

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ HẸP, TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TRÊN BỆNH NHÂN CHẠY THẬN ĐỊNH KỲ

Báo cáo viên: DƯƠNG ĐÌNH BẢO
Khoa Phẫu thuật Mạch máu, BV Chợ Rẫy

NỘI DUNG TRÌNH BÀY



ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❖ VN: 900 người/1 triệu dân, # có 72.000 BN STMGDC cần điều trị thay thế thận ^[1].
- ❖ Phương pháp thay thế thận:
 - Chạy thận nhân tạo
 - Thẩm phân phúc mạc
 - Ghép thận.
- ❖ Thông nối động – tĩnh mạch (AVF) là vấn đề sống còn đối với BN chạy thận.
- ❖ AVF cần có đường về thông thoáng để đảm bảo cho việc chạy thận định kỳ, tuy vậy hẹp tắc tĩnh mạch trung tâm (HTTMTT) là vấn đề thường gặp nhất.

ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❖ Định nghĩa: hẹp > 50% đường kính lòng TM dưới đòn, TM thân tay đầu, hoặc TM chủ trên ^[1].
- ❖ Tần suất: 16% - 19% ở BN STM giai đoạn cuối và 27% ở BN có tiền sử đặt ống thông cổ hàm chạy thận cùng bên ^[1].
- ❖ Hậu quả: phù tay, phình dẫn hệ TM tay, tăng áp lực tại miệng nối AVF gây phình miệng nối và quan trọng nhất là AVF không đủ lưu lượng cho chạy thận.



ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❖ Điều trị: thuốc kháng đông, mổ hở tái tạo hệ TM trung tâm, can thiệp nội mạch.
- ❖ Phẫu thuật tái tạo hệ TM có tỷ lệ tái thông 80%-90% nhưng tỷ lệ tử vong cao (25% sau 6 tháng) ^[1].
- ❖ Can thiệp nội mạch có tỷ lệ tái thông từ 70–80% với tỉ lệ biến chứng thấp (5% sau 6 tháng) ^[1].
- ❖ VN: can thiệp nội mạch cho hệ tĩnh mạch còn tương đối hạn chế.



CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

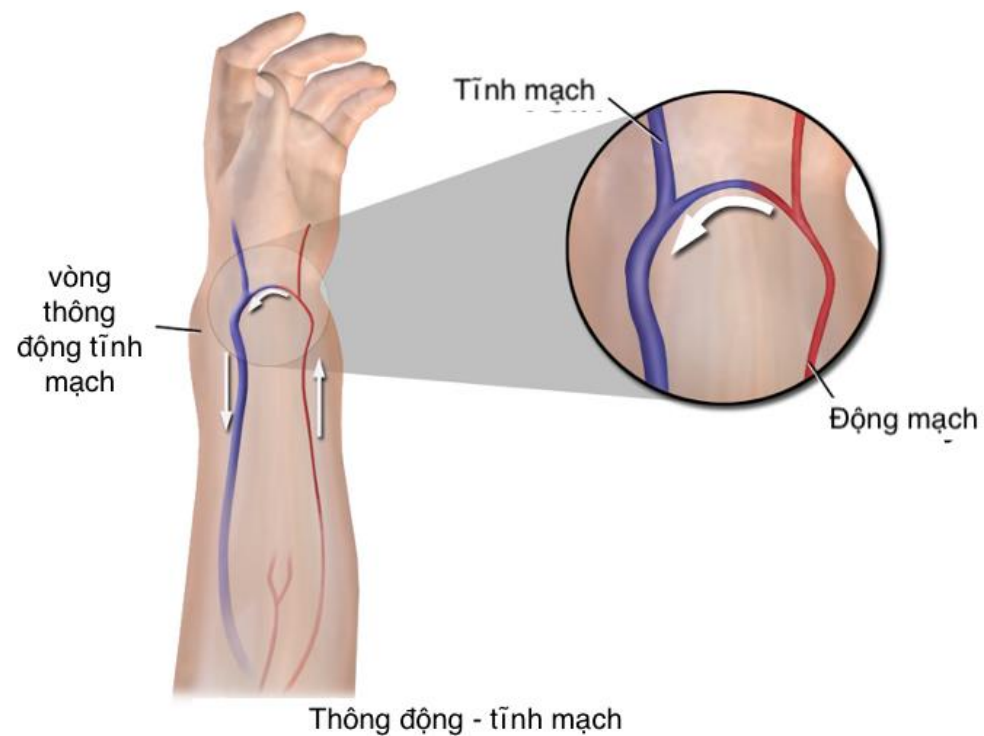
“Phương pháp can thiệp nội mạch điều trị HTTMTT trên BN suy thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ có kết quả như thế nào ?”

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương của HTTMTT trên BN suy thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ.**
- 2. Đánh giá kết quả trung hạn của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị HTTMTT trên BN suy thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ.**

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

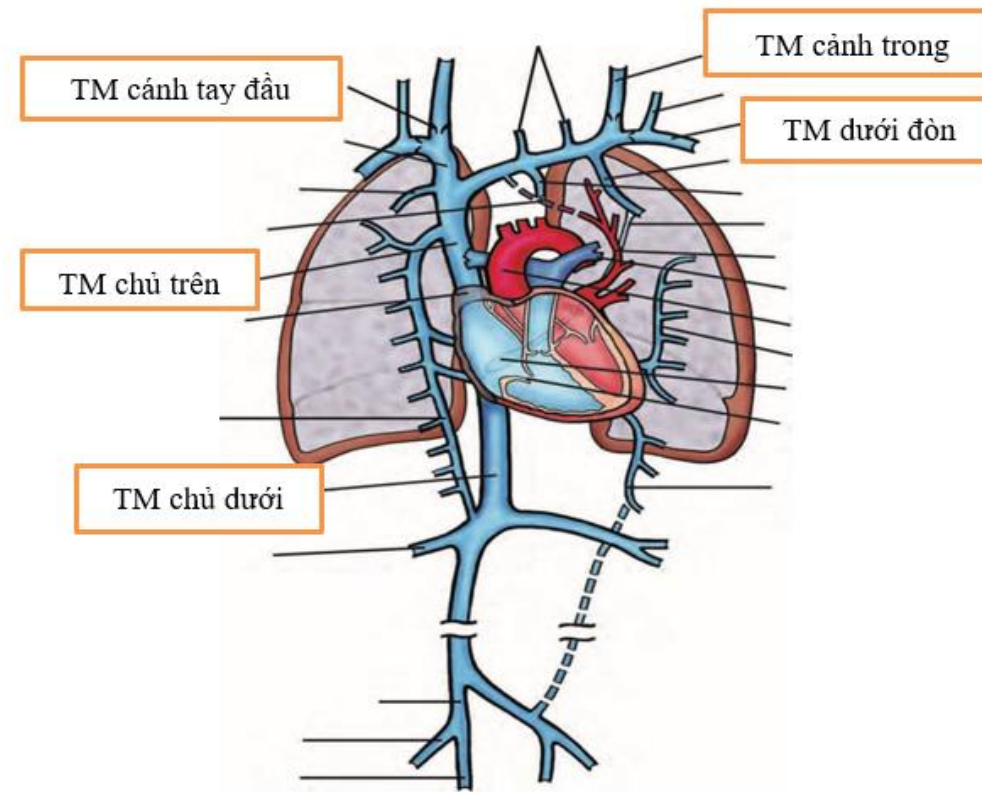
1. ĐẶC ĐIỂM AVF



Nguồn: Blausen.com staff (2014)

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2. HỆ TĨNH MẠCH TRUNG TÂM



Hình: Giải phẫu hệ TM trung tâm

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

3. HẸP TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

NGUYÊN NHÂN ^[1]

(1) Thủ thuật đặt ống thông liên tục để chạy thận, đặc biệt là TM dưới đòn.

