

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐẶT GIÁ ĐỖ TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH TỔN THƯƠNG TASC II A, B

ThS.Bs. Lê Đức Tín
Khoa Phẫu thuật Mạch máu - BV Chợ Rẫy

ĐẶT VẤN ĐỀ

- ▶ Tại Mỹ, theo nghiên cứu của John W. York và Spence M. Taylor[16], mỗi năm có hơn 10 triệu người mắc bệnh tắc động mạch chi dưới, trong đó bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm tỉ lệ 14,5% .
- ▶ Tại bệnh viện Chợ Rẫy, năm 2012 khoa Phẫu thuật Mạch máu đã điều trị bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính bằng can thiệp nội mạch.
- ▶ Sau một thời gian can thiệp, thường nông bóng, sau đó đặt giá đỡ → nhận ra rằng đặt giá đỡ nội mạch đơn thuần có hiệu quả không ? Đó là lý do tiến hành đặt giá đỡ đơn thuần trên bệnh nhân có tắc động mạch chậu mạn tính.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- ▶ **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả.
- ▶ **Thời gian nghiên cứu:** lấy mẫu từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 06 năm 2020, theo dõi trong ít nhất 03 tháng tại bệnh viện Chợ Rẫy.
- ▶ **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** tất cả những trường hợp có bệnh tắc động mạch chậu mạn tính điều trị bằng phương pháp đặt giá đỡ nội
- ▶ **Tiêu chuẩn loại trừ:**
 - Bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật Hybrid: phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch.
 - Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính do viêm, bệnh tự miễn như Takayasu.
 - Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính phải cắt cụt chi.
 - Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính không triệu chứng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

► Đánh giá kết quả

- ❖ **Đánh giá kết quả can thiệp:** nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.
 - 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 gấp gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi.
- ❖ **Đánh giá kết quả trung hạn:** từ sau 12 tháng sau can thiệp.
 - Thành công về lâm sàng khi: khi kết quả lâm sàng đạt mức cải thiện rõ rệt, cải thiện vừa phải, cải thiện ít theo tiêu chuẩn của SVS/ISCVS [3].

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

	N (%)
Tuổi	68,6 ± 10,3 (47- 94)
Giới:Nam (%) / Nữ (%)	81 (90) / 9 (10)
Hút thuốc lá	66 (73,3)
Tăng huyết áp	47 (52,2)
Đái tháo đường	26 (28,9)
RLCH lipid máu	37 (41,1)
Bệnh động mạch cảnh	32 (35,6)
Bệnh mạch vành	4 (4,4)
Nhồi máu cơ tim	2 (2,2)
Tai biến mạch máu não	13 (14,4)
Suy thận mạn	2 (2,2)
Suy tim	1 (1,1)

Phân loại Rutherford, TASC II và ABI

Giai đoạn	Độ	N (%) trước	N (%) sau
0	0	0 (0)	13 (14,9)
I	1	0 (0)	43 (49,4)
	2	3 (3,3)	22 (25,3)
	3	43 (47,8)	9 (10,3)
II	4	7 (7,8)	0 (0,0)
III	5	28 (31,1)	0 (0,0)
IV	6	9 (10,0)	0 (0,0)
Tổng		90 (100)	87 (100)

Giai đoạn	N (%)
A	32 (35,6)
B	58 (64,4)
Tổng	90 (100)

	Trước	Sau	P
ABI	0.3 ± 0.2	0.8 ± 0.2	P<0,001

Phương pháp vô cảm, Đường vào can thiệp và Số chỉ can thiệp

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	10	11,1
Gây tê tuỷ sống	0	0
Gây tê tại chỗ	80	88,9
Tổng	90	100.0

Chân can thiệp	N	(%)
1 chỉ	70	77,8
2 chỉ	20	22,2
Tổng	90	100.0

Biến số	N	(%)
Bẹn cùng bên	45	50
Bẹn đối bên	32	35,6
Từ tay xuống	11	12,2
Từ khoeo lên	2	2,2
Tổng	90	100.0

Tầng can thiệp và Vị trí sang thương chậu

Tầng can thiệp	N	(%)
Tầng chậu đơn thuần	41	45,6
Tầng chậu + đùi khoeo	47	52,2
Chậu đùi khoeo + dưới gối	2	2,2
Tổng	90	100.0

	N	(%)
Chậu chung	40	44,4
Chậu ngoài	34	37,8
Cả hai	16	17,8
Tổng	90	100

Biến số	Nong bóng N (%)	Đặt giá đỡ N (%)
Chi can thiệp	0 (0.0)	90 (100.0)
Tầng dưới ĐM chậu	11 (12,2)	38 (42,2)

