

# NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ CAN THIỆP QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

BS Nguyễn Viết Lãm  
Bệnh viện Trung ương Huế

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Hiện nay bệnh động mạch chi dưới mạn tính ảnh hưởng đến hơn 230 triệu người trên thế giới
- Bệnh động mạch chi dưới là nguyên nhân tử vong thứ ba ở nhóm bệnh lý xơ vữa động mạch, sau bệnh mạch vành và đột quỵ.
- Bệnh động mạch chi dưới mạn tính làm tăng nguy cơ cắt cụt chi và đây cũng là dấu hiệu chỉ điểm tình trạng xơ vữa động mạch vành, mạch não, mạch cảnh và động mạch thận

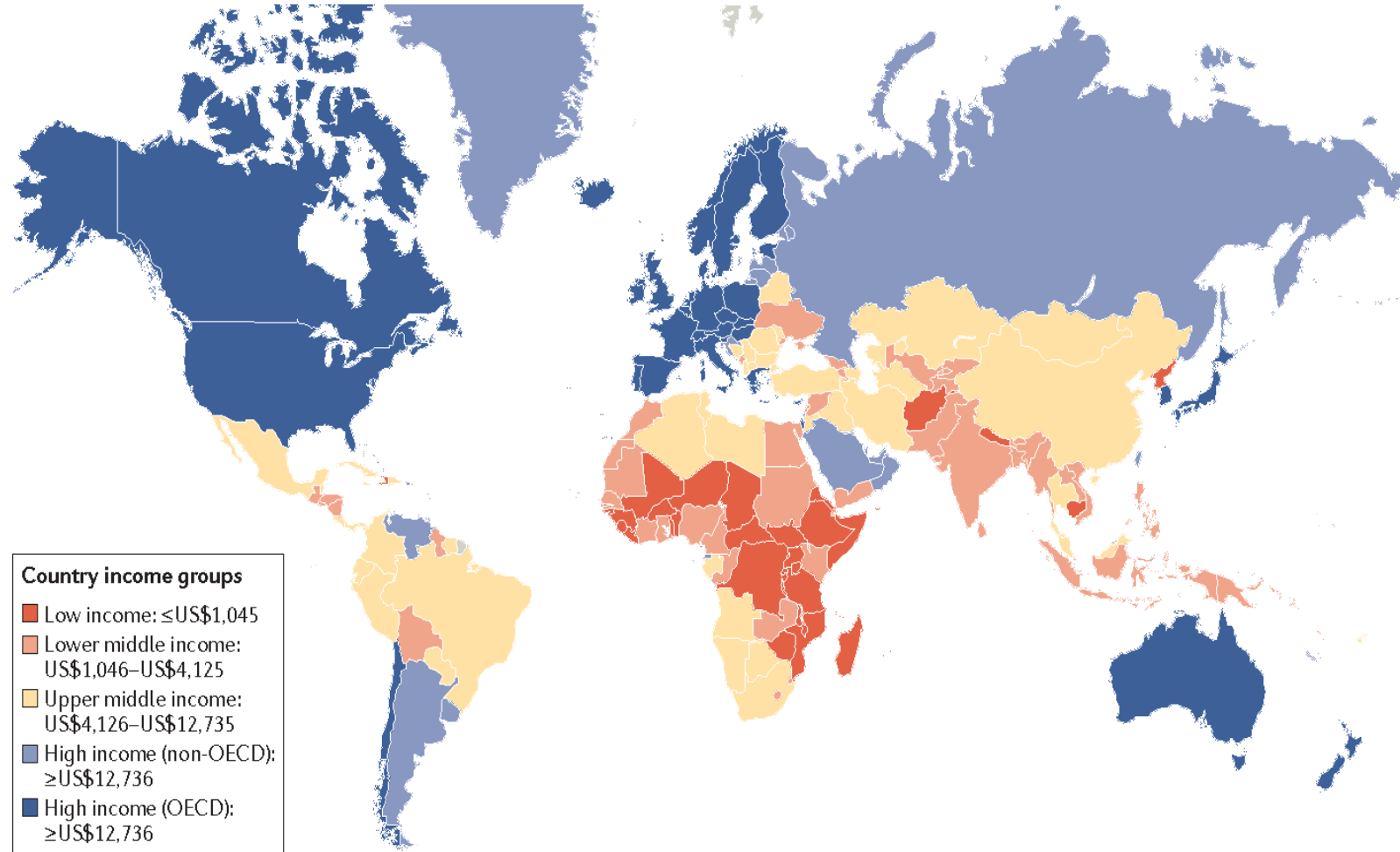
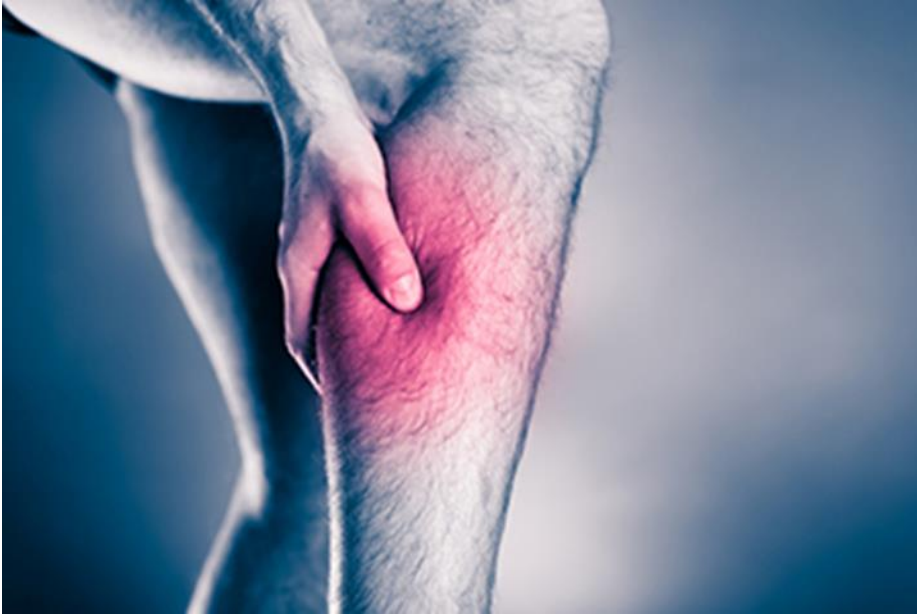


