

pháp tập thở còn lại. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, mặc dù liệu pháp tập thở chúm môi và liệu pháp tập thở thổi bóng có nguyên lý thực hiện khá tương tự nhau, nhưng kết quả nghiên cứu lại cho thấy liệu pháp tập thổi bóng lại có tỷ lệ đối tượng nghiên cứu tuân thủ cao hơn. Điều này có thể được giải thích là do ở liệu pháp tập thổi thổi bóng người bệnh có thể luyện tập ở cả 2 tư thế là ngồi tập và nằm tập, trong khi ở liệu pháp tập thở chúm môi người bệnh cần phải thực hiện ở tư thế ngồi. Bởi vậy, người bệnh có xu hướng thực hiện luyện tập thổi bóng nhiều hơn, tuân thủ hướng dẫn tốt hơn để đạt được kết quả điều trị tốt nhất. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả đã cho thấy tỷ lệ cao người bệnh thực hiện liệu pháp tập thổi bóng trong điều trị chấn thương ngực [5]. Theo Aswegen H van: Các bài tập chức năng và các bài tập thở sâu có tính chất giảm đau do vậy can thiệp vật lý trị liệu là một phần chăm sóc và điều trị bệnh nhân chấn thương ngực làm giảm tỷ lệ xẹp phổi, viêm phổi... và rút ngắn thời gian nằm viện. Bên cạnh đó, việc tuân thủ điều trị, chi phí điều trị, tỉ lệ sống sau chấn thương, và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng cần được quan tâm. [3].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã phản ánh thực trạng việc triển khai và thực hiện liệu pháp tập thở với bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi. Liệu pháp tập thở có vai trò chính trong thực hiện các bước của lý liệu pháp hô hấp, đòi hỏi phải được thực hiện thường xuyên, liên tục,

tăng dần theo sự dung nạp của bệnh nhân để đạt được kết quả điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Ước (2006)**, Khám chấn thương – vết thương ngực, Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.90-102.
2. **Fishman AP. (1996)**, The chest physician and physiatrist: perspectives on the scientific basis of pulmonary rehabilitation and related research. In: Bach JR, ed. Pulmonary rehabilitation: the obstructive and paralytic conditions. Philadelphia: Hanley & Belfus,1-1.
3. **Aswegen H van (2020)**. Physiotherapy management of patients with trunk trauma: A state-of-the-art review. S Afr J Physiother.76(1),1406: 1 – 8
4. **Vũ Thùy Linh (2010)**, Nhận xét quy trình chăm sóc dẫn lưu khoang màng phổi trên bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại khoa phẫu thuật Tim mạch- Lồng ngực bệnh viện hữu nghị Việt Đức Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Vân (2016)**. Nhận xét tình hình thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân chấn thương, vết thương ngực tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Luận văn tốt nghiệp cử nhân y khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Vân (2013)**, Đánh giá kết quả chương trình phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân dày dính màng phổi sau phẫu thuật bóc vỏ màng phổi, Luận Văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Alfred F. Connors; Willy E Hammon (1980)**, Chest Physical Therapy: The immediate effect on oxygenation in acutely III patients. In: Chest Physical Therapy. Chest J, 78: 559-564.
8. **Aswegen H van, Reeve J, Beach L, Parker R, Olsèn MF (2020)**. Physiotherapy management of patients with major chest trauma: Results from a global survey. Trauma. 2020;22(2): 133-141.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐẠT GIÁ ĐỠ TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU MẠN TÍNH TỔN THƯƠNG TASC II A, B

Lê Đức Tín*, Phạm Minh Ảnh*, Đỗ Kim Quế**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn đạt giá đờ trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính tổn thương TASC II A, B. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu có 90 bệnh nhân, can thiệp được 110 chi, nam chiếm 90%, tuổi trung bình 68,6 ±