Thời gian can thiệp, nằm viện và biến chứng

Thời gian	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	147,9 ± 56,4 (40- 310)
Thời gian nằm viện (ngày)	4,8 ± 3,1 (2- 25)

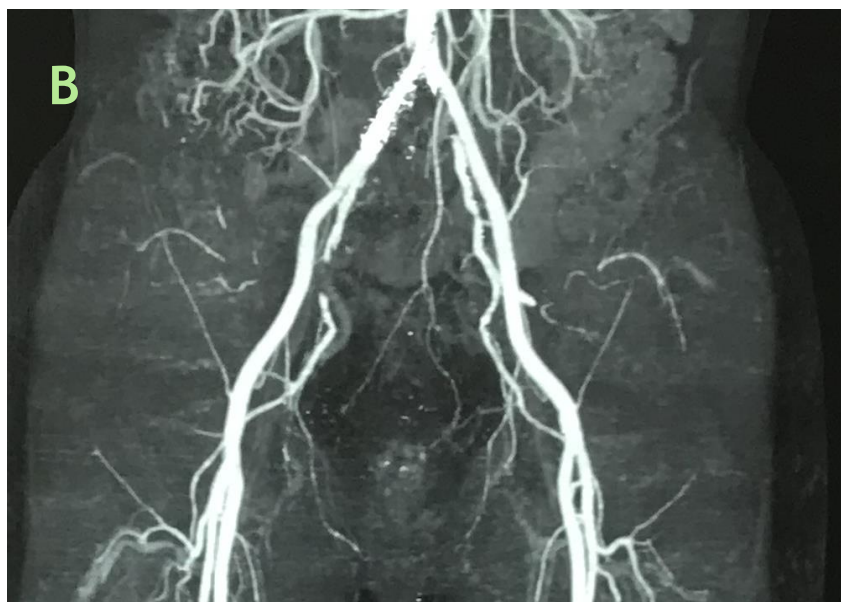
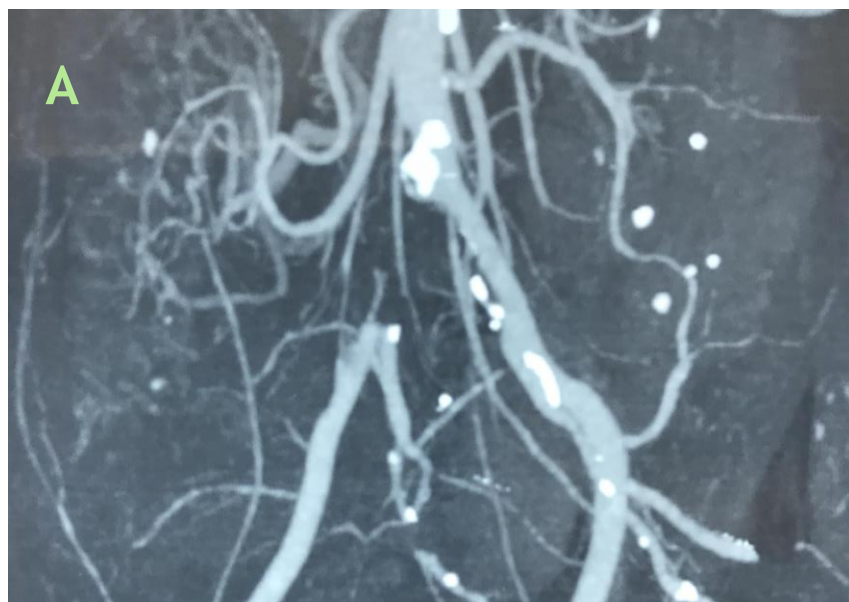
Biến số	N	(%)
Tắc mạch	1	1,1
Thủng	0	0
Tụ máu	0	0
Giả phình	0	0
Suy thận cấp	0	0
Cắt cụt	2	2,2
Nhồi máu cơ tim	1	1,1
Tử vong	0	0
Tổng	4	4,4

Kết quả can thiệp

Giai đoạn sớm	(N=90) (%)	Giá trị p
Đánh giá kết quả		0,67
Thành công	87 (96,6)	
Thất bại	3 (3,3)	

