

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THIỂU MÁU CẤP TÍNH CHI DƯỚI DO THUYỀN TẮC ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phan Văn Thành*, Đoàn Quốc Hưng**

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 109 bệnh nhân (BN) với 141 chi thiếu máu được mổ từ 1/2014 đến 12/2016. Tuổi trung bình 63 ± 13.4 ; nam 59,6%; 36,7% bệnh nhân có rung nhĩ, 43,1% hẹp hai lá, 2,8% Osler, 10,1% có tiền sử thuyên tắc ĐM chi dưới. Thời gian thiếu máu chi trung bình 83 ± 78.3 h; 76,1% BN đến muộn sau 24h. Trong 141 chi, 87 BN (61,7%) mổ lấy HK đơn thuần, 38 BN (27%) kèm mở cân, 1 BN (0,7%) kèm bắc cầu ĐM; 15 BN cắt cụt thì đầu (10,6%, đều thuộc nhóm đến sau 24h). Kết quả: bảo tồn chi 111/141 (78,7%), cắt cụt 23/141 (16,3%), 4 BN nặng xin về. Tỷ lệ bảo tồn chi cao hơn ở nhóm bị hẹp hai lá (93,7% với 73,2%; $p = 0.002$), nhóm đến sớm trước 24h (97,3% với 77,3%; $p = 0.006$). Mổ lấy HK là phương pháp điều trị chủ đạo Hẹp hai lá vẫn chiếm tỉ lệ đáng kể. Đa số BN đến viện muộn, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

SUMMARY

Retrospective descriptive study on 109 patients with 141 limbs undergone surgery from 1/2014 to 12/2016. The mean age was 63 ± 13.4 , male 59.6%; 36.7% had atrial fibrillation, 43.1% mitral stenosis, 2.8% Osler, 10.1% with a history of acute ischemia in lower limb due to arterial embolism. The hospitalized time over 24h presented in 76.1% pts. For 141 limbs, 87 (61.7%) undergone embolectomy alone, 38 (27%) combined with fasciotomy, 1 (0.7%) combined with arterial bypass, 15 pts with primary amputation (10.6%, all belongs to late admission'group). Limb salvage 111/141 (78.7%), amputation 23/141 (16.3%), 4 severe

patients stopped treatment to back home. The limb salvage's ratio was higher in group with mitral stenosis (93.7% vs 73.2%; $p=0,002$), those hospitalized before 24h (97.3% vs 77.3%; $p=0,006$). Embolectomy was the main method Mitral stenosis was still significant prevalent. Most patients were hospitalized late resulting the bad outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu cấp tính chi chỉ tình trạng một phần hay toàn bộ chi không được cấp máu đầy đủ do bệnh lí ĐM với thời gian xuất hiện triệu chứng dưới 2 tuần [1]. TMCT chi có xu hướng tăng, theo báo cáo của bệnh viện Henry Ford, giai đoạn 1950-1960 là 23.1/100000 dân số, đến giai đoạn 1960-1979 là 50.4/100000. Năm 1999, theo Dormandy là 14/100000 người 1 năm và chiếm đến 10-16% số trường hợp bệnh về mạch máu. Trong đó TMCT chi dưới chiếm tỉ lệ chủ yếu và tiên lượng xấu hơn [2]. Ngoài chấn thương, vết thương ĐM thì TMCT chi dưới chủ yếu do 2 nguyên nhân là thuyên tắc ĐM (Embolism) và huyết khối cấp (Acute Thrombosis). Thuyên tắc ĐM do vật tắc từ tuần hoàn thượng lưu trôi xuống gây tắc lòng mạch, biểu hiện lâm sàng thường cấp tính hơn cũng như đòi hỏi xử lí nhanh chóng hơn so với trường hợp huyết khối cấp [3]. Từ khi xuất hiện ống thông có bóng Fogarty 1963, điều trị phẫu thuật những trường hợp thuyên tắc ĐM đã trở nên đơn giản hơn rất nhiều cũng như tiên

*BV đa khoa Đức Giang

**Trường ĐHY Hà Nội, Khoa PT Tim mạch- Lồng ngực, BV Việt Đức
Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS. Đoàn Quốc Hưng

Ngày nhận bài: 01/04/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 10/04/2018

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng
GS.TS. Lê Ngọc Thành

lượng bệnh đã được cải thiện. Tuy nhiên nhìn chung tỷ lệ tàn phế, tử vong vẫn còn cao (10-25%) do bệnh gây nên tắc mạch vẫn nặng, phần lớn do bệnh tim và tuổi thọ của bệnh nhân ngày càng cao, bệnh nhân đến viện muộn [4],[5]. Khoa phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực bệnh viện Việt Đức thường xuyên tiếp nhận nhiều bệnh nhân TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM. Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi đề xuất đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2014- 2016” với 2 mục tiêu: Nhận xét đặc điểm bệnh lý của TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM và đánh giá kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2014 đến 12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các trường hợp TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM được phẫu thuật tái lập lưu thông tuần hoàn hoặc cắt cụt thì đầu, có hình ảnh cắt cụt trên phim chụp mạch hoặc MSCT dựng hình ĐM, hoặc trong mổ thấy HK trên nền mạch tron nhãn, bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trường hợp không đồng ý phẫu thuật hoặc không còn chỉ định phẫu thuật do bệnh toàn thân quá nặng, bệnh án không đầy đủ.