(2) Tình trạng tăng áp dòng chảy do AVF.

Về bản chất, HTTMTT là do sự thay đổi tăng sinh và xơ hoá nội mạc TM.



TỔNG QUAN TÀI LIỆU

YẾU TỐ NGUY CƠ^[1]

- Kích thước catheter càng lớn và thời gian lưu càng lâu thì càng có nguy cơ cao tắc hẹp.
- Đặt máy tạo nhịp hoặc máy tạo xung.
- Các yếu tố nguy cơ khác: viêm mạch, tăng urê máu, toan máu, đông máu, đái tháo đường, tăng cholesterol máu,...

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

LÂM SÀNG ^[1]

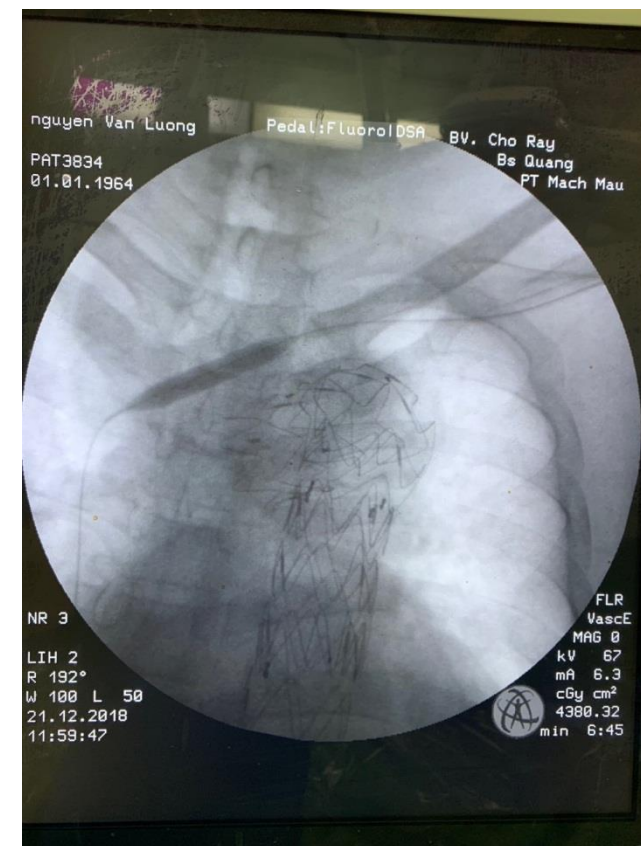
- Mất âm thổi ở AVF (41,5%).
- Chảy máu kéo dài sau rút kim (27,6%).
- Phù tay (9,8%).
- Chạy thận không hiệu quả (6,7%).
- Loét tay (4,7%).



TỔNG QUAN TÀI LIỆU

CẬN LÂM SÀNG

- **Siêu âm:** lưu lượng máu qua AVF < 300 ml/ phút là không đủ tiêu chuẩn chạy thận nhân tạo ^[1].
- **CTA:** đánh giá khách quan về vị trí, chiều dài, mức độ hẹp tắc.
- **DSA:** là tiêu chuẩn vàng. Hiện nay được thực hiện đồng thời với can thiệp nội mạch ^[2].



Hình: Nong tĩnh mạch thân tay đầu trái bằng bóng

1. Haire WD, Lynch TG, Lieberman RP, Lund GB, Edney JA (1991). "Utility of duplex ultrasound in the diagnosis of asymptomatic catheter- induced subclavian vein thrombosis". *J Ultrasound Med*, 10: 493e496

2. Khanna S, Sniderman K, Simons M, et al (1993). "Superior vena cavastenosis associated with hemodialysis catheters". *Am J Kidney*, 45. Dis 21: 278–281

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

ĐIỀU TRỊ

- **Nội khoa:** khó đáp ứng với thuốc kháng đông đơn thuần để tái thông TM ^[1].
- **Phẫu thuật:**
 - Tái tạo TM trung tâm với tỉ lệ tái thông nguyên phát 80- 90%. Đây là phẫu thuật lớn, cần gây mê NKQ, chẻ xương ức và tách xương đòn, do đó tỉ lệ tử vong sau mổ cao (25% sau 6 tháng) ^[2].
 - Thắt AVF là phương án cuối cùng khi BN không thể phẫu thuật hay can thiệp nội mạch ^[2].
- **Can thiệp nội mạch:** báo cáo từ 1980. Nhờ kỹ thuật và dụng cụ ngày càng phát triển, tính an toàn và hiệu quả của nong bóng hay đặt giá đỡ đã được chứng minh với tỷ lệ tái thông nguyên phát 70–80% và tỉ lệ biến chứng thấp (5% sau 6 tháng) ^[3].

1. Haage P, Vorwerk D, Piroth W, Schuermann K, Guenther RW (1999). "Treatment of hemodialysis-related central venous stenosis or occlusion: results of primary Wallstent placement and follow-up in 50 patients". *Radiology*, 212: 175-80
2. Mickley V (2001). Stent or Bypass? Behandlungsergebnisse zentraler- und peripherer Obstruktionen. *Zentralbl Chir*, 126: 445-449
3. Hwang SM, Lee SH, Ahn SK (1999). "Pincer nail deformity and pseudo-Kaposi's sarcoma: complications of an artificial arteriovenous fistula for haemodialysis". *Br J Dermatol*, 141: 1129-1132

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

- Young J. Kim nghiên cứu từ 1998 đến 2013 trên 2437 ca hẹp và 666 ca tắc TM trung tâm ở BN chạy thận định kỳ, kết luận rằng can thiệp nội mạch có thể kéo dài tuổi thọ của AVF.
- Bakken (2007) đánh giá kết quả dài hạn của can thiệp nội mạch điều trị hẹp, tắc TM trung tâm ghi nhận thời gian tồn tại trung bình sau can thiệp của AVF là $2 \pm 1,6$ năm. Đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, tỉ lệ thất bại thấp.
- Gary Andrew thu thập số liệu từ 2008 đến 2015 trên 132 ca can thiệp nội mạch ở 76 BN, ghi nhận tỷ lệ tái thông nguyên phát tại 6, 12, 24 tháng lần lượt là 87%, 74%, 42%.
- Nghiên cứu của Sidhu (2016) về triệu chứng lâm sàng của hẹp tắc TM trung tâm, đánh giá tỷ lệ tái thông cao 85% sau 6 tháng, tỷ lệ biến chứng thấp 5% sau 6 tháng.
- Trong nước hiện còn ít nghiên cứu về vấn đề HTTMTT trên BN STM chạy thận định kỳ.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- ❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca.
- ❖ **Địa điểm:** khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy
- ❖ **Thời gian:** Tháng 01/2016 đến tháng 01/2021.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các BN STM đang chạy thận định kỳ có HTTMTT được điều trị can thiệp nội mạch tại khoa PTMM, BV CR

