

5. **Balch CM OMF-DL, Dyrbye Ln Fau** - Colaiano JM, Colaiano Jm Fau - Satele DV, Satele Dv Fau - Sloan JA, Sloan Ja Fau - Shanafelt TD, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons.1879-1190.
6. **Welp A ML, Manser T.** Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety.1664-1078
7. **Nguyễn Trần Ngọc D.** Thực trạng mức độ kiệt sức nghề nghiệp và một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ kiệt sức nghề nghiệp ở nhân viên y tế Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học y tế công cộng. 2019;
8. **Lê Hà Xuân S.** Tỷ lệ kiệt sức nghề nghiệp và các yếu tố liên quan trên bác sĩ tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. 2022;
9. **Nguyễn Thị Thu HPMK, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Phạm Thanh Hải.** Tình trạng kiệt sức của điều dưỡng viên lâm sàng tại Bệnh viện Việt Tiệp, Thành phố Hải Phòng năm 2019. Tạp chí y học dự phòng. 2019;
10. **Nguyễn Thị Thu HDNH.** Điều tra Stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường. 2016;

## KẾT QUẢ TRUNG HẠN CAN THIỆP NỘI MẠCH TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Lê Đức Tín\*, Lâm Văn Nút\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh đái tháo đường là yếu tố chính gây nên bệnh lý mạch máu chi dưới, góp phần làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, tăng nguy cơ đoạn chi [5], [9]. Nhóm bệnh nhân đái tháo đường phối hợp bệnh tắc động mạch chi dưới có tính chất nghiêm trọng hơn với các biểu hiện lâm sàng nặng hơn như loét, hoại tử kèm nhiễm trùng và nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về kết quả can thiệp nội mạch tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường, đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả trung hạn can thiệp trên bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình  $72,3 \pm 11,2$ ; nam giới chiếm 65,2% mẫu nghiên cứu. Phân loại Rutherford 4,5 và 6 lần lượt chiếm 28,1%; 40,4% và 23,6% mẫu nghiên cứu. Tồn thương đa tầng với tầng chủ chậu có tỷ lệ TASC II A chiếm 76,4%; tầng đùi khoeo có tỷ lệ TASC II A chiếm 58,4%; tầng dưới gối có tỷ lệ TASC II B chiếm 24,7% mẫu nghiên cứu. Nong bóng chiếm tỷ lệ cao ở các tầng, tầng chủ chậu chiếm 80,9%; tầng đùi khoeo chiếm 52,8% và tầng dưới gối chiếm 40,5% mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 94,4%. Tai biến gồm có tắc mạch, tụ máu, gãy giá đỡ, đoạn chi lớn, nhồi máu cơ tim và suy thận cấp lần lượt chiếm 2,3%; 2,3%; 1,1%; 1,1%; 2,3%; và 3,4% mẫu nghiên cứu. Theo dõi trung hạn, ghi nhận tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu đạt 79,1%, tỷ lệ đoạn chi lớn là 18,6% và tỷ lệ đột quỵ não là 10,5% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** phương pháp can thiệp điều trị tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường cho kết quả khả quan với các triệu chứng lâm sàng cải

thiện, lưu thông mạch máu trung hạn chiếm tỷ lệ cao, ít biến chứng theo dõi. **Từ khóa:** động mạch chi dưới, can thiệp nội mạch, nong bóng, đặt giá đỡ.

### SUMMARY

#### MID-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR LOWER EXTREMITY ARTERY OCCLUSIVE DISEASES IN DIABETIC MELLITUS PATIENTS