Figure 2 | Classification of high-income, middle-income, and low-income countries. The map classifies all World

# ĐẶT VẤN ĐỀ

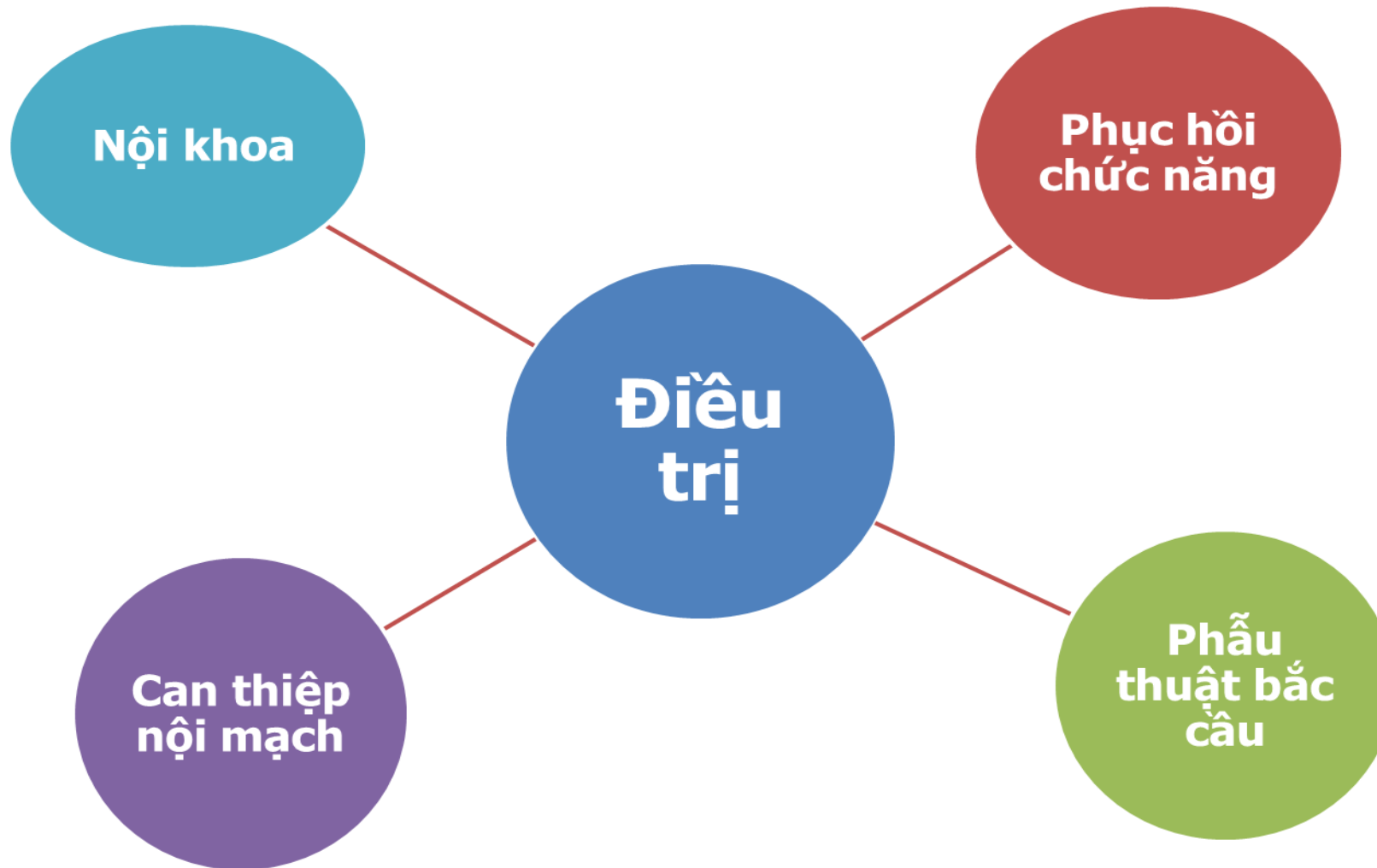
Triệu chứng lâm sàng điển hình của BDMCDMT là đau cách hồi, là kiểu đau cơ học có liên quan đến vận động, đau tăng lên khi đi lại và giảm đi khi nghỉ