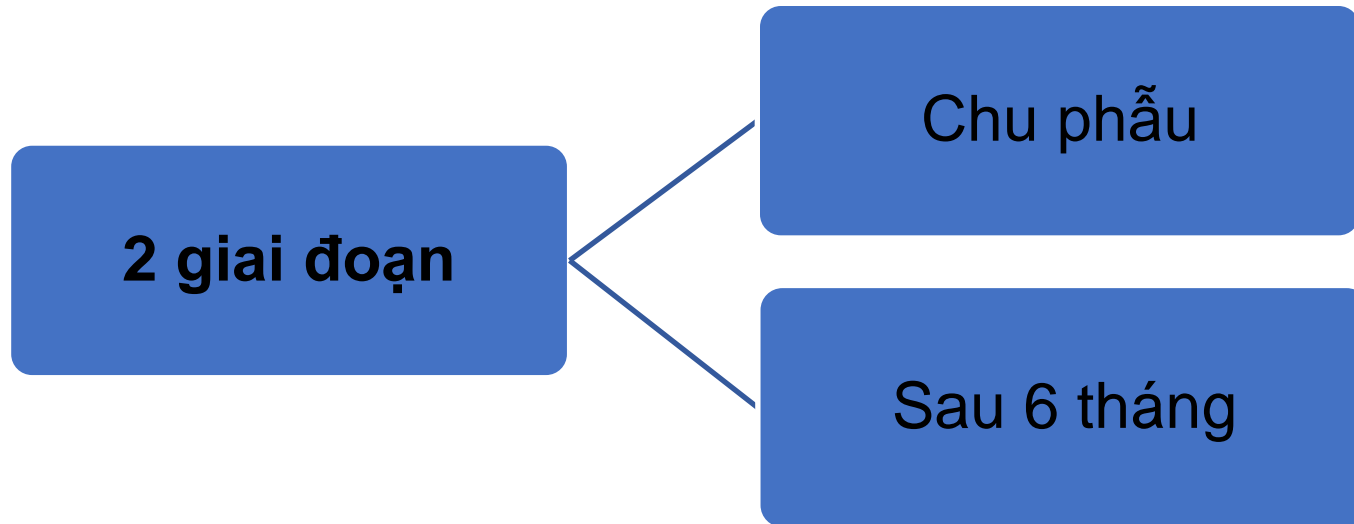
NHẬN VÀO

- Có triệu chứng lâm sàng.
- Hẹp > 50% đường kính lòng TM hoặc tắc hoàn toàn hệ TM TT trên chụp DSA.

LOẠI TRỪ

- Có u chèn ép hệ TM trung tâm.
- Có tiền căn phẫu thuật hệ TM trung tâm.
- Có tiền căn tắc TM huyết khối do bệnh lý huyết học.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ



❖ **Đánh giá chu phẫu:**

- ❖ Thành công về giải phẫu
- ❖ Thành công về lâm sàng
- ❖ Biến chứng
- ❖ Tỷ lệ tái thông nguyên phát

❖ **Đánh giá sau 6 tháng:**

- ❖ Tỷ lệ tái hẹp
- ❖ Tỷ lệ tái thông nguyên phát

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ Định nghĩa một số biến số kết cuộc ^[1] ^[2]

- Thành công về giải phẫu: khi hẹp lòng TM sau can thiệp < 30%.
- Thành công về lâm sàng: tỷ lệ BN chạy thận nhân tạo định kỳ lại được trên AVF vừa can thiệp.
- Tỷ lệ tái thông nguyên phát: là tỷ lệ TM trung tâm không hẹp, tắc tái phát hay cần can thiệp lại trong lòng TM cho đến lần can thiệp tiếp theo.



[1] Dis Am J Kidney (2015), NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access: Update 2015.

[2] Gray RJ, Sacks D, Martin LG, Trerotola SO (1999). "Reporting standards for percutaneous interventions in dialysis access". J Vasc Interv Radiol, 10: pp. 1405-15.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chỉ định can thiệp HTMTT: ^[1]

- Có triệu chứng lâm sàng: phù tay, đau tay, xuất hiện tuần hoàn bàng hệ TM vùng cổ - mặt cùng bên.
- Hệ thống AVF giảm lưu lượng khi chạy thận hoặc không sử dụng để chạy thận được.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Ghi nhận quy trình can thiệp:**

1. Gây tê tại chỗ, bolus Heparin toàn thân 50UI/kg.
2. Chọc kim TM đường về của AVF cùng bên.
3. Chụp mạch đánh giá hình thái tổn thương.
4. Luồn dây dẫn qua được sang thương.
5. Nong lòng TM bằng bóng.
6. Chụp mạch kiểm tra, nếu không hiệu quả có thể đặt giá đỡ nội mạch.
7. Rút dụng cụ, băng ép.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ Quy trình nghiên cứu

- **Bước 1:** Tập hợp hồ sơ nghiên cứu, số liệu BN STM đang chạy thận định kỳ có HTTMTT được can thiệp nội mạch tại khoa PTMM, BVCR từ 01/2016 đến 01/2021.
- **Bước 2:** Tiến hành sàng lọc tất cả các hồ sơ và lấy danh sách những BN thoả tiêu chuẩn chọn mẫu.
- **Bước 3:** Thu thập số liệu của BN theo bệnh án từ phòng KHTH và thu thập thêm số liệu của BN đó tại phòng khám Ngoại mạch máu sau can thiệp 6 tháng.
- **Bước 4:** Tiến hành tổng hợp, phân tích và viết luận văn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

