ISSN : 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;27(2):110-117
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.14

Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa tắc động mạch chi dưới cấp tính

Đồng Đức Hưng[1,*], Phan Văn Báu[2]

[1]Bệnh viện Nhân Dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy huyết khối do tắc động mạch chi dưới cấp tính về: lâm sàng, phương pháp điều trị, kết quả và các yếu tố nguy cơ đoạn chi.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 38 ca từ tháng 12/2020 – 12/2022 tại bệnh viện Nhân Dân 115.

Kết quả: 38 ca, tuổi trung bình: 68 ± 16. Thời gian từ lúc thuyên tắc đến khi mổ: 8,67 ± 3,77 giờ. Vị trí thường gặp ở tầng đùi khoeo: 64,8%. Bệnh lý đi kèm huyết khối cấp: xơ vữa động mạch, tiểu đường týp 2, cao huyết áp, rung nhĩ. Kết quả tốt sau mổ: 30 ca (78,9%), tỉ lệ cắt cụt chi: 10,5%.

Kết luận: Mở lòng động mạch đùi lấy huyết khối cấp ở chi dưới là phương pháp điều trị tốt có tỉ lệ thành công: 78,9%. Triệu chứng: tê dị cảm kèm yếu liệt chân dự báo nguy cơ cắt cụt. Nên lấy huyết khối sớm <6-8 giờ sẽ cứu sống chi dưới.

Từ khóa: tắc động mạch chi dưới; phẫu thuật lấy huyết khối

Abstract

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT ON PATIENTS WITH ACUTE ARTERIAL OCCLUSION OF LOWER LIMBS

Dong Duc Hung, Phan Van Bau

Objectives: Evaluate the results of embolectomy due to acute lower limb arterial occlusion on: clinical, treatment methods, outcome and risk factors leading to embolism and limb amputation.

Methods: Retrospective study, 38 cases from 12/2020 – 12/2022 at People's Hospital 155.

Results: 38 cases were included, with the average age of 68 ± 16 years. Time from embolization to surgery was 8.67 ± 3.77 hours. Embolism occurred mostly at the femoral-popliteal level. Morbidity of thrombosis were atherosclerosis, type

Ngày nhận bài: 13-06-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 03-07-2024 / Ngày đăng bài: 05-07-2024
*Tác giả liên hệ: Đồng Đức Hưng. Bệnh viện Nhân Dân 115, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: bshungngoailn@yahoo.com.
© 2024 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

2 diabetes, high blood pressure, atrial fibrillation. 30 cases exhibited good outcomes (78.9%) and the amputation rate was 10.5%.

Conclusion: Femoral artery embolectomy was the main treatment method with a success rate of 78.9%. Symptoms of paranesthesia and limb weakness indicated limb amputation. Embolectomy in under 6-8 hours from embolism onset is recommended.

Keywords: lower limb artery occlusion; embolectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch chi dưới cấp được xác định là tình trạng giảm đột ngột lượng máu nuôi dẫn tới đe dọa khả năng sống của chi. Tỉ lệ được ghi nhận khoảng 5 - 10% các trường hợp xảy ra trên nền bệnh lý tim mạch, đái tháo đường [1,2]. Nếu không xử lý sẽ phải cắt cụt chi. Phẫu thuật lấy huyết khối bằng Fogarty là một trong các phương pháp lưu thông mạch máu loại bỏ cục máu đông trong bệnh cảnh thuyên tắc hoặc huyết khối hình thành ở các đoạn động mạch vùng chi dưới trong thời gian ngắn [2,3]. Mặc dù vậy, tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng, cắt cụt chi còn khá cao tùy theo nhiều tác giả [2].

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lấy huyết khối bằng Forgaty trong cấp cứu tái thông lòng mạch, các yếu tố nguy cơ và tỉ lệ cắt cụt chi sau mổ.

2. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch chi dưới cấp tính do huyết khối tại bệnh viện Nhân Dân 115 thời gian từ 12/2020 – 12/2022.

2.1.1. Tiêu chí chọn

Bệnh nhân được phẫu thuật mở lòng mạch lấy huyết khối bằng Fogarty.