**Background:** Diabetes is the main factor causing lower limb vascular disease, contributing to damage to the vascular endothelium and increasing the risk of amputation [5], [9]. The group of patients with diabetes combined with occlusive disease of the lower extremities has more serious symptoms with more severe clinical manifestations such as ulcers, necrosis with infection, and sepsis. However, Vietnam still does not have many studies on the results of endovascular intervention for lower limb artery occlusion in diabetic patients, which is why we surveyed the mid-term results of this intervention. Patients with chronic lower limb arterial occlusion with diabetes. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study had a mean age of  $72.3 \pm 11.2$  years; Men accounted for 65.2% of the sample. Rutherford classifications 4,5 and 6 accounted for 28.1%, 40.4%, and 23.6% of the sample, respectively. Multi-level lesions with the aortic-iliac have a TASC II A rate of 76.4%; The femoropopliteal floor has a TASC II A rate of 58.4%; The below-the-knee has a TASC II B rate, accounting for 24.7% of the sample. Balloon dilatation accounts for a high proportion of all levels; the aortic-iliac accounts for 80.9%; The femoropopliteal level accounts for 52.8%, and the below-the-knee level accounts for 40.5% of the sample. The technical success rate reached 94.4%. Complications include embolism, hematoma, stent fracture, major amputation, myocardial infarction, and acute renal failure, accounting for 2.3% respectively, 2.3%, 1.1%, 1.1%, 2.3%, and 3.4% of the sample. At medium-term follow-up, the rate of head vascular circulation was 79.1%, significant major amputation was 18.6%,

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

and stroke rate was 10.5% of the sample.  
**Conclusion:** Interventional methods to treat lower limb artery occlusion in diabetic patients have shown positive results, improved clinical symptoms, a medium-term primary patency revascularization rate, and few follow-up complications.

**Keywords:** lower extremity, endovascular intervention, balloon, stent placement.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh đái tháo đường là yếu tố chính gây nên bệnh lý mạch máu chi dưới, góp phần làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, tăng nguy cơ đoạn chi [5], [9]. Bệnh nhân bị tắc động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường có biểu hiện nặng nề, nhưng vẫn có thể điều trị được. Trước đây, bệnh nhân được phát hiện bệnh trễ nên tỷ lệ đoạn chi khá cao. Điều trị ngoại khoa bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới gồm phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bắc cầu mạch máu với mảnh ghép tự thân hoặc nhân tạo. Phương pháp này có tỷ lệ thành cao, tuy nhiên thời gian mổ kéo dài, tỷ lệ biến chứng cao, hậu phẫu nặng nề, nhất là đối với những bệnh nhân lớn tuổi, nguy cơ phẫu thuật cao. Can thiệp nội mạch đã từng bước phát triển và đem lại nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, can thiệp tổn thương đa tầng và hồi phục nhanh, thời gian xuất viện sớm. Do đó, có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá về hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường.

Ở Việt Nam, nhiều trung tâm bắt đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp trên bệnh nhân động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: Đánh giá kết quả trung hạn can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả.

**Thời gian nghiên cứu:** lấy mẫu từ tháng 09 năm 2014 đến tháng 09 năm 2018.

**Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả trường hợp can thiệp nội mạch tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Can thiệp tắc động mạch chi dưới có đoạn chi lớn.
- Can thiệp nội mạch tắc động mạch chi

dưới có phối hợp mỡ mỡ (hybrid).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Đánh giá kết quả:**

**Đánh giá kết quả can thiệp:** nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp, phân độ Rutherford, ABI, TASC II, phương pháp vô cảm, đường vào, loại bóng và giá đỡ.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: đường kính lòng mạch sau can thiệp hẹp tồn lưu < 30%, không có bóc tách, vỡ mạch và tụ máu sau nong bóng, không xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi [7].

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, thủng ĐM can thiệp, tụ máu đường vào, suy thận cấp, cắt cụt chi, giả phình đường vào, nhồi máu cơ tim và tử vong.

**Đánh giá kết quả theo dõi:** theo dõi đến tháng 09 năm 2023.

- Đánh giá kết quả: lưu thông mạch máu thì đầu.
- Biến chứng theo dõi.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Mẫu có 89 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp:**

**Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp**

Biến số	N (%)
Tuổi	72,3 ± 11,2 (43– 86)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	58 (65,2) / 31 (34,8)
Hút thuốc lá	61 (68,5)
Tăng huyết áp	68 (76,4)
RLCH lipid máu	72 (80,9)
Bệnh mạch vành	25 (28,1)
Bệnh động mạch cảnh	27 (30,3)
Suy thận mạn	5 (5,6)
Suy tim	3 (3,4)
Tai biến mạch máu não	1 (1,1)