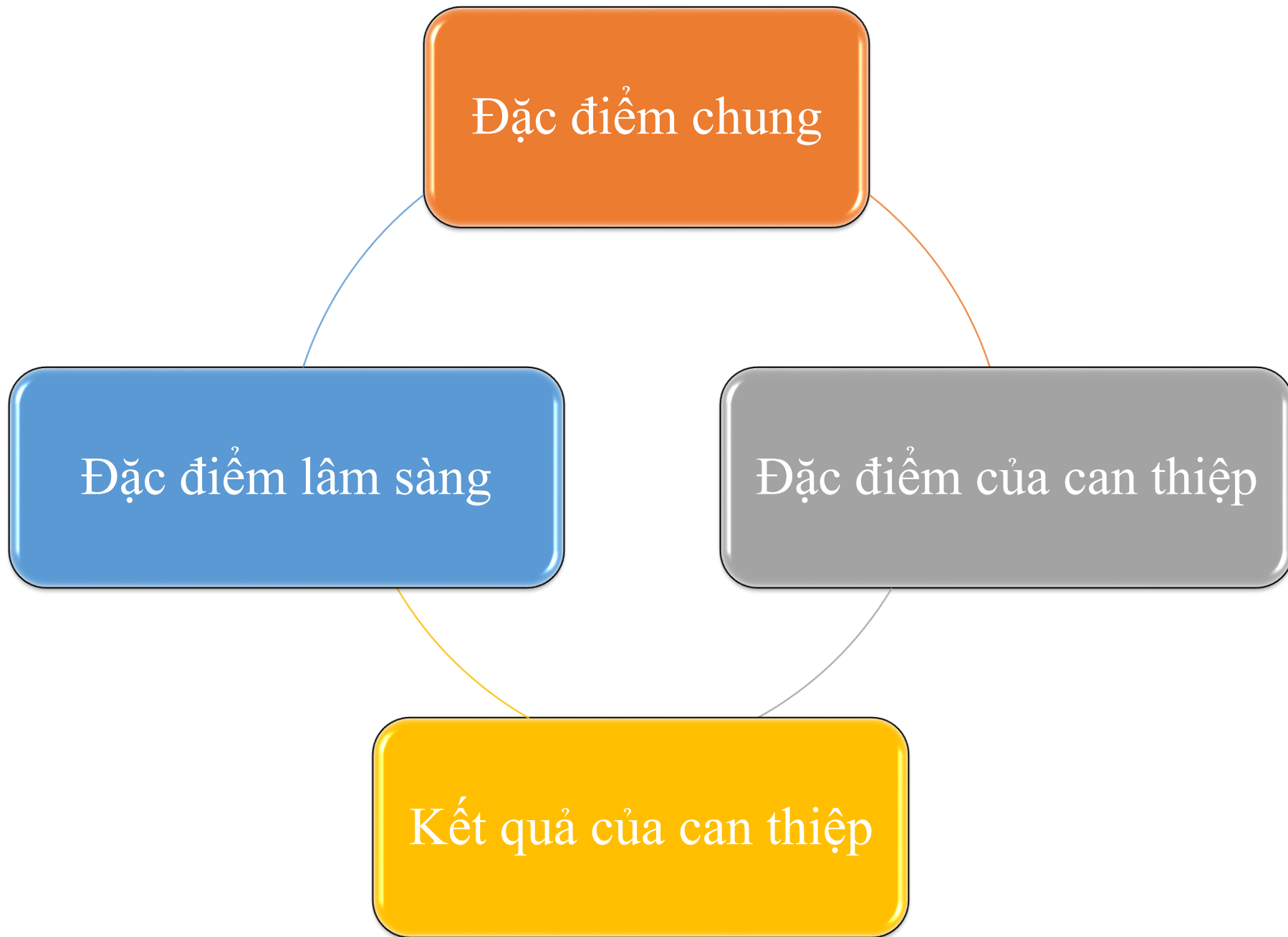
❖ Phương pháp phân tích dữ liệu

- Mã hóa số liệu bằng phiếu thu thập từ bệnh án và từ phiếu tái khám.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0.
- Thống kê mô tả: dùng tần số, tỉ lệ %, trung bình \pm độ lệch chuẩn
- Thống kê phân tích: dùng t test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi có trách nhiệm bảo mật thông tin của bệnh nhân và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu này.



KẾT QUẢ

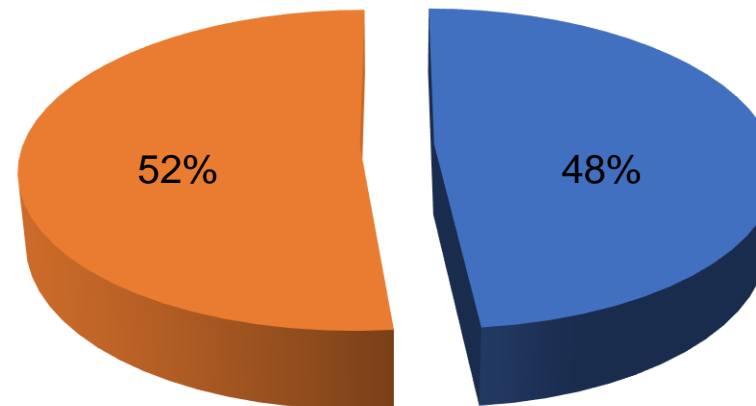
1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

❖ Giới tính

Nữ giới chiếm tỷ lệ tương đương nam giới (52% so với 48%).

Giới tính

■ Nam (n=15) ■ Nữ (n=16)



KẾT QUẢ

1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

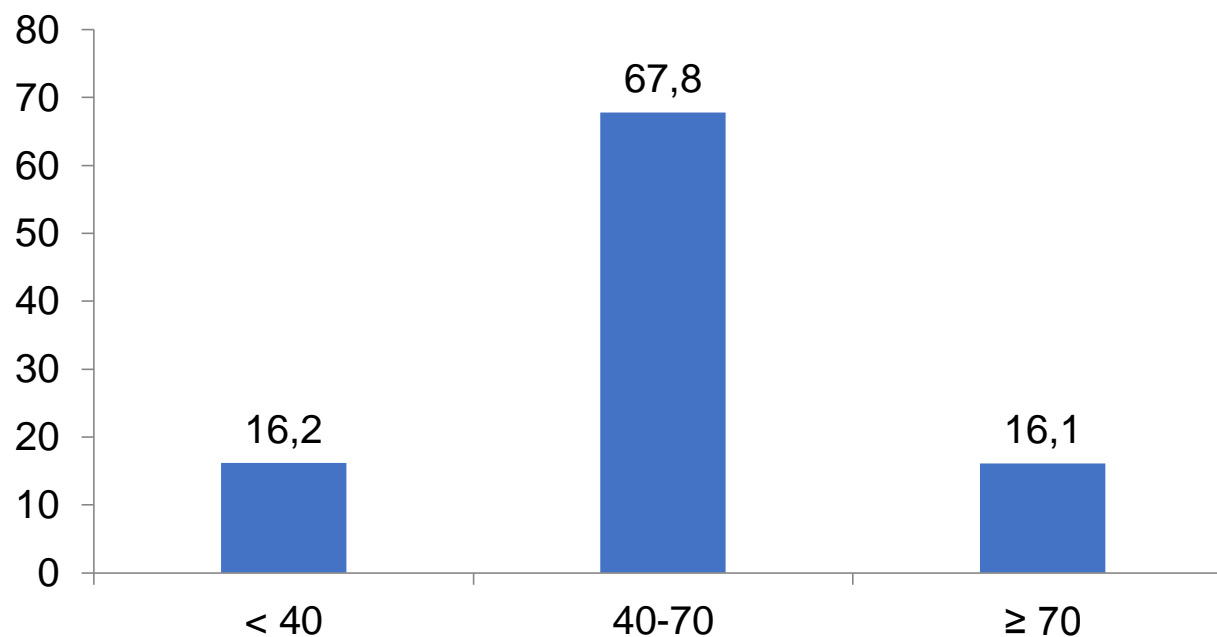
❖ Tuổi

Nhỏ nhất: 26 tuổi, lớn nhất: 79 tuổi;

Trung bình: $55,03 \pm 13,68$ tuổi

Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 40 đến 70 tuổi chiếm tỉ lệ 67,8%.

Tỷ lệ (%)