10,3. Can thiệp chậu chung chiếm 44,4%, chậu ngoài chiếm 37,8%; chậu chung và chậu ngoài phối hợp có 17,8% trường hợp. Can thiệp hai chi 21,1%, tầng chậu đơn thuần 45,6%, phối hợp các tầng dưới chậu là 54,4% trường hợp. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ± 3,1 ngày. Thời gian can thiệp trung bình 147,9 ± 56,4 phút. Biến chứng chung có 4%, trong đó tắc mạch 2,2%, nhồi máu cơ tim 1,1 %, cắt cụt 2,2% mẫu nghiên cứu. Kết quả thành công về mặt kỹ thuật chiếm 100%, thành công về mặt lâm sàng ở giai đoạn trung hạn là 85,1%. **Kết luận:** Phương pháp đặt giá đờ nội mạch điều trị tắc động mạch chậu mạn tính tổn thương TASC II A, B là ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh. Kết quả theo dõi trung hạn đạt tỷ lệ thành

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

***Bệnh viện Thống Nhất*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021

công cao.

Từ khóa: tắc động mạch chậu mạn tính, đặt giá đỡ nội mạch, TASC II A, B.

SUMMARY

EVALUATION OF STENT PLACEMENT THERAPY THE RESULT IN CHRONIC ILIAC ARTERY OCCLUSION

Objective: To evaluate the results of stent placement therapy in chronic iliac arterial occlusion. **Methods:** Retrospective descriptive series of cases. **Results:** The sample of 90 patients with 110 limbs had intervened. We had counted 90 % male rates, average ages $68,6 \pm 10,3$. Common iliac arteries had accounted for 44,4 %, External iliac arteries performed by 37,8%, another arteries combination got 17,8%. Endovascular intervention conducted in both legs accounted for 21,1%. Endovascular intervention iliac arteries accounted for 45,6%, another arteries combination accounted for 54,4% sample. The time of hospitalization average was $4,8 \pm 3,1$ days. The procedure times had $147,9 \pm 56,4$ minutes. General complications got 4% sample in thrombosis arteries had got into 2,2%, myocardial infarction 1,1%, and amputation 2,2% in our research. The results were technical success was 100%, mid-term of respectively 85,1%. **Conclusions:** The intervention endovascular therapy of chronic arterial occlusion of the lower extremity less invasive method which is safe, effective, fewer complications, shorter hospital stays, faster recovery. Results of mid-term achieve a high success rate.

Key words: stent replacement, chronic artery occlusion, TASC II A, B.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch mạn tính chi dưới là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm nên khi bệnh nhân đến khám và điều trị thường ở giai đoạn muộn. Theo thống kê, Châu Âu và Bắc Mỹ có khoảng 27 triệu người bị mắc bệnh này. Tại Mỹ, theo nghiên cứu của John W. York và Spence M. Taylor [1], mỗi năm có hơn 10 triệu người mắc bệnh tắc động mạch chi dưới, trong đó bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 14,5%, có trên 100.000 bệnh nhân cần phải điều trị tái lưu thông mạch máu, trong đó cắt cụt chi chiếm từ 1 đến 7% tất cả các trường hợp. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Việt Nam, tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới tăng đáng kể từ 1,7% (năm 2003) lên đến 3,4% (năm 2007) [2].

Theo phân loại tổn thương TASC II đối với tầng chủ – chậu, can thiệp nội mạch là phương pháp ưu tiên chọn lựa điều trị tổn thương TASC II A, B. Tuy nhiên, trong quá trình thực hành chúng tôi nhận thấy chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá kết quả đặt giá đỡ trong điều trị tổn thương tầng động mạch chậu TASC II A, B. Đó là lý do để chúng tôi tiến hành nghiên cứu về phương pháp đặt giá đỡ trong tắc động

mạch chậu TASC II A, B. Và câu hỏi mà chúng tôi đặt ra là: kết quả của đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu tổn thương TASC II A, B như thế nào?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 06 năm 2020.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tất cả những trường hợp có bệnh tắc động mạch chậu tổn thương TASC II A, B điều trị bằng phương pháp can thiệp tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

- Nếu có tổn thương tầng dưới tầng chậu: phải được can thiệp tái thông đảm bảo:

+ Lâm sàng cải thiện với Rutherford > 1 độ sau can thiệp.