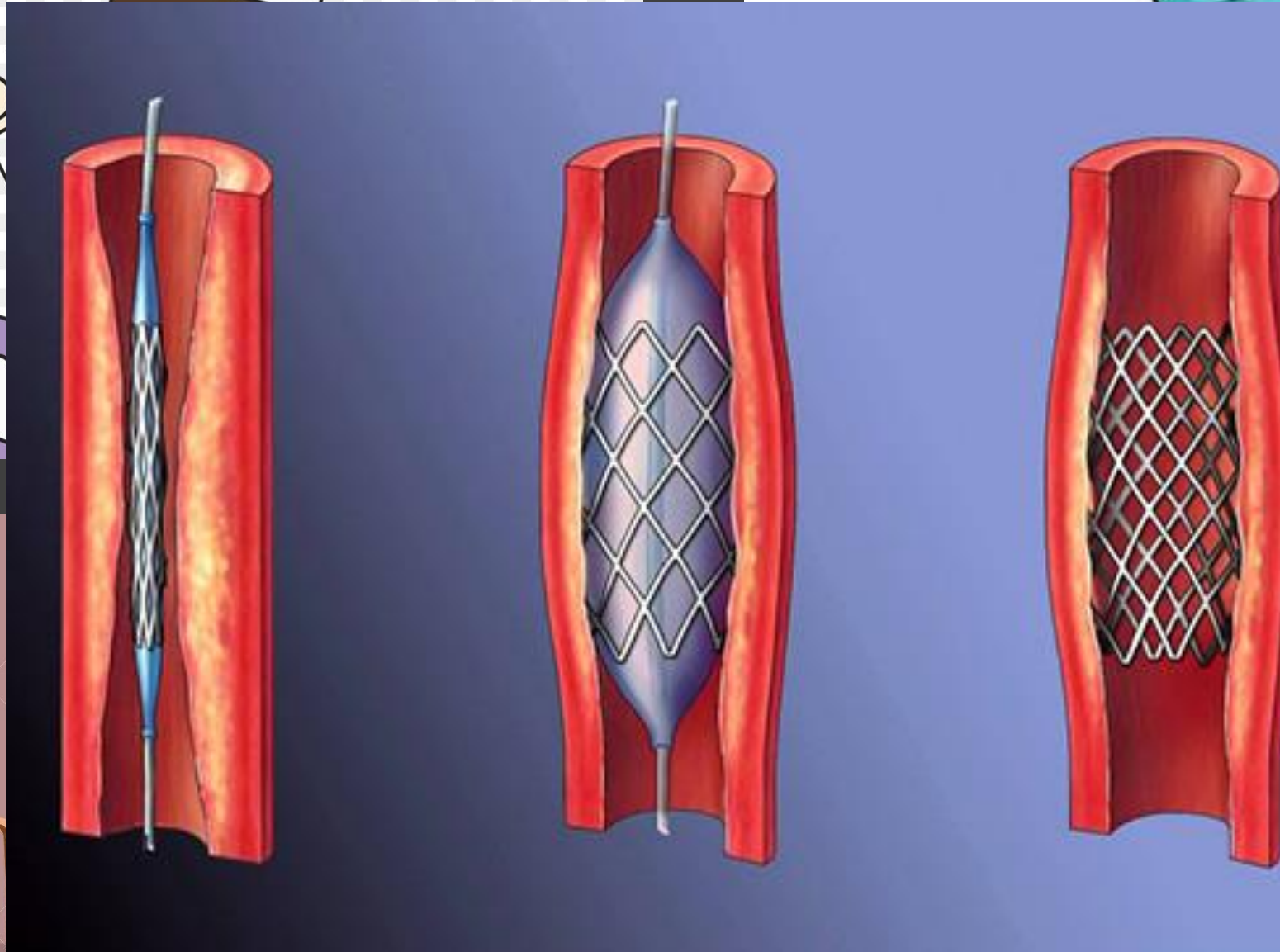


Tuy nhiên tại Việt Nam, bệnh nhân đến khám thường ở giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng, tức là khi đã có đau khi nghỉ, hoặc có dấu hiệu hoại tử hoặc loét chi dưới, là giai đoạn mà bệnh nhân có nguy cơ cao phải cắt cụt chi.



# ĐẶT VẤN ĐỀ



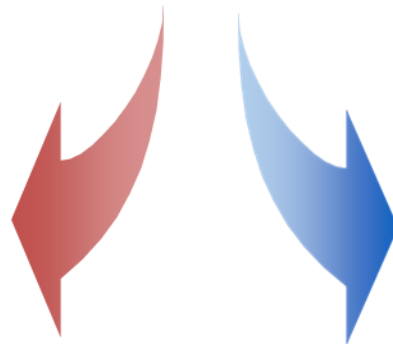




# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

# Nghiên cứu kết quả can thiệp qua da trong điều trị bệnh động mạch chi dưới mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Huế

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương chi dưới của đối tượng nghiên cứu



Kết quả can thiệp qua da trong điều trị bệnh động mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Trung Ương Huế

# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU



# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

## Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới mạn tính theo tiêu chuẩn ESC 2017
- Các tổn thương có khả năng can thiệp
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

## Tiêu chuẩn

## Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý động mạch chi dưới do nguyên nhân khác: Takayasu, Raynaud, tắc mạch do huyết khối
- Tổn thương hẹp/tắc không có khả năng can thiệp



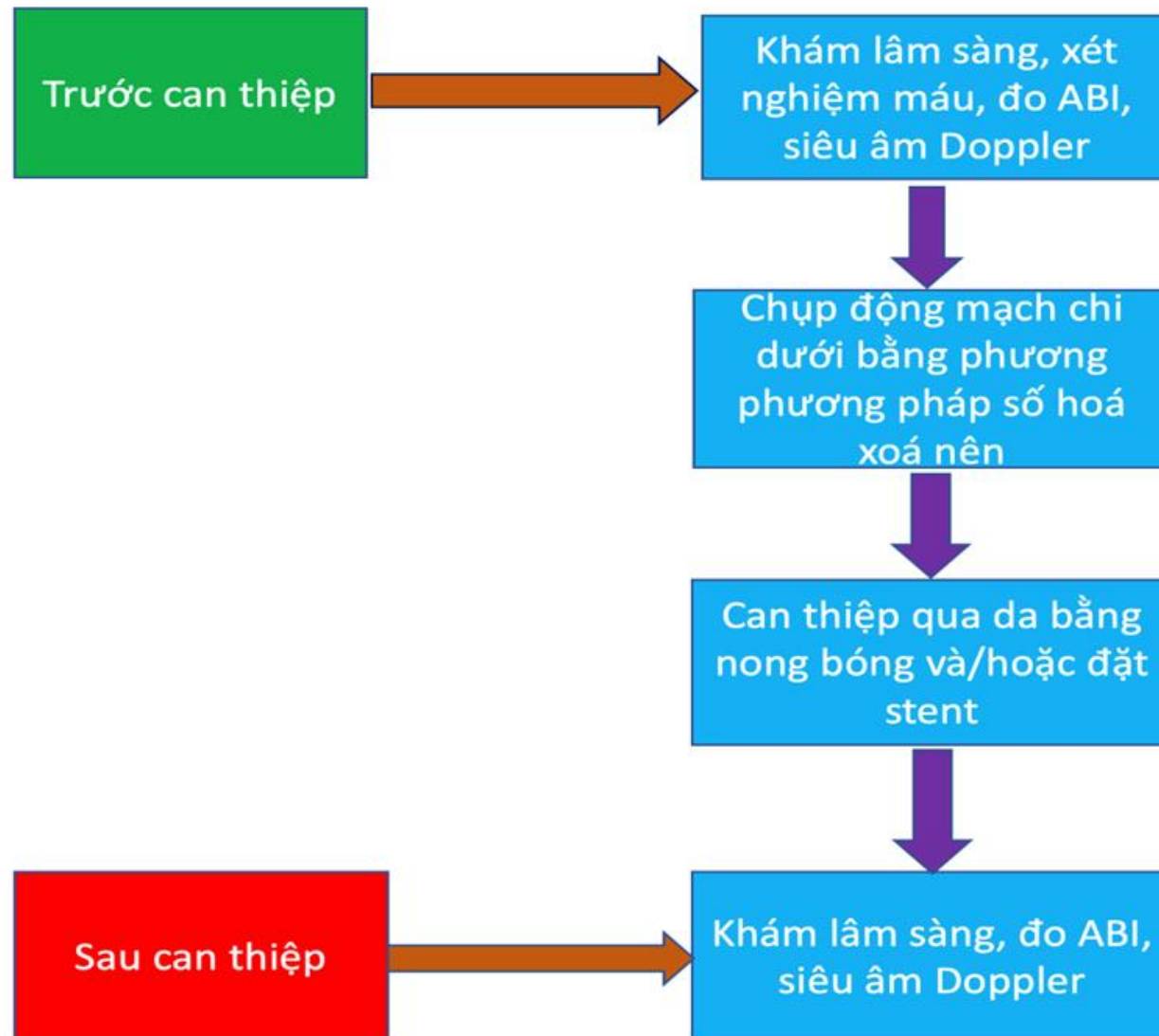
# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

## Phương pháp chọn mẫu: Ngẫu nhiên thuận tiện

# Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

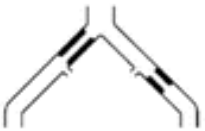
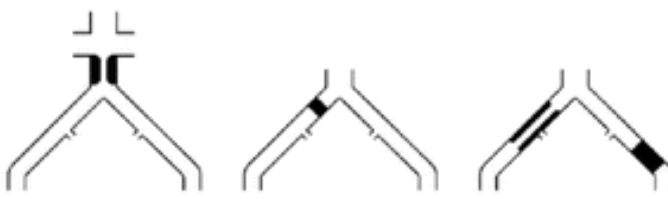


# SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



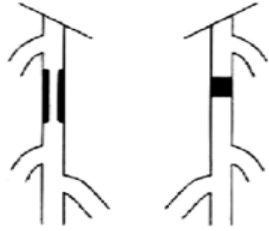
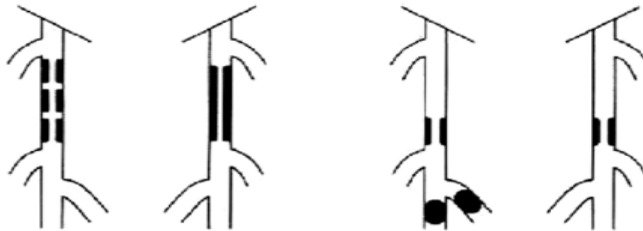

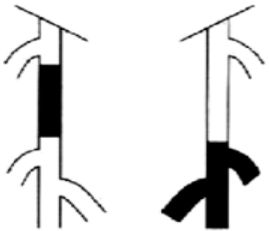
# ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Phân loại Fontaine			Phân loại Rutherford		
Giai đoạn	Triệu chứng		Độ	Mức	Triệu chứng
I	Không triệu chứng		0	0	Không triệu chứng
II	Cơn đau cách hồi	↔	I	1	Đau cách hồi nhẹ
		↔	I	2	Đau cách hồi vừa
		↔	I	3	Đau cách hồi nặng
III	Đau do thiếu máu khi nghỉ	↔	II	4	Đau do thiếu máu khi nghỉ
IV	Loét hoặc hoại tử	↔	III	5	Hoại tử tổ chức ít
		↔	III	6	Hoại tử tổ chức nhiều

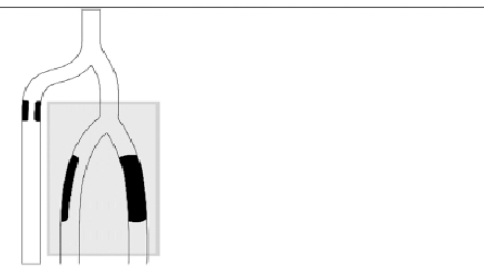
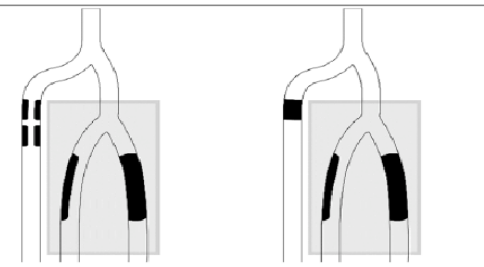
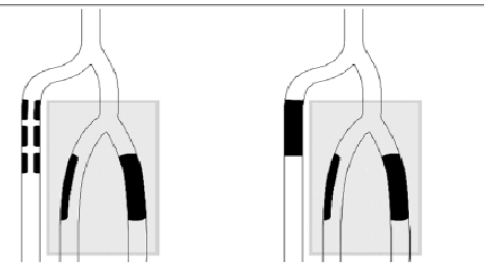
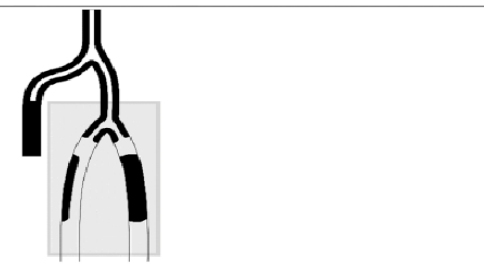
# PHÂN LOẠI HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG

<b>TASC A lesions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unilateral or bilateral CIA stenoses</li> <li>• Unilateral or bilateral single short (<math>\leq 3</math> cm) EIA stenosis</li> </ul>	
<b>TASC B lesions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Short (<math>\leq 3</math> cm) stenosis of the infrarenal aorta</li> <li>• Unilateral CIA occlusion</li> <li>• Single or multiple stenosis totaling 3 to 10 cm involving the EIA not extending into the CFA</li> <li>• Unilateral EIA occlusion not involving the origins of the internal iliac or CFA</li> </ul>	
<b>TASC C lesions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilateral CIA occlusions</li> <li>• Bilateral EIA stenoses 3 to 10 cm long not extending into the CFA</li> <li>• Unilateral EIA stenosis extending into the CFA</li> <li>• Unilateral EIA occlusion involving the origins of the internal iliac and/or CFA</li> <li>• Heavily calcified unilateral EIA occlusion with or without involvement of the origins of the internal iliac and/or CFA</li> </ul>	
<b>TASC D lesions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrarenal aortoiliac occlusion</li> <li>• Diffuse disease involving the aorta and both iliac arteries</li> <li>• Diffuse multiple stenoses involving the unilateral CIA, EIA, and CFA</li> <li>• Unilateral occlusions of both CIA and EIA</li> <li>• Bilateral EIA occlusions</li> <li>• Iliac stenoses in patients with AAA not amenable to endograft placement</li> </ul>	

# PHÂN LOẠI HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG

<p><b>TASC A lesions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Single stenosis <math>\leq 10</math> cm in length</li> <li>• Single occlusion <math>\leq 5</math> cm in length</li> </ul>	
<p><b>TASC B lesions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple lesions (stenoses or occlusions), each <math>\leq 5</math> cm</li> <li>• Single stenosis or occlusion <math>\leq 15</math> cm not involving the infrageniculate popliteal artery</li> <li>• Heavily calcified occlusion <math>\leq 5</math> cm in length</li> <li>• Single popliteal stenosis</li> </ul>	
<p><b>TASC C lesions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple stenoses or occlusions totaling <math>&gt;15</math> cm with or without heavy calcification</li> <li>• Recurrent stenoses or occlusions after failing treatment</li> </ul>	
<p><b>TASC D lesions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronic total occlusions of CFA or SFA (<math>&gt;20</math> cm, involving the popliteal artery)</li> <li>• Chronic total occlusion of popliteal artery and proximal trifurcation vessels</li> </ul>	