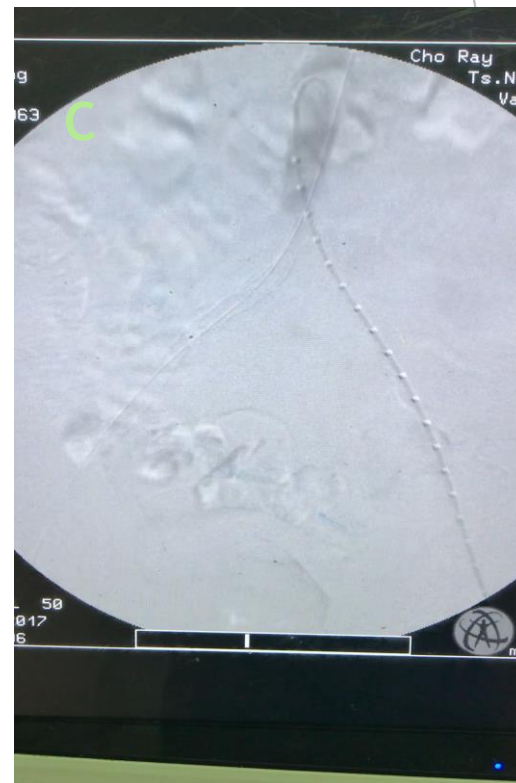
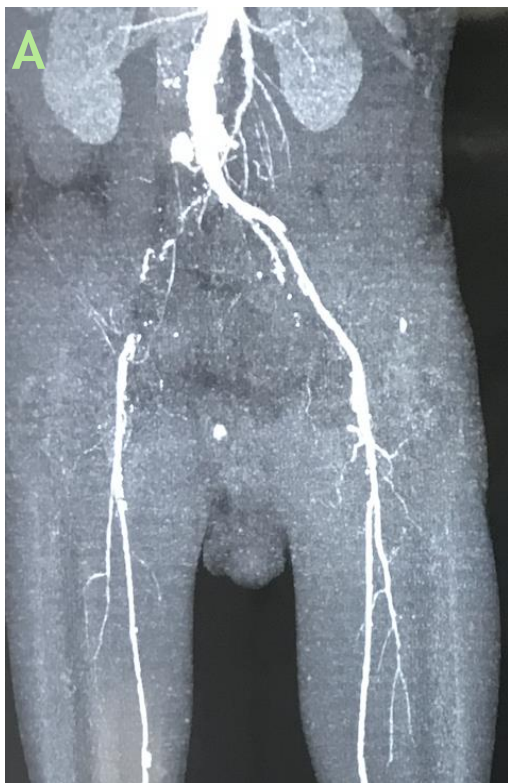
Giai đoạn trung hạn	(N=81) (%)	Giá trị p
Đánh giá kết quả		>0,99
Thành công	73 (90,1)	
Thất bại	8 (9,9)	

Hình ảnh



Tắc động mạch chậu chung phải: A – Trước can thiệp. B - sau can thiệp

Hình ảnh



Tắc hoàn toàn ĐM chậu Phải: A – Trước can thiệp. B và C - trong can thiệp.

Hình ảnh



Tắc hoàn toàn ĐM chậu, đùi chung, nông trái: A – Trước can thiệp. B - sau can thiệp.

BÀN LUẬN

- Chúng tôi thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Mẫu chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá có 66 trường hợp (73,3%), rối loạn chuyển hóa lipid máu có 37 trường hợp (41,1%).
- Triệu chứng chính khiến BN nhập viện là đau, chiếm 54,8% với biểu hiện lâm sàng đau cách hồi, hầu hết các TH có phân độ 4,5,6 theo Rutherford, chiếm 48,9%. Trong đó, có 37 TH, chiếm 41,1% mẫu nghiên cứu có biểu hiện loét hoặc hoại tử chi.
- TASC II A và B chiếm lần lượt 35,6% và 64,4%.

=> dù biểu hiện lâm sàng mức độ nặng nhưng không tương xứng với phân độ TASC II.

BÀN LUẬN

- ▶ **Phương pháp can thiệp:** tỷ lệ thành công về kỹ thuật chiếm 96,6% mẫu nghiên cứu.
- ▶ Vị trí đường vào: rất đa dạng, mục đích nhằm thuận lợi để tiếp cận sang thương hiệu quả, dễ dàng. Hầu hết chúng tôi sử dụng bẹn cùng bên chân can thiệp, chiếm 50%. Ngoài ra, sử dụng vị trí bẹn đối bên chiếm 35,6%, từ tay xuống chiếm 12,2% mẫu nghiên cứu.
- ➔ quyết định chọn đường vào rất quan trọng, giúp chúng ta hướng dây dẫn qua sang thương nhanh nhất có thể. Tuy nhiên, TH khó khăn, có khi chúng tôi phải tiến hành cùng lúc tiếp cận nhiều vị trí để can thiệp sang thương.