Số liệu thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, lấy mẫu xác suất, cỡ mẫu thuận tiện, xử lý số liệu bằng SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2014 đến 12/2016 có 109 bệnh nhân với 141 chi thiếu máu.

Về dịch tễ, tuổi trung bình 63 ± 13.4 , cao nhất 95 tuổi, thấp nhất 30, tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 50-59 (29.4%). Tỷ lệ nam lớn hơn nữ (59.6% với 40.4%; $p = 0.044$). Tỷ lệ bệnh nhân từ tỉnh khác nhiều hơn ở tại Hà Nội (78.9% với 21.1%; $p < 0.05$).

Về bệnh lý mãn tính kèm theo, 40 bệnh nhân (36.7%) bị rung nhĩ, 47 (43.1%) hẹp hai lá, suy tim 18.3%, osler 2.8%, u buồng nhĩ trái 0.9%, phồng ĐM chủ bụng 1.8%, hội chứng thận hư 1.8%, tăng huyết áp 18.3%, tiểu đường 7.3%, tiền sử TBMMN 16.5%, 10.1% có tiền sử TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM. Trong 47 bệnh nhân hẹp van hai lá có 16 trường hợp bị rung nhĩ, cả 3 trường hợp osler đều do hẹp hai lá.

Thời gian thiếu máu chi trung bình 83 ± 78.3 h, tỉ lệ đến muộn sau 24 giờ lớn hơn đến trước 24 giờ (76.1% với 23.9%; $p < 0.05$). 100% bệnh nhân được siêu âm Doppler thấy thuyên tắc ĐM, 34.9% chụp MSCT trước mổ, 100% được siêu âm tim.

Giá trị CPK trước mổ có sự dao động lớn, trung bình ($n=104$) 5084.99 ± 15160 UI/L, cao nhất là 141 100UI/L, thấp nhất 27 UI/L.

Triệu chứng lâm sàng trên 141 chi: 100% mất mạch ngoại vi, đau 95.7%, chi lạnh 95.7%, rối loạn cảm giác 85.1%, rối loạn vận động 39%, tím 63.8%, tê bì 46.1%, cứng khớp 6.4%, hoại tử 1.4%.

Vị trí thuyên tắc ĐM đùi nhiều nhất 37.6%, ĐM khoeo 30.5%, ĐM chày 14.9%, ĐM chủ 17%.

Phân loại mức độ thiếu máu chi theo SVS (*Society for Vascular Surgery/ International Society for Cardiovascular Surgery*): giai đoạn I 14.2%, IIa 47.5%, IIb 27.7%, III 10.6%. Tất cả bệnh nhân thiếu máu giai đoạn III đều thuộc nhóm đến muộn sau 24h.

27.5% được dùng Heparin trước mổ, 95.4% sau mổ.

Về đặc điểm phẫu thuật, đa số là lấy HK đơn thuần 87/141(61.7%), 38/141(27%) lấy HK kèm mở cân căng chân, 1/141(0.7%) kèm bắc cầu ĐM, 15/141(10.6%) cắt cụt thì đầu.

Bảng 1. Biểu chứng sau mổ tái lập tuần hoàn chi (n= 121chi, trừ số cắt cụt thì đầu và nặng xin về)

Phương pháp mổ	Số chi	Tỉ lệ %
Mổ lấy HK lại	15	12.4%
Mở cân thì 2	1	0.8%
Bắc cầu ĐM	2	1.7%
Cắt cụt thì 2	10	8.3%

Tỉ lệ thành công của mổ tái lập tuần hoàn chi cao hơn ở nhóm bị rung nhĩ (98% với 87.5%; p=0.048) và nhóm bị hẹp hai lá (98.3% với 85.2%; p=0.017).

Bảng 2. Tổng kết kết quả điều trị (n=141chi)

Tình trạng chi	Số chi	Tỉ lệ %
Bảo tồn	111	78.7%
Cắt cụt	23	16.3%
Nặng về	7	5%

Tỉ lệ bảo tồn chi cao hơn ở nhóm bị hẹp hai lá (93.7% với 73.2%; p=0.002), nhóm đến sớm trước 24h (97.3% với 77.3%; p=0.006).

15 bệnh nhân được mổ thay van tim, 1 bệnh nhân thay đoạn ĐM chủ bụng, 2 bệnh nhân có chỉ định mổ tim mạch nhưng gia đình chưa đồng ý mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 63±13.4, cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Kim Quế (1996) là 56.6 tuổi [5], Đặng Hanh Sơn (2001) 56.8 [6]. Điều này có thể lí giải do tỉ lệ bệnh van tim do thấp- một nguyên

nhân đáng kể gây thuyên tắc ĐM chi giảm đi trong khi tỉ lệ bệnh tim thoái hóa tăng lên, đồng thời xu hướng tuổi thọ dân số cũng tăng. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới [7],[8],[9].