**Phân loại Rutherford:**

**Bảng 2. Phân loại theo Rutherford.**

Giai đoạn	Độ	N (%) trước	N (%) trung hạn
0	0	0 (0)	7 (7,9)
	1	0 (0)	12 (13,5)
	2	0 (0)	25 (28,1)
I	3	7 (7,9)	28 (31,5)
	4	25 (28,1)	9 (10,1)
II	5	36 (40,4)	5 (5,6)

IV	6	21 (23,6)	3 (3,4)
<b>Tổng</b>		<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Phân loại TASC II:**

**Bảng 3: Phân loại theo TASC II tăng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối.**

Biến số	Chủ chậu N (%)	Đùi khoeo N (%)	Dưới gối N (%)
A	68 (76,4)	52 (58,4)	14 (15,7)
B	12 (13,5)	15 (16,9)	22 (24,7)
C	9 (10,1)	10 (11,2)	7 (7,9)
Không tổn thương	0 (0)	12 (13,5)	46 (26)
<b>Tổng</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Chỉ số ABI trước và sau can thiệp:**

**Bảng 4. Chỉ số ABI trước và sau can thiệp**

	Trước	Sau can thiệp	Trung hạn
ABI	0.29 ± 0.17	0.64 ± 0.8	0.52 ± 0.3

**Đường vào can thiệp:**

**Bảng 5: Đường vào can thiệp**

Biến số	N	(%)
Bên cùng bên	54	60,7
Bên đối bên	24	27
Ngược dòng	11	12,4
<b>Tổng</b>	<b>89</b>	<b>100.0</b>

**Phương pháp điều trị**

**Bảng 6. Phương pháp điều trị**

Biến số	Chủ chậu N (%)	Đùi khoeo N (%)	Dưới gối N (%)
Nong bóng	72 (80,9)	47 (52,8)	36 (40,5)
Nong bóng + đặt giá đỡ	17 (19,1)	30 (33,7)	0 (0)
Không can thiệp	0 (0)	12 (13,5)	46 (26)
<b>Tổng</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Thời gian nằm viện**

**Bảng 7. Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	180,5 ± 25,1
Thời gian nằm viện (ngày)	4,2 ± 1,8 (4- 6)

**Thành công, thất bại về kỹ thuật:**

**Bảng 8. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật**

Biến số	N	(%)
Thành công	84	94,4
Thất bại	5	5,6
<b>Tổng</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Tai biến can thiệp mạch máu**

**Bảng 9. Tai biến can thiệp mạch máu**

Biến số	N = 89	(%)
Tắc mạch	2	2,3
Tụ máu	2	2,3
Gập, gãy giá đỡ	1	1,1
Nhồi máu cơ tim	1	1,1
Đoạn chi lớn	2	2,3

Suy thận cấp	3	3,4
Đột quy não	0	0
Tử vong	3	3,4

**Kết quả trung hạn**

**Bảng 10. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu**

Biến số	N	(%)
Có	68	79,1
không	18	20,9
<b>Tổng</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Bảng 11. Biến chứng trung hạn**

Biến số	N = 86	(%)
Đoạn chi lớn	16	18,6
Đột quy não	9	10,5
Giả phình	1	1,2
Thông động tĩnh mạch	0	0
Tử vong	0	0

