

# VAI TRÒ TIÊU SỢI HUYẾT TẠI CHỖ TRONG HUYẾT KHỐI ĐỘNG MẠCH DƯỚI GỒI ĐE DỌA HOẠI TỬ CHI: BÁO CÁO CA BỆNH

TS.BS TRẦN MINH BẢO LUÂN  
KHOA PT LÒNG NGỰC - MẠCH MÁU  
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

# MỞ ĐẦU

- Tắc ĐMNCCT gây thiếu máu đe dọa hoại tử chi dưới: 1,5 / 10.000 mỗi năm
- Tái thông mạch máu khẩn trương, nhưng tỷ lệ đoạn chi khoảng 10 – 15%
- **Chiến lược trong điều trị:** PT lấy huyết khối hoặc PT bắc cầu nếu lấy huyết khối thất bại.
- **Không phải lúc nào cũng cứu chi thành công** → các ĐM kích thước nhỏ, dưới gối.
- Gần đây: TSH trong tắc ĐM não, thuyên tắc phổi, HKTMs sâu cấp tính... → khả quan.
- **Chúng tôi:** TSH tại chỗ kết hợp hút huyết khối qua nội mạch
- → huyết khối nhánh động mạch dưới gối đe dọa hoại tử chi → cứu chi thành công.

# CA BỆNH 1

- **BN:** Nam - 54 tuổi
- **LDNV:** Đau tê chân trái

- **Bệnh sử:**

Bệnh nhân đến khám vì đột ngột đau bàn chân trái từ 5 ngày nay, đau tăng dần kèm tím các ngón chân và 1/2 bàn chân.

- **Tiền căn:** Đái tháo đường type 2, tăng huyết áp đang điều trị hơn 10 năm.  
Không ghi nhận triệu chứng đau cách hồi hai chi dưới trước đó

# CA BỆNH 1

- **Thăm khám:**
  - BN than đau nhiều các ngón chân và bàn chân
  - Giảm cảm giác các ngón chân
  - Vận động các ngón chân yếu
  - Tím và lạnh ½ bàn chân trái
  - Mạch chày trước, chày sau không bắt được
  - Cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.



# CẬN LÂM SÀNG

- **Siêu âm Doppler:**
- Ghi nhận tắc động mạch chày trước và sau trái đoạn 1/3 giữa cẳng chân, giảm tưới máu bàn chân.
- **CT scanner dựng hình mạch máu chi dưới:**
- Hình ảnh tắc động mạch chày trước, sau và động mạch mạc đoạn 1/3 giữa cẳng chân, không thấy tái hiện mạch máu đoạn dưới.



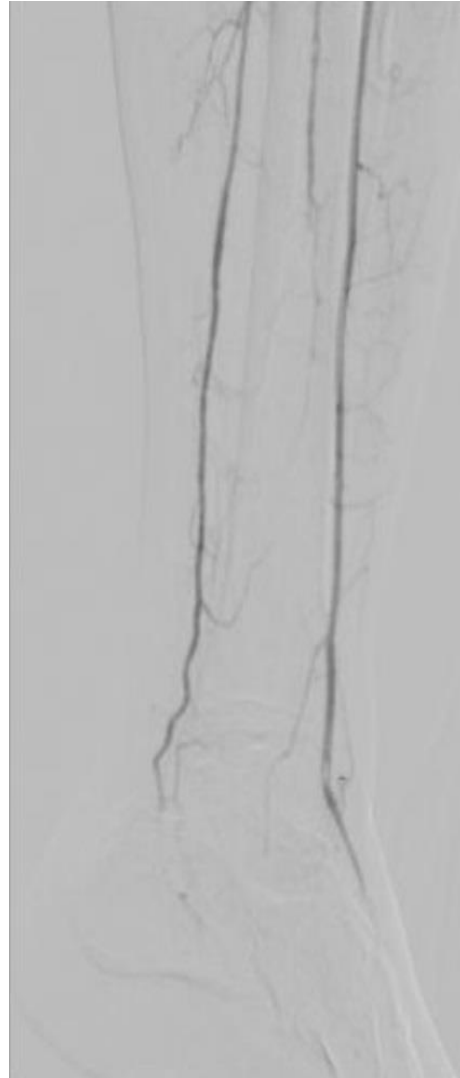
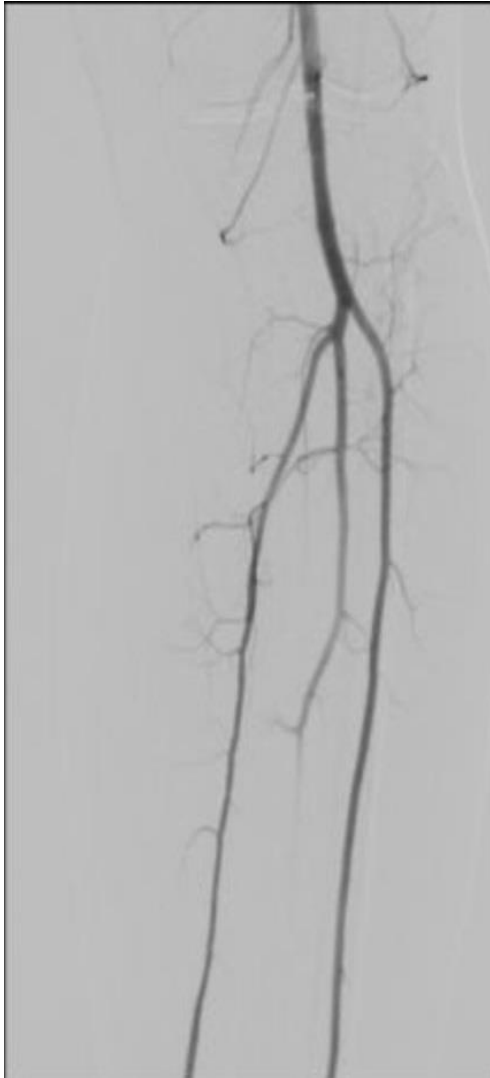
# CHẨN ĐOÁN