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc mạch bằng chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp can thiệp số xóa nền.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại

Hồ sơ nghiên cứu không hoàn chỉnh, tắc động mạch chi dưới cấp do chấn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp hồi cứu mô tả loạt ca theo dõi dọc.

2.2.2. Phương pháp thực hiện

Lâm sàng bệnh nhân có tắc động mạch chi dưới cấp được siêu âm mạch máu và chụp CT mạch chi xác định sẽ chỉ định mổ. Bộc lộ và mở lòng động mạch, dùng Fogarty kéo huyết khối 2 đầu gần và xa, lòng mạch bơm rửa bằng dung dịch Heparin pha loãng, khâu phục hồi mạch máu với các mũi chỉ không tan. Khả năng cứu sống chi là tiêu chí chính, tính bằng tỉ lệ không bị cắt cụt. Ngoài ra còn khảo sát các yếu tố nguy cơ, thời gian chi bị thiếu máu, vị trí thường thuyên tắc mạch.

2.2.3. Biến số phân tích

Gồm các biến đặc điểm chung (tuổi, giới); tổn thương mạch máu (vị trí, chiều dài, tầng mạch máu chậu đùi hoặc đùi cẳng chân); phương pháp chẩn đoán, cách phẫu thuật; thời gian trung bình bị thuyên tắc mạch, tình trạng thiếu máu chi.

Kết quả sau mổ:

- Tốt: khi chân người bệnh ấm, siêu âm tái thông mạch máu, vận động đi lại được, xuất viện;

- Trung bình: chân ấm, đi lại được, siêu âm có hẹp và ít huyết khối đoạn xa; Kém: phải cắt cụt chi, tử vong.

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Các yếu tố phân tích gồm: giới, phương pháp mổ, vị trí tắc hẹp, kết quả điều trị.

Các biến số được mô tả bằng tần số hoặc tỉ lệ %.

Biến liên tục gồm chiều dài vị trí tắc hẹp, tuổi, thời gian tắc mạch tính từ lúc bệnh nhân bị đau chân đột ngột.

Đánh giá mối tương quan giữa: thời điểm tái thông mạch máu với tỉ lệ cắt cụt chi, tình trạng suy thận do hủy cơ vân.

Kiểm Mann-Whitney so sánh giá trị trung bình giữa 2 biến số định lượng.

Kiểm student hoặc Fisher để đánh giá mối tương quan giữa 2 biến.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm và đặc điểm lâm sàng

38 bệnh nhân được ghi nhận theo tiêu chí chọn bệnh tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong khoảng thời gian hồi cứu. Độ tuổi thường gặp >65 tuổi, nhỏ nhất 53 tuổi, lớn nhất 84 tuổi, trung bình 68,3 ± 16. Tỉ lệ nam/nữ = 1,7 lần.

Thời gian tắc mạch được xác định là thời gian bắt đầu từ lúc bệnh nhân phát hiện đau chân đột ngột, mất mạch trên lâm sàng và/hoặc siêu âm ghi nhận tắc mạch cấp đến khi bệnh nhân được phẫu thuật.

Có 38 bệnh nhân nhập viện được phẫu thuật. 2 trường hợp có mạch khi khám bệnh được nhưng xác định thuyên tắc huyết khối trên siêu âm và chụp CT mạch chi. Một số bệnh nhân bị tắc động mạch cả 2 chân và tắc ở nhiều vị trí trên hình chụp CT scan mạch chi hoặc chụp mạch can thiệp số xóa nền. Vị trí tắc động mạch chi dưới nhiều nhất ở tầng đùi khoeo, tầng chậu và dưới gối. Có 18 ca bị tắc kết hợp nhiều vị trí.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung	Nam	Nữ	Tổng	Giá trị
Tuổi trung bình (±độ lệch chuẩn)	65,13 ± 17,173	73,93 ± 14,767	68,3 ± 16	p=0,118*(Mann-Whitney test)
Thời gian tắc mạch trung bình (giờ±độ lệch chuẩn)	8,73 ± 3,24	9,21 ± 5,15	8,67 ± 3,77	
Đặc điểm tổn thương	Phải	Trái	Chung	
Tầng chậu	6	3	9(17,6%)	
Tầng đùi khoeo	18	15	33(64,8%)	
Tầng dưới gối	4	5	9(17,6%)	
Tổng	38 (100%)			
Triệu chứng		Nam	Nữ	p (giữa 2 giới) T-Test
Mất mạch chi	94,7% (36)	(22)	(14)	p = 0,315*
Đau chi	97,4% (37)	(23)	(14)	p = 0,641*
Lạnh chi	60,5% (23)	(14)	(9)	p = 0,242*
Tê/Dị cảm	68,4% (26)	(17)	(9)	p = 0,567*
Yếu/Liệt	42,1% (16)	(9)	(7)	p = 0,416*