KẾT QUẢ

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

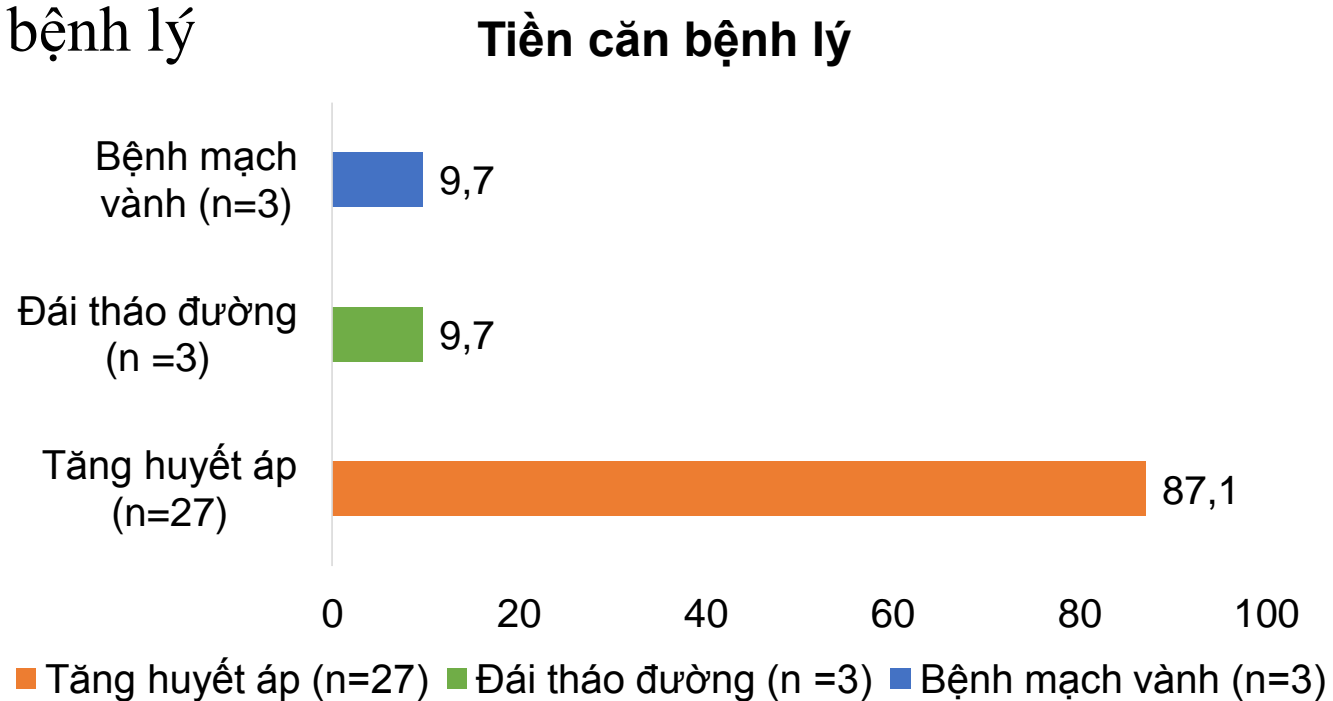
❖ Bệnh sử

Đặc điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian làm AVF đến chẩn đoán (tháng)	6	94	41,59 ± 26,68
Thời gian từ khi có triệu chứng đến chẩn đoán (tháng)	1	6	1,83 ± 1,41

KẾT QUẢ

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

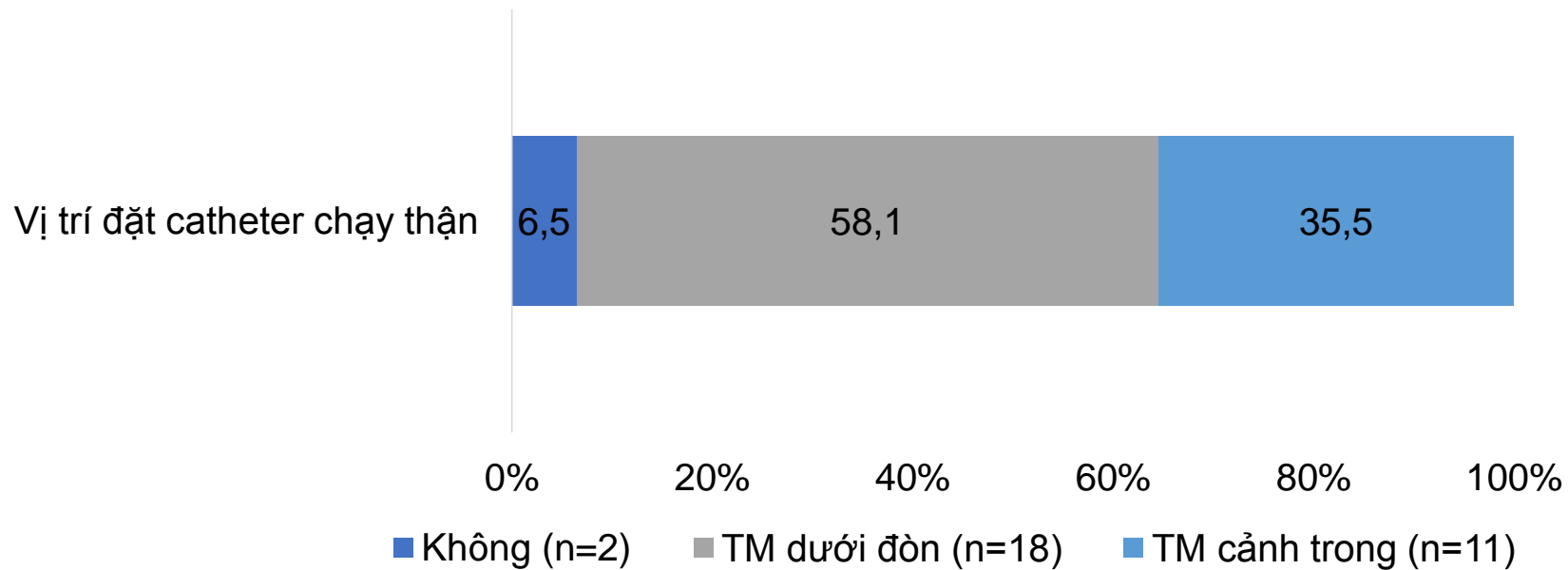
❖ Tiền căn bệnh lý



KẾT QUẢ

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Vị trí đặt ống thông chạy thận nhân tạo tạm thời



KẾT QUẢ

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Thời gian đặt và lưu ống thông chạy thận tạm thời

Đặc điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian đặt ống thông đến lúc chẩn đoán (tháng)	9	92	44,05 ± 27,72
Thời gian lưu ống thông (tháng)	2	28	5,65 ± 5,52
Thời gian chạy thận định kì (tháng)	4	100	44,17 ± 28,76

KẾT QUẢ

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Phù tay	26	83,9
Đau tay	11	35.5
Mất rù tại AVF	29	93,5
Tuần hoàn bàng hệ TM vùng cổ, mặt	4	12,9

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

- ❖ Tất cả các trường hợp đều được gây tê tại chỗ vị trí đâm kim.
- ❖ Vị trí can thiệp:

Vị trí can thiệp	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
ĐM quay	1	3,2
TM đầu	22	71,0
TM đuôi	2	6,5
TM nền	5	16,1

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Vị trí tổn thương:

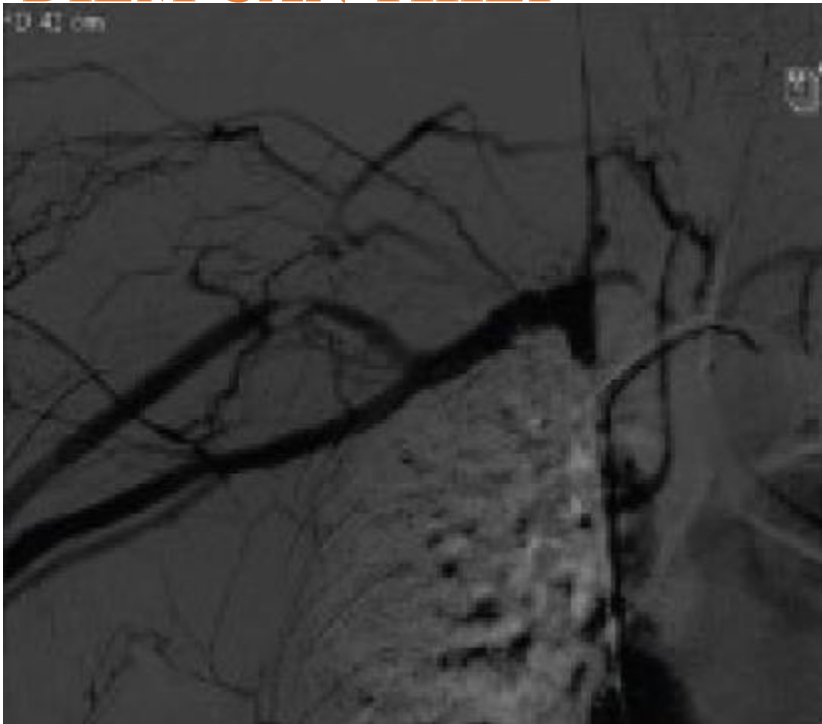
Vị trí tổn thương	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
TM dưới đòn	17	54,8
TM thân tay đầu	14	45,2
TM chủ trên	0	0

