

bệnh nhân. Riêng động mạch thân nền, tỷ lệ hẹp mạch dưới 50% chiếm 21,7%, hẹp từ 50-99% chiếm 15,8%. Các tổn thương mạch trên bao gồm cả tắc mạch cấp tính và tiến triển mạn tính. Nghiên cứu của Xianjin Shang và cộng sự (2023) trên 108 bệnh nhân nhồi máu não hệ tuần hoàn sau có can thiệp mạch tắc động mạch thân nền 80,6%, tắc động mạch đốt sống 9,3%, tắc động mạch não sau 10,2% [7].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng nhồi máu não tuần hoàn sau:

- Chóng mặt, đau đầu, nôn, giảm ý thức là các triệu chứng khởi phát thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu não tuần hoàn sau. Chóng mặt, mất thăng bằng, rung giật nhãn cầu, bán manh, liệt tứ chi, rối loạn ý thức là các triệu chứng lâm sàng điển hình của nhồi máu não tuần hoàn sau.

- Điểm NIHSS khi vào viện trong nhồi máu não tuần hoàn sau chủ yếu dưới 11 điểm chiếm 83,3%.

Đặc điểm hình ảnh học nhồi máu não tuần hoàn sau: Thang điểm pc-ASPECTS khi vào viện chủ yếu ở nhóm 8-10 điểm chiếm 75,8%; tỷ lệ có tổn thương cầu não chiếm 64%; có 8,3% tổn thương toàn bộ cầu não và tổn thương tắc hoàn toàn động mạch thân nền chiếm 20%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sâm Thị Ngọc Diễm, Nguyễn Bá Thăng, Nguyễn Lê Trung Hiếu** (2021), Đánh giá kết cục lâm sàng ngắn hạn ở bệnh nhân nhồi máu

thần não có và không có điều trị tái thông, Y học TP.Hồ Chí Minh tập 25 số 2 năm 2021.

2. **Phạm Như Thông, Đỗ Thị Thanh Bình, Nguyễn Thành Trung** (2022), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết cục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não tuần hoàn sau tại bệnh viện Đà Nẵng, Tạp chí y học Việt Nam tập 519
3. **Đỗ Đức Thuận, Phạm Ngọc Thảo, Đặc Phúc Đức** (2023), Nghiên cứu đặc điểm triệu chứng lâm sàng khởi phát nhồi máu não tuần hoàn não sau, tạp chí y học Việt Nam tập 525 tháng 4 năm 2023.
4. **Elodie Zürcher, Benjamin Richoz** (2018), Differences in Ischemic Anterior and Posterior Circulation Strokes: A Clinico-Radiological and Outcome Analysis, Journal of stroke and cerebrovascular Disease [710-718](2018)
5. **Manmohan Mehndiratta, Sanjay Pandey, Rajeev Nayak, Anwar Alam**, Posterior circulation ischemic stroke-clinical characteristics, risk factors, and subtypes in a north Indian population: a prospective study, Neurohospitalist. 2012 Apr;2(2):46-50.
6. **Keni Ouyang, Zhiming Kang, Zhengxing Liu**, (2022), Posterior Circulation ASPECTS on CT Angiography Predicts Futile Recanalization of Endovascular Thrombectomy for Acute Basilar Artery Occlusion, Front Neurol 2022 Mar 16.
7. **Xianjin Shang, Ke Yang, Yapeng Guo**, (2022), Outcomes of Endovascular Treatment for Posterior Circulation Stroke According to the Underlying Pathologic Mechanism: A Retrospective Single-Center Analysis, Hindawi Acta Neurologica Scandinavica Volume 2023. Article.
8. **Zhao Y, Han Y, Sun W** (2021), Clinical Symptoms, Etiology and Prognosis of Acute Bilateral Posterior Circulation Cerebral Infarction., Int J Gen Med. 2022; 15: 2787-2793. Published online 2022 Mar 10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU ĐÙI MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT HYBRID

Lâm Văn Nút¹, Phạm Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm trong điều trị hẹp tắc động mạch chậu mạn tính bằng phẫu thuật hybrid. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 31 ca bệnh hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính, được điều trị phẫu thuật hybrid tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2018 - 02/2022. **Kết quả:** 31 bệnh nhân (31 chi can thiệp) có tuổi trung bình 69.2 ± 8.2 , nam giới chiếm đa số, tổn thương TASC D (tổn thương động mạch) chiếm 74% và gây mê 77,4%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt

100%, thành công về lâm sàng đạt 87,1% và tỷ lệ biến chứng là 19,5%. Theo dõi sau 1 năm, thành công về lâm sàng đạt 77%, thành công về huyết động đạt 80,8%, tỷ lệ lưu thông thì đầu đạt 85,2%, tỷ lệ đoạn chi lớn là 9,7% và tỷ lệ tử vong là 12,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật hybrid điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính có tỷ lệ thành công cao và an toàn.

Từ khóa: Phẫu thuật kết hợp can thiệp; Tắc chậu đùi mạn tính; Can thiệp động mạch

SUMMARY

ASSESSMENT OF EARLY RESULTS TREATMENT OF CHRONIC PERIARIAL OCCUPATIONAL ACTIVITY WITH HYBRID PROCEDURE

Objectives: To evaluate early results in the treatment of chronic iliac artery stenosis with a hybrid procedure. **Methods:** A retrospective descriptive study on 31 patients with chronic iliac femoral artery

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

stenosis who were treated with Hybrid surgery at the Department of Vascular Surgery at Cho Ray Hospital from August 2018 to February 2022. **Results:** 31 patients (31 Limbs) had an average age of 69.2 ± 8.2 , male majority, TASC D lesions accounted for 74%, and anesthesia 77.4%. The technical success rate is 100%, the clinical success rate is 87.1%, and the complication rate is 16.1%. Follow-up after one-year, clinical success was 77%, hemodynamic success was 80.8%, head circulation rate was 85.2%, major amputation rate was 9.7%, and the rate of significant amputation was 9.7%. The mortality rate was 12.9%. **Conclusion:** Hybrid procedure to treat chronic iliac femoral artery stenosis has a high success rate and is safe. **Keywords:** Hybrid procedure; Iliac-femoral chronic occlusion; Endovascular intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính ngày càng phổ biến, ước tính khoảng 202 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh. Theo báo cáo của Viện Tim mạch năm 2007, tỷ lệ này là 3,4% [1]. Giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng (TMCTT) là diễn tiến muộn của bệnh động mạch chi dưới mạn tính đặc trưng bởi các triệu chứng đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi, nếu không được điều trị thì tỷ lệ cắt cụt chi lên đến 43% và tỷ lệ tử vong là 25% sau 1 năm [2].

Tại bệnh viện Chợ Rẫy, đối với tổn thương hẹp tắc động mạch chậu lan tỏa xuống ngã ba động mạch đùi thì phẫu thuật hybrid là phương pháp được lựa chọn, mang lại nhiều kết quả tích cực. Hiện nay tại Việt Nam, có khá nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính. Tuy nhiên, những nghiên cứu này thường chỉ đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch đơn thuần và có rất ít nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật hybrid trong hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính. Phẫu thuật hybrid thường gồm bóc nội mạc động mạch đùi kèm can thiệp. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm trong điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính bằng phẫu thuật hybrid 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

***Đối tượng nghiên cứu:** Các BN được chẩn đoán hẹp tắc động mạch (ĐM) chậu lan tỏa, ĐM đùi chung mạn tính và được điều trị bằng phẫu thuật hybrid tại khoa Phẫu thuật mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2018 tới tháng 02/2022.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN được chẩn

đoán hẹp hoặc tắc ĐM chậu đùi mạn tính, được điều trị bằng phẫu thuật hybrid: Can thiệp ĐM chậu và bóc nội mạc ĐM đùi cùng bên.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp được chẩn đoán hẹp hoặc tắc ĐM chậu, đùi mạn tính không được điều trị bằng phẫu thuật hybrid; các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Trước can thiệp: Thu thập các số liệu về tuổi, giới tính, 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 kết quả sớm 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, tỷ lệ bảo tồn chi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ, bệnh lý phối hợp. Mẫu có 31 BN, tương ứng 31 chi can thiệp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Độ tuổi trung bình là $69,2 \pm 8,2$, trong đó nhỏ nhất là 56 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi, 2 nữ (6%), 29 nam (94%).