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ:** Nghiên cứu có tỷ lệ nam chiếm hầu hết với tuổi trung bình 65 tuổi. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận rối loạn chuyển hoá lipid, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 80,9%; 76,4% và 68,5% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, nhóm bệnh trong nghiên cứu là nhóm lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ cao bên cạnh bệnh đái tháo đường kèm theo. Kết quả này cũng tương tự một số tác giả khác [1], [2], [5]. Bệnh nhân với tình trạng thiếu máu chi đe dọa chiếm tỷ lệ cao, 64% mẫu nghiên cứu. Hầu hết bệnh nhân có phân độ Rutherford mức độ 4,5 và 6. Triệu chứng đau cánh hồi chiếm tỷ lệ cao hơn đau khi nghỉ. Kết quả này cũng tương tự kết quả của các tác giả khác. Tác giả Micheal S Lee và cộng sự (N=239), so sánh hai nhóm có đái tháo đường và không đái tháo đường trên bệnh nhân can thiệp động mạch chi dưới, theo dõi trong 2 năm, ghi nhận triệu chứng đau khi nghỉ có thiếu máu đe dọa chi nghiêm trọng chiếm 81% mẫu nghiên cứu [3]. Còn nghiên cứu của tác giả Liang Xiao và cộng sự (N=139), cũng so sánh kết quả điều trị can thiệp chi dưới của hai nhóm đái tháo đường và không đái tháo đường, ghi nhận triệu chứng thiếu máu đe dọa chi nghiêm trọng chiếm 77% mẫu nghiên cứu [10]. Các nghiên cứu của tác giả khác có tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn chiếm khoảng 50% mẫu nghiên cứu [1], [8]. Tổn thương trong nhóm bệnh nghiên cứu là những tổn thương đa tầng. Điều này cũng cho thấy bệnh đái tháo đường có liên quan đến bệnh lý mạch máu chi dưới nói riêng và bệnh mạch máu toàn thân nói chung. Trong nghiên cứu chúng tôi, ghi nhận tổn thương ở tầng chậu chủ yếu là TASC II A, chiếm 76,4%. Tổn thương tầng

đùi khoeo cũng tương tự, TASC II A chiếm 58,4%. Tuy nhiên, tầng dưới gối thì tỷ lệ tổn thương TASC II B là ưu thế, chiếm 24,7% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, trong tổn thương đa tầng cầu nghiên cứu thì hầu hết tầng chậu là có tổn thương, tuy nhiên tầng dưới gối thì nhiều bệnh nhân không ghi nhận tổn thương, chiếm 26% (46 trường hợp). Qua đây cho thấy, mặc dù tổn thương riêng biệt từng tầng không nặng nhưng để cung cấp đủ máu cho đầu xa thì tổn thương đa tầng của chi đã ảnh hưởng rõ rệt đến vấn đề này, đặc biệt trên những bệnh nhân có đáí tháo đường lâu năm kèm theo.

**Phương pháp can thiệp:** Hầu hết chúng tôi dùng vị trí tiếp cận đường vào cùng bên với tổn thương, ngược dòng để can thiệp tầng chậu và xuôi dòng để can thiệp tầng đùi khoeo và dưới gối, tỷ lệ này chiếm 60,7% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, tỷ lệ tiếp cận đường vào từ bên đối bên chiếm 27% (24 trường hợp). Chúng tôi thường dùng cách tiếp cận này khi mà tổn thương ở hai tầng chậu và đùi khoeo. Khi đó, tiếp cận xuôi dòng sẽ dễ dàng hơn cho dây dẫn và dụng cụ đi vào trong lòng mạch, hạn chế tối đa đi dưới lớp nội mạc mạch máu. Một số trường hợp chúng tôi sử dụng vị trí tiếp cận đường vào từ khoeo hoặc chày sau lên để đi qua thương tổn. Cách tiếp cận này chỉ được dùng khi mà các cách tiếp cận khác không thực hiện được dễ dàng. Không nên ưu tiên dùng cách tiếp cận này ngay từ đầu vì kỹ thuật này cũng đòi hỏi phải có máy siêu âm, có kỹ năng can thiệp tốt vì nếu thất bại dễ gây tắc mạch đầu xa, điều này hết sức nguy hiểm vì mục đích can thiệp là cấp máu đầu xa của chi.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận hầu hết là nong bóng ở cả ba tầng can thiệp chi dưới gồm tầng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối lần lượt chiếm 80,9%; 52,8% và 40,5% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cho thấy hầu hết các tổn thương của can thiệp đều tiến hành nong bóng đầu tiên, nếu có bóc tách hoặc lòng mạch còn hẹp trên 50% đường kính thì mới tiến hành nong bóng lại hoặc đặt giá đỡ nội mạch. Bên cạnh đó, chúng tôi có phối hợp đặt giá đỡ cho các tổn thương tầng chủ chậu và đùi khoeo lần lượt chiếm 19,1% và 33,7% mẫu nghiên cứu. Riêng đối với tầng dưới gối, chúng tôi chỉ nong bóng đơn thuần mà không dùng giá đỡ vì những tổn thương dưới gối có đường kính nhỏ, chỉ định đặt giá đỡ vẫn còn đang nhiều bàn cãi. Để khắc phục những vấn đề này, nhiều dụng cụ mới được ra đời nhằm đem đến hiệu quả can thiệp cao hơn như bóng phủ thuốc. Đây là hướng đi

