

Zamir [8] cũng cho tỷ lệ tiếp cận thông tin qua thầy cô giáo là 38,3%, tỷ lệ khá cao trong khi nghiên cứu đưa ra rất nhiều lựa chọn. Thầy cô giáo luôn là kênh thông tin đáng tin cậy đối với học sinh, SV. Ngoài ra mỗi thầy cô đều có phương pháp riêng giúp cho SV dễ học dễ nhớ, để lại ấn tượng sâu sắc cho SV.

#### V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ SV điều dưỡng có thực hành an toàn liên quan đến HIV/AIDS là 79,3%, tổng điểm kiến thức trung bình là 84,7%. Thực hành liên quan đến HIV/AIDS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa lứa tuổi  $\geq 20$  và  $< 20$ ; sinh viên học năm 3+4 và sinh viên năm 1+2; Được cung cấp và không được cung cấp thông tin về HIV trong những năm học đại học; Được tiếp cận thông tin và không được tiếp cận thông tin HIV thông qua thầy cô giáo ( $p < 0,05$ ).

Từ kết quả trên cho thấy SV điều dưỡng cần phải được hướng dẫn các hành vi an toàn nhằm phòng tránh lây nhiễm HIV/AIDS trong các hoạt động sinh hoạt xã hội và nghề nghiệp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hà, Nguyễn Thị Lan Anh (2019). Kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phơi nhiễm với vật sắc nhọn trong tiêm truyền của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm

2018. [Luận văn thạc sĩ]. Đại học Y Hà Nội;
2. Lê Thị Hương, Lưu Minh Châu, Đoàn Chí Hiền (2017). Kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống HIV/AIDS của cán bộ chiến sĩ bộ đội biên phòng ở khu vực biên giới tỉnh Thừa Thiên Huế 2016," Tạp chí Y học dự phòng.27(3): 126–131.
  3. Do T. H. T, Le L. C, Burgess J. A, et al (2014). Determinants of condom use at sexual debut among young Vietnamese. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 26(3): 403–410.
  4. Trần Như Hải, Nguyễn Thị Thuý, Phạm Thọ Dược và cộng sự (2015). Thực trạng kiến thức, hành vi của cộng đồng và khả năng tiếp cận hoạt động chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Đắk Nông, năm 2011 - 2013," Tạp chí Y học dự phòng. 25(10): 150–156.
  5. Nguyễn Thị Huệ, Phạm Thị Thu Thuý, Nguyễn Thị Duyên Anh (2015). Kiến thức, thái độ và hành vi về HIV/AIDS trên nhóm phụ nữ mang thai tại thành phố hồ chí minh, 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 25(10): 127–132.
  6. Tạ Thị Hồng Hạnh, Khổng Thị Thái, Nguyễn Hà Thành và cộng sự (2018). Kiến thức về phòng lây nhiễm HIV của người dân từ 15 đến 49 tuổi và một số yếu tố liên quan tại Hà Nội năm 2017. Tạp chí Y học dự phòng. 28(5): 151–156.
  7. WHO (2021) Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021 (pp.16-30).
  8. Baytner-Zamir R, Lorber M, Hermoni D (2014). Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. BMC Res. Notes. 7(1):168.

## VAI TRÒ PHÂN ĐỘ GLASS TRONG ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU MẠN TÍNH ĐE DỌA CHI

Trần Minh Bảo Luân<sup>1,2</sup>, Đỗ Đăng Khoa<sup>1,2</sup>,  
Lương Việt Thắng<sup>1</sup>, Trần Thanh Vỹ<sup>1,2</sup>