3.2. Yếu tố nguy cơ và kết quả phẫu thuật

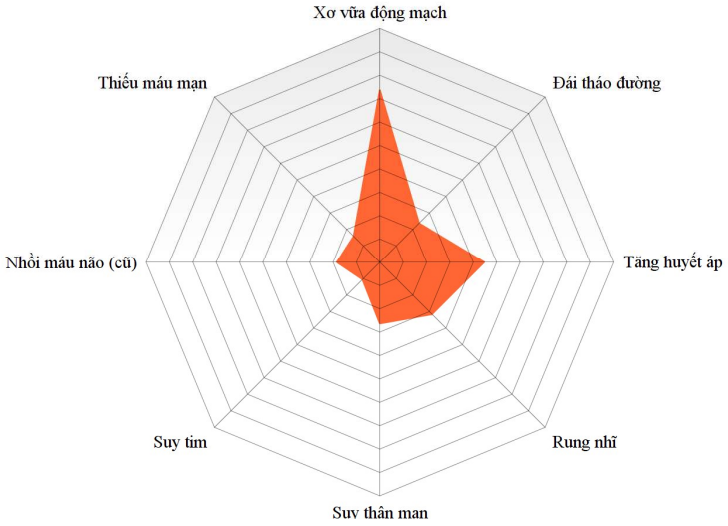
Bệnh lý đi kèm thường gặp của tắc động mạch chi dưới cấp là xơ vữa động mạch và cao huyết áp. Các bệnh lý hiếm gặp hơn như suy tim, rung nhĩ, nhồi máu não cũ (Hình 1).

Ngoại trừ 20 trường hợp tắc động mạch cấp chưa phát hiện xơ vữa, trên lâm sàng và siêu âm mạch máu phát hiện được 18 trường hợp (47%) tắc động mạch cấp trên nền mãn tính xơ vữa động mạch chi dưới (Bảng 2).

Vị trí mở động mạch đùi để lấy huyết khối chiếm tỉ lệ cao nhất, tỉ lệ phẫu thuật lấy huyết khối có kết quả sau mổ tốt: 78,9%. 4 trường hợp phải đoạn chi thì hai sau khi phẫu thuật lấy huyết khối do tình trạng cơ hoại tử không hồi phục khi

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.14

tái thông đặc biệt ở bệnh nhân (BN) có triệu chứng lâm sàng: tê, dị cảm + yếu liệt.



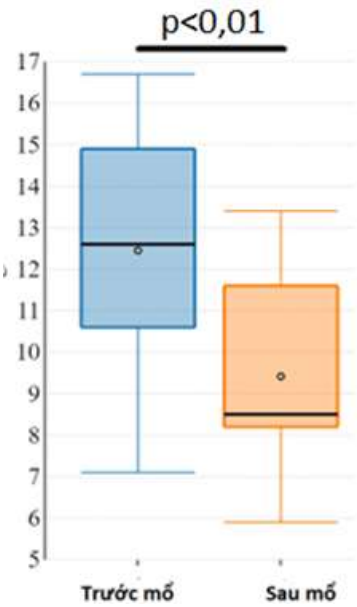
Hình 1. Yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Kết quả điều trị