mới cho những tổn thương chống chỉ định hoặc hạn chế của đặt giá đỡ nội mạch. Theo tác giả Liistro F và cộng sự (N=132), nghiên cứu về hiệu quả cầu bóng phủ thuốc so với bóng không phủ thuốc trong can thiệp động mạch dưới gối ghi nhận bóng phủ thuốc có khả năng tái hẹp thấp hơn bóng không phủ thuốc tại thời điểm 1 năm theo dõi, lần lượt chiếm 27% và 74% (P<0.001) [4].

Can thiệp nội mạch từ lâu đã là xu hướng tất yếu, đem lại những lợi ích nhất định cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới, đặc biệt trên những trường hợp tổn thương đa tầng và có nhiều bệnh phối hợp, nhiều yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 94,4% mẫu nghiên cứu. Tác giả Liang Xiao và cộng sự (N=139), ghi nhận thành công về kỹ thuật đạt 98,4% mẫu nghiên cứu khi so sánh 2 nhóm can thiệp chi dưới có đáí tháo đường và không đáí tháo đường [10]. Điều này cho thấy, thành công về kỹ thuật của can thiệp nội mạch trên bệnh nhân đáí tháo đường chiếm tỷ lệ cao. Bên cạnh đó, các biểu hiện về cận lâm sàng của chúng tôi cũng cải thiện đáng kể sau can thiệp so với trước can thiệp, lần lượt chiếm 0,64 so với 0,29 mẫu nghiên cứu. Theo tác giả Lin Y và cộng sự (N=59), ghi nhận giá trị ABI cải thiện rõ rệt trước can thiệp so với sau can thiệp, 0,35 so với 0,89 (P<0,001) [6]. Còn theo Liang Xiao và cộng sự (N=139), giá trị ABI trước can thiệp so với sau can thiệp lần lượt chiếm 0,4 và 0,8 (p<0,001) [10]. Các biến chứng trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ thấp, tỷ lệ tụ máu ngay vị trí tiếp cận đường vào và đoạn chi lớn chiếm lần lượt 2,3% và 2,3%; tỷ lệ gãy giá đỡ và nhồi máu cơ tim chiếm lần lượt 1,1% và 1,1% và có 3 trường hợp suy thận cấp (3,4%) mẫu nghiên cứu. Tử vong trong nghiên cứu có 3 trường hợp. Một trường hợp tử vong xảy ra trên bệnh nhân có nhồi máu cơ tim và hai trường hợp xảy ra trên bệnh nhân đoạn chi.

**Theo dõi:** ở giai đoạn trung hạn, chúng tôi theo dõi được 86 trường hợp của mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm 79,1% mẫu nghiên cứu. Theo Abularrage và cộng sự (N=920), đánh giá kết quả can thiệp chi dưới trên bệnh nhân có đáí tháo đường và không có đáí tháo đường, ghi nhận lưu thông mạch máu thì đầu của nhóm có đáí tháo đường chiếm 72% mẫu nghiên cứu [1]. Tác giả DeRubertis B và cộng sự (N= 291), ghi nhận lưu thông mạch máu thì đầu ở trung hạn chiếm 82% mẫu nghiên cứu [2]. Do đó, kết quả lưu thông mạch máu thì đầu trong nhiều nghiên cứu giống kết quả chúng tôi và chiếm tỷ lệ cao. Điều này cho thấy,

