

các phẫu thuật nội soi qua đường tiết niệu và điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cần phải tuân thủ theo kháng sinh đồ. Chỉ được thực hiện phẫu thuật sau khi điều trị nhiễm khuẩn và cấy lại dịch nước tiểu âm tính.

Dẫn lưu thận dưới siêu âm là một trong những can thiệp ít xâm lấn, an toàn hiệu quả trong điều trị cấp cứu tắc nghẽn đường bài tiết khi chưa cho phép phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khoshnood S, Heidary M, Mirnejad R, Bahramian A, Sedighi M, Mirzaei H.** Drug-resistant gram-negative uropathogens: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy.* 2017;94:982-994.
2. **Foxman B.** The epidemiology of urinary tract infection. *Nature Reviews Urology.* 2010;7(12):653-660. antibiotic resistance in the United States. *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 2018;45(3):455-466.
4. **Okumura J, Wakai S, Umenai T.** Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social science & medicine.* 2002;54(12):1875-1886.
5. **Poulsen LL, Bisgaard M, Son NT, Trung NV, An HM, Dalsgaard A.** Enterococcus and Streptococcus spp. associated with chronic and self-medicated urinary tract infections in Vietnam. *BMC infectious diseases.* 2012;12:1-7.
6. **Huong NM, Gammeltoft T, Rasch V.** Strategies for the prevention and treatment of reproductive tract infections among women in Vietnam. *Culture, health & sexuality.* 2008;10(S1):S111-S121.
7. **Vu TVD, Choisy M, Do TTN, et al.** Antimicrobial susceptibility testing results from 13 hospitals in Viet Nam: VINARES 2016–2017. *Antimicrobial Resistance & Infection Control.* 2021;10:1-11.
8. **Nguyen SN, Thi Le HT, Tran TD, Vu LT, Ho TH.** Clinical epidemiology characteristics and antibiotic resistance associated with urinary tract infections caused by E. coli. *International journal of nephrology.* 2022;2022.
9. **Prevention ECfD, Control.** Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. annual report of the European antimicrobial resistance surveillance network (EARS-Net). ECDC. 2015.
10. **Mazzariol A, Bazaj A, Cornaglia G.** Multi-drug-resistant Gram-negative bacteria causing urinary tract infections: a review. *Journal of Chemotherapy.* 2017;29(sup1):2-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN IV THEO FONTAINE BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI

Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Lê Nhật Tiên², Nguyễn Huy Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là một bệnh thường gặp ở người cao tuổi, tiến triển âm thầm, tái phát nhiều lần, BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine là giai đoạn muộn, nặng nề nhất của bệnh mạch máu chi dưới với tỷ lệ cắt cụt chi cao gây giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tức thời và sớm điều trị BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine bằng phương pháp can thiệp nội mạch tầng dưới gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu các bệnh nhân mắc BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine, được điều trị bằng can thiệp nội mạch tầng dưới gối một hoặc nhiều động mạch chày trước, mào, chày sau tại Trung Tâm Tim Mạch - Lồng Ngực Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2022 đến 04/2023. **Kết quả:** 51 bệnh nhân (BN) với 53 chân mắc BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine (độ tuổi trung bình là 76,6 ± 14,5)

được can thiệp nội mạch tầng dưới gối với tỷ lệ nam/nữ là 22/29. Yếu tố nguy cơ chính là hút thuốc lá 31,3%, tăng huyết áp 74,0%, đái tháo đường 51%, với tỷ lệ theo phân loại Rutherford 5 và 6 lần lượt là 83% và 17%. Tỷ lệ tổn thương phức tạp TASC II C chiếm 72%, TASC II D chiếm 5,7%, chỉ số ABI trước và ngay sau can thiệp lần lượt là: 0,20 ± 0,08 và 0,72 ± 0,38 (p < 0,05), thời can thiệp là 32,0 ± 7,4 (từ 25 – 51) phút. Tỷ lệ về số lượng động mạch dưới gối được can thiệp bao gồm một mạch 18,9%, hai mạch 43,4%, ba mạch 37,7%, trong các mạch được can thiệp động mạch chày trước chiếm 38,8%, động mạch chày sau chiếm 31,9%, động mạch mào chiếm tỷ lệ 29,3%. Số chân được can thiệp tầng đùi và dưới gối là 43,3%, tầng dưới gối chiếm 100%. Sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ giai đoạn theo Fontaine là IIa (68%), IIb (28%), III (4%), tỷ lệ lành vết thương là 92%. Tỷ lệ các biến chứng sau can thiệp gồm 3,9% cắt cụt chi trên mắt cá chân, 39% cắt cụt chi tối thiểu, 2,0% nhiễm trùng đoạn chi sau can thiệp, 5,9% tái hẹp sau can thiệp, 7,8% tụ máu tại vị trí chọc mạch, không có bệnh nhân tử vong hay suy thận sau can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch tầng dưới gối điều trị BĐMCDMT có triệu chứng là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả điều trị tốt. Cần thêm nghiên cứu dài hạn và cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của phương pháp này.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