Vị trí phẫu thuật	38 BN	Tỷ lệ %	Giá trị
Mở động mạch đùi	30	78,9%	
Mở động mạch khoeo	5	13%	
Mở động mạch chày trước và sau	3	7,8%	
Phân độ Rutherford			
I & IIA	33	86,8%	
IIB & III	5	13,1%	
Kết quả sau mổ (38 ca)			
Tốt	30	78,9%	
Trung bình	4	10,5%	
Xấu	4	10,5%	
Tỉ lệ đặc điểm lâm sàng từng nhóm	Số ca đoạn chi (thì 2)		Fisher's Extra test
Tê/ Dị Cảm (n=26)	1 (3,80%, n= 26)		p = 0,658
Yếu/Liệt (n=16)	3 (18,7%, n =16)		p = 0,632
Tê/Dị cảm + Yếu/Liệt (n=38)	4 (10,5%, n =38)		p = 0,038

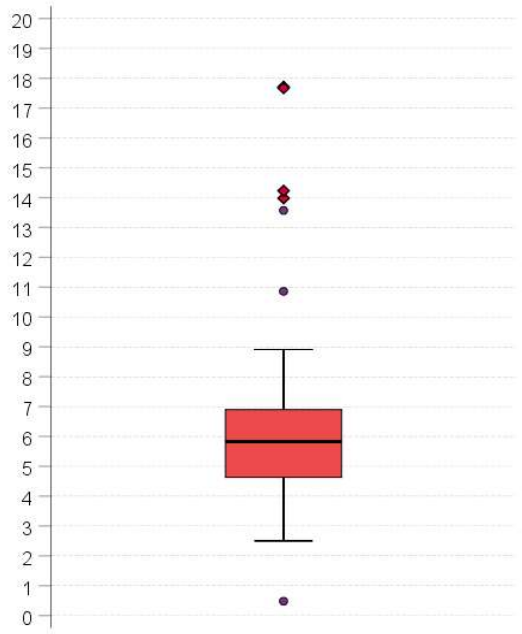
Phân độ Rutherford mức độ I & IIA có tiên lượng bảo tồn chi nếu điều trị kịp thời, độ IIB & III cần tái thông mạch máu cấp cứu hoặc cắt cụt vì hoại tử

Chiều dài động mạch bị tắc đo trước mổ khi chụp mạch chi trung bình: 12,7cm. Sau khi mổ, có 4 ca vẫn còn huyết khối với chiều dài đoạn tắc: 8,1cm không bị cắt cụt chi do đáp ứng điều trị kháng đông. Sau khi tái thông lòng mạch các trường hợp khác đều có kết quả tốt sau mổ (Hình 2).



Hình 2. Chiều dài trung bình động mạch bị tắc được đo trước và sau mổ

Thời gian điều trị sau can thiệp ngoại khoa trung bình: 6,76 ± 3,92 ngày. 6 trường hợp đặc biệt: 1 trường hợp bệnh nhân mổ ổn định sau 1 ngày xin xuất viện, 4 trường hợp còn lại phải đoạn chi thì hai sau mổ, nên thời gian điều trị bị kéo dài và 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết thương (Hình 3).



Hình 3. Số ngày nằm viện

Bảng 3. Ảnh hưởng của bệnh lý nền đến đoạn chi

Bệnh lý đi kèm	OR (95%CI)	P value
Đái tháo đường	6,75 (0,92 - 49,67)	p=0,07
Suy thận mạn	2,08 (0,29 – 14,77)	p=0,59
Tăng huyết áp	0,27 (0,03 – 2,64)	p=0,35
Thiếu máu	4,84 (0,61 – 38,39)	p=0,17

Hệ số tương quan của bệnh lý nền kèm theo sau phẫu thuật không liên quan có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tắc động mạch chi dưới cấp tính thường xuyên gặp ở bệnh nhân lớn tuổi đặc biệt >65 tuổi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Trong hơn hai thập kỷ qua, đã có nhiều bằng chứng cho thấy nguy cơ những bệnh nhân lớn tuổi có xu hướng bị thuyên tắc động mạch chi dưới cấp tính do huyết khối nhiều hơn ở những bệnh nhân nam giới >60 tuổi, có hút thuốc là >1 gói/ ngày [4]. Hệ thống mạch máu tổn thương bao gồm các tầng mạch máu chi dưới và có thể ảnh hưởng đến mạng mạch máu não, mạch vành và mạch máu tạng [3]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả về độ tuổi và các yếu tố giới tính.