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng thành công về mặt kỹ thuật trong can thiệp động mạch tăng dưới cung đùi và bảo tồn chi theo phân độ GLASS. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu có 82 chi dưới được khảo sát trên 82 người bệnh tại Khoa Lồng ngực – Mạch máu, BV Đại học Y dược TP. HCM từ tháng 06/2020 tới tháng 06/2022.. Trong đó, sang thương thuộc phân độ GLASS I, II và III chiếm lần lượt 36.6%, 43.9% và 19.5%. Tỷ lệ can thiệp thành công về mặt kỹ thuật ở nhóm giảm dần theo mức độ phức tạp của sang thương lần lượt là 90%, 86.11% và 56.25%. Bên cạnh sang thương thuộc phân độ GLASS III, thì tình trạng vôi hóa mạch máu, sang thương tắc hoàn toàn, tưới máu bàn chân/dưới mắt cá chân nhóm P2 cũng là những yếu tố tiên đoán cho khả năng tái thông thất bại với phương pháp can thiệp nội mạch. Tỷ lệ đoạn chi ở các nhóm sau 6 tháng lần lượt là 13.3%, 22.2% và 50%. **Kết luận:** những bệnh nhân có tình trạng thiếu máu mạn tính đe dọa chi thuộc phân độ GLASS càng cao thì tỷ lệ can thiệp nội mạch thành công, khả năng bảo tồn chi thấp hơn, tỷ lệ biến chứng trong can thiệp cao hơn.

#### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Điều trị tái thông bằng phẫu thuật bắc cầu hay can thiệp nội mạch với mục tiêu "vàng" là tái lập dòng chảy và bảo tồn chi. Để lựa chọn phương án điều trị cho từng trường hợp cụ thể, hiệp hội phẫu thuật mạch máu (SVS) đã đưa ra các tiêu chí như nguy cơ phẫu thuật của người bệnh (Patient risk), tình trạng của chi (Limb status) và hình thái giải phẫu mạch máu (Anatomical pattern), viết gộp lại là PLAN. Phân độ GLASS đã mở ra thêm khái niệm đường can thiệp động mạch đích (Target Artery Path – TAP) và khả năng duy trì sự tái thông của TAP sau can thiệp.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: tranminhbaoluan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

**SUMMARY****APPLICATION OF GLASS CLASSIFICATION OF INFRAINGUINAL ENDOVASCULAR THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC LIMB THREATENING ISCHEMIA**

**Introduction:** Treatment of Peripheral arterial disease (PAD) or chronic arterial occlusive disease of lower extremities by recanalization which is bypass surgery or endovascular intervention with the "golden" goal of re-establishing flow and preserving the limb. To select the treatment plan for each specific case, the Vascular Surgery Society (SVS) has set out criteria such as Patient risk, Limb status and Anatomical pattern, collectively written as PLAN. In addition, the GLASS (Global Limb Anatomical Staging System) classification has shown the concept of Target Artery Path (TAP) and the ability to maintain TAP recanalization after intervention (Limb-based patency). **Objectives:** Evaluation of the technical success and clinical outcomes of limb salvage by GLASS scoring system. **Methods:** Retrospective study describes a series of cases. **Results:** The study sample with 82 lower limbs was surveyed on 82 patients at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City from June 2020 to June 2022. In which, lesions of GLASS class I, II and III accounted for 36.6%, 43.9% and 19.5%, respectively. The rate of technically successful intervention in the group that gradually decreased according to the complexity of the lesion was 90%, 86.11% and 56.25%, respectively. Besides GLASS III lesions, vascular calcification, total occlusion, and P2 foot/subankle perfusion are also predictive factors for failure of endovascular interventions. **Conclusions:** The higher of GLASS classification of patients with chronic limb threatening ischemia, the higher rate of successful endovascular intervention efficiency, lower rate of limb preservation, higher complication rates of intraprocedural intervention.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) là một vấn đề sức khỏe lớn và đang có chiều hướng tăng dần, ước tính ảnh hưởng tới hơn 230 triệu người trưởng thành trên toàn cầu [2]. Thiếu máu mạn tính đe dọa chi (TMMTĐDC) được xem như là giai đoạn trễ của BĐMCD [7]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ về mặt kỹ thuật điều trị tái thông mạch máu hay việc sử dụng thuốc kháng đông, thuốc kháng kết tập tiểu cầu, nhưng tỷ lệ đoạn chi còn cao khoảng 20% trong 12 tháng, tỷ lệ tử vong gần 50% ở nhóm bệnh nhân TMMTĐDC trong 5 năm kể từ thời điểm phát hiện [1].