+ ABI đạt > 0.75 sau can thiệp

+ Siêu âm: đường kính lòng mạch sau can thiệp không hẹp tồn lưu > 50% hoặc tắc.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân tắc động mạch chậu mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật Hybrid: phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch.

- Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính do viêm, bệnh tự miễn như Takayasu.

- Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính phải cắt cụt chi.

- Bệnh tắc động mạch chậu mạn tính không triệu chứng.

Đánh giá kết quả can thiệp:

Đánh giá kết quả can thiệp: nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp, phân độ Rutherford, ABI, TASC II, phương pháp vô cảm, đường vào, loại bóng và giá đỡ.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: đường kính lòng mạch sau can thiệp hẹp tồn lưu < 30%, không có bóc tách, vỡ mạch và tụ máu sau nong bóng, không xoắn vặn hoặc gấp gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi.

- Đánh giá các biến chứng can thiệp: tắc mạch, thủng ĐM can thiệp, tụ máu đường vào, suy thận cấp, cắt cụt chi, giả phình đường vào, nhồi máu cơ tim và tử vong.

Đánh giá kết quả trung hạn: từ sau 12 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về lâm sàng:
- Thành công về lâm sàng khi: khi kết quả lâm sàng đạt mức cải thiện rõ rệt, cải thiện vừa phải, cải thiện ít theo tiêu chuẩn của SVS/ISCVS [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 90 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp:

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

	N (%)
Tuổi	68,6 ±10,3 (47- 94)
Giới:Nam (%)/Nữ (%)	81 (90) / 9 (10)
Hút thuốc lá	66 (73,3)
Tăng huyết áp	47 (52,2)
Đái tháo đường	26 (28,9)
RLCH lipid máu	37 (41,1)
Bệnh động mạch cảnh	32 (35,6)
Bệnh mạch vành	4 (4,4)
Nhồi máu cơ tim	2 (2,2)
Tai biến mạch máu não	13 (14,4)
Suy thận mạn	2 (2,2)
Suy tim	1 (1,1)

Phân loại Rutherford:

Bảng 2. Phân loại theo Rutherford.

Giai đoạn	Độ	N (%) trước	N (%) sau
0	0	0 (0)	13 (14,9)
I	1	0 (0)	43 (49,4)
	2	3 (3,3)	22 (25,3)
	3	43 (47,8)	9 (10,3)
II	4	7 (7,8)	0 (0,0)
III	5	28 (31,1)	0 (0,0)
IV	6	9 (10,0)	0 (0,0)
Tổng		90 (100)	87 (100)

Phân loại TASC II:

Bảng 3: Phân loại theo TASC II.

Giai đoạn	N (%)
A	32 (35,6)
B	58 (64,4)
Tổng	90 (100)

Chỉ số ABI trước và sau can thiệp:

Bảng 5. Chỉ số ABI trước và sau can thiệp

	Trước	Sau	P
ABI	0.3 ± 0.2	0.8 ± 0.2	P<0,001

Phương pháp vô cảm

Bảng 6. Phương pháp vô cảm

Phương pháp	N	(%)
Mê nội khí quản	10	11,1
Gây tê tủy sống	0	0
Gây tê tại chỗ	80	88,9
Tổng	90	100,0

Đường vào can thiệp:

Bảng 7: Đường vào can thiệp

Biến số	N	(%)
Bẹn cùng bên	45	50
Bẹn đối bên	32	35,6
Tử tay xuống	11	12,2
Tử khoeo lên	2	2,2
Tổng	90	100,0