# PHÂN LOẠI HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG

<b>TASC A lesions</b>  Single focal stenosis, $\leq 5$ cm in length, in the target tibial artery with occlusion or stenosis of similar or worse severity in the other tibial arteries.	
<b>TASC B lesions</b>  Multiple stenoses, each $\leq 5$ cm in length, or total length $\leq 10$ cm or single occlusion $\leq 3$ cm in length, in the target tibial artery with occlusion or stenosis of similar or worse severity in the other tibial arteries.	
<b>TASC C lesions</b>  Multiple stenoses in the target tibial artery and/or single occlusion with total lesion length $>10$ cm with occlusion or stenosis of similar or worse severity in the other tibial arteries.	
<b>TASC D lesions</b>  Multiple occlusions involving the target tibial artery with total lesion length $>10$ cm or dense lesion calcification or non-visualization of collaterals. The other tibial arteries occluded or dense calcification.	



# KẾT QUẢ

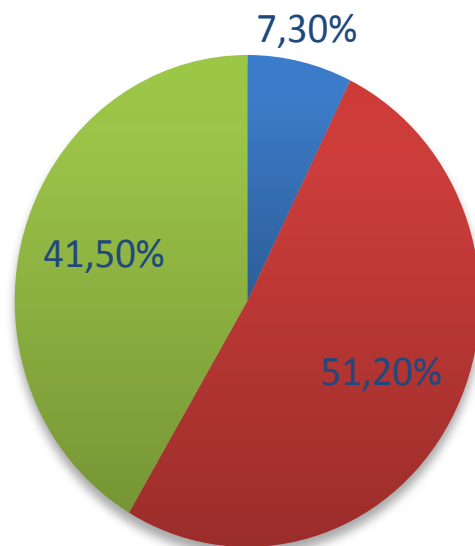
## 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		73,5 ± 10.9 (tuổi)	
Giới	Nam	30	73.2
	Nữ	11	26.8
Hút thuốc lá		19	46,3
Số gói hút/năm		29,2 ± 9,0	
Tăng huyết áp		27	65,9
Đái tháo đường		12	29,3
BMI trung bình		20,7 ± 2,1 kg/m2	
Hẹp động mạch vành		18	43,9
Tai biến mạch máu não		8	19,5
Tiền sử mổ cầu nối động mạch ngoại biên		5	12,2
Tiền sử nong bóng và hoặc đặt stent động mạch chi dưới		7	7,3
Tiền sử cắt cụt chi		3	17,1