- **Chẩn đoán:** Tắc các nhánh động mạch dưới gối cấp tính **Rutherford IIb**
- **Điều trị:**
  - - Truyền thuốc tiêu sợi huyết alteplase kết hợp hút huyết khối tại chỗ qua can thiệp nội mạch.
  - - Liều 1mg bolus, sau đó truyền liều thấp 0,01mg/kg/h trong 4h → chụp mạch đánh giá lại.

# DSA trước thủ thuật



# DSA sau thủ thuật





# DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

- Sau thủ thuật chân giảm đau nhiều, mạch mu chân (+)
- Xuất viện sau 3 ngày, với tình trạng chân ấm, hồng, hết đau, không còn hiện tượng giảm cảm giác, mạch mu chân rõ.
- Tái khám sau 1 tháng: vận động và cảm giác bình thường, không ghi nhận đau cách hồi, mạch mu chân (+)



Sau 1 ngày



Sau 1 tháng

# CA BỆNH 2

- Bệnh nhân nữ, 83 tuổi
- LDNV: đau bàn chân phải 3 ngày, tăng dần kèm tím các ngón và 1/2 bàn chân.
- Tiền sử: Đái tháo đường type 2

Bệnh 3 nhánh mạch vành, tăng huyết áp, rung nhĩ điều trị 10 năm.

- Khám: tím và lạnh 1/2 bàn chân phải, đau nhiều các ngón chân và bàn chân, giảm cảm giác các ngón chân, vận động các ngón chân được nhưng yếu.

# CẬN LÂM SÀNG

**Siêu âm Doppler:** tắc động mạch khoeo dưới gối, chày trước và sau phải hoàn toàn, giảm tưới máu nặng bàn chân và cẳng chân.