❖ Mức độ hẹp:

Mức độ hẹp lòng TM (%)	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
< 70 %	5	16,1
70 – 89 %	20	64,5
90% - 99%	3	9,7
Tắc	3	9,7

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIÊP



Hình: Tắc tĩnh mạch thân tay đầu phải

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Các yếu tố liên quan đến mức độ hẹp lòng tĩnh mạch

Yếu tố	Mức độ hẹp lòng (%)			Giá trị p*
	< 70	70 – 89	90 – 100	
Thời gian đặt ống thông đến lúc chặn đoán (tháng)	39,24 ± 29,73	46,0 ± 39,34	69,67 ± 35,27	0,023
Thời gian lưu ống thông (tháng)	3,96 ± 1,76	3,67 ± 2,51	5,00 ± 1,73	0,042
Thời gian chạy thận định kì (tháng)	38,8 ± 25,25	65,57 ± 14,57	75,33 ± 39,31	0,037

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Phương pháp can thiệp

Phương pháp can thiệp	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Nong bóng	26	83,8
Nong bóng + đặt giá đỡ nội mạch	5	16,2

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

❖ Đặc điểm bóng nong



Hình: Nong bóng TM thân tay đầu trái và chụp kiểm tra sau nong

KẾT QUẢ

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

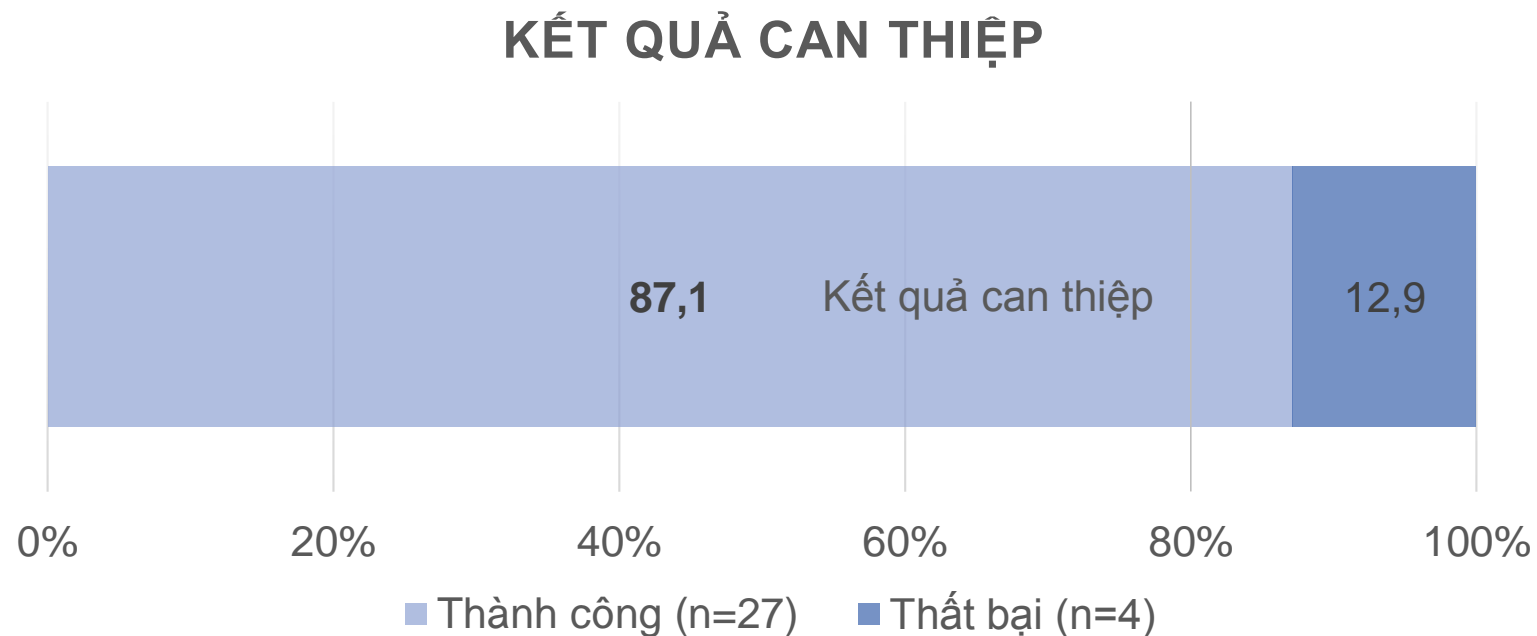
❖ Chụp mạch máu kiểm tra sau can thiệp

Đặc điểm	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Thông tốt	17	54,8
Còn hẹp lòng (<30%)	10	32,3
Hẹp lòng (>30%)	4	12,9

KẾT QUẢ

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Thành công về giải phẫu



KẾT QUẢ

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Thành công về lâm sàng

- ❑ Sau can thiệp có 27 BN có thể chạy thận nhân tạo định kỳ lại.
- ❑ Theo Gray, tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 87,1%.

Triệu chứng	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Phù tay	26	83,9	4	12,9
Đau tay	11	35,5	4	12,9
THBH vùng cổ, mặt	4	12,9	2	6,4
Mất rù	29	93,5	4	12,9

KẾT QUẢ

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Thắt miệng nối AVF

Thắt miệng nối AVF	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Có	4	12,9
Không	27	87,1

KẾT QUẢ

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Biến chứng

Biến chứng	Số BN (n=31)	Tỷ lệ (%)
Huyết khối tĩnh mạch	1	3,2
Tụ máu vị trí đâm kim	2	6,5
Chảy máu không cầm vị trí đâm kim	0	0
Nhiễm trùng vị trí can thiệp	0	0

Theo Gray, tỷ lệ tái thông nguyên phát trong giai đoạn chu phẫu là 83,9%.

KẾT QUẢ

5. KẾT QUẢ SAU 6 THÁNG

- ❖ Có 2 trường hợp tái hẹp được phát hiện khi phù tay tái phát (1 TH chỉ nong bóng, 1 TH đã đặt giá đỡ nội mạch) chiếm tỷ lệ 7,4%.
- ❖ Có 25 trường hợp có thể tiếp tục chạy thận định kỳ. Theo Gray, tỷ lệ tái thông nguyên phát sau 6 tháng là 80,6%.

BÀN LUẬN

1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

❖ Tuổi:

- ❑ Độ tuổi của BN đa dạng, chủ yếu là độ tuổi trung niên trở lên.
- ❑ Nghiên cứu của chúng tôi tương đương các tác giả khác trên thế giới.

Tác giả	Năm	Tuổi trung bình
Chandler	2002	55,5 (17 – 72)
Aktas A.	2015	76 (38 – 87)
MacRae J. M.	2015	61 (46 – 85)
Yadav M. K.	2015	46 (25 – 73)
Chúng tôi	2021	55 (26 – 79)

BÀN LUẬN

1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

❖ Giới tính:

- ❑ Tỷ lệ nữ / nam đa số tương đương tỷ lệ 1:1 ở các nghiên cứu.
- ❑ Các tài liệu này cũng không chứng minh giới tính có ảnh hưởng đến kết quả điều trị của BN.