Số chi can thiệp

Bảng 8. Chi can thiệp

Chi can thiệp	N	(%)
1 chi	70	77,8
2 chi	20	22,2
Tổng	90	100,0

Tầng can thiệp

Bảng 9. Tầng can thiệp

Tầng can thiệp	N	(%)
Tầng chậu đơn thuần	41	45,6
Tầng chậu + đùi khoeo	47	52,2
Chậu đùi khoeo + dưới gối	2	2,2
Tổng	90	100,0

Vị trí sang thương tầng chậu:

Bảng 10. Vị trí sang thương

	N	(%)
Chậu chung	40	44,4
Chậu ngoài	34	37,8
Cả hai	16	17,8
Tổng	90	100

Phương pháp can thiệp nội mạch

Bảng 11. Phương pháp can thiệp

Biến số	Nong bóng N (%)	Đặt giá đỡ N (%)
Chi can thiệp	0 (0,0)	90 (100,0)
Tầng dưới ĐM chậu	11 (12,2)	38 (42,2)

Thời gian nằm viện

Bảng 12: Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình
Thời gian can thiệp (phút)	147,9 ± 56,4 (40- 310)
Thời gian nằm viện (ngày)	4,8 ± 3,1 (2- 25)

Biến chứng sau can thiệp

Bảng 13: Biến chứng sau can thiệp

Biến số	N	(%)
Tắc mạch	1	1,1
Thủng	0	0
Tụ máu	0	0
Giả phình	0	0
Suy thận cấp	0	0
Cắt cụt	2	2,2
Nhồi máu cơ tim	1	1,1
Tử vong	0	0
Tổng	4	4,4

Kết quả can thiệp

Bảng 14. Tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật

	(N=90) (%)	Giá trị p
Đánh giá kết quả		0,67
Thành công	87 (96,6)	
Thất bại	3 (3,3)	

Kết quả trung hạn:**Bảng 15. Tỷ lệ thành công, thất bại về lâm sàng.**

	(N=81) (%)	Giá trị p
Đánh giá kết quả		>0,99
Thành công	73 (90,1)	
Thất bại	8 (9,9)	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Mẫu chúng tôi ghi nhận hút thuốc lá có 66 trường hợp (73,3%), rối loạn chuyển hóa lipid máu có 37 trường hợp (41,1%). Theo các tài liệu khác [4], [5], hút thuốc lá và rối loạn chuyển hóa lipid máu trở thành yếu tố thúc đẩy quá trình bệnh lý thành mạch máu, làm tăng độ nặng của bệnh và ảnh hưởng không nhỏ đến bệnh tắc động mạch mạn tính chi dưới.

Triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện là đau, chiếm 54,8% với biểu hiện lâm sàng đau cách hồi, ghi nhận hầu hết các trường hợp có phân độ 4,5,6 theo Rutherford, chiếm tới 48,9%. Trong đó, có 37 trường hợp, chiếm 41,1% mẫu nghiên cứu có biểu hiện loét hoặc hoại tử chi. Trong mẫu nghiên cứu, ghi nhận sang thương TASC II A và B chiếm lần lượt 35,6% và 64,4%. Qua đây, chúng tôi nhận thấy dù biểu hiện lâm sàng mức độ nặng nhưng không tương xứng với phân độ TASC II. Vì phân độ TASC II là của tầng chậu, còn hiệu quả của tưới máu chi còn phụ thuộc đầu xa, tưới máu mô của bàn chân nên biểu hiện lâm sàng còn phụ thuộc tầng đùi khoeo và dưới gối. Do đó, lý giải phép thông kê cho thấy không có mối tương quan giữa biểu hiện lâm sàng và TASC II tầng chậu đơn thuần. Tuy nhiên, khi có vấn đề ở thượng nguồn cung cấp, cụ thể là tầng chậu, nếu được tái thông cũng phần nào giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Điều này lý giải chỉ số ABI trước mổ và sau mổ có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ chiếm 88,9% (80 trường hợp). Đây là ưu điểm của phương pháp can thiệp nội mạch. Sau can thiệp, bệnh nhân hồi phục nhanh và tránh được biến chứng của gây mê. Điều này rất nặng nề trên những bệnh nhân lớn tuổi, bệnh phổi hợp như tăng huyết áp (chiếm 52,2%), đái tháo đường (chiếm 28,9%/), bệnh động mạch cảnh (chiếm 35,6%) kèm theo trong mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, có 10 trường hợp, chiếm 11,1% mẫu nghiên