4.2. Đặc diểm lâm sàng và đặc điểm tổn thương

Thời gian khởi phát đau và dấu hiệu tê lạnh chi dự báo khả năng cung cấp máu cho chi dưới bị hạn chế dẫn đến hoại tử nếu không được tái tưới máu. Trong nghiên cứu, mất mạch gần như là đặc điểm chính khi khám lâm sàng. Có 2 trường hợp mặc dù có ghi nhận mạch bẹn nhưng siêu âm mạch máu phát hiện huyết khối tắc đoạn 1/3 dưới động mạch đùi. Triệu chứng yếu hoặc liệt sau khi bị đau tê được xem là dự báo nặng trong trường hợp chi thiếu máu kéo dài, có khả năng không thể phục hồi do phần cơ nuôi dưỡng bị hoại tử. Đặc biệt đối với những bệnh nhân bị tắc mạch cấp tính trên nền tắc mạch mạn tính do xơ vữa. Biện pháp duy nhất là phải đoạn chi nếu như trên lâm sàng phẫu thuật viên nhận thấy không còn khả năng tái thông lòng mạch để bảo tồn chi, vì các độc chất thoái giáng của cơ vân sẽ lan tràn vào trong hệ tuần hoàn làm toan chuyển hóa và tắc ống thận cấp tính gây nhiễm độc toàn thân [5]. Điều này tùy thuộc vào nhóm cơ có khả năng chịu đựng với sự thiếu máu hoặc tình trạng thiếu máu mãn có diễn ra trước đó [6,7]. Theo y văn, khả năng chống chịu thiếu máu của nhóm cơ bụng chân chịu đựng kém hơn các cơ vùng xương chày, khoang sau cẳng chân chịu thiếu máu nuôi kém hơn vùng khoang trước vì cấu trúc giải phẫu, trọng lực của cơ thể hayvi tuần hoàn nuôi dưỡng vùng cơ chi dưới [6]. Đôi lúc triệu chứng đau tê chi dưới rất mơ hồ, người bệnh chủ quan không chịu nhập viện và tự dùng thuốc giảm đau trước đó.

Vị trí tắc động mạch ảnh hưởng rất lớn đến sự cấp máu cho vùng chi dưới được nuôi dưỡng. Tầng chậu đùi hay tầng đùi khoeo chính là mạch máu chính nuôi vùng cẳng chân. Thời gian khởi phát thiếu máu nuôi cấp tùy thuộc vào huyết khối thuyên tắc đột ngột của động mạch đùi chung hay động mạch đùi nông và dộng mạch khoeo. Tình trạng thiếu máu cấp trong nhóm bệnh nghiên cứu diễn ra nhẹ hơn nhưng nguy kịch hơn ở động mạch tầng chậu hoặc tầng dưới gối trên nhóm bệnh nhân bị huyết khối cấp tính trên nền xơ vữa tắc động mạch mãn. Có lẽ do các nhánh bàng hệ của vùng chậu từ các nhánh động mạch chậu trong hay các nhánh của động mạch sinh dục tạo những vòng nối hoặc tương tự ở các vòng nối vùng cẳng chân [6]. Tái thông mạch máu có nhiều phương pháp, tuy nhiên mở động mạch lấy huyết khối tại chỗ được xem là đơn giản hơn so với can thiệp nội mạch vì không cần những trang thiết bị hiện đại mà cơ sở y tế nào cũng có điều kiện thực hiện [7]. Khoảng 65% bệnh nhân của chúng tôi bị tắc mạch cấp ở tầng đùi – khoeo. Ở tầng chậu

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.14

và dưới gối chiếm tỉ lệ thấp hơn không đồng nghĩa với diễn tiến thiếu máu nuôi chi nhẹ hơn.

Theo Đoàn Quốc Hưng nhận định, vị trí thuyên tắc ở tầng đùi khoeo gây nên đặc điểm lâm sàng để bệnh nhân đến khám và điều trị vì dấu hiệu đau kèm tê chân cấp tính [3]. Về vị trí huyết khối động mạch, khi so sánh giữa 2 bên chân phải và trái so với nghiên cứu Kempe K kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy không khác biệt vị trí cũng như khu vực phân tầng huyết khối [6].