Từ khóa: Động mạch dưới gối, phân loại TASC II (Trans Atlantic Inter-Society Consensus II).

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR INFRAPLOPITEAL PERIPHERAL ARTERY DISEASE AT CLINICAL STAGE IV OF FONTAINE CLASSIFICATION

Background: Peripheral Artery Disease (PAD) is a common disease in the elderly, progressing silently and recurring many times. Stage IV PAD according to Fontaine is the late, most severe stage of lower limb vascular disease, causing disability and leading amputation rate, reducing the patient's quality of life. **Objectives:** To determine the initial and short-term results of treatment for endovascular intervention of Infrapopliteal PAD at clinical stage IV of Fontaine classification. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on patients with Infrapopliteal PAD at clinical stage IV of the Fontaine classification who underwent endovascular intervention at Cardiovascular and Thoracic Center, Viet Duc University Hospital from January 2022 to April 2023. **Results:** A total of 53 limbs at Fontaine stage IV from 51 patients (age 76.6 ± 14.5 years) underwent endovascular intervention at the below-the-knee levels, with a male/female ratio of 22/29. The main risk factors were smoking 31.3%, hypertension 74.0%, diabetes 51% with Rutherford classification 5 and 6 rates being 83% and 17%. The proportion of complex lesions TASC II C accounted for 72%, TASC II D accounted for 5.7%. The ankle brachial index (ABI) before and after intervention was 0.20 ± 0.08 and 0.72 ± 0.38, respectively ($p < 0.05$), intervention time was 32.0 ± 7.4 (from 25 - 51) minutes. The ratio of the number of arteries below the knee to be intervened includes one vessel 18.9%, two vessels 43.4%, three vessels 37.7%. Among the intervened vessels, the anterior tibial artery accounted for 38.8%, the posterior tibial artery for 31.9%, and the peroneal artery for 29.3%. The number of legs treated at the high level accounted for 43.4%, the below knee level accounted for 100%. The rate of Fontaine stage 1 month after intervention was IIa (68%), IIb (28%), III (4%) and the wound healing rate was 92%. The rate of complications after intervention included 3.9% upper leg amputation, 23.5% toe amputation, 2.0% limb infection after intervention, 5.9% post-intervention restenosis and 7.8% of hematomas at the puncture site, no patients died or had kidney failure after intervention. **Conclusion:** Endovascular intervention for infrapopliteal arteries proves to be a safe and effective procedure for treating symptomatic PAD. Nevertheless, a larger sample size and further studies are required for confirmation.

Keywords: Infrapopliteal, TASC II (Trans Atlantic Inter-Society Consensus II).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính là tình trạng bệnh lý của động mạch chi dưới, trong đó

lòng động mạch bị hẹp hoặc tắc gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan phía hạ lưu. Đây là bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi, tiến triển âm thầm, tái phát nhiều lần và đặt ra thách thức lớn đối với các bác sĩ chuyên khoa mạch máu. BDMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine là giai đoạn muộn và nặng nề của BDMCDMT, đặc trưng bởi tình trạng đau liên tục khi nghỉ và kèm theo loét hoại tử chi dưới mạn tính¹. Tổn thương động mạch dưới gối trực tiếp gây ra loét, hoại tử chi dưới, đe dọa cắt cụt, tháo khớp, làm mất chức năng chi thể và gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống, làm tăng nguy cơ tử vong ở người cao tuổi. Điều trị BDMCDMT tăng dưới gối là một thách thức trong tái lưu thông với hai phương pháp điều trị cơ bản hiện nay là ngoại khoa và can thiệp nội mạch. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của điều trị BDMCDMT tăng dưới gối giai đoạn IV bằng can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán BDMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine, được chỉ định và điều trị theo kỹ thuật can thiệp nội mạch tăng dưới gối tại Trung tâm Tim mạch – Lồng ngực, Bệnh viện HN Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 4/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán BDMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine dựa vào khám lâm sàng, siêu âm, chụp phim dựng hình mạch máu hoặc chụp mạch.