cứ sử dụng gây mê nội khí quản. Nhóm gây mê nội khí quản xảy ra trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh phổi hợp hoặc bệnh nhân tiền lượng phải can thiệp kéo dài do tổn thương tầng dưới chậu phổi hợp.

Phương pháp can thiệp: Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công về kỹ thuật chiếm 96,6% mẫu nghiên cứu. Vị trí đường vào cũng được chúng tôi tiến hành rất đa dạng, mục đích nhằm thuận lợi để tiếp cận sang thương hiệu quả, dễ dàng. Chúng tôi nhận thấy quyết định chọn đường vào rất quan trọng, giúp chúng ta hướng dây dẫn qua sang thương nhanh nhất có thể. Tuy nhiên, trong những trường hợp khó khăn, có khi chúng tôi phải tiến hành cùng lúc tiếp cận nhiều vị trí để can thiệp sang thương. Hầu hết chúng tôi sử dụng ben cùng bên chân can thiệp, chiếm 50%. Ngoài ra, sử dụng vị trí ben đối bên chiếm 35,6%, từ tay xuống chiếm 12,2% mẫu nghiên cứu. Và hơn nữa, chúng tôi nhận thấy kinh nghiệm sử dụng dụng cụ, đặc biệt là loại dây dẫn nào phù hợp để đi qua sang thương vôi hóa, tắc hoặc hẹp, cũng như vào lại lòng mạch máu chủ là hết sức quan trọng. Chúng tôi thường tiến hành đi dây dẫn 0.035 đi dưới nội mạc từ động mạch đùi chung đến gần với ngã ba chủ chậu, có hỗ trợ của catheter kèm theo. Sau đó, chúng tôi chuyển sang loại dây dẫn cỡ nhỏ, 0.014 hoặc 0.018 mà có đầu dây dẫn cứng, đủ lực để phá thủng lớp nội mạc vào lại lòng động mạch. Như vậy, sẽ giúp giảm tổn thương lớp nội mạc, đặc biệt là động mạch chủ bụng, đồng thời hướng đường đi đúng với giải phẫu mà không cao hơn so với chỗ chi ngã ba chủ chậu. Chúng tôi nhận thấy sang thương tầng chậu dạng vôi hóa. Với sang thương vôi hóa mà hẹp thường rải rác dọc chiều dài của động mạch chậu, còn những sang thương vôi hóa gây tắc thường tại chậu gốc hoặc đoạn cuối chậu chung, nơi tiếp giáp với chậu ngoài và chậu trong. Và hình ảnh học trên phim CTA có những lúc cũng rất khác xa với hình ảnh chụp mạch máu trong lúc can thiệp, nhiều khi tắc rất nặng nhưng trên phim vẫn còn hiện mạch máu và vôi hóa. Trong một số trường hợp, do vôi hóa rất nặng gây tắc toàn bộ, hình ảnh CTA chỉ là hình ảnh tái hiện vôi hóa của mạch máu chứ không phải lòng thật. Do đó, cần chú ý xem các phim lát cắt ngang qua từ trên xuống dưới hoặc sử dụng phần mềm phân tích để xử lý các hình ảnh vôi hóa này. Có một số trường hợp, sang thương do huyết khối trên nền xơ vữa. Những trường hợp này, đi dây dẫn trong lòng thật khá dễ dàng.