Điều trị tái thông bằng phẫu thuật bắc cầu hay can thiệp nội mạch với mục tiêu "vàng" là tái lập dòng chảy và bảo tồn chi [7]. Để lựa chọn phương án điều trị cho từng trường hợp cụ thể, hiệp hội phẫu thuật mạch máu đã đưa ra các tiêu chí như nguy cơ phẫu thuật của người bệnh

(Patient risk), tình trạng của chi (Limb status) và hình thái giải phẫu mạch máu (Anatomical pattern), viết gộp lại là PLAN. Trong đó, để đánh giá tình trạng của chi thì có thang điểm Wifi (Wound, Ischemia, Foot Infection). Về hình thái, trước đây chủ yếu sử dụng thang điểm TASC II, năm 2007,2 phân loại theo hình thái sang thương giải phẫu gồm 4 mức độ TASC A, B, C và D với độ phức tạp tăng dần cho 3 tầng mạch máu chi dưới riêng biệt là chủ - chậu, đùi - khoeo và dưới gối. Năm 2019, GVG đã đưa ra một phân độ mới, gọi là hệ thống phân độ hình thái giải phẫu học toàn cầu (GLASS) được công bố trên tạp chí phẫu thuật mạch máu 2019 [3]. Phân độ GLASS đã mở ra thêm khái niệm đường can thiệp động mạch đích (Target Artery Path - TAP) và khả năng duy trì sự tái thông của TAP sau can thiệp (Limb-based patency). Phân độ GLASS được áp dụng cho BN được can thiệp tầng dưới dây chằng bẹn hay dưới cung đùi, tức theo TASC II là sự kết hợp của hai tầng đùi - khoeo và dưới gối. Phân độ GLASS gồm 3 mức độ I, II và III, với độ phức tạp tăng dần, giúp tiên đoán khả năng thành công về mặt kỹ thuật, cải thiện về mặt lâm sàng trong can thiệp nội mạch tầng dưới cung đùi và khả năng bảo tồn chi [3].

Hiện nay, tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp nội mạch trong BĐMCD ở các tầng chủ - chậu, đùi - khoeo hay dưới gối riêng lẻ với các thang điểm như TASC II, Wifi. Tuy nhiên, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu ứng dụng phân độ GLASS với kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở hai tầng đùi - khoeo và dưới gối.

**Mục tiêu nghiên cứu:** *Đánh giá mối liên quan giữa phân độ GLASS và khả năng can thiệp nội mạch thành công về mặt kỹ thuật, khả năng bảo tồn chi.*

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

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

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Lồng Ngực - Mạch Máu BV Đại Học Y Dược TPHCM.

**Đối tượng nghiên cứu:**

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới giai đoạn thiếu máu mạn tính đe dọa chi được đánh giá tổn thương theo phân độ GLASS 2019 [3] và điều trị can thiệp nội mạch tầng dưới cung đùi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có tình trạng hẹp > 50% hoặc tắc động mạch tầng chủ - chậu đi kèm. BN đã được điều trị hẹp - tắc tầng động mạch dưới cung đùi bằng phẫu thuật bắc cầu,

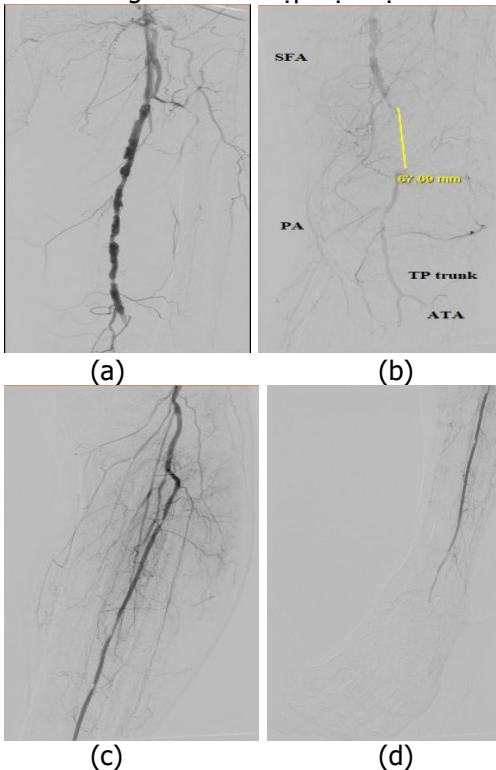
ghép mạch hoặc Hybrid cùng bên chân can thiệp trước đó.