- Người bệnh được điều trị can thiệp dưới gối bao gồm ít nhất 1 trong 3 mạch chày trước, mào, chày sau, có hoặc không can thiệp nội mạch tăng đùi không kèm theo phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không có đủ các tiêu chuẩn trên.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ 01/2022 đến 04/2023.

- Địa điểm: Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 51 bệnh nhân được nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ: 22/29, độ tuổi 76,6 ± 14,5 BN trẻ nhất là 41 tuổi, BN lớn nhất là 97 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ (n=51)

| Yếu tố nguy cơ | Tần số (n = 51) | Tỷ lệ % |
|----------------|-----------------|---------|
| Hút thuốc lá | 16 | 31,3 |

| | | |
|--|-----------------------------|------|
| Đái tháo đường | 26 | 51,0 |
| Tăng huyết áp | 38 | 74,0 |
| Rối loạn lipid máu | 14 | 27,4 |
| Mổ mạch máu cũ | 0 | 0 |
| Can thiệp nội mạch cũ | 0 | 0 |
| Tiền sử cắt cụt | 0 | 0 |
| Các BN hút thuốc lá (n = 16) (Số bao/năm) | 15,7 ± 5,4 (10 – 23) | |
| BMI | 20,0 ± 2,8 (14,2 – 28,8) | |

Số lượng BN có yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp với tỷ lệ 74%, sau đó là đái tháo đường và hút thuốc lá với tỷ lệ 51,0% và 31,3%. Các BN hút thuốc lá có số bao/năm hút trung bình là 15,7 ± 5,4, người hút ít nhất là 10 bao/năm, nhiều nhất là 23 bao/năm.

Bảng 2. Lựa chọn đường vào và cách tiếp cận ĐM tổn thương

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ % |
|------------------------------|--------------|---------|
| Số đường vào (n=51) | 1 | 49 96,1 |
| | 2 | 2 3,9 |
| Vị trí chọn đường vào (n=53) | ĐM đùi chung | 53 100 |

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương động mạch theo TASC II (n = 53)

| | Tầng đùi | | Tầng dưới gối | |
|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Bên phải (n = 21) | Bên trái (n = 32) | Bên phải (n = 21) | Bên trái (n = 32) |
| TASC II A | 14 (66,7%) | 27 (87,1%) | 0 | 0 |
| TASC II B | 7 (33,3%) | 5 (22,9%) | 5 (23,8%) | 10 (31,2%) |
| TASC II C | 0 | 0 | 15 (71,4%) | 23 (71,9%) |
| TASC II D | 0 | 0 | 1 (4,8%) | 2 (6,3%) |

Trong nhóm BN nghiên cứu, phần lớn các tổn thương ở hai chi được can thiệp tổn thương mức TASC II C với 71,4% ở bên phải và 71,9% ở bên trái.

Bảng 5. Đặc điểm kỹ thuật can thiệp

| Đặc điểm kỹ thuật | n = 53 | % |
|-----------------------------|-------------------------|---------|
| Bóng nong | Có phủ thuốc | 43 81,1 |
| | Không phủ thuốc | 10 12,6 |
| Stent đơn độc | 0 | 0 |
| Phối hợp bóng nong và stent | 0 | 0 |
| Thời gian chiếu (phút) | 32,0 ± 7,4 (25 – 51) | |

100% BN được can thiệp bằng bóng, trong đó 81,1% BN được sử dụng bóng có phủ thuốc với thời gian can thiệp trung bình là 32,0 ± 7,4 phút. Không có BN nào được sử dụng stent đơn độc hoặc kết hợp stent và bóng nong.

Bảng 6. Kết quả ABI sau can thiệp

| | | Kết quả | P |
|--------------------|---------------------|----------------------------|--------|
| Ngay sau can thiệp | ABI trước can thiệp | 0,20 ± 0,08 (0,1 – 0,3) | <0,001 |
| | ABI ngay sau | 0,72 ± 0,38 | |

| | | | |
|---|------------|----|------|
| Cách tiếp cận vị trí ĐM tổn thương (n=53) | Ngược dòng | 8 | 15,1 |
| | Xuôi dòng | 45 | 84,9 |
| Bên can thiệp (n=53) | Phải | 21 | 39,6 |
| | Trái | 32 | 62,7 |

Phần lớn BN được can thiệp bằng 1 đường vào chiếm tỷ lệ 96,1%. 100% BN được can thiệp qua đường ĐM đùi chung. Phần lớn số BN can thiệp được thực hiện xuôi dòng gồm 84,9%. 62,7% BN được can thiệp tầng dưới gối bên trái.

Bảng 3. Đặc điểm mạch máu được can thiệp (n=53)

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ % |
|------------------------|----------------------|---------|
| Số mạch được can thiệp | 1 | 10 18,9 |
| | 2 | 23 43,4 |
| | 3 | 20 37,7 |
| Mạch can thiệp | Động mạch chày trước | 45 38,8 |
| | Động mạch chày sau | 37 31,9 |
| | Động mạch mào | 34 29,3 |
| Tầng can thiệp | Tầng đùi | 23 43,4 |
| | Tầng dưới gối | 53 100 |

Chủ yếu BN được can thiệp 2 mạch tổn thương chiếm 43,4%. Trong các mạch được can thiệp, chủ yếu là động mạch chày trước chiếm tỷ lệ 38,8%.

| | | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------|--------|
| Sau can thiệp 1 tháng | can thiệp | (0,3 – 1,1) | <0,001 |
| | ABI trước can thiệp | 0,20 ± 0,08 (0,1 – 0,3) | |
| | ABI sau can thiệp 1 tháng | 0,67 ± 0,25 (0,2 – 1,1) | |

Ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng, ABI thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (Independent T-test).

Bảng 7. Phân loại giai đoạn thiếu máu sau can thiệp 1 tháng

| Giai đoạn | | Trước can thiệp (n=53) | | Sau can thiệp 1 tháng (n=53) | |
|---------------|-----------------|------------------------|----|------------------------------|----|
| Theo Fontaine | Theo Rutherford | n | % | n | % |
| I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IIa | 1 | 0 | 0 | 36 | 68 |
| | 2 | 0 | 0 | 9 | 17 |
| IIb | 3 | 0 | 0 | 6 | 11 |
| | 4 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| IV | 5 | 45 | 83 | 0 | 0 |
| | 6 | 8 | 17 | 0 | 0 |

Bảng 8. Đánh giá kết quả lâm sàng sau can thiệp 1 tháng

| | n = 51 | % |
|---------------------------------|--------|-----|
| Tử vong | 0 | 0 |
| Cắt đoạn chi | 2 | 3,9 |
| Cắt cụt chi tối thiểu | 20 | 39 |
| Nhiễm trùng đoạn chi can thiệp | 1 | 2 |
| Tái hẹp sau can thiệp | 3 | 5,9 |
| Suy thận | 0 | 0 |
| Giải phình tại vị trí chọc mạch | 0 | 0 |
| Tụ máu tại vị trí chọc mạch | 4 | 7,8 |
| Lành vết thương | 47 | 92 |

Sau can thiệp 1 tháng, không có BN tử vong sau can thiệp. Hai BN 3,9% phải cắt cụt chi đến gối, sau đó mọc cụt liền tốt, 39% BN cắt cụt chi tối thiểu gồm cắt các ngón chân.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 22/29, độ tuổi $76,6 \pm 14,5$, BN trẻ nhất là 41 tuổi, BN lớn nhất là 97 tuổi. Tại bảng 1, số lượng BN có yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp với tỷ lệ 74%, sau đó là đái tháo đường và hút thuốc lá với tỷ lệ 51,0% và 31,3%. Những người mắc đái tháo đường có nguy cơ cao mắc bệnh BDMCDMT không có triệu chứng hoặc có triệu chứng, với mức độ đau cách hồi tăng gấp 2 đến 3 lần so với những người không mắc đái tháo đường. Đái tháo đường chủ yếu ảnh hưởng đến động mạch dưới khoeo, làm tăng nguy cơ cắt cụt chi và tử vong². Hút thuốc lá làm tăng gấp đôi nguy cơ mắc BDMCDMT so với người không hút thuốc. Nguy cơ tăng dần theo số lượng thuốc lá hút và độ tuổi bắt đầu sử dụng thuốc lá, trong đó việc bắt đầu trước 16 tuổi có nguy cơ cao nhất³.