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ, bệnh lý phối hợp (n = 31)

Các yếu tố	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ		
Hút thuốc lá	24	74,4
Đái tháo đường	6	19,4
Tăng huyết áp	22	70,9
Rối loạn chuyển hóa Lipid máu	18	58,1
Bệnh lý phối hợp		
Bệnh ĐM vành	7	22,6
Bệnh ĐM cảnh	5	16,1
Bệnh thận mạn tính	2	6,5
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	6	19,4

Trong 31 bệnh nhân, có 12 trường hợp (38,7%) mắc bệnh tim, trong đó có 7 trường hợp bệnh động mạch vành (22,6%), 3 trong số đó cần phải can thiệp động mạch vành qua da. Có 5 bệnh nhân (16,1%) mắc bệnh mạch máu não. Mắc đồng thời bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não có 3 bệnh nhân (9,7%). Ngoài ra, nghiên cứu có 6 bệnh nhân (19,4%) mắc bệnh phổi kèm theo và 2 bệnh nhân (6,5%) bị suy thận mạn tính.

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng		
Đau cánh hồi	5	16,1
Đau khi nghỉ	10	32,3
Loét/ hoại tử	16	51,6
Cận lâm sàng		
ABI	31	0,3 ± 0,16

Có 24 trường hợp có thiếu máu mạn tính (TMCT) đe dọa chi. Trong đó, có 16 chi có loét hoặc hoại tử chân kèm theo (51,6%). Ngoài ra, có 5 chi đau cách hồi khi đi bộ < 50m (32,3%). ABI trước can thiệp thấp với giá trị trung bình là 0,3 ± 0,16, chỉ số này nhỏ hơn 0,4 tương ứng với đa phần các trường hợp trước can thiệp là bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng.

3.3. Phương pháp điều trị bằng hybrid:

Bảng 3. Phương pháp điều trị bằng hybrid (n = 31)

Phương pháp	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bóc nội mạc động mạch đùi		
Có	31	100
Không	0	0
Tạo hình lại động mạch đùi		
Tĩnh mạch tự thân	23	74,2
Miếng vá nhân tạo	8	25,8
Nong bóng		
Động mạch chậu	2	6,5
Động mạch đùi	4	50
Nong bóng + đặt stent		
Động mạch chậu	29	93,5
Động mạch đùi	4	50

Tất cả các BN trong nghiên cứu đều được phẫu thuật bóc nội mạc ĐM đùi, trong đó tĩnh mạch (TM) hiển là vật liệu thường được sử dụng để tạo hình lại ĐM đùi (74,2%). Ngoài TM tự thân, màng tim bò và mảnh ghép nhân tạo là những vật liệu được sử dụng để tạo hình ĐM (25,8%). Nong bóng động mạch chậu có 2 trường hợp (6,5%) và động mạch đùi có 4 trường hợp (50%). Nong bóng kết hợp đặt stent ĐM chậu có 29 trường hợp (93,5%) và ĐM đùi có 4 trường hợp (50%).

3.4. Đánh giá kết quả điều trị:

Bảng 4. Thành công về kỹ thuật, huyết động và biến chứng (n = 31)

Thành công	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Kỹ thuật	31	100
Huyết động	21	80,8
Biến chứng chung	6	19,5
Tắc mạch	2	6,5
Suy thận cấp	2	6,5
Đoạn chi	2	6,5

Mẫu nghiên cứu có thành công về kỹ thuật đạt 100%, thành công về huyết động sau 1 năm đạt 80,8%. Có 2 trường hợp bị tắc mạch sau mổ. Trong đó 1 ca cần phải mổ lại lấy huyết khối, 1 ca tắc mạch gây hoại tử cẳng bàn chân phải đoạn chi 1/3 dưới đùi. Bên cạnh tắc mạch chúng tôi còn ghi nhận các biến chứng khác gồm có 2 trường hợp suy thận cấp, 2 trường hợp đoạn chi.