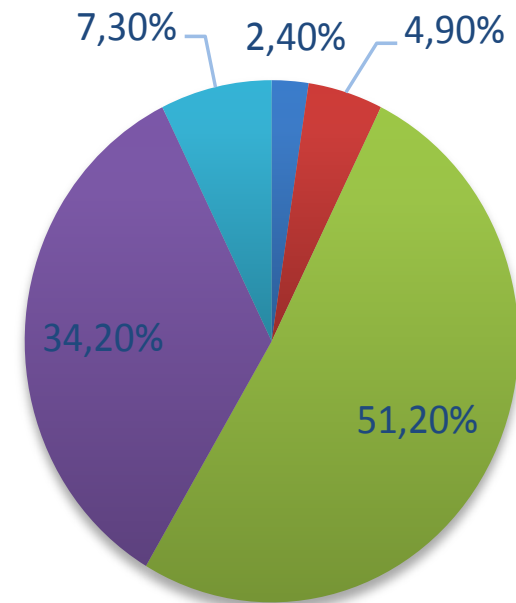
# Phân độ giai đoạn lâm sàng

## Phân độ Fontaine



■ Giai đoạn IIB ■ Giai đoạn III  
■ Giai đoạn IV

## Phân độ Rutherford

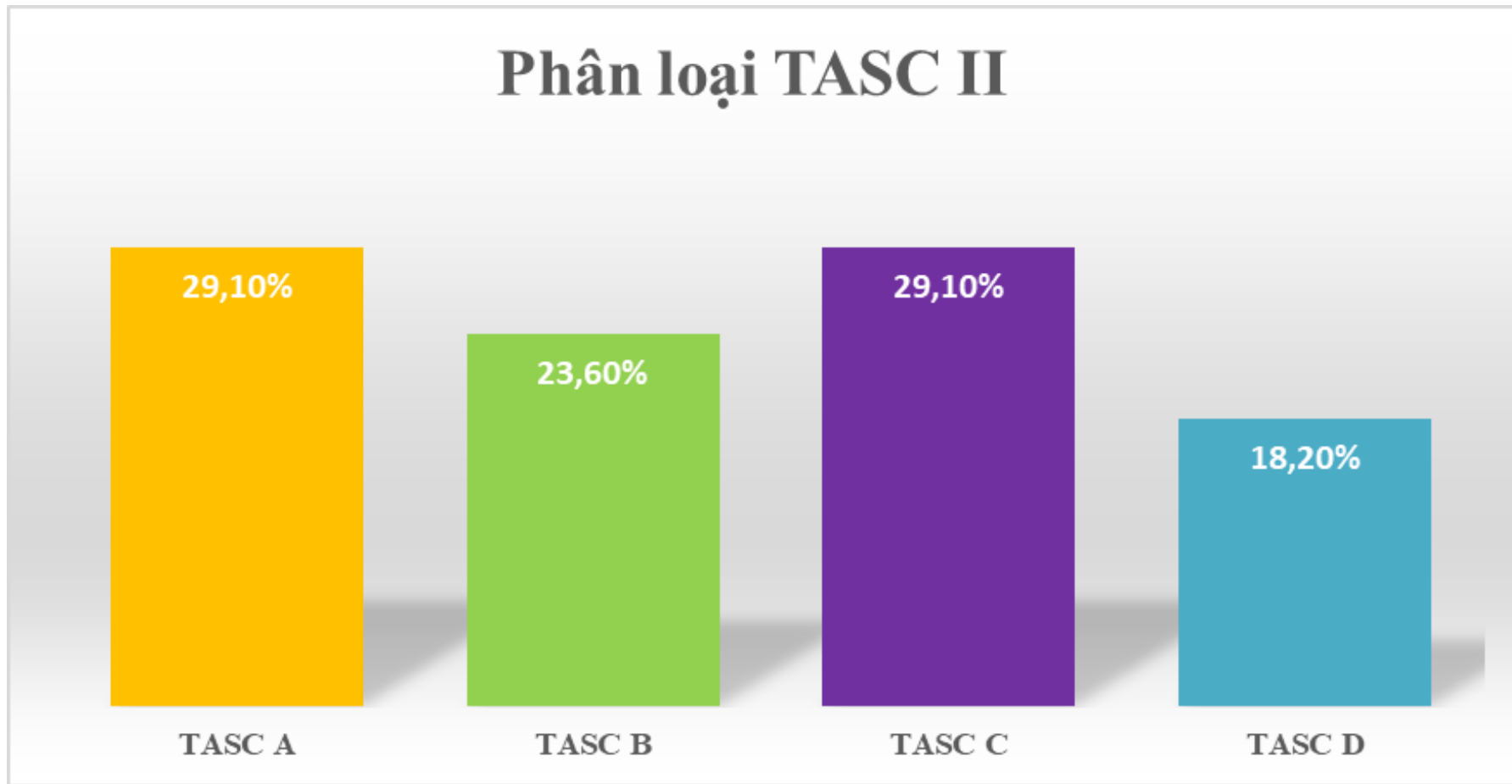


■ Giai đoạn 2 ■ Giai đoạn 3 ■ Giai đoạn 4  
■ Giai đoạn 5 ■ Giai đoạn 6

# Phân loại tổn thương theo tầng

Đặc điểm	n	%	Vùng giải phẫu	N	%
1 tầng	13	31,7	Tầng chậu	2	4,9
			Tầng đùi khoeo	6	14,6
			Tầng dưới gối	5	12,2
2 tầng	21	51,2	Tầng chậu – đùi khoeo	11	26,8
			Tầng đùi khoeo – dưới gối	10	24,4
3 tầng	7	17,1	Tầng chậu – đùi khoeo – dưới gối	7	17,1
Phân loại chung			Tầng chậu	20	48,7
			Tầng đùi khoeo	34	82,9
			Tầng dưới gối	22	53,7

# Phân loại hình thái tổn thương theo TASC II



# Cách thức tiếp cận tổn thương theo tầng giải phẫu

TẦNG ĐỘNG MẠCH	CÁCH TIẾP CẬN	TRONG LÒNG MẠCH	DƯỚI NỘI MẠC	TỔNG
	Tầng chậu	15	0	15
	Tầng đùi khoeo	27	2	29
	Tầng dưới gối	11	0	11
	Tổng	53	2	55