4.3. Phương tiện chẩn đoán

Cho đến nay, chụp mạch máu bằng can thiệp số xóa nền và can thiệp nội mạch tuy tốn kém vẫn là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tắc mạch về vị trí, chiều dài đoạn tắc – hẹp và mạng tuần hoàn bàng hệ kèm theo đối với vùng mạch máu bị tắc nghẽn bên cạnh chụp CT mạch chi [8]. Chúng tôi có 38 bệnh nhân trong đó có 29 bệnh nhân được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới và 9 bệnh nhân được chụp can thiệp mạch máu số xóa nền đều xác định được vị trí – chiều dài – sự tuần hoàn của mạng mạch máu chi dưới, được đánh giá kiểm tra lại sau khí phẫu thuật 3 ngày bằng chụp vi tính mạch chi.

4.4. Về phương pháp điều trị

Tổn thương tắc nghẽn động mạch thường xảy ra ở vị trí đùi khoeo nên rất thuận lợi cho mở lòng động mạch đùi để lấy huyết khối. Thông thường đối với vết rạch da từ 3 – 6cm nếp bẹn cho phép bộc lộ động mạch đùi chung – nông và sâu. Huyết khối hay thành lập tại các chỗ chia đôi do vận tốc dòng máu bị thay đổi và do kháng lực của lòng mạch. Mở lòng mạch tại ngã ba động mạch đùi chung dùng ống thông lòng mạch (Forgaty) kéo huyết khối bị thuyên tắc ở các đầu xa của các nhánh mạch máu và có thể bơm rửa bằng dung dịch Heparin pha loãng [4]. Theo Kloomp HM, huyết khối hay kéo dài đến đoạn xa của động mạch đùi nông [9], hiếm khi huyết khối hình thành ở các nhánh của động mạch đùi sâu vì vị tri giải phẫu động mạch đùi sâu nằm ở phía sau và có xu hướng vòng lên trên, nên hiếm khi huyết khối trôi đến đoạn xa của động mạch đùi sâu. Bên cạnh đó thời gian tái thông lòng mạch, theo dõi thời gian thromboplastin khi dùng Heparin sau mổ đúng cách là yếu tố thành công để cứu chi dưới không bị hoại tử [10]. Tầng chậu – đùi – khoeo nên dùng dụng cụ thông mạch (Forgaty) số 4 hoặc 5. Động mạch chày sau cấp máu cho hầu hết cơ khoang sau cẳng chân như bụng chân, cơ dép nên khá quan trọng thường dùng ống cỡ số 3. Dụng cụ Forgaty ngoài mục tiêu lấy huyết khối lòng động mạch còn nong khẩu kính lòng mạch máu làm dãn rộng lòng mạch thuận lợi cho sự lưu thông và rất thuận tiện khâu thành mạch khi phẫu thuật. Mũi khâu rời bằng chỉ không tan với phương pháp lộn nội mạc ra ngoài giúp tránh huyết khối tái lập sau mổ đồng thời tránh hẹp lòng động mạch. Ở vị trí tầng dưới gối, hợp lý nhất vẫn là mở lòng động mạch khoeo ngay ngã ba thám sát lòng mạch, đường mổ có thể đi từ phía sau trực tiếp hay từ mặt trong.