Tất cả tầng chậu chân ưu tiên can thiệp,

chúng tôi đều tiến hành đặt giá đỡ can thiệp. Tuy nhiên, tầng chậu chân đối bên có 12 trường hợp (trong tổng số 20 trường hợp) là đặt giá đỡ nội mạch, còn 8 trường hợp là nong bóng đơn thuần. Như vậy, chúng tôi tiến hành đặt giá đỡ hai bên chậu cùng lúc (kissing stent) chiếm 13,3% mẫu nghiên cứu. Tầng dưới chậu chân ưu tiên can thiệp được 49 trường hợp, trong đó 11 trường hợp nong bóng đơn thuần và đặt giá đỡ chiếm 38 trường hợp. Qua đây, chúng tôi nhận thấy vấn đề thương tổn của mạch máu chi thường là cả một hệ thống chung của mạch máu chi dưới, chứ ít khi đơn thuần là sang thương tầng chậu. Do đó, vấn đề đặt ra khi giải quyết những trường hợp có loét là hết sức khó khăn. Vì cần cấp máu tưới sang thương nên can thiệp phải triệt để, phải hiệu quả chứ không vết loét không lành. Thời gian can thiệp trung bình là 148 phút, thời gian nằm viện trung bình 05 ngày.

Biến chứng can thiệp: chúng tôi ghi nhận có 04 trường hợp chiếm tỷ lệ 4,4%, gồm tắc mạch, thủng mạch máu gây tụ máu, suy thận cấp, nhồi máu cơ tim.

Trường hợp thứ 1 xảy ra trên bệnh nhân tắc động mạch chậu chung phải, đường vào cùng bên tổn thương. Sau can thiệp khoảng 3 tiếng, ghi nhận tình trạng chân tím, lạnh và giảm vận động cảm giác, mạch khoeo, mu chày phải không bắt được và siêu âm ghi nhận huyết khối đùi khoeo phải. Tiến hành mở động mạch đùi phải, dùng forgarty lấy huyết khối đùi chung, nông và sâu phải. Sau đó tình trạng chân bệnh nhân có cải thiện rõ. Trường hợp thứ 2 xảy ra sau can thiệp chân phải cải thiện tốt hơn các triệu chứng so với trước mổ. Nhưng theo dõi sau 03 ngày, chân can thiệp đột ngột tím, lạnh và mất vận động, cảm giác. Siêu âm ghi nhận tắc không hoàn toàn ĐM đùi khoeo và dưới gối do huyết khối. Tiến hành thám sát không giữ được chân, cắt cụt 1/3 giữa đùi phải.

Qua 2 trường hợp trên, chúng tôi cần rút kinh nghiệm trong các kỹ thuật chọc kim, đặt dụng cụ và các thao tác thật nhẹ nhàng, tránh làm thô bạo có thể dẫn đến bong tróc mảng xơ vữa gây tắc đầu xa. Bên cạnh đó, liều dùng heparin cũng cần tính toán sao cho phù hợp để tránh huyết khối ngay vị trí đặt dụng cụ đường vào.

Trường hợp thứ 3 xảy ra trên bệnh nhân loét, hoại tử bàn ngón I chân trái, có hẹp động mạch chậu chung trái với phân độ TASC II A kèm hẹp động mạch đùi nông trái. Tiền sử bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường và suy thận mạn giai đoạn cuối. Bệnh nhân được đặt giá đỡ nội mạch động mạch chậu chung trái, đùi nông trái kèm