BÀN LUẬN

- ▶ ***Biến chứng can thiệp:*** có 04 TH chiếm tỷ lệ 4,4%, gồm: tắc mạch, thủng mạch máu gây tụ máu, suy thận cấp, nhồi máu cơ tim.
- ➔ Cần rút kinh nghiệm trong các kỹ thuật chọc kim, đặt dụng cụ và các thao tác thật nhẹ nhàng, tránh làm thô bạo có thể dẫn đến bong tróc mảng xơ vữa gây tắc đầu xa. Bên cạnh đó, liều dùng heparin cũng cần tính toán sao cho phù hợp để tránh huyết khối ngay vị trí đặt dụng cụ đường vào.
- ➔ Vấn đề theo dõi hậu phẫu các biến chứng can thiệp đóng vai trò quan trọng. Việc đánh giá tình trạng tưới máu chân sau can thiệp bằng thăm khám lâm sàng, đo SpO2 và siêu âm nhằm phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng của can thiệp nội mạch. Bên cạnh đó, điều trị ổn định các bệnh phối hợp giúp cho bệnh nhân có kết quả điều trị tốt đẹp hơn sau can thiệp.

BÀN LUẬN

- ▶ Tỷ lệ thành công về lâm sàng giai đoạn trung hạn chiếm 90,1% → tương đương các tác giả khác.
- ▶ Klein và cs (2006), đánh giá kết quả lâu dài của đặt giá đỡ trong nghiên cứu DIST (N=179), tỷ lệ thành công về lâm sàng ở trung hạn của nhóm đặt giá đỡ lần lượt chiếm 78% [1].
- ▶ AbuRahma và cs (2007), tỷ lệ thành công về lâm sàng trung hạn (N= 149) của nhóm đặt giá đỡ chiếm 95% mẫu nghiên cứu [2].
- ▶ Hầu hết các hướng dẫn khuyến can thiệp nội mạch là lựa chọn đầu tiên cho tổn thương ĐM chậu, kể cả phức tạp và tổn thương dài [3].
- ▶ Tuy nhiên, không có bằng chứng thuyết phục nào cho thấy đặt giá đỡ ngay từ lần can thiệp đầu tiên trong những tổn thương hẹp đoạn ngắn ĐM chậu tốt hơn nong bóng, nhưng tắc ĐM chậu chung thì thường đặt giá đỡ.

BÀN LUẬN

- Chỉ định đặt giá đỡ phục hồi lưu thông trong tổn thương ĐM chậu nông bóng không đạt (hẹp tồn lưu >30% hoặc bóc tách).
- BE thì thuận lợi hơn SE trong những TH tắc động mạch chậu có vôi hóa nặng và lệch tâm.
- Lượng máu cung cấp cho đầu xa cũng không kém phần quan trọng so với lưu thông dòng máu qua chỗ tái thông tầng chậu sau can thiệp → tạo nên một sự đánh giá chưa hoàn toàn chính xác kết quả của can thiệp tầng ĐM chậu. Sự ảnh hưởng huyết động học do tổn thương tầng dưới ĐM chậu tạo nên sự rối loạn dòng chảy tầng ĐM chậu, về lâu dài dẫn đến hẹp hoặc tắc nghẽn tầng ĐM chậu.
- Giai đoạn trung hạn, các yếu tố góp phần làm kết quả trung hạn xấu đi như rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, đái tháo đường [9].
- Trong nghiên cứu chúng tôi, khi BN tái khám được tiến hành siêu âm, đo ABI, có thể phối hợp chụp CTA khi cần thiết. Tất cả cũng nhằm đánh giá mức độ tái thông tầng ĐM chậu sau can thiệp cũng như tưới máu tầng dưới ĐM chậu kèm theo.

KẾT LUẬN

- ▶ Phương pháp đặt giá đỡ nội mạch đơn thuần đã thành công khi tái tưới máu chi dưới đạt kết quả cao, với tỷ lệ thành công về kỹ thuật và trung hạn chiếm lần lượt 96,6% và 90,1% mẫu nghiên cứu.
- ▶ Kết quả bước đầu đem lại khả quan về hướng can thiệp đơn thuần bằng phương pháp đặt giá đỡ nội mạch với những tổn thương chủ yếu là TASC II A,B.

XIN CẢM ƠN !