BN có các bệnh lý đi kèm sau: viêm mạch, bệnh Buerger, bệnh lý tĩnh mạch...

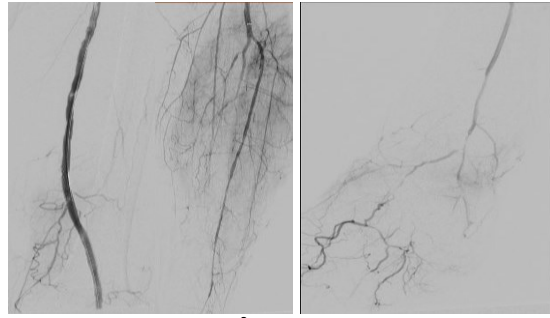
**Đánh giá kết quả.** Thành công về mặt kỹ thuật: Kết thúc cuộc phẫu thuật thành công và hẹp tồn lưu sau can thiệp  $\leq 30\%$ , không có bóc tách động mạch [4] và tạo được một đường động mạch liên tục từ tầng chủ-chậu, xuống dưới cung đùi qua động mạch đùi chung, đùi nông, khoeo và tối thiểu một nhánh thuộc tầng dưới gối (động mạch chày trước, chày sau, mác) tới bàn chân.

Thất bại về mặt kỹ thuật được định nghĩa là không thể đưa dây dẫn nội mạch (guidewire) vượt qua sang thương hoặc không đưa được bóng nong nội mạch tới sang thương hoặc không tạo lập được dòng chày/dòng chảy chậm sau nong bóng.

Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi và đánh giá sau 6 tháng sau can thiệp nội mạch.



**Hình 1:** (a-b) Hẹp trung bình-nặng rải rác đoạn 2/3 đầu động mạch đùi nông (SFA), tắc # 6.7 cm đoạn cuối. Không hẹp đáng kể động mạch khoeo (PA), thân chung chày-mác (TP trunk). (c-d) tiếp cận P3 để chụp tầng dưới gối xác định nhánh mục tiêu là động mạch chày trước có hẹp rải rác nhiều tầng. Phân độ sang thương thuộc nhóm GLASS II, P1



**Hình 2:** Chụp kiểm tra sau tái thông nội mạch tạo được một đường động mạch liên tục từ cung đùi xuống khoeo, động mạch chày trước và tới bàn chân

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 06/2020 tới tháng 06/2022, chúng tôi có 82 bệnh nhân với 82 chi được can thiệp nội mạch điều trị thiếu máu mạn tính đe dọa hoại tử chi.

**Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch ngoại biên**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng theo phân độ GLASS**

	GLASS I n=30	GLASS II n=36	GLASS III n=16	p
Tuổi	69.47 ± 6.5	73.17 ± 11.23	76.24 ± 11.4	0.06**
Giới nam	20(66.67)	24(66.67)	8(50)	0.463*
Hút thuốc lá	12(40)	20(55.56)	8(50)	0.45*
Đái tháo đường	18(60)	30(83.33)	9(56.25)	0.054*
Tăng huyết áp	20(66.67)	32(88.89)	14(87.5)	0.056*
Bệnh mạch vành	8 (26.67)	22 (61.11)	6 (37.5)	0.016*
Suy tim	2(6.67)	14(38.89)	6(37.5)	0.007*
Suy thận	4(13.33)	8(22.22)	2(12.5)	0.547*
Bệnh lý mạch máu não	2 (6.67)	2 (5.56)	1 (6.25)	0.982*
Rối loạn lipid máu	12 (40)	18 (50)	12 (75)	0.076*

\*\*Phép kiểm định Kruskal-Wallis, \*Phép kiểm định  $\chi^2$

Về đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch máu ở 3 nhóm phân độ GLASS đa số là tương đồng với  $p > 0.05$  trừ hai yếu tố đi kèm là bệnh mạch vành và suy tim là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này tạo thuận lợi cho việc so sánh kết quả điều trị can thiệp nội mạch giữa 3 nhóm phân độ GLASS.