tháo bàn ngón I. Hậu phẫu bệnh nhân được chẩn đoán NMCT thành trước killip II, được điều trị nội khoa kèm căng bàn chân tím, lạnh được cắt cụt 1/3 giữa đùi trái. Bệnh xuất viện sau gần 30 ngày điều trị. Trường hợp thứ 4 xảy ra trên bệnh nhân có đau khi nghỉ chân phải, mạch đùi, khoeo và chày trước, sau chân phải không bắt được. CTA ghi nhận tắc động mạch chậu ngoài phải kèm tắc động mạch đùi nông phải đoạn giữa. Bệnh nhân được can thiệp đặt giá đỡ động mạch chậu phải, đùi nông phải. Chụp kiểm tra sau can thiệp, ghi nhận huyết khối gây tắc cấp động mạch đùi chung, sâu chân phải. Bệnh nhân được tiến hành mở động mạch đùi lấy huyết khối. Chụp kiểm tra thông tốt hệ mạch máu chân phải sau lấy, hậu phẫu chân phải hết đau nhức. Bệnh nhân xuất viện sau 12 ngày điều trị.

Qua đây chúng tôi nhận thấy vấn đề theo dõi hậu phẫu các biến chứng can thiệp đóng vai trò quan trọng. Việc đánh giá tình trạng tưới máu chân sau can thiệp bằng thăm khám lâm sàng, đo SpO₂ và siêu âm nhằm phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng của can thiệp nội mạch. Bên cạnh đó, điều trị ổn định các bệnh phổi hợp giúp cho bệnh nhân có kết quả điều trị tốt đẹp hơn sau can thiệp.

Đánh giá kết quả: Tỷ lệ thành công về lâm sàng giai đoạn trung hạn chiếm 90,1% mẫu nghiên cứu. Thành công trong nghiên cứu chúng tôi tương đương với các tác giả khác. Tác giả Klein và cộng sự (2006), đánh giá kết quả lâu dài của đặt giá đỡ trong nghiên cứu DIST (N=179), ghi nhận tỷ lệ thành công về lâm sàng ở giai đoạn trung hạn của nhóm đặt giá đỡ lần lượt chiếm 78% [6]. Tác giả AbuRahma và cộng sự (2007), ghi nhận tỷ lệ thành công về lâm sàng trung hạn (N= 149) của nhóm đặt giá đỡ chiếm 95% mẫu nghiên cứu [7]. Hầu hết các hướng dẫn khuyến can thiệp nội mạch là lựa chọn đầu tiên cho tổn thương ĐM chậu, kể cả phức tạp và tổn thương dài [8]. Tuy nhiên, không có bằng chứng thuyết phục nào cho thấy đặt giá đỡ ngay từ lần can thiệp đầu tiên trong những tổn thương hẹp đoạn ngắn ĐM chậu tốt hơn nong bóng nhưng tắc ĐM chậu chung thì thường đặt giá đỡ. BE thì thuận lợi hơn SE trong những trường hợp tắc động mạch chậu có vôi hóa nặng và lệch tâm. Chỉ định đặt giá đỡ phục hồi lưu thông trong tổn thương ĐM chậu nong bóng không đạt (hẹp tồn lưu >30% hoặc bóc tách). Lượng máu cung cấp cho đầu xa cũng không kém phần quan trọng so với lưu thông dòng máu qua chỗ tái thông tầng chậu sau can thiệp. Chính điều này cũng tạo nên một sự đánh giá chưa

hoàn toàn chính xác kết quả của can thiệp tầng ĐM chậu. Sự ảnh hưởng huyết động học do tổn thương tầng dưới ĐM chậu tạo nên sự rối loạn dòng chảy tầng ĐM chậu, về lâu dài dẫn đến hẹp hoặc tắc nghẽn tầng ĐM chậu.