Tác giả	Năm	Nữ	Nam	Tỷ lệ nữ / nam
Neal K.	2001	30	39	0,8 / 1
Kim D. H.	2005	52	45	1,15 / 1
Chúng tôi	2021	16	15	1,1 / 1

BÀN LUẬN

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Triệu chứng:

Giải thích điều này là do các BN ở Việt Nam thường nhập viện trong tình trạng trễ, TM đã hẹp nặng hoặc tắc hoàn toàn dẫn đến phù tay, khác với các tác giả trên thế giới.

Triệu chứng	Aktas (2015)	Sidhu (2016)	Chúng tôi (2021)
Phù tay	8%	9,8%	83,9%
Đau tay	6%	4,7%	35,5%
THBH vùng cổ, mặt	6%	4,7%	12,9%
Mất rù	57%	41,5%	93,5%

BÀN LUẬN

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Tiền căn bệnh lý:

Nael cho thấy khi THA, ĐTĐ, BMV cùng tồn tại, tình trạng tái hẹp TM TT cao hơn đáng kể ($P < 0,001$), đòi hỏi số lượng can thiệp cao hơn đáng kể ($4,8 \pm 2,1$) khi so với nhóm dân số có 1 hoặc 2 trong các yếu tố nguy cơ này ^[1].

Tác giả	Năm	Tăng huyết áp (%)	Đái tháo đường (%)	Bệnh mạch vành (%)
Nael K.	2001	78	45	15
Kim D. H.	2005	87,6	45,4	6,2
Chúng tôi	2021	87,1	9,7	9,7

BÀN LUẬN

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Tiền căn đặt ống thông chạy thận tạm thời

MacRae cho thấy: số ngày đặt ống thông dài hơn, tiền căn đặt ống thông nhiều lần và cùng một vị trí đều có liên quan đối với nhóm bệnh HTTMTT [1].

Tác giả	Năm	Cỡ mẫu	TM dưới đòn (%)	TM cảnh trong (%)	Không đặt (%)
MacRae J. M.	2015	133	20	21	59
Chúng tôi	2021	31	58,1	35,4	6,5



BÀN LUẬN

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Tiền căn đặt ống thông chạy thận tạm thời

Shi Ya-Xue cho rằng các yếu tố nguy cơ bao gồm ^[1]:

- Đặt ống thông TM dưới đòn nguy cơ cao hơn so với ống thông TM cảnh trong.
- Bên trái nguy cơ cao hơn bên phải.
- Đặt nhiều lần ống thông TM TT.

1. Shi Ya-xue, Ye Meng, Liang Wei, Zhang Hao, Zhao Yi-ping, Zhang Ji-wei (2013), “Endovascular treatment of central venous stenosis and obstruction in hemodialysis patients”, *Chin Med J* 126 (3).

Thời gian lưu ống thông lâu hơn.

BÀN LUẬN

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

❖ Thời gian từ lúc tạo AVF đến lúc phát hiện bệnh

- ❑ Ngoài ra, thời gian từ khi BN có triệu chứng đến khi được chẩn đoán TB là 1,83 tháng.
- ❑ BN chỉ được phát hiện bệnh và chẩn đoán khi đã có triệu chứng xuất hiện rõ và lâu ngày. So với các nghiên cứu khác, BN có thể được khám và theo dõi định kỳ AVF, nên có thể được phát hiện bệnh từ khi chưa có triệu chứng => thời gian chạy thận qua AVF tới thời điểm can thiệp ngắn hơn.

Tác giả	Năm	Thời gian trung bình (tháng)
Kim D. H.	2005	25,1
Shi Ya-xue	2013	34,2
Yadav M. K.	2015	30,3
Chúng tôi	2021	41,6

BÀN LUẬN

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Phương pháp vô cảm: Tê tại chỗ

❖ Vị trí chọc kim:

❑ Theo Sidhu, lựa chọn vị trí chọc kim tuân theo 4 nguyên tắc: hướng, vị trí chọc kim, khoảng cách đến tổn thương, nếu có giả phình nên ưu tiên tiếp cận phía trên ^[1].

❑ Chúng tôi ghi nhận các PTV đều tuân theo các nguyên tắc này.

Tác giả	Năm	ĐM quay (%)	TM đầu (%)	TM nền (%)	TM đuôi (%)
Sidhu	2016	3,3	68,3	15,1	13,3
Chúng tôi	2021	3,2	71	16,1	6,5

BÀN LUẬN

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

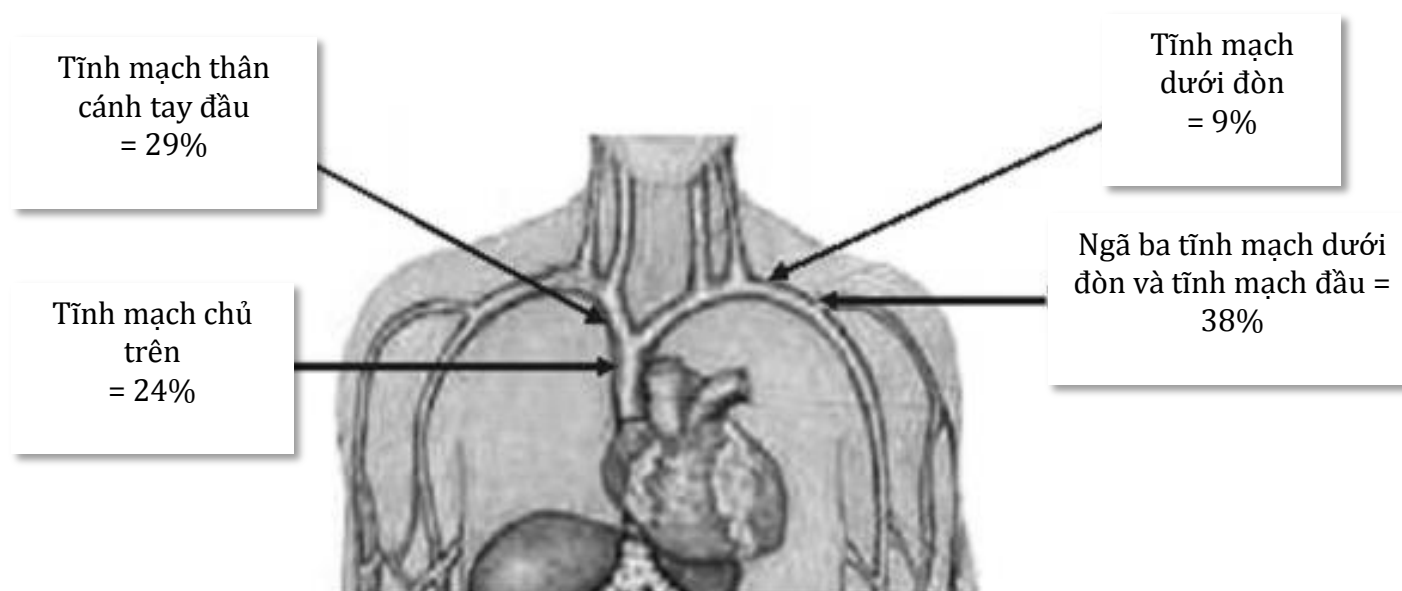
❖ Đặc điểm hình thái học

Tác giả	Năm	TM dưới đòn (%)	TM thân tay đầu (%)	TM chủ trên (%)
Neal K.	2001	33,7	56,5	9,8
MacRae J. M.	2015	47	29	24
Chúng tôi	2021	54,8	45,2	0

BÀN LUẬN

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Đặc điểm hình thái học



Hình: Phân bố giải phẫu của HTTMTT theo MacRae JM [1]

BÀN LUẬN

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Mức độ hẹp:

Nguyên nhân có lẽ do đa phần bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn, khi đã có triệu chứng lâm sàng rõ rệt.