**Đặc điểm sang thương theo phân độ GLASS và phương pháp can thiệp nội mạch**

Phương pháp vô cảm: tất cả bệnh nhân đều

được thực hiện can thiệp với tê tại chỗ.

**Bảng 2. Đặc điểm sang thương theo phân độ GLASS và phương pháp can thiệp**

	GLASS I n = 30	GLASS II n = 36	GLASS III n = 16	P
<b>Vị trí phân bố sang thương</b>				
Tầng đùi – khoeo	12 (40.0)	4 (11.1)	0 (0)	< 0.001*
Tầng dưới gối	14 (46.7)	8 (22.2)	4 (25)	
Cả hai tầng	4 (13.3)	24 (66.7)	12 (75)	
<b>Vị trí động mạch tiếp cận</b>				
ĐM đùi chung cùng bên	30 (100)	34 (94.4)	12 (75)	0.007*
ĐM đùi chung đối bên	0 (0)	2 (5.6)	4 (25)	
<b>Tưới máu bàn chân P0 hoặc P1</b>	28	34	11	0.015*
<b>Thời gian can thiệp (phút)</b>	59.73 ± 19.1	70 ± 35.2	79.69 ± 17.2	0.033***
<b>ABI trước can thiệp</b>	0.332 ± 0.22	0.32 ± 0.26	0.13 ± 0.18	0.013***
<b>Thành công về mặt kỹ thuật<sup>2</sup></b>	27 (90)	31 (86.11)	9 (56.25)	0.012*
<b>Phương pháp can thiệp nội mạch</b>				
Nong bóng đơn thuần	16	12	5	0.183*
Đặt giá đỡ nội mạch	12	22	9	

\*\*\* Phép kiểm định ANOVA

Vị trí sang thương hẹp-tắc ở cả 3 phân độ đều có thể ở một trong hai hoặc cả hai tầng đùi-khoeo và dưới gối. Vị trí đường vào động mạch được tiếp cận ở động mạch đùi chung cùng bên chỉ can thiệp ở đa số các trường hợp với 76/82 chi dưới.

Thời gian can thiệp dài hơn ở nhóm phân độ GLASS III, với thời gian can thiệp trung bình 79.69 ± 17.2 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05 so với thời gian can thiệp ở hai nhóm phân độ còn lại. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật ở ba nhóm GLASS I, II, III lần lượt là 90%, 86.11% và 56.25% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

**Bảng 3. Biến chứng trong can thiệp nội mạch**

	GLASS I n=30	GLASS II n=36	GLASS III n=16	p*
Thuyên tắc hạ lưu	0(0)	1 (2.78)	1(6.25)	0.418
Chảy máu, máu tụ vị trí đâm kim	2 (0)	2 (5.56)	2 (12.5)	0.665
Bóc tách nội mạch	3(10)	5(13.89)	6(37.5)	0.049
Thủng mạch máu	0 (0)	0 (0)	1	0.124
Dò động-tĩnh mạch	0 (0)	0 (0)	0	
Giả phình mạch máu	0 (0)	0 (0)	0	

\* Phép kiểm định  $\chi^2$

**Kết quả 6 tháng sau can thiệp nội mạch**

**Bảng 4. ABI sau can thiệp ở những ca can thiệp thành công về mặt kỹ thuật**

	GLASS I n=27	GLASS II n=31	GLASS III n=9	p**
ABI sau can thiệp	0.7 ± 0.17	0.58 ± 0.14	0.61 ± 0.16	0.016***

Độ tăng ABI	0.26 ± 0.1	0.29 ± 0.16	0.38 ± 0.12	0.71***
ABI tăng ≥ 0.15 trong nhóm can thiệp thành công về mặt kỹ thuật (số ca)	26 (96.3)	30 (96.77)	7 (77.78)	0.086*

