

ĐỀ TÀI CƠ SỞ

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH
ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH DƯỚI GỐI**

**CN: TS.BS Lâm Văn Nút
Đồng CN: PGS.TS Trần Quyết Tiến**

BVCR, Năm 2019

NỘI DUNG

- Đặt vấn đề
- Mục tiêu
- Tổng quan
- Đối tượng và phương pháp
- Kết quả
- Bàn luận
- Kết luận

ĐẶT VẤN ĐỀ

- **Tắc động mạch mạn tính chi dưới:** thường gặp, diễn tiến âm thầm → giai đoạn muộn
- **Tại Mỹ:**
10 triệu người TĐMMTCD/năm
BN > 70t: chiếm 14,5%
mỗi năm: 100.000 BN cần tái thông MM, cắt cụt 1 – 7%
- **Nguyên tắc điều trị:** đảm bảo lưu thông MM
PT bắc cầu MM: PT xâm lấn nên nhiều biến chứng
Can thiệp nội mạch: đang phát triển

ĐẶT VẤN ĐỀ

- **Tại VN:**

Bước đầu can thiệp nội mạch điều trị TĐMMTCD

2012: Khoa PTMM (BVCR) bắt đầu sử dụng CTNM điều trị TĐMMTCD, trong đó có tắc ĐMMT dưới gối → KQ tốt

Ưu điểm PP:

ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả

ít biến chứng

BN hồi phục nhanh

thời gian nằm viện ngắn

Đặc biệt: BN lớn tuổi, nguy cơ cao, nhiều bệnh phối hợp

- Hiện tại: ít công trình NC về CTNM điều trị TĐMMTCD

→ **Mục tiêu:** “Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch mạn tính dưới gối”

TỔNG QUAN

Phân độ lâm sàng theo Fontaine và Rutherford

Fontaine		Rutherford		
Giai đoạn	Lâm sàng	Giai đoạn	Độ	Lâm sàng
I	Không triệu chứng	0	0	Không triệu chứng
IIa	ĐCH nhẹ	I	1	ĐCH nhẹ
IIb	ĐCH vừa đến nặng		2	ĐCH vừa
			3	ĐCH nặng
III	Đau chân khi nghỉ	II	4	Đau chân khi nghỉ
IV	Loét hoặc hoại tử	III	5	Mất mô ít
			6	Mất mô nhiều

CÁCH ĐO ABI

(Ankle Brachial Index)



ABI bên phải = tỉ số giữa

HATT cổ chân phải cao hơn (giữa ĐM chày sau và ĐM mu chân)

HATT tay cao hơn (giữa 2 tay)

ABI bên trái = tỉ số giữa

HATT cổ chân trái cao hơn (giữa ĐM chày sau và ĐM mu chân)

HATT tay cao hơn (giữa 2 tay)

PHÂN LOẠI TASC II TRÊN HÌNH ẢNH HỌC

Hẹp tắc động mạch vùng dưới gối

<i>TASC</i>	<i>Mô tả chi tiết</i>
A	<ul style="list-style-type: none">- Hẹp các động mạch chảy hoặc động mạch mác một vị trí với chiều dài không quá 1 cm.
B	<ul style="list-style-type: none">- Hẹp khu trú nhiều vị trí các động mạch chảy hoặc động mạch mác trong đó mỗi vị trí có chiều dài không quá 1 cm- Hẹp thân chảy mác (trifurcation) một hoặc hai vị trí, trong đó mỗi vị trí không quá 1 cm- Hẹp các động mạch chảy, động mạch mác có kèm theo hẹp động mạch đùi – khoeo cần phải nong tạo hình động mạch
C	<ul style="list-style-type: none">- Hẹp trên đoạn dài 1-4- Tắc các động mạch chảy, động mạch mác trên đoạn dài 1-2 cm- Hẹp lan tỏa thân chảy – mác (trifurcation)
D	<ul style="list-style-type: none">- Tắc các động mạch chảy, động mạch mác trên đoạn dài hơn 2 cm- Hẹp lan tỏa các động mạch chảy và mác

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế NC:** hồi cứu mô tả
- **Thời gian:** từ 01/2017 đến 12/2017
- **Địa điểm:** Khoa PTMM, BVCR
- **Đối tượng:**

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả những trường hợp TĐMMTCD điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại khoa PTMM, BVCR

Tiêu chuẩn loại trừ:

- PT tái thông động mạch đơn thuần.
- PT kết hợp can thiệp nội mạch (hybrid).

Có 101 trường hợp tắc ĐMMT dưới gối điều trị CTNM

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Đánh giá KQ dựa vào: LS, CLS

Phân loại Rutherford	Tăng ít nhất 1 độ
Siêu âm	Đường kính tái hẹp lòng < 70%
ABI	Tăng > 0.15

Đánh giá KQ: sau can thiệp và 12 tháng

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

	N (%)	Trung bình
Tuổi		75.5 ± 11.4 (44– 97)
Giới	Nam: 48 (47.5)	Nữ: 53 (52.5)
RLCH lipid máu	69 (68.3)	
Tăng huyết áp	57 (56.4)	
Hút thuốc lá	54 (53.5)	
Đái tháo đường	43 (42.6)	
Bệnh ĐM cảnh	19 (18.8)	
TBMMN	10 (9.9)	
Suy thận mạn	7 (6.9)	
Bệnh mạch vành	5 (5)	
Suy tim	4 (4)	
NMCT	2 (2)	
Xơ gan	0 (0)	