Tại bảng 2, có 96,1% BN được can thiệp 1 bên, số BN được can thiệp can thiệp xuôi dòng chiếm 84,9%. Đối với đường tiếp cận ngược dòng do quãng đường tiếp cận tổn thương dài hơn, thường chỉ định khi có nhiễm khuẩn tại chỗ. Đây là một lựa chọn điều trị trước khi chuyển đến bác sĩ phẫu thuật mạch máu⁴.

Tại bảng 3, tỷ lệ động mạch chày trước được can thiệp là 38,8%, chày sau 31,9% và động mạch mào 29,3%. Tỷ lệ các mạch được can thiệp trong nhóm nghiên cứu có sự khác biệt với tác giả Shereen XY Soon (2021) nghiên cứu trên 797 BN với tỷ lệ can thiệp động mạch chày trước là 21,1%, chày sau 11,7% và động mạch mào 8,7%, có thể do nhóm nghiên cứu tập trung vào can thiệp tổn thương tầng dưới gối⁵. Tại bảng 4, tổn thương TASC II C và D ở tầng dưới gối chiếm đa số (76,2% ở bên phải và 78,2% ở bên trái),

đây là thương tổn có chỉ định phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch, tuy nhiên khi đánh giá về các yếu tố đi kèm như: tuổi, thể trạng chung của BN, các bệnh lý toàn thân đi kèm và cả sự lựa chọn của BN, chúng tôi chọn can thiệp tối thiểu là phù hợp.

Thời gian chiếu trung bình của chúng tôi là $32,0 \pm 7,4$ phút, nhanh hơn so với tác giả Yoshimitsu Soga và cộng sự (2013) cho thấy thời gian can thiệp là 78 ± 33 phút, trong khi thời gian trung bình của phẫu thuật bắc cầu là 289 ± 114 ⁶. 100% các trường hợp can thiệp, chúng tôi lựa chọn đường vào là ĐM đùi chung, trong đó có 8 BN được can thiệp đối bên tổn thương chiếm 15,1% do các trường hợp này BN có tổn thương vùng bẹn bên tổn thương.

Về dụng cụ can thiệp, chúng tôi sử dụng bóng nong cho tầng dưới gối chiếm 100%, trong đó đó 81,1% BN được sử dụng bóng có phủ thuốc. Các trường hợp sử dụng bóng có phủ thuốc là các BN hẹp mạch nặng tương ứng TASC II D hoặc các BN hẹp mạch lại sớm sau khi nong bằng bóng không phủ thuốc. Theo tác giả Daniele Giacoppo (2016) tổng cộng có 8 thử nghiệm cho thấy bóng phủ thuốc có liên quan đến việc giảm tỷ lệ tái tắc mạch rõ rệt trong 12 tháng so với bóng không phủ thuốc (OR: 0,33 khoảng tin cậy 95% [CI]: 0,19 đến 0,57), trong khi đó, nguy cơ tử vong là tương tự giữa các nhóm (OR: 0,96; KTC 95%: 0,47 đến 1,95)⁷.

Giá trị ABI trung bình của nhóm nghiên cứu tăng lên từ $0,20 \pm 0,08$ (0,1 – 0,3) trước can thiệp đến $0,72 \pm 0,38$ (0,3 – 1,1) ngay sau can thiệp và $0,67 \pm 0,25$ (0,2 – 1,1) sau can thiệp 1 tháng, có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ lành vết thương của nhóm nghiên cứu chúng tôi là 92%, tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Kobayashi N và cộng sự⁸ là 70,7% nhóm nghiên cứu ưu tiên sử dụng bóng có phủ thuốc. Trong nhóm nghiên cứu có 3 BN tái hẹp sau can thiệp 1 tháng dẫn đến cắt cụt trên mắt cá chân 2 BN và nhiễm trùng ngón chân gồm 1 BN. BN nhiễm trùng các ngón chân 1,2 trên nền tổn thương nhiễm trùng tử trước, được can thiệp nội mạch, điều trị kháng sinh và chăm sóc da tích cực tuy nhiên không liền, được tháo ngón 1,2 ở chân tổn thương. Trong nghiên cứu của Y. Jaccard (2007)⁹ cho thấy nhiễm trùng thứ phát ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới mạn tính đã được tái thông mạch máu và không tái thông mạch máu có thể được kiểm soát một cách an toàn bằng liệu pháp kháng sinh dài hạn kết hợp với chăm sóc vết thương và tái thông mạch máu tối ưu có thể. Vì nhiễm trùng ở các tổn thương do thiếu máu cục