4.5. Về kết quả

Cần phải nhắc lại thời gian phẫu thuật tái thông lòng mạch, bệnh nhân được tái thông lòng mạch <6 giờ được xem là lý tưởng đối với những bệnh nhân bị tắc động mạch chi dưới cấp tính. Theo nhiều tác giả, thời gian cho phép tái thông động mạch để cơ vân không bị hoại tử <6 – 8 giờ sau khi thiếu máu nuôi cấp tính [3,11**Error! Reference source not found.**]. Thực tế có những trường hợp ghi nhận thời gian tái thông mạch máu có thể kéo dài đến tận 12 giờ [11]. Thời gian bệnh nhân của chúng tôi khởi phát do tắc mạch cấp đến khi phẫu thuật trung bình là 8,67 giờ, tuy nhiên trong quá trình can thiệp lấy huyết khối, chúng tôi đã áp dụng các phương pháp điều trị theo dõi tích cực, đánh giá tình trạng toan hóa máu, tăng kali máu đồng thời kiểm tra chức năng thận nghiêm ngặt để phòng ngừa suy thận do hủy cơ vân sau khi thiếu máu nuôi với mục tiêu cứu được chân cho người bệnh. Tỉ lệ cứu sống được chi của chúng tôi: 78,9%, có 4 trường hợp sau mổ có huyết khối ở đoạn xa nhưng không bị cắt cụt chi.Tỉ lệ cắt cụt sau mổ 10,5% thuộc nhóm bệnh nhân có thời gian thiếu máu nuôi chi từ 11 – 12 giờ và có bệnh lý tắc mạch cấp trên nền mãn do xơ vữa kèm đái tháo đường thuộc phân độ IIB hoặc III của Rutherford.

Chiều dài động mạch bị huyết khối đo được trên chụp mạch chi được khảo sát trước và sau phẫu thuật để so sánh. Trước phẫu thuật chiều dài đoạn mạch máu bị tắc huyết khối có kích thước trung bình 12,7 cm. Sau phẫu thuật lấy huyết khối ngoại trừ những trường hợp bị đoạn chi sau mổ, có 4 bệnh nhân bị huyết khối còn tồn tại với chiều dài trung bình 8,1cm thường ở đoạn đoạn xa như nhánh động mạch chày trước, chày sau hoặc động mạch mác. Tuy vậy trên lâm sàng

tình trạng chân bệnh nhân có cải thiện rất nhiều so với trước khi mổ, bệnh nhân bớt đau chân, chi ấm, vận động được.

4.6. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến đoạn chi

Klomp HM ghi nhận 120 ca tắc động mạch chi dưới cấp tính có mối liên quan giữa tình trạng đoạn chi sau phẫu thuật lấy huyết khối có các bệnh lý nền như đái tháo đường (HR=1,03; p=0,97) [9], tăng huyết áp (HR=0,98; p=0,86), rung nhĩ (HR=2,48; p <0,05), suy tim (HR=2,2; p <0,05). Bên cạnh đó Ljungman C cũng nhận xét có mối liên hệ ở những bệnh nhân bị cắt cụt chi với các bệnh nhân bị suy thận (OR=1,1;0,6 – 1,8) [10], thiếu máu mạn (OR=2,1; 0,9 – 4,9), nhồi máu não cũ (OR=1,4; 0,8 – 2,2) khi khảo sát trên 165 bệnh nhân bị đoạn chi sau can thiệp lấy huyết khối bằng Fogarty ở nghiên cứu gộp đa trung tâm. Những yếu tố khác như: thuốc lá, nghiện rượu, tiểu đường, tăng huyết áp là những nguyên nhân được chứng minh có liên quan đến cắt cụt chi sau mổ lấy huyết khối [12].

Số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 38 trường hợp. Do số lượng chưa nhiều, sau khi mổ tự xin xuất viện về với lý do cá nhân. Khi đánh giá nguy cơ cắt cụt chi, các yếu tố kèm: đái tháo đường typ 2, xơ vữa động mạch, thiếu máu là những bệnh cảnh xuất hiện trong bệnh lý tắc động mạch chi dưới cấp tính vì giá trị p >0,05 nên các mối tương quan nêu trên chưa đủ thuyết phục. Những bệnh cảnh đi kèm khả năng là các yếu tố tiên lượng đoạn chi và cần giải thích trước mổ [12].