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân loại theo Rutherford

Giai đoạn	Độ	N (%) trước can thiệp	N (%) sau can thiệp
0	0	0 (0)	0 (0)
I	1	0 (0)	5 (5.0)
	2	2 (2.0)	5 (5.0)
	3	6 (5.9)	18 (17.8)
II	4	15 (14.9)	35 (34.7)
III	5	26 (25.7)	25 (24.8)
IV	6	52 (51.5)	13 (12.9)
Tổng		101 (100.0)	101 (100.0)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân loại theo TASC II

Giai đoạn	N (%)
A	0 (0)
B	2 (2.3)
C	33 (32.7)
D	65 (64.4)
Tổng	101 (100)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Liên hệ giữa TASC II với TC lâm sàng

TASC II	Đau cách hồi (%)	Thiếu máu chi nghiêm trọng (%)
A	0 (0)	0 (0)
B	1 (1.0)	2 (2.5)
C	11 (10.9)	22 (25.0)
D	1 (1.0)	64 (72.2)
Tổng (%)	13 (12.9)	88 (87.1)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chỉ số ABI trước và sau can thiệp

	Trước	Sau	P
ABI	0.4 ± 0.05	0.6 ± 0.03	$P < 0.001$

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phương pháp vô cảm

	N	(%)
Mê NKQ	5	5.0
Tê tuỷ sống	0	0
Tê tại chỗ	96	95.0
Tổng	101	100.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sang thương dưới gối

	Thân chung chày – mác (%)	ĐM chày trước (%)	ĐM chày sau (%)	ĐM mác (%)
Tổng	34 (33.7)	76 (75.2)	77 (76.2)	46 (45.5)

Tắc 3 ĐM: 26 TH (25.7%)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phương pháp can thiệp

Biến số	N	(%)
Nong bóng	79	78.2
Đặt giá đỡ	0	0.0
Nong + đặt giá đỡ	22	21.8
Tổng	101	100.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tầng can thiệp

	N	(%)
Tầng dưới gối	35	34.7
Đùi khoeo trên + dưới gối	58	57.4
Chậu + dưới gối	3	3.0
Chậu đùi khoeo + dưới gối	5	5.0
Tổng	101	100.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	127 ± 40.8 (45 – 260)
Thời gian nằm viện (ngày)	4 ± 3.1 (1 - 18)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biến chứng sau can thiệp

	N	(%)
Tắc mạch	4	3.9
Tụ máu	3	3.0
NMCT	0	0
Cắt cụt	6	5.9
Tử vong	1	1.0
Rò ĐM - TM	0	0
Giả phình	0	0
Thủng	1	1.0
Tổng	15	14.9

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả	Thành công (%)	Thất bại (%)
Sau CT (n= 101)	87 (86.2)	14 (13.9)
3 tháng (n=101)	81 (80.2)	20 (19.8)
12 tháng (n=67)	36 (53.7)	31 (46.3)

BÀN LUẬN

- ❖ TCLS: BN NV thường muộn với biểu hiện LS nặng, Rutherford 5, 6 chiếm 77.2%
- ❖ CTA:
 - Tổn thương TASC II C, D lần lượt 32.7% và 64.4%
 - ĐM mắc tổn thương (45.5%) ít hơn ĐM chày trước (75.2%) và chày sau (76.2%) ($p < 0.001$)
 - Tắc ĐM kèm theo: Đùi khoeo 57.4%, chày 3%, chày – đùi khoeo 5%

BÀN LUẬN

- ❖ De Rubertis B. G., Faries P. L., et al. (2007) ; DE Allie C. H., EV Mitran, et al (2008);
Cooke J. P. & Chen Z. (2015); Alencherry B. P., Pannu S., et al (2015)....
 - **TASC II A, B: Can thiệp**
 - **TASC II C: Can thiệp hoặc PT**
 - **TASC II D: PT**
- ❖ Chúng tôi:
 - **TASC II A, B: Can thiệp**
 - **TASC II C, D: PT khó khăn vì tắc nhiều nơi, MM bé, KQ hạn chế**
 - **Đặc biệt: Những BN tuổi, nguy cơ cao, nhiều bệnh phối hợp, không thể PT triệt để →Can thiệp: ưu tiên(98 TH): 97.1%**

BÀN LUẬN

Bóng phủ thuốc (Drug – Coated Ballons)

- ❖ DCB giảm đáng kể tỉ lệ tái hẹp sau CT
- ❖ Năm 2016, Steiner báo cáo KQ sử dụng DCB Lutonix CT 248 TH tắc ĐMMTDG từ 2013 đến 2014:
 - Theo dõi 208 TH, 138 nam, tuổi TB 74.1
 - Đau cách hồi: 38.6%; ALI: 61.4%; tắc 3 ĐM 17.8%
 - Thành công 12 tháng: 80% (Rutherford)

BÀN LUẬN

Trước can thiệp



Sau can thiệp



HÌNH MINH HỌA

Trước CT



Sau 3 Tháng



HÌNH MINH HỌA



Trước CT



Sau 4 tháng



Sau 9 tháng

KẾT LUẬN

Qua 101 TH TĐMMT dưới gối điều trị bằng CTNM, chúng tôi có kết luận sau:

- BN đa số lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ và bệnh kết hợp.
- Bệnh có biểu hiện LS nặng với TC thiếu máu chi nghiêm trọng; TASC II C, D chiếm đa số.
- Can thiệp nội mạch là PP ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả; kết quả sau CT, 12 tháng với tỷ lệ thành công 86.2% và 53.7%



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN!