cỡ mẫu lớn để đưa ra cái nhìn toàn vẹn hơn về bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Tràn dịch màng ngoài tim thường xảy ra ở thập kỷ thứ tư hoặc thứ năm của cuộc đời. Triệu chứng thường gặp nhất của tràn dịch màng ngoài tim là khó thở. Tiếng tim mờ, tụt huyết áp và tĩnh mạch cổ nổi ít được ghi nhận trong nghiên cứu. Hầu hết tràn dịch màng ngoài tim là toàn thể, lượng nhiều trên siêu âm tim. Dịch màng ngoài tim đa số là dịch tiết, tỉ lệ cấy dương rất thấp, tác nhân được ghi nhận nhiều nhất là Staphylococcus aureus.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ kinh phí từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adler Y, Charron P, Imazio M, et al.** 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015;36(42):2921-2964.
2. **Albugami S, Al-Husayni F, AlMalki A, et al**. Etiology of Pericardial Effusion and Outcomes Post Pericardiocentesis in the Western Region of Saudi Arabia: A Single-center Experience. Cureus. 2020; 12(1).
3. **Nguyễn Thị Ngọc Thủy.** Tràn dịch màng tim bệnh lý có chèn ép tim chẩn đoán và kết quả điều trị mở cửa sổ màng tim. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008;12(1).
4. **Light RW, Macgregor MI, Luchsinger PC, et al.** Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. Ann Intern Med. 1972;77(4):507-513.
5. **Nguyễn Viết Đăng Quang**. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mở cửa sổ màng tim trong điều trị tràn dịch màng tim ác tính. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;14(1).
6. **McGinley A, Gribbin G.** A delayed diagnosis of cardiac tamponade. BMJ Case Rep. 2013; 2013: bcr2012007255.
7. **Văn Minh Trí**. Kết quả điều trị ngoại khoa tràn dịch màng tim. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007;1(11).
8. **Ma W, Liu J, Zeng Y, et al.** Causes of moderate to large pericardial effusion requiring pericardiocentesis in 140 Han Chinese patients. Herz. 2012; 37(2):183-187.

KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH KẾT HỢP VỚI MỔ MỞ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐA TẦNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY 2018 - 2019

Trịnh Vũ Nghĩa*, Nguyễn Văn Khôi*, Nguyễn Hoàng Định**

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý động mạch chi dưới nhiều tầng, nhiều vị trí đang là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Các phương pháp kinh điển như phẫu thuật đơn thuần hoặc can thiệp nội mạch đơn thuần trên toàn bộ các tổn thương không phải lúc nào cũng thực hiện được. Xu hướng trên thế giới hiện nay là áp dụng phối hợp phẫu thuật và can thiệp trên một bệnh nhân nhằm làm giảm độ khó của phẫu thuật/ can thiệp nội mạch, tận dụng tối đa các ưu điểm của phẫu thuật và can thiệp nội mạch, giảm chi phí y tế và giảm tác động có hại trên sức khỏe bệnh nhân. **Mục tiêu:** *1. Nhận xét chỉ định áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng; 2. Đánh giá kết quả áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng.* **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt bệnh nhân BLĐMCDMT, có tổn thương động mạch từ 2 tầng phối hợp trở lên trong 3 tầng động mạch thuộc một chi dưới, được điều trị tái lập lưu thông mạch máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong 1 thì tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** 94,7% bệnh nhân là nam giới, các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (63.2%), hút thuốc lá (26.3%) và đái tháo đường (26.3%). 68.4% bệnh nhân có vết loét hoặc hoại tử đầu chi, Các tổn thương phần lớn thuộc giai đoạn TASC II C và D. 13/19 bệnh nhân có tổn thương ở cả 3 tầng nhưng không có bệnh nhân nào được tái thông tầng dưới gối. 73,7% bệnh nhân can thiệp được vô cảm bằng tê tại chỗ. 73,7% bệnh nhân được tạo hình động mạch đùi chung, 36,8% được lấy huyết khối và 10,5% được làm cầu nối đùi đùi phối hợp với can thiệp nội mạch các tổn thương phối hợp. Thời gian mổ trung bình là 193+ 34 p. Chỉ có 5,3% bệnh nhân có biến chứng chu phẫu. Kết quả can thiệp sau 6 tháng 89,6% bệnh nhân có kết quả tốt. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch ít biến chứng, đã cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng. Chỉ

**Bệnh viện Chợ Rẫy*
***Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Vũ Nghĩa
Email: trinhvunghia@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022
Ngày duyệt bài: 1.8.2022

định bao gồm các trường hợp có tổn thương ĐM đùi chung, có tắc mạch cấp trên nền bệnh lý ĐM mãn tính hoặc có tổn thương ĐM chậu không thể tái lập lưu thông mạch máu - phối hợp với tổn thương tắc, hẹp các vị trí động mạch khác cùng chi thể. Phương pháp phẫu thuật được sử dụng là tạo hình động mạch đùi chung hoặc lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty hoặc làm cầu nối đùi - đùi phối hợp với can thiệp nội mạch các tổn thương phối hợp. Đối với các tổn thương động mạch chi dưới đa tầng, tầng động mạch chủ chậu và đùi khoeo thường được ưu tiên tái thông, tầng động mạch dưới gối thường không được can thiệp tái thông thì đầu.

Từ khóa: Can thiệp nội mạch kết hợp với mổ hở, tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng.

SUMMARY

RESULTS OF HYBRID REVACULARIZATION IN MULTILEVEL PERIPHERAL ARTERY DISEASE AT CHO RAY HOSPITAL 2018-2019

Background: Multilevel peripheral arterial disease is challenging for physicians. Classic methods such as surgery or endovascular intervention alone on all lesions are not always possible. The current trend in the world is to use one-stage hybrid to reduce the difficulty of surgery / endovascular intervention, to take full advantages of surgery and endovascular intervention, reducing medical costs and reducing adverse effects. **Purposes:** *1. Remark about indication of hybrid intervention in multilevel peripheral arterial disease; 2. Evaluate the result of hybrid intervention in multilevel peripheral arterial disease.* **Patients and methods:** Retrospective descriptive series of multilevel PAD patients treated with one-stage hybrid revascularization at Vascular surgery department, Cho Ray Hospital from June - 2018 to June 2019. **Results:** 94,7% patients were male, frequent risk factor were high blood pressure (63.2%), smoking (26.3%) and diabetes (26.3%). 68.4% patients had leg ulcer and necrosis. Most of lesions were at TASC II C and D stage. 13/19 patients had all three segments lesions but none of them was treated for below the knee lesions. 73.7% patients were under local anesthesia. 73,7% under CFA endacterectomy and plasty, 36,8% embolectomy và 10,5% femoro-femoral bypass combined with endovascular revascularization of the others lesions.Average operating time was 193+ 34 minutes. Only 5,3% patients has perioperating complication.After 6 months, 89,6% patients had good results. **Conclusion:** Hybrid revascularization has few complication, improve patient's clinical symptom and ABI. Indication for hybrid revacularization include: CFA occlusion, ALI over PAD patients, iliac artery occlusion whom can't be revascularized combined with others lesions in the same limb. We usually use CFA endacterectomy, embolectomy by Fogarty catheter or Femoro-femoral bypass combined with angioplasty and stenting the others lesions. For multilevel lesions, aorto-iliac lesions and femoro-popliteal lesions were revascularized preferentially, below-knee lesions were neglated at first. ***Keywords:*** Hybrid intervention, multilevel peripheral arterial disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch ngoại vi (Peripheral arterial disease) được định nghĩa là bệnh lý hẹp, tắc ở động mạch nuôi chi dưới do xơ vữa[1]. Bệnh có thể gây ra bởi sự tắc hẹp ở nhiều nơi trên đường đi của động mạch nuôi chi dưới. Tổn thương động mạch chi dưới được chia làm 3 tầng theo giải phẫu: tầng chủ chậu (aortoiliac), tầng đùi khoeo (iliofemoral) và dưới gối (below-knee)[2]. Trên thực tế điều trị, chúng tôi nhận thấy ngày càng có nhiều các trường hợp có tổn thương nhiều tầng phối hợp: chủ chậu – đùi khoeo, đùi khoeo – dưới gối... Các tổn thương động mạch chi dưới nhiều tầng, nhiều vị trí xuất hiện đang là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Các phương pháp kinh điển như phẫu thuật đơn thuần hoặc can thiệp nội mạch đơn thuần trên toàn bộ các tổn thương không phải lúc nào cũng thực hiện được.

Đối với các tổn thương tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng, xu hướng trên thế giới hiện nay là áp dụng phối hợp phẫu thuật và can thiệp trên một bệnh nhân nhằm làm giảm độ khó của phẫu thuật/ can thiệp nội mạch, tận dụng tối đa các ưu điểm của phẫu thuật và can thiệp nội mạch, giảm chi phí y tế và giảm tác động có hại trên sức khỏe bệnh nhân.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy, số các bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng xuất hiện ngày càng nhiều, các ca bệnh phối hợp phẫu thuật và can thiệp ngày càng tăng. Việc đó chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong điều trị bệnh lý tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng" nhằm các mục tiêu sau:

1. Nhận xét về chỉ định áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng.

2. Đánh giá kết quả áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.4. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị BLĐMCDMT, có tổn thương động mạch từ 2 tầng phối hợp trở lên trong 3 tầng động mạch thuộc một chi dưới theo phân loại TASC II (tầng chủ chậu, tầng đùi khoeo và dưới gối) trên phim MSCTA, được điều trị tái lập lưu thông mạch máu bằng phương

pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong 1 thì tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp thiếu máu cấp tính.
- Các trường hợp BLĐMCDMT do viêm mạch: bệnh Buerger
- Các trường hợp có tiền sử can thiệp ĐM chi dưới trước đó.
- Các trường hợp không theo dõi được.
- Các trường hợp bộc lộ động mạch để tạo đường vào hoặc để lấy wire ra khỏi lòng động mạch.

2.5 Cách đánh giá kết quả điều trị: Đánh giá can thiệp thành công dựa trên kết quả dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh:

Ngay sau mổ: Bệnh nhân chân ấm, bớt đau. Trên hình ảnh sau can thiệp động mạch được can thiệp bắt thuốc tốt. ABI tăng trên 0.15 so với trước khi phẫu thuật.

Sau 3 tháng và 6 tháng: Lâm sàng cải thiện 1 độ theo bảng phân loại Fontaine. Siêu âm hoặc CT mạch đường kính mạch máu can thiệp hẹp dưới 30%. ABI tăng 0.15 so với trước khi phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Có 19 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

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

Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp

Tuổi	70.4 ± 10.4(54– 88)
Giới	Nam: 18 (94,7%) Nữ: 1 (5.3%)
Tăng huyết áp	12 (63.2%)
Hút thuốc lá	5 (26.3%)
Đái tháo đường	5 (26.3%)
Tai biến mạch máu não	1 (5.3%)
Suy tim	1 (5.3%)

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân là nam giới. 3 yếu tố nguy cơ chính là tăng huyết áp, hút thuốc lá và đái tháo đường.

3.2 Phân loại Fontaine:

Bảng 2. Phân loại theo Fontaine.

Giai đoạn Fontaine	N	%
Giai đoạn 2b: Đau cách hồi <200m	3	15.8
Giai đoạn 3: Đau khi nghỉ	3	15.8
Giai đoạn 4: Có vết loét, hoại tử	13	68.4
Tổng	**19**	**100.0**

3.3. Phân loại TASC II:

Bảng 3. Phân loại theo TASC II.

Giai đoạn	Tầng chủ chậu	Tầng đùi khoeo	Tầng dưới gối
TASC II A	3	0	3
TASC II B	0	2	2
TASC II C	8	8	1
TASC II D	6	9	9
Tổng	**17**	**19**	**15**

Phần lớn các bệnh nhân nhập viên do có loét phần mềm. Các tổn thương phần lớn thuộc giai đoạn TASC II C và D.