phương pháp can thiệp nội mạch trên bệnh nhân đái tháo đường đã đem lại sự tươi máu chi trung hạn hiệu quả, giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Bên cạnh đó, một số tác giả khác cũng ghi nhận nhóm có đái tháo đường có tỷ lệ lưu thông mạch máu thấp hơn nhóm không có đái tháo đường [1], [2], [3], [8]. Điều này cho thấy, đái tháo đường đã ảnh hưởng rõ rệt và có quan hệ mật thiết đến kết quả can thiệp động mạch chi dưới. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận biến chứng hầu hết ở giai đoạn trung hạn là đoạn chi lớn và đột quỵ não, chiếm 18,6% và 10,5% mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, cũng có một số ít biến chứng giả phình chiếm 1,2% mẫu nghiên cứu. Nhiều tác giả khác cũng cho thấy kết quả tương tự chúng tôi [1], [3], [8]. Qua đây cho thấy, kết quả lưu thông mạch máu ở giai đoạn trung hạn của phương pháp can thiệp nội mạch đã đem lại hiệu quả cao, cải thiện được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abularrage C. J., M. F. Conrad, và cs. (2010)**, Long-term outcomes of diabetic patients undergoing endovascular infrainguinal interventions, *J Vasc Surg*, số 52(2), tr. 314-22.e1-4.
2. **DeRubertis B. G., M. Pierce, và cs. (2008)**, Reduced primary patency rate in diabetic patients after percutaneous intervention results from more frequent presentation with limb-threatening

- ischemia, *J Vasc Surg*, số 47(1), tr. 101-8.
3. **Lee M. S., S. W. Rha, và cs. (2015)**, Comparison of diabetic and non-diabetic patients undergoing endovascular revascularization for peripheral arterial disease, *J Invasive Cardiol*, số 27(3), tr. 167-71.
4. **Liistro F., I. Porto, và cs. (2013)**, Drug-eluting balloon in peripheral intervention for below the knee angioplasty evaluation (DEBATE-BTK): a randomized trial in diabetic patients with critical limb ischemia, *Circulation*, số 128 (6), tr. 615-21.
5. **Mueller T., F. Hinterreiter, và cs. (2016)**, Mortality rates at 10 years are higher in diabetic than in non-diabetic patients with chronic lower extremity peripheral arterial disease, *Vasc Med*, số 21(5), tr. 445-452.
6. **Lin Y, Li W, Liu W, Liu M, Li Y, Chen Y.** Mid-term outcomes of endovascular treatment and risk factors for recurrence in patients with Trans-Atlantic-Inter-Society II C/D femoropopliteal lesions. *Quant Imaging Med Surg*. 2021 May;11(5):2028-2039.
7. **Norgren L., W. R. Hiatt, và cs. (2007)**, Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), *J Vasc Surg*, số 45 Suppl S, tr. S5-67.
8. **Shammas A. N., H. Jeon-Slaughter, và cs. (2017)**, Major Limb Outcomes Following Lower Extremity Endovascular Revascularization in Patients With and Without Diabetes Mellitus, *J Endovasc Ther*, số 24(3), tr. 376-382.
9. **Shah AD, Langenberg C, Rapsomaniki E, et al.** Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3:105-113.
10. **Xiao Liang, De-sheng Huang, và cs. (2012)**, Efficacy of endoluminal interventional therapy in diabetic peripheral arterial occlusive disease: a retrospective trial, *Cardiovascular Diabetology*, số 11, tr. 17-17.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRÊN LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN CƠ Ở BỆNH NHÂN RẮN CẠP NIA CẢN

Nguyễn Huy Tiến<sup>1</sup>, Trần Hữu Thông<sup>2</sup>, Hà Trần Hưng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và điện cơ của tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị rạn Cạp nia cản. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 19 bệnh nhân bị rạn Cạp nia cản điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Kết**

**quả:** Liệt thần kinh sơ và thần kinh vận động ngoại vi bao gồm sụp mi (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương (89,5%). Triệu chứng sụp mi ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc tồn tại trung bình  $4,0 \pm 1,83$  ngày ngắn hơn so với nhóm không dùng huyết thanh kháng nọc ( $7,86 \pm 3,13$  ngày), với  $p = 0,013$ . Điện cơ trong ngày đầu vào viện cho thấy: Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động trong giới hạn bình thường tuy nhiên có trung vị biên độ sóng vận động giảm, trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền cảm giác, biên độ sóng cảm giác dây thần kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. 10,0% bệnh nhân có test kích thích

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Tiến

Email: drtien97tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023