Tác giả	Năm	Hẹp < 70%	Hẹp 70 – 99%	Tắc
Levent Oguzkurt	2015	16,67%	80%	3,33%
Chúng tôi	2021	16,1%	74,2%	9,7%

BÀN LUẬN

3. ĐẶC ĐIỂM CAN THIỆP

❖ Phương pháp can thiệp

- KDOQI: can thiệp nội mạch bằng bóng, có hoặc không đặt giá đỡ nội mạch là phương pháp điều trị ưu tiên bệnh lý HTTMTT [1].
- Việc sử dụng giá đỡ nội mạch dành riêng cho những trường hợp nang bóng không hiệu quả hoặc tái hẹp sau nang bóng [1].
- Phương pháp điều trị nội mạch nào tối ưu vẫn chưa được chứng minh và không có lợi thế rõ ràng của việc đặt giá đỡ nội mạch so với nang bóng.



BÀN LUẬN

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Thành công về giải phẫu

Tác giả	Năm	Tỷ lệ thành công về giải phẫu (%)
Shi Ya-xue	2013	83,3
Aktas A.	2015	95
Yadav M. K.	2015	81,8
Chúng tôi	2021	87,1

Có 4 TH can thiệp thất bại phải thất AVF sau mổ (chiếm 12,9%) để điều trị triệu chứng phù tay, đau tay của HTTMTT.

BÀN LUẬN

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Thành công về giải phẫu



Hình: Tắc tĩnh mạch dưới đòn và thân tay đầu trái trước, trong và sau can thiệp

BÀN LUẬN

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Biến chứng

- Huyết khối TM 3,2% (1 TH), tụ máu tại vị trí đâm kim 6,5% (2 TH), không có TH nào bị chảy máu không cầm và nhiễm trùng tại vị trí can thiệp.
- Nhìn chung, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, tương tự với các tác giả khác trên thế giới: Theo Sidhu, tỷ lệ biến chứng là 5% gồm: tắc mạch cấp do huyết khối, do dị vật, chảy máu sau thủ thuật, dị ứng thuốc cản quang. Aktas Ayse và Pawel Maga ghi nhận tỷ lệ biến chứng lần lượt là 3% và 6,6% sau 6 tháng.

BÀN LUẬN

4. KẾT QUẢ CAN THIỆP CHU PHẪU

❖ Tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng

- Có giảm đáng kể các triệu chứng lâm sàng so với trước can thiệp, chỉ còn phù tay (4 TH), đau tay (4 TH), mất rù (4 TH), tuần hoàn bàng hệ TM vùng cổ, mặt (2 TH).
- Tất cả các trường hợp thành công về mặt giải phẫu sau can thiệp đều có thể chạy thận nhân tạo định kỳ lại.
- Theo Gray, tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng là 87,1%.

BÀN LUẬN

5. KẾT QUẢ SAU 6 THÁNG

❖ Tỷ lệ tái thông nguyên phát

Tác giả	Năm	Tỷ lệ tái thông nguyên phát (%)	
		Chu phẫu	Sau 6 tháng
Surowiec S. M.	2004	85	75
Kim D. H.	2005	97,6	80,9
Shi Ya-xue	2013	88,9	74,8
Aktas A.	2015	82	73
Chúng tôi	2021	83,9	80,6

BÀN LUẬN

5. KẾT QUẢ SAU 6 THÁNG

❖ HTTMTT có khả năng tái phát cao

- Chúng tôi: 7,4% bị tái hẹp sau 6 tháng.
- Sidhu: có đến 51% bị tái hẹp sau 12 tháng
- Beathard: tỷ lệ tái hẹp sau can thiệp cao là do tính đàn hồi của TM của mỗi BN. Can thiệp lặp lại nhiều lần là điều hiển nhiên để đảm bảo lưu lượng chạy thận. Thời gian trung bình lặp lại can thiệp đối với AVF tự thân là 11,2 tháng.



KẾT LUẬN

❖ Đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương:

- Nữ giới tương đương nam giới, với nhóm tuổi trung niên chiếm đa số.
- Đa số BN có tiền sử đặt ống thông cổ hàm chạy thận tạm thời với thời gian lưu trung bình 5,65 tháng.
- Triệu chứng thường gặp nhất là mất rù ở AVF (chiếm 93,5%) và phù tay (chiếm 83,9%) .

KẾT LUẬN

- Vị trí tổn thương ghi nhận nhiều nhất là ở TM dưới đòn và TM thân tay đầu với tỷ lệ 54,8% và 45,2%. Đa số BN hẹp ở mức độ rất nặng # 70 - 90% lòng TM.
- Ghi nhận có sự tương quan giữa mức độ hẹp lòng TM với các yếu tố:
 - Thời gian từ khi đặt ống thông đến lúc chẩn đoán càng lâu, mức độ hẹp càng tăng ($p=0,023$).
 - Thời gian lưu ống thông càng lâu, mức độ hẹp càng tăng ($p=0,042$).
 - Thời gian chạy thận định kỳ càng lâu, mức độ hẹp càng tăng ($p=0,037$).

KẾT LUẬN

❖ Kết quả trung hạn của can thiệp nội mạch điều trị HTTMTT trên BN suy thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ:

- Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu cao (87,1%), về mặt lâm sàng cao (87,1%), tỷ lệ tái thông nguyên phát chu phẫu là 83,9%, sau 6 tháng là 80,6%.
- Tỷ lệ biến chứng thấp, chỉ cần gây tê tại chỗ, sau can thiệp có 87,1% TH có thể chạy thận định kỳ lại nên có thể áp dụng được cho những BN STMGDC, vốn có nhiều bệnh lý kèm theo.
- Có 7,4% tỷ lệ tái hẹp sau 6 tháng.

KIẾN NGHỊ

1. Nên có sự phối hợp nhiều chuyên khoa: thận nhân tạo, phẫu thuật mạch máu và siêu âm để tầm soát sớm bệnh lý HTTMTT.
2. Những dụng cụ can thiệp mới gần đây có thể giúp gia tăng tỷ lệ thành công.
Cần có thêm thời gian nghiên cứu để áp dụng những dụng cụ mới này.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE
CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP

CÂU HỎI POST-TEST

Anh / Chị hãy chọn 1 câu đúng về bệnh lý hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ:

1. Độ tuổi thường gặp nhất là > 80 tuổi.
2. Vị trí bị hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm thường gặp nhất là tĩnh mạch chủ trên.
3. Có liên quan nhiều đến tiền sử đặt catheter cổ chạy thận tạm thời trước đó.
4. Ưu tiên điều trị bằng phẫu thuật hơn can thiệp nội mạch.

CÂU HỎI POST-TEST

Anh / Chị hãy chọn 1 câu đúng về bệnh lý hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ:

1. Độ tuổi thường gặp nhất là > 80 tuổi.
2. Vị trí bị hẹp, tắc tĩnh mạch trung tâm thường gặp nhất là tĩnh mạch chủ trên.
3. Có liên quan nhiều đến tiền sử đặt catheter cổ chạy thận tạm thời trước đó.
4. Ưu tiên điều trị bằng phẫu thuật hơn can thiệp nội mạch.