3.4 Tổn thương và can thiệp

Bảng 4. Tổn thương và can thiệp

		Tầng tổn thương			Tổng
		Chậu + đùi khoeo	Đùi khoeo + dưới gối	Cả 3 tầng	
Tầng Can thiệp	Chậu + đùi khoeo	4	0	9	13
	Đùi khoeo + dưới gối	0	2	0	2
	Tầng chậu	0	0	2	2
	Tầng đùi khoeo	0	0	2	2
Tổng		**4**	**2**	**13**	**19**

13/19 bệnh nhân có tổn thương ở cả 3 tầng nhưng không có bệnh nhân nào được tái thông tầng dưới gối.

3.5 Phương pháp vô cảm:

Bảng 5. Phương pháp vô cảm, can thiệp + phẫu thuật

	N	(%)
Mê nội khí quản	5	26.3
Gây tê tại chỗ	14	73.7
Tạo hình ĐM đùi chung	14	73.7
Lấy huyết khối	7	36.8
Cầu nối đùi-đùi	2	10.5
Nong bóng ĐM chậu	11	57.9
Nong bóng ĐM đùi khoeo	15	79
Nong bóng ĐM dưới gối	2	10.5
Đặt stent ĐM chậu	10	52.6
Đặt stent ĐM đùi	8	42.1

3.6. Thời gian nằm viện

Bảng 6. Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình
Thời gian mổ (phút)	193+34p (140-250)
Thời gian nằm viện (ngày)	19 ± 4 (11- 29)

Thời gian phẫu thuật trung bình cho các phẫu

thuật phối hợp với mổ mở là 193 phút

3.7. Biến chứng sau can thiệp

Bảng 7. Biến chứng sau can thiệp

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	0	0
Chảy máu	1	5.3
Hoại tử chi	0	0
Tử vong	0	0
Tổng	**1**	**5.3**

3.8. Kết quả can thiệp

Bảng 8. Chỉ số ABI trước và sau can thiệp

	Trước	Sau	P
ABI	0.21 ± 0.2	0.68 ± 0.133	P<0.05

ABI thay đổi rõ rệt sau can thiệp với sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Kết quả can thiệp

Kết quả	Thành công (%)	Thất bại (%)
Sau can thiệp (n=19)	18 (94.73%)	1 (5.27%)
3 tháng sau (n=19)	18 (94.73%)	1 (5.27%)
6 tháng sau (n= 19)	17 (89.6)	2 (10.4)

Về chỉ định điều trị: Đối với phẫu thuật nội mạch kết hợp với mổ mở trong điều trị bệnh lý động mạch chi dưới, các tác giả thống nhất các nhóm chỉ định sau[1]:

1. Đặt stent ĐM chậu và bóc nội mạc ĐM đùi chung một bên cho tổn thương ĐM chậu lan xuống ĐM đùi chung.

2. Đặt stent ĐM chậu một bên và bắc cầu mạch máu dưới bẹn cho tổn thương nhiều tầng cùng một chi, ĐM đùi chung còn tốt.

3. Bóc nội mạc ĐM đùi chung và can thiệp nội mạch các tổn thương phía dưới: Áp dụng tốt cho các tổn thương thiếu máu chi trầm trọng nhiều tầng mà vị trí tổn thương tầng cao nhất là ĐM đùi chung.

4. Đặt stent ĐM chậu và bắc cầu đùi đùi: Cho tổn thương ĐM chậu 2 bên mà một bên có tắc hoàn toàn mạn tính không thể tái thông bằng can thiệp, toàn trạng bệnh nhân không cho phép phẫu thuật làm cầu nối chủ đùi.

5. Can thiệp ĐM đùi nông và bắc cầu ngoại vi: Cho các tổn thương mạch máu đa tầng dưới ĐM đùi chung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các kỹ thuật được áp dụng là tạo hình động mạch đùi chung, lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty và cầu nối đùi - đùi phối hợp với can thiệp nội mạch các tổn thương khác.