**Bảng 5. Tỷ lệ đoạn chi / tử vong trong 6 tháng sau can thiệp theo phân độ GLASS**

	GLASS I n=30	GLASS II n=36	GLASS III n = 16	p*
Đoạn chi	4 (13.3)	8 (22.2)	8 (50)	0.021
Tử vong	0 (0)	3 (8.33)	4 (25)	0.015

\* Phép kiểm định  $\chi^2$

Trong 3 trường hợp tử vong ở phân độ GLASS II, thì có 1 trường hợp là do nhồi máu cơ tim, 1 trường hợp là do viêm phổi bệnh viện. Còn ở phân độ GLASS III, thì có 1 trường hợp tử vong do đột quy, 1 trường hợp là do nhồi máu cơ tim.

**IV. BÀN LUẬN**

**Thành công về mặt kỹ thuật và tỷ lệ bảo tồn chi theo phân độ GLASS.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, với mức độ giải phẫu phức tạp tăng dần từ GLASS I đến III, thì tỷ lệ can thiệp thành công về mặt kỹ thuật giảm dần, thời gian can thiệp lâu hơn. Cùng với phân độ GLASS, thì tình trạng tưới máu bàn chân là các yếu tố tiên lượng khả năng đoạn chi. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới.

Theo tác giả Rym El Khoury và cộng sự (2021), đánh giá mối liên quan giữa phân độ GLASS và tiên lượng trong tái thông động mạch

tầng dưới cung đùi trong thiếu máu mạn tính đe dọa chi. Đây là một nghiên cứu tiến cứu từ tháng 01/2017 đến 07/2019 khảo sát 194 chi dưới ở 167 người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy sang thương thuộc phân độ GLASS I, II và III chiếm tỷ lệ lần lượt 14%, 18% và 85%. Tỷ lệ thất bại về mặt kỹ thuật ở sang thương GLASS III là 22%. [8]

Nghiên cứu của Takahiro Tokuda và cộng sự (2020), cũng đã công bố nghiên cứu về dự đoán sự thành công về mặt kỹ thuật của can thiệp nội mạch ở bệnh nhân thiếu máu mạn tính đe dọa chi bằng cách sử dụng hệ thống phân độ GLASS trên tạp chí ESVS. Đây là một nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm với 400 sang thương ở 257 BN có thiếu máu mạn tính đe dọa chi từ giữa tháng 04 – 2009 tới tháng 03 – 2018. 400 sang thương này được chia làm 3 nhóm theo phân độ GLASS (I, II và III), được so sánh về đặc điểm BN, đặc điểm sang thương, thành công về mặt kỹ thuật và các biến chứng xảy ra khi can thiệp nội mạch ở từng nhóm. Tỷ lệ thất bại về mặt kỹ thuật trong nghiên cứu này ở phân độ GLASS I, II và III lần lượt là 3.3 %, 3.2% và 47.5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng, thông qua phân tích đa biến, các yếu tố như không có sự hiện diện tưới máu xuống cung bàn chân (type P2), tổn thương nhóm GLASS III, sang thương tắc mạn tính và sự vô hóa nặng là các yếu tố tiên đoán cho sự thất bại về mặt kỹ thuật. [6].

Ngoài ra, tác giả Takaho Shirasu và cộng sự (2022), với nghiên cứu phân tích gộp về khả năng dự đoán của phân độ GLASS với khả năng thành công về mặt kỹ thuật và tình trạng chi sau tái thông trên tạp chí ESVS. Đây là nghiên cứu được phân tích từ 7 nghiên cứu đoàn hệ và 1 thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng trên cỡ mẫu là 2483 chi ở 2204 BN. Kết quả nghiên cứu cho thấy theo phân độ GLASS I, II và III thì sự thất bại về mặt kỹ thuật can thiệp nội mạch lần lượt là 3.9%, 5.3% và 27.9%. Nghiên cứu cũng khẳng định rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm GLASS 1, 2 với nhóm GLASS 3 về tỷ lệ bảo tồn chi ( $p < 0.001$ ). [5].