Bảng 5. Phân độ Rutherford sau 1 năm

Giai đoạn	Rutherford trước can thiệp		Rutherford sau can thiệp 1 năm	
	Số BN (n)=31	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)=31	Tỷ lệ (%)
0	0	0	6	23,1
1	0	0	4	15,4
2	0	0	7	26,8
3	5	16,1	3	11,6
4	10	32,3	2	7,7
5	7	22,6	3	11,6
6	9	29	1	3,8

Theo định nghĩa, thành công về lâm sàng là cải thiện ít nhất 1 độ đối với Rutherford độ 1 - 4 hoặc ít nhất 2 độ đối với Rutherford 5, 6. Kết quả sau 1 năm của nghiên cứu chúng tôi cho thấy 77% đạt thành công về mặt lâm sàng, có 6 trường hợp không cải thiện (23%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn các bệnh nhân nhập viện có tình trạng thiếu máu chi trầm trọng (TMCTT) với các triệu chứng như đau khi nghỉ, loét hoặc hoại tử. Điều đó chứng tỏ bệnh đã diễn tiến trong khoảng thời gian dài mà bệnh nhân không biết, không quan tâm hợp lý hoặc do sự bỏ sót không phát hiện ra của các tuyến y tế địa phương.

Nghiên cứu ghi nhận số ca bị loét chân chiếm 51,6% (16 trường hợp). Điều này cho thấy đây chưa phải là mối quan tâm chính của bệnh nhân. Ngoài ra, có thể bệnh nhân đã đi khám vì vấn đề này nhưng nhân viên y tế không chẩn đoán ra bệnh động mạch chi dưới mạn tính hoặc nhầm lẫn với tình trạng loét trong bệnh cảnh bàn chân do đái tháo đường. Tình trạng loét chân cần phải được chăm sóc trong thời gian chu phẫu và quá trình lành vết loét là dấu hiệu cho thấy tình trạng tưới máu mô đầy đủ sau khi tái thông mạch máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 83,9% các bệnh nhân nhập viện với tình trạng TMCTT, tương ứng với Fontaine III, IV hoặc Rutherford 4,5,6. Cụ thể Fontaine giai đoạn III là 32,3% và giai đoạn IV là 51,6%. Tỷ lệ TMCTT ở nghiên

cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Côme Bosse và CS (2019) cho thấy tỷ lệ TMCTT là 64% (Fontaine III: 36%, IV: 28%). Nghiên cứu của Kavanagh CM (2016) cho thấy tỷ lệ này là 50% (Fontaine III: 22,5%, IV: 27,5%) và của Sharma G (2018) thì tỷ lệ là 73% (Fontaine III: 44%, IV: 29%) [5].

Sở dĩ có sự chênh lệch giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu đã đề cập trên do phần lớn điều kiện kinh tế - xã hội của những bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính ở nước ta thấp. Việc đi khám bệnh định kỳ, tuân thủ điều trị bệnh còn thấp, vì vậy bệnh nhân thường đến viện khi tình trạng chỉ nặng như có loét, hoại tử hoặc không đi lại được vì quá đau, ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày và công việc của họ.

4.2. Đặc điểm can thiệp. Nghiên cứu ghi nhận hầu hết là gây mê nội khí quản (NKQ), chiếm 61,3% (19 trường hợp). Điều này cũng phù hợp, vì phẫu thuật hybrid là phương pháp kết hợp giữa mổ mở và can thiệp nội mạch, thời gian kéo dài nên cần gây mê NKQ để giúp cho cuộc phẫu thuật được kéo dài và dễ dàng hơn. Bên cạnh đó, một số ít trường hợp chúng tôi dùng phương pháp gây tê tại chỗ và gây mê mask thanh quản, chiếm lần lượt 22,6% và 16,1% mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo về kết quả của phẫu thuật hybrid gồm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch kết hợp với can thiệp nội mạch một thì trong điều trị hẹp tắc ĐM chậu mạn tính. Mặc dù phẫu thuật hở cổ điển được khuyến cáo trong điều trị tắc nặng đoạn ĐM chậu đùi, nhưng can thiệp nội mạch ngày càng trở nên phổ biến, phát triển và hiện đang được sử dụng rộng rãi vì đây là phương pháp ít xâm lấn, làm giảm tỷ lệ biến chứng và giảm thời gian nằm viện. Phẫu thuật cầu nối chủ - đùi vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tắc tăng chủ chậu phức tạp trong suốt nhiều năm. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện < 5% và tỷ lệ lưu thông thì đầu trong 5 năm rất tốt, dao động từ 80 - 95% [3, 5]. Tuy nhiên, phẫu thuật cầu nối chủ - đùi là phương pháp xâm lấn cao, làm tăng nguy cơ gây ra các biến chứng hệ thống và tại chỗ rất nặng sau mổ [4, 6]. Theo Bredahl và CS, biến chứng sau phẫu thuật diễn ra trên 20% trường hợp [7]. Hơn nữa, các biến chứng muộn gồm nhiễm trùng ống ghép, giả phình ở các miệng nối và tắc lại không phải hiếm và có thể là thách thức trong việc điều trị.