Hơn nữa, trong giai đoạn trung hạn, các yếu tố khác cũng góp phần làm kết quả trung hạn xấu đi như rối loạn mỡ máu, hút thuốc lá, đái tháo đường [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân được kiểm tra siêu âm, đo ABI, có thể phổi hợp chụp CTA khi tái khám mỗi tháng. Tất cả cũng nhằm đánh giá mức độ tái thông tầng ĐM chậu sau can thiệp cũng như tưới máu tầng dưới ĐM chậu kèm theo. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng được xét nghiệm máu, siêu âm tim, siêu âm mạch máu cảnh khi cần thiết để đánh giá các yếu tố nguy cơ và bệnh phổi hợp của bệnh nhân. Toa thuốc chúng tôi luôn có thuốc điều trị tắc động mạch, thuốc kháng tiểu cầu, có thể kèm mỡ máu và thuốc chống loét dạ dày. Nếu có các bệnh lý về tim, về nội tiết hoặc các chuyên khoa khác chúng tôi luôn cho bệnh nhân đi khám chuyên khoa và dặn bệnh nhân uống thuốc phối hợp giữa các chuyên khoa chu đáo.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp đặt giá đỡ nội mạch đơn thuần đã thành công khi tái tưới máu chi dưới đạt kết quả cao, với tỷ lệ thành công về kỹ thuật và trung hạn chiếm lần lượt 96,6% và 90,1% mẫu nghiên cứu. Kết quả bước đầu đem lại khả quan về hướng can thiệp đơn thuần bằng phương pháp đặt giá đỡ nội mạch với những tổn thương chủ yếu là TASC II A,B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Taylor M Spence, John W. York (2010), "Lower Extremity Arterial Disease: Decision Making and Medical Treatment", Rutherford's Vascular Surgery, 7 ed., 2, Chap 104, pp.1593 - 1612.
2. Nguyễn Lâm Việt, Phạm Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng (2010), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt nam trong thời gian 2003-2007". Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 52, tr. 11-17.
3. Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, Jones DN (1997), "Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version". J Vasc Surg, 26, pp.517-538.
4. Hirsch AT C. M., Treat-Jacobson D, Regensteiner J, Creager M, Olin J, et al. (2001), "The PARTNERS program: A national survey of peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment", Vol 286(11), pp.1317-1324.
5. Jakobs TF W. B., Becker CR (2004), "MDCT-imaging of peripheral arterial disease", Semin Ultrasound CT MR 2004, Vol 25(2), pp.145-155.
6. Klein WM, van der Graaf Y, Seegers J, Spithoven JH, Buskens E, van Baal JG, Buth J, Moll FL, Overtom TT, van Sambeek MR, Mali WP (2006), "Dutch Iliac Stent Trial: long-term results in patients randomized for primary or selective stent placement", Radiology, 238: 734-744.
7. AbuRahma AF, Hayes JD, Flaherty SK, Peery W. (2007), "Primary iliac stenting versus transluminal angioplasty with selective stenting". J Vasc Surg. ;46(5):pp.965-970.
8. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. (2007), "TASC II, Working Group. Inter-society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)". Eur J Vasc Endovasc Surg; 33 Suppl 1: S1-75.
9. Kudo T, Chandra FA, Ahn SS (2005) "Long-term outcomes and predictors of iliac angioplasty with selective stenting", J Vasc Surg, 42(3): pp.466-75.

THẤU HIỂU BẢN THÂN Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Trần Thị Thu Hà*, Nguyễn Văn Tuấn*, Nguyễn Hoàng Yến*,
Đoàn Thị Huệ*, Nguyễn Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Thấu hiểu bản thân là một trong những triệu chứng phổ biến của tâm thần phân liệt. Thấu hiểu bản thân là một khái niệm đa chiều phức tạp, gồm có khả năng nhận thức về bản chất của bệnh, các triệu chứng của bệnh, nguồn gốc của bệnh, sự cần thiết điều trị và

các hậu quả xã hội của chúng. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "đặc điểm lâm sàng thấu hiểu bản thân ở người bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid" với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng thấu hiểu bản thân ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid". Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 69 người bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 - 4/2021. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 52,2%, tuổi trung bình 31,81±11,877. Điểm thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E là 13,25 ± 5,779, điểm ba thành phần thấu hiểu bản thân: thấu hiểu rối loạn tâm

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hà

Email: Tran_thuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021