5. KẾT LUẬN

Can thiệp phẫu thuật mở lòng động mạch lấy huyết khối bằng ống Forgaty trong điều trị bệnh tắc động mạch chi dưới cấp tính là phương pháp chính để tái thông lòng mạch nhằm hạn chế tối đa việc cắt cụt chi do thiếu máu nuôi. Qua nghiên cứu, những bệnh nhân >65 tuổi, phát hiện đau chân đột ngột; cần lưu ý tắc động mạch chi dưới cấp tính. Vị trí thường gặp ở tầng đùi khoeo (84,8%). Các đặc điểm: đái tháo đường, xơ vữa động mạch, cao huyết áp là những yếu tố nguy cơ. Nếu điều trị hiệu quả, kết quả tốt tỉ lệ cứu được chân: 78,9%, mạch máu chân tái thông hoàn toàn. Những dấu hiệu tê, dị cảm, yếu liệt chi trên bệnh cảnh tắc động mạch chi dưới cấp trên nền mãn tính mức độ Rutherford: IIB, III dự hậu xấu phải cắt cụt chi.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Đồng Đức Hưng

https://orcid.org/0009-0004-3060-5550

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Đồng Đức Hưng.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Đồng Đức Hưng.

Thu thập dữ liệu: Đồng Đức Hưng.

Giám sát nghiên cứu: Đồng Đức Hưng.

Nhập dữ liệu: Đồng Đức Hưng.

Quản lý dữ liệu: Đồng Đức Hưng.

Phân tích dữ liệu: Đồng Đức Hưng.

Viết bản thảo đầu tiên: Đồng Đức Hưng, Phan Văn Báu.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Đồng Đức Hưng, Phan Văn Báu.

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, số 381/HĐĐĐ-TĐHYKPNT, ngày 05/11/2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Albrechtsson U, Einarsson E, Tylén U. Complications secondary to thrombectomy with the Fogarty balloon catheter. Cardiovasc Intervent Radiol. 1981;4(1):14-16.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.14

2. McNally MM, Univers J. Acute Limb Ischemia. Surg Clin North Am. 2018 Oct;98(5):1081-1096.

3. Đoàn Quốc Hưng (2017). Kết quả và một số yếu tố ảnh hưởng trong điều trị thiếu máu chi cấp tính do tắc mạch tại Bệnh viện Việt Đức. Tim mạch học Việt Nam. 2017;78:6-11.

4. Wolosker N, Kuzniec S, Gaudêncio A, Salles LR, Rosoky R, Aun R, et al. Arterial embolectomy in lower limbs. Sao Paulo Med J. 1996 Jul-Aug;114(4):1226-1230.

5. Bérczi Á, Nguyen DT, Sarkadi H, Nyárádi BB, Beneda P, Szőnyi Á, et al. Amputation and mortality rates of patients undergoing upper or lower limb surgical embolectomy and their predictors. PLoS One. 2022 Dec 15;17(12):e0279095.

6. Kempe K, Starr B, Stafford JM, Islam A, Mooney A, Lagergren E, et al. Results of surgical management of acute thromboembolic lower extremity ischemia. J Vasc Surg. 2014 Sep;60(3):702-707.

7. Olinic DM, Stanek A, Tătaru DA, Homorodean C, Olinic M. Acute Limb Ischemia: An Update on Diagnosis and Management. J Clin Med. 2019 Aug 14;8(8):1215.

8. Cho SB, Choi HC, Lee SM, Na JB, Park MJ, Shin HS, et al. Combined treatment (image-guided thrombectomy and endovascular therapy with open femoral access) for acute lower limb ischemia: Clinical efficacy and outcomes. PLoS One. 2019 Nov 15;14(11):e0225136.

9. Klomp HM, Steyerberg EW, Wittens CH, van Urk H, Habbema JD; ESES study group. A prognostic model for amputation in critical lower limb ischemia. Vasc Med. 2009 May;14(2):109-115.

10. Ljungman C, Adami HO, Bergqvist D, Sparen P, Bergström R. Risk factors for early lower limb loss after embolectomy for acute arterial occlusion: a population-based case-control study. Br J Surg. 1991 Dec;78(12):1482-1485.

11. Siddique A, Imtiaz N, Pervaiz HK, Ali K, Ahmad R; Fazal-e Haider. Outcome Of Embolectomy In Patients Presenting Late With Acute Limb Ischemia. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2020 Apr-Jun;32(2):263-265.

12. Fowkes FG, Housley E, Riemersma RA, Macintyre CC, Cawood EH, Prescott RJ, et al. Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. Am J Epidemiol. 1992 Feb 15;135(4):331-340.