bộ làm giảm khả năng lành vết thương, nên cần nhắc cắt cụt chi một cách nhanh chóng ở những bệnh nhân không tái thông mạch máu thành công để tránh tổn thương lan rộng. Từ đó cho thấy bản thân tình trạng bệnh BDMCDMT 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.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch tăng dưới gối điều trị bệnh BDMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine là phương pháp điều trị có hiệu quả điều trị tốt, phù hợp với các BN có nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hardman RL, Jazaeri O, Yi J, Smith M, Gupta R.** Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease. *Semin Interv Radiol.* 2014;31(4):378-388. doi:10.1055/s-0034-1393976
2. **Criqui MH, Matsushita K, Aboyans V, et al.** Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Contemporary Epidemiology, Management Gaps, and Future Directions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2021;144(9):e171-e191. doi:10.1161/CIR.0000000000001005
3. **Morbach S, Furchert H, Gröblichhoff U, et al.** Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade. *Diabetes Care.* 2012;35(10):2021-2027. doi:10.2337/dc12-0200
4. **Ruzsa Z, Januszek R, Óriás V, et al.** Mortality and chronic obstructive pulmonary disease in patients treated with endovascular revascularization of the infra-inguinal lower limb arteries from retrograde access. *Ann Transl Med.* 2020;8(5):206. doi:10.21037/atm.2020.01.57
5. **Soon SXY, Patel A, Chong TT, et al.** Distribution of Peripheral Arterial Disease in Patients Undergoing Endovascular Revascularization for Chronic Limb Threatening Ischaemia: Insights from the Vascular Quality Initiative in Singapore. *Vasc Spec Int.* 2021;37:13. doi:10.5758/vsi.210016
6. **Soga Y, Mii S, Aihara H, et al.** Comparison of clinical outcome after bypass surgery vs. endovascular therapy for infrainguinal artery disease in patients with critical limb ischemia. *Circ J Off J Jpn Circ Soc.* 2013;77(8):2102-2109. doi:10.1253/circj.cj-13-0020
7. **Giacoppo D, Cassese S, Harada Y, et al.** Drug-Coated Balloon Versus Plain Balloon Angioplasty for the Treatment of Femoropopliteal Artery Disease: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016;9(16):1731-1742. doi:10.1016/j.jcin.2016.06.008
8. **Kobayashi N, Hirano K, Nakano M, et al.** Predictors of non-healing in patients with critical limb ischemia and tissue loss following successful endovascular therapy. *Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv.* 2015;85(5):850-858. doi:10.1002/ccd.25625
9. **Jaccard Y, Walther S, Anderson S, et al.** Influence of secondary infection on amputation in chronic critical limb ischemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* 2007;33(5):605-609. doi:10.1016/j.ejvs.2006.11.027

KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT TRONG LÒNG ĐƯỜNG MẬT QUA DA Ở BỆNH NHÂN NGHI NGỜ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Trúc Linh¹, Nguyễn Thái Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp sinh thiết trong lòng đường mật qua da ở bệnh nhân nghi ngờ ung thư đường mật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu gồm 52 bệnh nhân (BN) nghi ngờ ung thư đường mật, được sinh thiết trong lòng đường mật qua da tại Trung

tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ 02/2020 đến 12/2022. Với 18 BN sinh thiết dưới hướng dẫn của chụp đường mật qua da (CDMQD) và 34 BN sinh thiết dưới hướng dẫn nội soi đường mật qua da (NSDMQD). Số lượng bệnh phẩm được sinh thiết từ 2-5 mảnh/BN. Chẩn đoán cuối cùng được xác nhận bằng phẫu thuật hoặc theo dõi lâm sàng, hình ảnh. **Kết quả:** Có 51/52 (98%) mẫu bệnh phẩm đạt chuẩn. 16/51 BN có chẩn đoán đúng là ung thư đường mật. 2 BN có nguyên nhân ác tính khác. 33 BN được kiểm chứng có kết quả âm tính thật. Có 2 BN âm tính giả và không có BN nào dương tính giả. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phương pháp này trong chẩn đoán nguyên nhân tắc nghẽn đường mật ác tính là 88,9%, 100% và 96,1%. Độ nhạy của phương pháp sinh thiết trong lòng đường mật đường mật dưới NSDMQD so với dưới

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023