Qua đó, chúng tôi nhận thấy với mức độ giải phẫu phức tạp tăng dần từ GLASS I đến III, thì tỷ lệ can thiệp thành công về mặt kỹ thuật giảm dần, thời gian can thiệp lâu hơn. Cùng với phân độ GLASS, thì tình trạng tưới máu bàn chân là các yếu tố tiên lượng khả năng đoạn chi.

**Biến chứng trong can thiệp nội mạch.**

Về các biến chứng trong can thiệp nội mạch, có tỷ lệ xu hướng cao hơn ở nhóm phân độ GLASS III, tuy nhiên với cỡ mẫu không đủ lớn nên phần

lớn các biến số về biến chứng có chỉ số  $p > 0.05$ , nên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm phân độ GLASS. Trong nghiên cứu của tác giả Takahiro Tokuda, có 3 trường hợp dò động – tĩnh mạch trong can thiệp nhóm phân độ GLASS, nghiên cứu chúng tôi chưa có trường hợp nào.

**Bảng 6. Nghiên cứu của Takahiro Tokuda và cộng sự (400 chi dưới được khảo sát) [5]**

	GLASS I n=183	GLASS II n=95	GLASS III n=122	p
Thuyên tắc hạ lưu	1(0.55)	1(1.05)	1(0.82)	0.89
Chảy máu, máu tụ vị trí đâm kim	1 (0.55)	2 (2.1)	0 (0)	0.33
Thủng mạch máu	1(0.55)	1(1.05)	1(0.82)	0.89
Dò động – tĩnh mạch	0 (0)	0 (0)	3 (2.46)	0.028
Giải phình mạch máu	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm tương tự là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với biến chứng thuyên tắc hạ lưu, chảy máu, tụ máu vị trí đâm kim, thủng mạch; không có trường hợp nào trong nghiên cứu có biến chứng giả phình động mạch.

**V. KẾT LUẬN**

Qua kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như phân tích kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân có tình trạng thiếu máu mạn tính đe dọa chi thuộc phân độ GLASS càng cao thì tỷ lệ can thiệp nội mạch thành công, khả năng bảo tồn chi thấp hơn, tỷ lệ biến chứng trong can thiệp cao hơn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Joep J.W, Devin Z.**, "The Global Limb Anatomic Staging System (GLASS) for CLTI: Improving Inter-Observer Agreement", *Journal of Clinical Medicine*, 2021, pp. 2 – 9.
2. **Michael H.C., et al**, "Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Contemporary Epidemiology, Management Gaps, and Future Directions", *American Heart Association*, 2021, pp. 171-191.
3. **Michael S.C., Andrew W.B.**, "Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia", *Journal of Vascular Surgery*, 2019, pp. 1-109.
4. **Takahiro T., et al**, "Incidence and clinical outcomes of the slow-flow phenomenon after infrapopliteal balloon angioplasty", *Journal of Vascular Surgery*, 2017, pp. 1047-1054.
5. **Takahiro T., et al**, "Prediction of the Technical Success of Endovascular Therapy in Patients with Critical Limb Threatening Ischaemia Using the Global Limb Anatomical Staging System", *European Society for Vascular Surgery*, 2020, pp.696-702.

6. **Takuro S., et al**, "Predictability of the Global Limb Anatomic Staging System (GLASS) for Technical and Limb Related Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis", *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 2022, pp. 32-40.
7. **Tanner I.K., Carlos M., Bauer E.S.**, "The Role of Lower Extremity Amputation in Chronic Limb-Threatening Ischemia", *International Journal of Angiology*, 2020, pp. 149-155.
8. **Rym E.K., et al**, "The Global Limb Anatomic Staging System is associated with The Global Limb Anatomic Staging System is associated with threatening ischemia", *J Vas Surg*, 2021, pp. 2009-2020.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TRĩ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH

Phan Hoàng Giang<sup>1</sup>, Trương Hồng Đức<sup>3</sup>, Vũ Đức Thành<sup>1</sup>,  
Trịnh Đình Hiệp<sup>3</sup>, Vũ Đăng Lưu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nút mạch trĩ là một phương pháp mới trong điều trị trĩ nhằm mục đích giảm triệu chứng chảy máu và làm teo nhỏ búi trĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023, có 5 bệnh nhân được tiến hành nút mạch chọn lọc và theo dõi 3 tháng đầu ở bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 5 bệnh nhân với 4 bệnh nhân trĩ độ II và 1 bệnh nhân trĩ độ III, tất cả đều có triệu chứng đau và chảy máu làm giảm chất lượng cuộc sống của họ, đều có thiếu máu ở các mức độ khác nhau. Sau khi điều trị có 2 bệnh nhân giảm chảy máu và 3 bệnh nhân hết chảy máu, có 01 bệnh nhân nút mạch lần 2. **Kết luận:** Nút mạch trĩ là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, là 1 lựa chọn cho bệnh nhân bị trĩ.

**Từ khóa:** kỹ thuật nút mạch búi trĩ, nút mạch trĩ

### SUMMARY

#### INITIAL RESULTS OF EMBOLIZATION INTERVENTION IN TREATMENT OF HEMORRHOIDS

**Objectives:** Emborrhoid is a new method for treating hemorrhoids with the aim of reducing bleeding symptoms, and shrinking hemorrhoids. **Material and method:** The study was performed in the period from November 2022 to February 2023, 5 patients underwent selective embolization and 3 months follow-up at Bach Mai hospital. **Results:** All 5 patients had painful and bleeding symptoms, which reduced their quality of life. Four patients had grade II hemorrhoids and one patient had grade III hemorrhoids. After treatment, 2 patients experienced reduced bleeding and 3 patients stopped experiencing bleeding. 01 patient had reembolization. **Conclusion:** Emborrhoid is a safe and effective method, a new option for hemorrhoids patient. **Keywords:** Emborrhoid technique, Hemorrhoids Embolization

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hoàng Giang

Email: phanhoanggiangcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh lý phổ biến của vùng hậu môn trực tràng, chiếm 4-35% dân số, bệnh nhân từ 45 đến 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.<sup>1</sup> Bệnh trĩ ảnh hưởng tới tâm lý cũng như hoạt động sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân. Bệnh trĩ thường biểu hiện bằng đại tiện ra máu đỏ tươi, làm giảm chất lượng cuộc sống và có thể gây thiếu máu.<sup>2</sup>

Điều trị bảo tồn như các biện pháp ăn kiêng và thuốc bôi có thể điều trị trĩ chảy máu trong trường hợp đầu tiên.<sup>3</sup> Tuy nhiên, 10% trong tổng số bệnh nhân sẽ cần phẫu thuật như cắt trĩ thông thường (conventional hemorrhoidectomy), cắt trĩ vòng tròn hoặc cắt trĩ bằng ghim (stapled hemorrhoidopexy). Trong những năm qua, các kỹ thuật ít xâm lấn hơn như thắt vòng cao su (rubber band ligation), liệu pháp xơ hóa (sclerotherapy) đã được phát triển, cho phép điều trị ngoại trú và phục hồi bệnh nhân nhanh hơn, mặc dù khả năng tái phát gia tăng.<sup>3</sup> Gần đây, hai kỹ thuật xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật Longo với mục đích làm tắc nghẽn nhánh xa của động mạch mạc treo tràng trên và thắt động mạch trĩ dưới hướng dẫn doppler DG-HAL (Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation)<sup>4</sup> đang được phát triển. Với mục tiêu tương tự, kỹ thuật can thiệp nội mạch - "Kỹ thuật nút mạch trĩ- Emborrhoid technique"<sup>5</sup>, đã xuất hiện cho thấy kết quả đầy hứa hẹn, giảm thiểu kinh phí và thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

Hiện nay ở Việt Nam chưa có báo cáo nào về phương pháp nút mạch trĩ, do đó chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu của nút mạch điều trị bệnh trĩ trên 5 ca bệnh.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được nút mạch trĩ tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2022 đến tháng 3/2023

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**