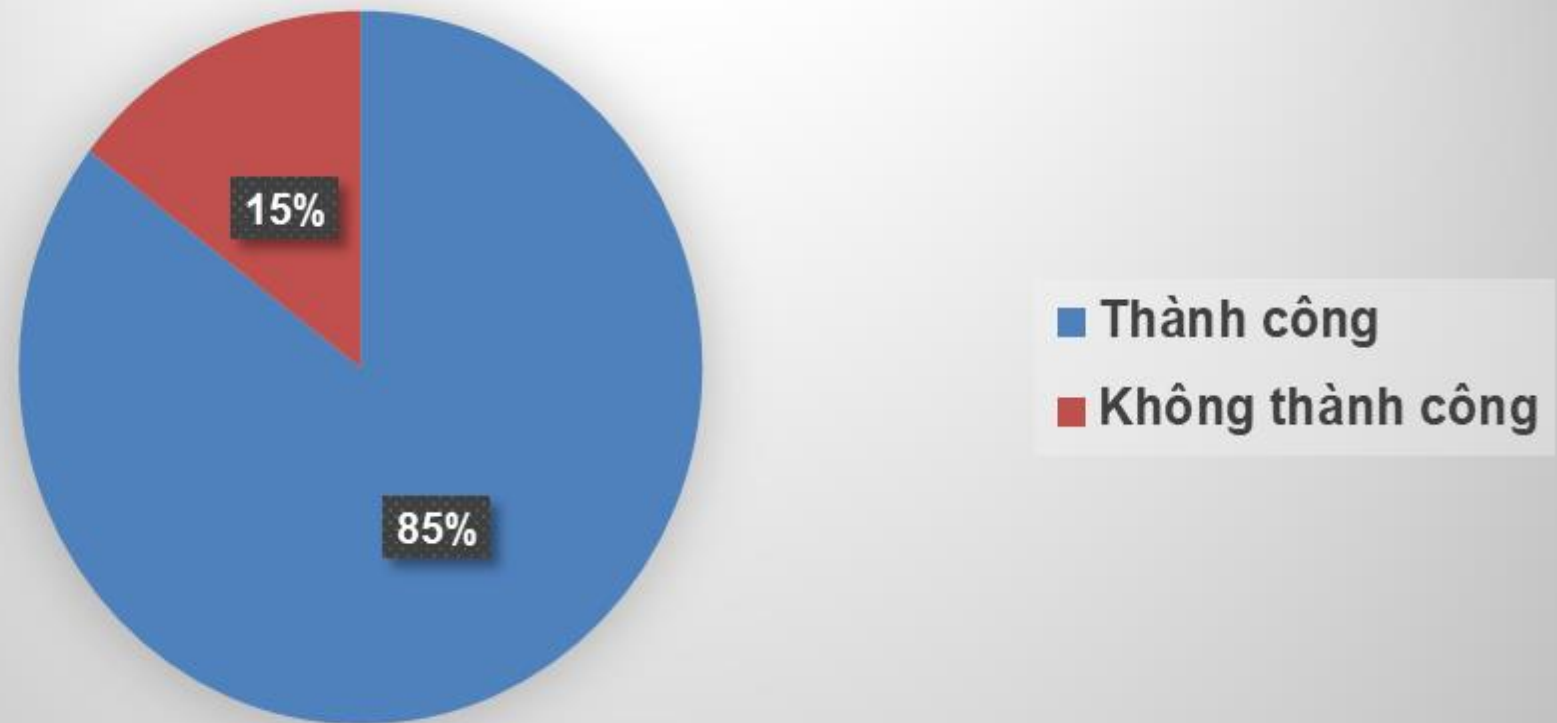
# Cách thức can thiệp theo tầng giải phẫu

CÁCH THỨC CAN THIỆP	NONG BÓNG	NÓNG BÓNG + ĐẶT STENT	TỔNG
Tầng chậu	0	15	15
Tầng đùi	7	22	29
Tầng dưới gối	11	0	11
Tổng	18	37	55



# Đánh giá thành công

Thành công về mặt thủ thuật



## Sự thay đổi chỉ số ABI

ABI	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Chân trái	$0,57 \pm 0,22$	$0,81 \pm 0,14$	0,004
Chân phải	$0,65 \pm 0,18$	$0,78 \pm 0,15$	< 0,001
ABI trung bình	$0,61 \pm 0,15$	$0,79 \pm 0,13$	< 0,001

## Thay đổi khoảng cách đi bộ

	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Hiệu khoảng cách	95% khoảng tin cậy	P
Khoảng cách đi bộ (m)	22,4 ± 50,9	94,9 ± 143,9	72,4	42,0 – 102,9	< 0,001

## Thay đổi phân độ Fontaine

Giai đoạn	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
IIA	0	17	0,001
IIB	3	17	
III	21	5	
IV	17	2	
Tổng	41	41	

## Thay đổi Phân độ Rutherford

Phân độ Rutherford	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
1	0	10	< 0,001
2	1	18	
3	2	6	
4	21	5	
5	14	0	
6	3	2	
Tổng	41	41	

## Kết quả siêu âm và DSA sau can thiệp

Kết quả sau can thiệp	Siêu âm Doppler	DSA
Tái thông hoàn toàn	6	6
Hẹp $\leq 30\%$ với đặt stent hoặc $\leq 50\%$ với nong bóng	29	30
Hẹp $\geq 30\%$ với đặt stent hoặc $\geq 50\%$ với nong bóng	2	2
Tắc hoàn toàn	2	3
Huyết khối tại vị trí can thiệp	1	0
Tổng	40	41



# Tỷ lệ bảo tồn chi



## Biến cố trong và sau can thiệp

Biến cố	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Không biến chứng	36	87,8
Tụ máu vị trí chọc	1	2,4
Tắc mạch	2	4,9
Bóc tách	1	2,4
Tử vong	1	2,4
Tổng	41	100,0

# KẾT LUẬN

- Qua nghiên cứu kết quả can thiệp 41 bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính với 55 tổn thương được can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả, ít xâm lấn, an toàn, thích hợp với bệnh nhân có nhiều bệnh nền đi kèm và/hoặc không thích hợp cho phẫu thuật.
- Tuy nhiên cỡ mẫu của chúng tôi còn ít, cần tiếp tục thu thập số liệu và tăng cỡ mẫu. Cần nghiên cứu theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài của kỹ thuật này.

THANK YOU

