuống còn 5.3%, tỉ lệ thành công về mặt lâm sàng đạt 94.7%. Tỉ lệ lành vết thương sau 1 năm của chúng tôi là 97.4%, cao hơn nghiên cứu của Kobayashi N. và cộng sự với 70.7% [4]. Điều này có thể giải thích vì tỉ lệ lành vết thương phụ thuộc vào tính chất lan rộng, mức độ sâu của vết loét hoại tử của từng đối tượng trong nghiên cứu, tỉ lệ vết thương khu trú ở ngón chân của chúng tôi là 42.2% (Rutherford 5) còn tổn thương lớn vượt quá bàn chân chiếm tỉ lệ thấp nhất trong nghiên cứu (Rutherford 6 tỉ lệ 20%). Qua đây chúng tôi thấy được, góp phần của chuyên ngành chăm sóc vết thương sau can thiệp đóng vai trò rất quan trọng, việc lành thương giúp BN có thể bắt đầu đi lại, cải thiện được chất lượng cuộc sống.

Tỉ lệ bảo tồn chi của chúng tôi là 97.6%, tương đương các tác giả trên thế giới, cho thấy hiệu quả rất khả quan của phương pháp can thiệp nội mạch. Theo tác giả Yoshimitsu Soga và cộng sự [8] tỉ lệ cắt cụt sau 10 năm là 1.6%. Bản thân tình trạng TMCTT là yếu tố tiên lượng nguy cơ cắt cụt cao, vì vậy vai trò của việc tầm soát BDMCDMT rất quan trọng, phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khi BN chỉ có triệu chứng đau cách hồi hoặc đau khi nghỉ, can thiệp kịp thời để đạt kết quả tốt hơn. Tỉ lệ tử vong sau 1 năm của chúng tôi là 7.5%, tỉ lệ này theo Ghoneim.B và cộng sự là 4.4% [2]. Các trường hợp tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương hẹp ĐM cảnh trên siêu âm tiền phẫu. Với nhóm bệnh nhân TMCTT, nhiều bệnh lý mạch máu mạn tính kèm theo, nhiều bệnh nền phối hợp, nguy cơ phẫu thuật cao thì tỉ lệ trên là rất khả quan.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị hẹp ĐM chậu đùi mạn tính có TMCTT là phương pháp điều trị mới, có hiệu quả cao, ít biến chứng, phù hợp với nhóm BN có nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Thị Thu Hương, "Cập nhật khuyến cáo 2010 của hội tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị Bệnh động mạch chi dưới", Viện tim mạch Việt Nam, 2010, Hà Nội, tr. 4.
- Ghoneim B., et al., "Management of critical lower limb ischemia in endovascular era: experience from 511 patients", The International journal of angiology: official publication of the International College of Angiology, 2014, Inc, 23(3), pp. 197.
- Jongkind V., et al., "A systematic review of endovascular treatment of extensive aortoiliac occlusive disease", Journal of vascular surgery, 2010, 52(5), pp. 1376-1383.
- Kobayashi N., et al., "Predictors of non-healing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy", Catheterization and Cardiovascular Interventions, 2015, 85(5), pp. 850-858.
- Marston W. A., et al., "Natural history of limbs with arterial insufficiency and chronic ulceration treated without revascularization", Journal of vascular surgery, 2006, 44(1), pp. 108-114.
- Norgren L., et al., "Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II)", Journal of vascular surgery, 2007, 45(1), pp. 5-67.
- Ortiz D., et al., "Access site complications after peripheral vascular interventions: incidence, predictors, and outcomes", Circulation: Cardiovascular Interventions, 2014, 7(6), pp. 821-828.
- Soga Y., et al., "Comparison of clinical outcome after bypass surgery vs. endovascular therapy for infrainguinal artery disease in patients with critical limb ischemia", Circulation Journal, 2013, pp. CJ-13-0020.

BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ PHÔI THEO NHÓM TUỔI CỦA BỆNH NHÂN VÔ SINH ĐIỀU TRỊ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Ngọc Diệp¹, Quân Hoàng Lâm¹, Trần Văn Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá bất thường nhiễm sắc thể (NST) phôi theo nhóm tuổi của bệnh nhân vô sinh có chỉ định điều trị thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 661 phôi túi của 186 bệnh nhân hiếm muộn có chỉ định điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization/IVF) kết hợp sàng lọc di truyền trước chuyển phôi ((Preimplantation genetic testing for aneuploidies/PGT-A). **Kết quả:** Tỷ lệ phôi mang NST bình thường tương đương nhau giữa nhóm I (dưới 30 tuổi) và nhóm II (30-35 tuổi) lần lượt là 51,1 và 54,1% ($P_{(1-2)}=0,613$); thấp nhất ở nhóm III (>35 tuổi) với tỷ lệ 35,7%, ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,05$). Tỷ lệ phôi bất thường NST khác biệt không có ý nghĩa giữa nhóm I và nhóm II ($P_{(1-2)}=0,310$), tăng cao có ý nghĩa thống kê ở nhóm III với tỷ lệ là 47,2% ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,001$). Bất thường số lượng NST có xu hướng tăng theo sự gia tăng của tuổi mẹ ($p < 0,05$), trong khi đó bất thường cấu trúc NST xu hướng ngược lại mặc dù chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa ($p=0,148$). Tỷ lệ phôi khảm ở ba nhóm lần lượt là 25%; 16,5%; 17,1% ($P_{(1-2)}=0,069$; $P_{(1-3)}=0,101$; $P_{(2-3)}=0,843$). Trong các phôi bất thường số lượng NST, tỷ lệ phôi monosomy và trisomy là tương đương ở ba nhóm ($P_{(1-2)}$; $P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} > 0,05$). **Kết luận:** Trên đối tượng bệnh nhân vô sinh có chỉ định điều trị IVF – PGT-A, tỷ lệ phôi bất thường NST tăng có ý nghĩa thống kê khi tuổi người mẹ trên

35. Trong các loại bất thường NST phôi, bất thường số lượng NST tăng có ý nghĩa thống kê theo sự gia tăng của tuổi mẹ. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ phôi bất thường cấu trúc NST, tỷ lệ phôi khảm cũng như tỷ lệ phôi monosomy, trisomy giữa các nhóm nghiên cứu.

SUMMARY

CHROMOSOME ABNORMAL BLASTOCYST RATE BY AGE GROUPS OF INFERTILE PATIENTS UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION TREATMENT

Objective: To evaluate embryonic chromosomal abnormalities by age groups of infertile patients with indications for in vitro fertilization treatment combined with preimplantation genetic testing for aneuploidy. **Subjects and methods:** prospective description of 661 blastocysts from 186 infertile patients with indications for in vitro fertilization combined with preimplantation genetic testing for aneuploidies/PGT-A. **Results:** The proportion of normal chromosomal embryos was equal between group I (under 30 years old) and group II (30-35 years old), 51.1 and 54.1%, respectively ($P_{(1-2)}=0,613$); The lowest rate has shown in the group III (>35 years old) with the rate of 35.7%, ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,05$). There was no statistically significant difference in abnormal chromosomal blastocysts rate between group I and group II ($P_{(1-2)}=0,310$) but increased significantly in group III at 47.2% ($P_{(1-3)}$; $P_{(2-3)} < 0,001$). The rate of chromosomal numerical abnormalities increased with advanced maternal age ($p < 0,05$). In contrast, the rate of structural abnormalities shows the opposite trend, although the difference was insignificant ($p=0,148$). The rate of mosaic embryos in the three groups was 25%, 16.5%, and 17.1%, respectively ($P_{(1-2)}=0,069$; $P_{(1-3)}=0,101$; $P_{(2-3)}=0,843$). Among the chromosomal

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Diệp

Email: nndiep301@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023