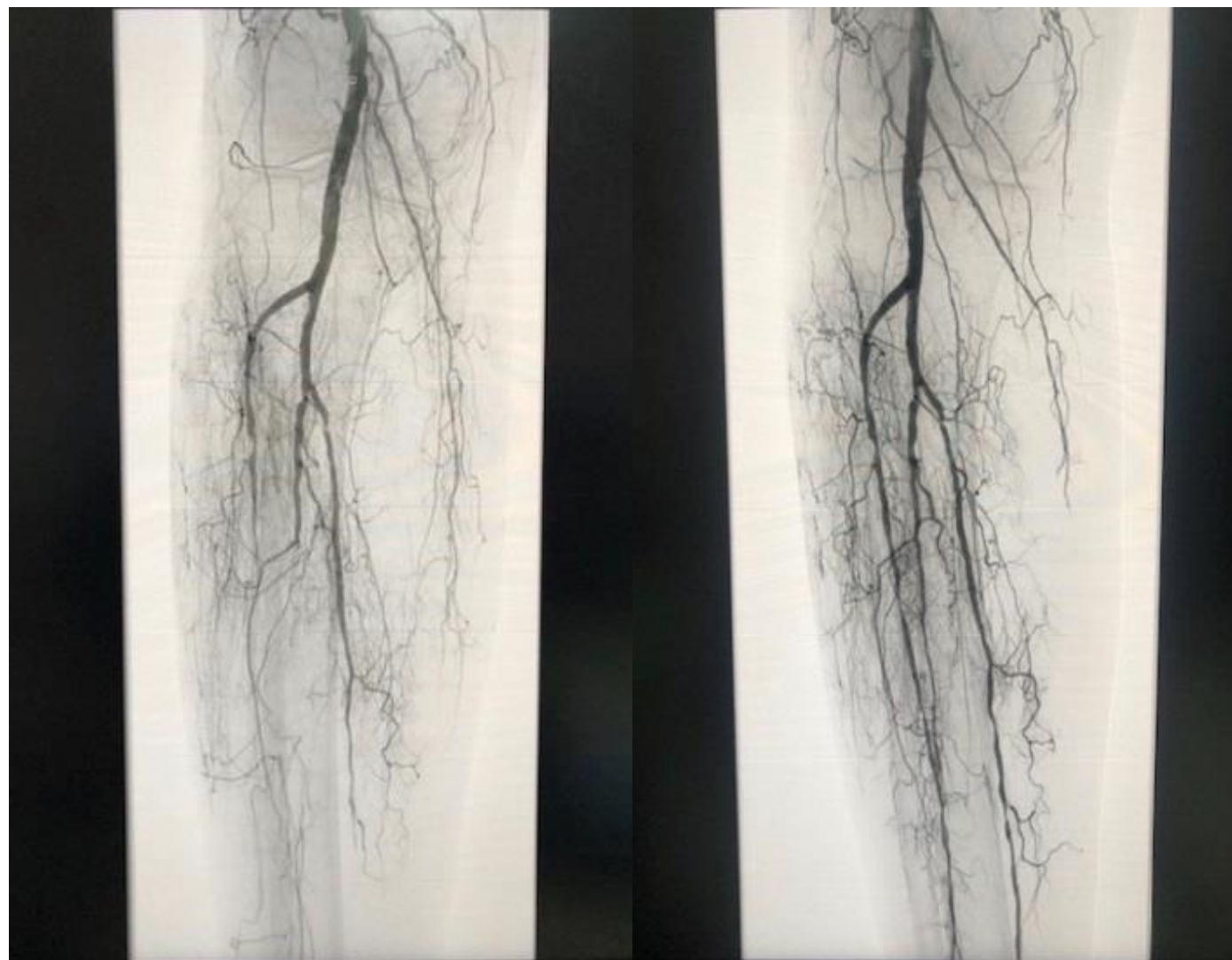
- **CT scanner dựng hình mạch máu chi dưới:** hình ảnh tắc hoàn toàn và cắt cụt từ động mạch khoeo đoạn ngay sau gối; động mạch chày trước, sau và động mạch mạc, không thấy tái hiện mạch máu đoạn dưới.



# DSA TRƯỚC THỦ THUẬT



# DSA SAU THỦ THUẬT





# DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

**Sau thủ thuật:** xuất viện sau 5 ngày, chân ấm, hồng, hết đau, cảm giác bình thường, mạch mu chân bắt được.

- **Tái khám sau 1 tháng:** vận động và cảm giác bình thường, không ghi nhận đau cách hời.



# BÀN LUẬN

Phân độ lâm sàng theo Rutherford		Dấu hiệu lâm sàng		Dấu hiệu Doppler	
Phân loại	Mô tả	Mất cảm giác	Yếu cơ	Động mạch	Tĩnh mạch
I. Còn sống	Không đe dọa ngay	Không	Không	Có	Có
II. Đe dọa					
a. Mức độ nhẹ	Có thể cứu được nếu điều trị ngay	Nhẹ (đầu ngón) hoặc không	Không	Không	Có
b. Mức độ nặng	Có thể cứu được nếu tái thông ngay	Nhiều hơn ngón chân và kèm đau lúc nghỉ	Nhẹ, trung bình	Không	Có
III. Không hồi phục*	Mất mô nặng hoặc tổn thương thần kinh vĩnh viễn không hồi phục	Nặng, không có cảm giác	Nặng, liệt chi	Không	Không



# BÀN LUẬN

- **Tắc động mạch đe dọa hoại tử chi nguy kịch** → tái lưu thông càng sớm càng tốt.
- **Rutherford IIb:**
  - - Khẩn cấp, không đủ thời gian để thuốc TSH làm tan cục máu đông và tái cấp máu → lấy huyết khối bằng PT vẫn là lựa chọn tối ưu.
  - - Thời gian tái cấu trúc lâu, thuốc TSH kết hợp hút huyết khối bằng catheter ít được chỉ định.
  - - Tuy vậy, một số tác giả → can thiệp nội mạch và hút huyết khối qua catheter.