Về vai trò tạo hình ĐM đùi chung: Với sự phát triển của can thiệp nội mạch, tổn thương động mạch đùi chung được can thiệp ngày càng nhiều. Tuy nhiên đối với các tổn thương vùng ĐM đùi chung, nong bóng và đặt stent cho kết quả khá hạn chế do tổn thương vùng này vôi hóa rất nặng, nong bóng đơn thuần ít hiệu quả, còn đặt stent thì nguy cơ làm tắc ĐM đùi sâu hoặc phải đặt stent qua khớp háng – vùng vận động gấp, duỗi, xoay – dễ dẫn đến tắc stent sau này[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp thường được áp dụng nhất là tạo hình ĐM đùi chung phối hợp với can thiệp động mạch chậu và động mạch đùi. Phương pháp tạo hình động mạch đùi chung cho phép xử lý được các tổn thương vùng ĐM đùi chung bằng cách bóc nội mạc và đặt miếng vá đồng thời tạo đường vào thuận lợi để can thiệp các tổn thương vùng chậu và đùi nông, dưới gối. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có tới 73,4% bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc kết hợp với kết hợp can thiệp nội mạch động mạch chậu hoặc động mạch đùi nông, động mạch dưới gối.

Về vai trò lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty trong thiếu máu chi trầm trọng CLI: Tắc mạch cấp hoặc bán cấp do huyết khối gây thiếu máu chi trầm trọng (CLI) trên nền bệnh động mạch ngoại vi có sẵn từ trước là tình trạng rất thường gặp. Cardon nhận thấy ở 110 trường hợp thiếu máu chi trầm trọng có tắc hoàn toàn ngã ba ĐM đùi chung thì 40% BN có huyết khối mới hình thành tại ĐM đùi nông [3]. Cơ chế là do dòng máu chảy chậm sau vị trí mạch bị hẹp và tắc sẽ khởi phát quá trình đông máu nội sinh và dẫn tới hình thành huyết khối sau vị trí tắc mạch. Khi hình thành huyết khối gây tắc mạch thì việc đi dây dẫn qua tổn thương là dễ dàng, tuy nhiên các biện pháp tạo hình lòng mạch như nong bóng và đặt stent không hiệu quả do huyết khối mềm. Trong điều kiện hiện tại các phương tiện hút huyết khối qua can thiệp có giá thành khá cao thì lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty vẫn là một biện pháp tái thông mạch đem lại hiệu qua cao ngay lập tức, giúp giảm thời gian và chi phí can thiệp. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 36.8% bệnh nhân được mở động mạch đùi lấy huyết khối kết hợp với can thiệp nội mạc ở tầng chậu hoặc tầng đùi khoeo.

Về vai trò của cầu nối đùi - đùi trong can thiệp phối hợp với mổ mở: Đối với các tổn thương vùng chậu, trước đây, theo khuyến cáo của TASC, với tổn thương TASC II A và B, việc

can thiệp nội mạch là ưu tiên hàng đầu, còn đối với tổn thương TASC II C và D nên ưu tiên phẫu thuật[4]. Với sự phát triển của kỹ thuật và phương tiện can thiệp nội mạch, phần lớn các tổn thương động mạch chậu, thậm chí các trường hợp tắc hoàn toàn động mạch chậu chung và chậu ngoài, đều có thể giải quyết được bằng can thiệp nội mạch. Tuy nhiên còn một số trường hợp tổn thương tắc hoàn toàn ĐM chậu, vôi hóa rất nặng, tái thông bằng can thiệp thất bại, còn mổ mở làm cầu nối chủ đùi hoặc chủ chậu thì toàn trạng bệnh nhân không cho phép. Khi đó kỹ thuật làm cầu nối đùi - đùi được thực hiện nhằm cải thiện dòng máu đến chi cần can thiệp. Cầu nối đùi đùi là phẫu thuật đơn giản, có thể thực hiện được với phương pháp vô cảm tê tại chỗ. Tuy nhiên tuổi thọ của cầu nối này không cao, nếu có biến chứng rất khó giải quyết nên hiện nay chỉ định của phương pháp này khá hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (10,5%) sử dụng phương pháp làm cầu nối đùi - đùi phối hợp với stent ĐM chậu bên đối diện.