Tất cả các BN trong mẫu nghiên cứu của

chúng tôi đều được bóc nội mạc tại ĐM đùi vùng bẹn. Theo ghi nhận, vị trí thường được bóc nội mạc là ĐM đùi chung đơn độc hoặc có thể kéo dài xuống đoạn đầu ĐM đùi nông. Một số ít trường hợp được bóc cả ĐM đùi chung, nông và sâu. Sau đó, vị trí này sẽ được tạo hình lại bằng tinh mạch hiển, màng tim bò hoặc mảnh ghép nhân tạo.

Chúng tôi tiến hành can thiệp trên 6,5% ĐM chậu chung, 19,4% ĐM chậu ngoài và 74,1% ĐM chậu chung kéo dài ĐM chậu ngoài. Tỷ lệ can thiệp ĐM chậu đoạn dài của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác. Các nghiên cứu gần đây cho thấy chiều dài đoạn tắc, phân độ TASC và sự hiện diện tổn thương ĐM chậu chung kéo dài tới chậu ngoài hoặc thương tổn đơn thuần ở một trong hai ĐM chậu không liên quan tới tỷ lệ thành công về kỹ thuật [8, 9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật giữa các nhóm.

Đối với các trường hợp không can thiệp hạ lưu, các BN thuộc nhóm này có thể trạng kém, nhiều bệnh nền kèm theo và phải mất một thời gian dài trước mổ để ổn định các bệnh lý nội khoa mạn tính nên chúng tôi chỉ can thiệp tối thiểu tăng chậu với mục đích cứu sống chi trước. Điều này sẽ làm giảm thời gian chịu đựng cuộc phẫu thuật, giảm nguy cơ suy thận do thuốc cản quang và giảm các biến chứng liên quan đến quá trình can thiệp. Chỉ có thể cứu sống nếu phục hồi được tăng thượng lưu bằng cách can thiệp ĐM chậu và bóc nội mạc phục hồi ĐM đùi sâu. Trong 7 ca không can thiệp ĐM đùi nông, quá trình theo dõi ghi nhận có 1 ca nhiễm trùng diễn tiến phải đoạn chi, như vậy tỷ lệ bảo tồn chi trong nhóm 2 này là 92,3% (rất khả quan).

4.3. Đánh giá kết quả can thiệp. Manesh R. Patel có bài viết đăng trên Tạp chí Tim mạch Hoa Kỳ công bố năm 2015, thống nhất về các định nghĩa, tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lý động mạch chi dưới mạn tính [10]. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu chiếm 100%. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả khác

Giá trị ABI trung bình tăng từ 0,3 lên 0,54 so với trước phẫu thuật. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm t - test bắt cặp với $p < 0,001$. Theo tiêu chuẩn của Manesh R. Patel, thành công về mặt huyết động được đánh giá bằng cải thiện giá trị ABI so với trước mổ ($ABI > 0,10$) [10]. Như vậy, thành công về huyết động sau mổ của chúng tôi đạt 87,1%.

Sau 1 năm theo dõi, kết quả siêu âm doppler ghi nhận 92,3% ĐM đùi thông tốt, 2 trường hợp

(7,7%) tắc ĐM đùi và 53,8% ĐM khoeo thông tốt, 8 ca (30,8%) không có phổ. Theo báo cáo của Manesh R. Patel, thành công về mặt lâm sàng là khi cải thiện ít nhất một loại Rutherford đối với loại 1 - 4 và ít nhất hai loại Rutherford đối với loại 5, 6 [10]. Như vậy, sau 1 năm theo dõi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công về lâm sàng của nghiên cứu chung đạt 77%.

Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 80,8%, thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới: Nghiên cứu của tác giả Côme Bosse năm 2019 cho thấy tỷ lệ thành công sau 1 năm là 93,7%, sau 2 năm là 93,7%; tỷ lệ thành công sau 1 năm là 96,7% và sau 2 năm là 96,7%. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân không tuân thủ điều trị nội khoa và do dịch COVID - 19 ảnh hưởng đến quá trình theo dõi và điều trị. Tác giả Crystal M. Kavanagh (2016) báo cáo tỷ lệ thành công sau 13 tháng là 95%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả sớm điều trị hẹp tắc động mạch chậu đùi mạn tính bằng phẫu thuật hybrid đạt thành công cao về kỹ thuật, biến chứng thấp và cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **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.
3. **Chiu KW, Davies RS, Nightingale PG, Bradbury AW, Adam DJ.** Review of direct anatomical open surgical management of atherosclerotic aorto-iliac occlusive disease.

- European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery. Apr 2010.39(4):460-71. doi:10.1016/j.ejvs.2009.12.014
4. **Mason RA, Smirnov VB, Newton GB, Giron F.** Alternative procedures to aortobifemoral bypass grafting. The Journal of cardiovascular surgery. Mar-Apr 1989.30(2):192-7.
 5. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, et al.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. Journal of vascular surgery. Dec 2018;68(6):1796-1804.e2. doi:10.1016/j.jvs.2018.01.067
 6. **Piotrowski JJ, Pearce WH, Jones DN, et al.** Aortobifemoral bypass: the operation of choice for unilateral iliac occlusion? Journal of vascular surgery. Sep 1988;8(3):211-8. doi:10.1067/mva.1988.avs0080211
 7. **Bredahl K, Jensen LP, Schroeder TV, Sillesen H, Nielsen H, Eiberg JP.** Mortality and complications after aortic bifurcated bypass procedures for chronic aortoiliac occlusive disease. Journal of vascular surgery. Jul 2015;62(1):75-82. doi:10.1016/j.jvs.2015.02.025
 8. **Henry M, Amor M, Ethevenot G, Henry I, Mentre B, Tzvetanov K.** Percutaneous endoluminal treatment of iliac occlusions: long-term follow-up in 105 patients. Journal of endovascular surgery: the official journal of the International Society for Endovascular Surgery. Aug 1998;5(3):228-35. doi:10.1583/1074-6218(1998)005<0228:Petoio>2.0.Co;2
 9. **Carnevale FC, De Blas M, Merino S, Egaña JM, Caldas JG.** Percutaneous endovascular treatment of chronic iliac artery occlusion. Cardiovascular and interventional radiology. Sep-Oct 2004;27(5):447-52. doi:10.1007/s00270-004-0086-5
 10. **Patel MR, Conte MS, Cutlip DE, et al.** Evaluation and treatment of patients with lower extremity peripheral artery disease: consensus definitions from Peripheral Academic Research Consortium (PARC). Journal of the American College of Cardiology. Mar 10 2015;65(9):931-41. doi:10.1016/j.jacc.2014.12.036

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CRILA TRÊN BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Vũ Ngọc Vương¹, Hoàng Văn Lý¹, Hồ Viết Long¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị của Crila. 65 bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PDLTTTL) được điều trị bằng Crila trong thời gian 8 tuần tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Hữu Nghị từ

tháng 2/2021 đến tháng 22/2023. Đánh giá hiệu quả dựa trên thang điểm IPSS, thể tích tuyến tiền liệt. Kết quả: sau 8 tuần điều trị điểm IPSS trung bình của các bệnh nhân giảm từ 21,29 ± 9,49 điểm xuống còn 10,25 ± 6,47 với p < 0.05. Thể tích tiền liệt tuyến sau 8 tuần điều trị giảm từ 40,44 ± 9,49 cm³ xuống còn 33,02 ± 9,49 cm³ với p < 0,05. Kết luận: Crila có hiệu quả trên bệnh nhân PDLTTTL.

Từ khóa: Crila, Phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

SUMMARY

EVALUATE THE THERAPRUTIC EFFECT ON PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Vương

Email: vungocvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023