# BÀN LUẬN

- Ba thử nghiệm lớn (Rochester, STILE và TOPAS) 1000 BN
- - Nhóm tiêu sợi huyết kết hợp hút huyết khối bằng catheter
- - Nhóm tái thông mạch máu bằng phẫu thuật.
- Kết quả lâm sàng tương tự nhau ở hai nhóm:
- - Tỷ lệ sống và không cắt cụt chi sau 6 tháng và 1 năm khác biệt không đáng kể.
- - Thời gian: triệu chứng 14 ngày, có kết quả tốt hơn với phẫu thuật lấy huyết khối.

# BÀN LUẬN

- **Nhóm TSH kết hợp hút huyết khối bằng catheter (Rochester, STILE và TOPAS)**
- - Tỷ lệ huyết khối tái phát và tử vong liên quan đến thủ thuật thấp hơn so với nhóm PT
- - Chi phí, biến chứng chảy máu cao hơn.
- - Tan huyết khối: hoàn toàn hay một phần → lâm sàng cải thiện đáng kể trong 75-92% bệnh nhân HKĐM chi dưới cấp tính.
- - Đặc biệt, BN đã đặt stent hay phẫu thuật bắc cầu bằng ống ghép mạch máu nhân tạo trước đó.

# BÀN LUẬN

- Một phân tích tổng hợp 6 thử nghiệm lâm sàng (1773 bệnh nhân)
- - Tỷ lệ tử vong chu phẫu, 12 tháng tương đương nhau.
- - Tỷ lệ cắt cụt chi và tắc động mạch do huyết khối tái phát cũng tương đương.
- Tuy nhiên, PT mở được khuyến cáo là lựa chọn tốt nhất Rutherford giai đoạn IIb.
- TSH kết hợp hút huyết khối bằng catheter nội mạch ưu tiên Rutherford giai đoạn I và IIa.
- Nhìn chung, đa số các tác giả → Rutherford I và IIa, TSH kết hợp hút huyết khối qua catheter.

# BÀN LUẬN

- Chúng tôi:
  - - Huyết khối các nhánh dưới gối cấp tính giai đoạn **Rutherford IIa-b**
  - - Tổn thương mạch máu trong chủ yếu phần xa của các nhánh dưới gối trên nền xơ vữa động mạch → PT lấy huyết khối khả năng tái thông khó khăn.
  - - **TSH tại chỗ kết hợp hút huyết khối qua catheter nội mạch** → liệu pháp thay thế sau khi cân nhắc các chống chỉ định của TSH.

# BÀN LUẬN

- Các thuốc tiêu sợi huyết phổ biến có nhiều loại:
  - 1<sup>st</sup> (streptokinase, urokinase)  
2<sup>nd</sup> yếu tố hoạt hóa plasminogen mô (tPA) và pro-urokinase
  - 3<sup>rd</sup> reteplase, tenecteplase và Staphylokinase.
- Mạch máu ngoại biên: Streptokinase, urokinase và alteplase.
- **Khuyến nghị:** yếu tố hoạt hóa plasminogen mô tái tổ hợp (rtPA) như alteplase hoặc urokinase.
- **Liều dùng:** alteplase 1-2mg bolus, sau đó 0,05mg/kg/h kèm Heparin 10.000UI/24h, theo dõi fibrinogen và aPTT, chụp lại mạch máu kiểm tra mỗi 10 -12h

# BÀN LUẬN

- Chúng tôi:
- - Liều thấp và trong thời gian ngắn hơn so với hướng dẫn
- - Ngại biến chứng chảy máu → chỉ truyền trong 4h và đánh giá lâm sàng thấy cải thiện tốt
- → chụp lại thấy mạch máu thông tốt → ngừng truyền.
- Qua đó: mạch máu nhỏ → huyết khối không nhiều → liều thấp, thời gian ngắn là đủ.
- Tuy nhiên, cần nghiên cứu với số liệu lớn hơn → khẳng định.

# KẾT LUẬN

- 2 trường hợp tắc ĐM tầng dưới gối cấp tính đe dọa hoại tử chi nguy kịch (**thương tổn mạch máu nhỏ, nhánh tận vùng cẳng – bàn chân**).
- - **Khả năng PT khó khăn** → TSH kết hợp hút huyết khối bằng catheter nội mạch.
- - **TSH liều thấp** kết hợp theo dõi và đánh giá mức độ cải thiện lâm sàng → quyết định chụp lại mạch máu và ngừng TSH.
- → Rút ngắn thời gian dùng thuốc, hạn chế tối đa biến chứng chảy máu → kết quả thành công, không biến chứng.

THANK YOU