Về vai trò của can thiệp nội mạch trong tái thông động mạch chi dưới:

- Đối với các tổn thương vùng chậu thì can thiệp nội mạch có thể xử lý hầu hết các trường hợp. Đặt stent cho kết quả tốt hơn là nong bóng đối với tổn thương vùng chậu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tới 52,6% số bệnh nhân được đặt stent ĐM chậu.

- Đối với tổn thương của ĐM đùi chung: ĐM này chịu động tác gập đùi, dạng, xoay trong và xoay ngoài của khớp háng, không thích hợp với việc đặt stent nên vai trò của can thiệp nội mạch đối với tổn thương động mạch đùi chung khá hạn chế.

- Với tổn thương của ĐM đùi nông: Can thiệp nội mạch có thể xử lý được hầu hết các trường hợp. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải làm cầu nối đùi khoeo mà tất cả các bệnh nhân được can thiệp, nong bóng và đặt stent ĐM đùi.

- Với tổn thương của ĐM khoeo, động tác gập gối không cho phép sự có mặt của stent do đó các biện pháp có thể áp dụng được cho xử trí hẹp tắc ĐM khoeo là nong bóng và phẫu thuật bắc cầu. Tổn thương hẹp tắc ngắn được khuyến nghị nong bóng và tổn thương dài được khuyến nghị phẫu thuật bắc cầu nối ngoại biên.

- Tổn thương động mạch dưới gối: Trong các bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng, tổn thương tầng dưới gối thường phức tạp nhất và khó can thiệp nhất. Tuổi thọ của cầu nối ngoại vi (distal bypass) dù tốt nhưng kỹ thuật tiến hành khó, phải sử dụng TM tự thân mới có kết quả tốt, cần thời gian phẫu thuật kéo dài để lấy TM tự thân. Ưu điểm của can thiệp nội mạch với tổn thương mạch dưới gối là ít xâm lấn, có thể làm đi làm lại nhiều lần. Tuy nhiên can thiệp thường khó khăn, kết quả còn khá hạn chế do tổn thương dài, vôi hóa nặng, lòng mạch nhỏ, chưa có stent phù hợp với các tổn thương động mạch dưới gối. Do đó trong các tổn thương đa tầng, các phẫu thuật viên thường có xu hướng chỉ tái thông mạch để đảm bảo dòng máu đến (tái thông tầng chủ chậu và đùi khoeo) mà bỏ qua các tổn thương tầng dưới gối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 15/19 bệnh nhân có tổn thương dưới gối nhưng chỉ có 2/15 bệnh nhân được tái thông tổn thương dưới gối bằng can thiệp. Không có bệnh nhân nào được làm cầu nối ngoại vi phối hợp với can thiệp các mạch máu phía trung tâm.

Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp: Các tai biến đều có thể kiểm soát được hoàn toàn trong quá trình tiến hành kỹ thuật. Hiệu quả cải thiện tưới máu chi cao: ABI tăng rõ rệt từ 0,21 lên 0,68 ($p < 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng, được chỉ định cho các BN có tổn thương đa tầng của BĐMCD trong đó có tổn thương ĐM đùi chung hoặc tổn thương ở tầng chậu hoặc tầng đùi do huyết khối trên nền bệnh lý động mạch mãn tính, hoặc tổn thương tầng chậu không thể tái thông bằng can thiệp.

Chỉ định cho các trường hợp có tổn thương ĐM đùi chung, có tắc mạch cấp trên nền bệnh lý ĐM mãn tính hoặc có tổn thương ĐM chậu không thể tái lập lưu thông mạch máu bằng can thiệp phối hợp với tổn thương tắc, hẹp các vị trí động mạch khác cùng chi thể .Phương pháp được sử dụng là tạo hình động mạch đùi chung hoặc lấy huyết khối bằng ống thông Fogarty hoặc làm cầu nối đùi - đùi phối hợp với can thiệp nội mạch các tổn thương phối hợp.

Đối với các tổn thương động mạch chi dưới đa tầng, tầng động mạch chủ chậu và đùi khoeo thường được ưu tiên tái thông, tầng động mạch dưới gối thường không được can thiệp tái thông thì đầu.

Phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch ít biến chứng, đã cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng với kết quả tốt sau 6 tháng chiếm tới 89,6%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huynh, T.T. and C.F. Bechara, 2013**. Hybrid interventions in limb salvage. Methodist Debakey Cardiovasc J, 9(2): p. 90-4.
2. **Jung, H.J., et al., 2018.** Simultaneous Hybrid Operation Common Femoral Endarterectomy and Endovascular Treatment in Multilevel Peripheral Arterial Disease with Critical Limb Ischemia. Indian J Surg, 80(2): p. 140-145.
3. **Cardon, A., et al., 2001**. [Endarteriectomy of the femoral tripod: long-term results and analysis of failure factors]. Ann Chir, 126(8): p. 777-82.
4. **Norgren, L., et al., 2007**. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg, 45 Suppl S: p. S5-67.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐÁP ỨNG CỦA HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TRÊN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC, IV

Nguyễn Thị Mai Lương[1], Bùi Vinh Quang[1], Vũ Hồng Thăng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và yếu tố liên quan đáp ứng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC, IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 52 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC, IV được điều trị bằng Paclitaxel- Carboplatin từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2022 tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ sau 3 chu kỳ là 92,3%, sau 6 chu kỳ là 79,3%. Tỉ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIC và IV lần lượt là 91,9% và 66,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,036. Tỉ lệ đáp ứng với liều điều trị > 90% và 85 - 90% liều chuẩn lần lượt là 90,9% và 50%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,014. Tỉ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân không tràn dịch màng phổi và có tràn dịch lần lượt là 91,1% và 42,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,007. Tỷ lệ đáp ứng giữa các nhóm về tuổi, chỉ số PS, đều có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm BN có giai đoạn sớm hơn, điều trị đủ liều, không tràn dịch màng phổi đáp ứng cao hơn. Các yếu tố chỉ số PS, nhóm tuổi, tràn dịch ổ bụng cho tỷ lệ đáp ứng khác biệt tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO THE RESPONSE OF PACLITAXEL – CARBOPLATIN IN OVARIAN CARCINOMA WITH STAGE IIIC, IV

Objectives: To evaluate the response and factors related to the response of Paclitaxel - Carboplatin regimen in patients with stage IIIC, IV ovarian carcinoma. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective description of 52 patients with stage IIIC, IV ovarian carcinoma treated with Paclitaxel-Carboplatin from 4/2016 to 4/2022 at Hanoi Oncology Hospital . **Results:** The response rate of the regimen after 3 cycles was 92.3%, after 6 cycles was 79.3%. The response rate of stage IIIC and IV patients was 91.9% and 66.7%, respectively, this difference was statistically significant with p = 0.036. Response rates with therapeutic doses > 90% and 85 - 90% of standard doses are 90.9% and 50%, respectively, this difference is statistically significant with p = 0.014. The response rate of patients without pleural effusion and with effusion was 91.1% and 42.9%, respectively, this difference was statistically significant with p = 0.007. Response rates in age groups, PS index, are different but not statistically significant. **Conclusion:** The response rate in the group of patients with earlier stage, full dose treatment, no response pleural effusion is higher. The factors of PS index, age group, and peritoneal effusion gave different response rates but were not statistically significant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ. Về mô bệnh học, 80-90% là loại biểu mô, 5-10% là ung thư tế bào mầm và khoảng 5% ung thư có nguồn gốc mô đệm. Hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) nguyên nhân do buồng trứng là cơ quan nằm ở sâu trong tiểu khung và các triệu chứng của bệnh thường mơ hồ, dễ nhầm với các bệnh nội khoa khác [1].

Điều trị chuẩn của ung thư buồng trứng là

[1]*Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Lương
Email: bsnguyenmailuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022
Ngày duyệt bài: 29.7.2022