Nam giới chiếm đa số (59.6%), cũng tương tự với các nghiên cứu khác [8],[9]. Về địa dư, đa số bệnh nhân đến từ các tỉnh ngoài Hà Nội, có thể do một số bệnh viện tuyến dưới chưa triển khai kĩ thuật phẫu thuật mạch máu, hoặc nhiều bệnh nhân tình trạng bệnh nặng cần chuyển tuyến trên.

Có 36.7% bệnh nhân bị rung nhĩ, 43.1% hẹp hai lá, 2,8% bị Osler. Trong đó 16/39 bệnh nhân rung nhĩ và cả 3/3 bệnh nhân Osler đều trên nền hẹp hai lá. Chúng tôi nhận thấy ở Việt Nam là nước đang phát triển, bệnh lí van tim đã giảm so với trước đây nhưng vẫn chiếm tỉ lệ tương đối [13],[14]. Tuy nhiên cũng thấy số lượng đáng kể bệnh nhân bị rối loạn nhịp mà không mắc bệnh van tim, có thể liên quan đến các bệnh lí thoái hóa, thiếu máu cơ tim cục bộ, rối loạn dẫn truyền. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác [7],[8],[9].

Tỉ lệ bệnh nhân đến muộn sau 24h cao hơn của một số tác giả khác [8],[9]. Có thể do đa số bệnh nhân già cả, ở vùng nông thôn thường khi biểu hiện bệnh nặng, gây khó chịu quá mới đi khám, cộng thêm một số trường hợp cơ sở y tế tuyến dưới chưa chú ý đến bệnh lí mạch máu dẫn đến chẩn đoán muộn.

100% bệnh nhân được làm siêu âm Doppler mạch cấp cứu thấy hình ảnh thuyên tắc ĐM. Đây vẫn là phương pháp cơ bản, dễ thực hiện trong điều kiện cấp cứu, cho giá trị chẩn đoán cao [13]. MSCT cho hình ảnh chất lượng tốt để lập kế hoạch điều trị.



Hình 1. BN Nông Thị N. Nữ 74 tuổi. Ảnh MSCT ĐM chi dưới trước và sau mổ.

Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy vị trí tắc tại ĐM đùi chiếm tỉ lệ cao nhất [4],[6],[9]. Chúng tôi thấy tắc tại ĐM đùi chiếm đa số với 37.6%, tiếp đến là ĐM khoeo 30.5%.

Phẫu thuật lấy HK đơn thuần chiếm vai trò chính 61.7%, lấy HK kết hợp mở cân căng chân 27%, hầu hết qua mở ĐM đùi, một số kèm mở ĐM chày trước và sau. Von Allmen R.S. nghiên cứu xu hướng bệnh lí và điều trị TMCT chi dưới giai đoạn 2000- 2011 tại Anh thì phẫu thuật lấy HK qua đường mở ĐM đùi vẫn là phương pháp chủ đạo trong khi can thiệp nội mạch chỉ tăng với tỉ lệ nhỏ [11]. Việc

mở cân có vai trò quan trọng (27%), giúp điều trị và phòng ngừa hội chứng khoang căng chân [13]

Trong số 121 chi được mổ tái lập lưu thông tuần hoàn, có 12.4% phải mổ lại lấy HK, 8.3% cắt cụt thì 2. Theo Yuan C (1992) mổ lấy HK lại không ảnh hưởng đến tỉ lệ bảo tồn được chi [12]. Tỉ lệ cắt cụt thì 2 của chúng tôi thấp hơn so với Wolosker N (1996) 16,4% [7], Pramook Mutirangura (2008) 17,6% [9] có thể do áp dụng mở cân căng chân dựa vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tỉ lệ này khá cao 27%.

Bảng 3. Kết quả điều trị TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM theo một số tác giả

Tác giả	Bảo tồn	Cắt cụt	Tử vong
Wolosker N (1996) [7]	73.6%	14.5%	11.9%
Ilic M (2000) [8]	77.7%	10.3%	12%
Aleksandras A (2003) [4]	92.1%	2.6%	5.3%
Liao CJ (2008) [10]	83.8%	5.1%	11.1%
PramookMutirangura (2008) [9]	67%	19.8%	13.2%
Trung bình	78.8%	10.5%	10.7%
Chúng tôi	78.7%	16.3%	5% nặng về

Tỉ lệ bảo tồn chi của chúng tôi tương đồng với hầu hết các tác giả khác, cao hơn của Đặng Hanh Sơn (2001) 61.4% [6] và Đỗ Kim Quế (1996) 72.5% [5]. Điều này có thể

giải thích là so với trước đây, điều kiện và nhận thức của người dân tốt hơn, bệnh nhân đến viện sớm hơn cũng như kinh nghiệm điều trị tiên bộ hơn.

Tỉ lệ bảo tồn chi tăng ở nhóm bệnh nhân bị hẹp hai lá ($p=0.002$) và trong số các bệnh nhân tiền sử đã bị thuyên tắc ĐM chi dưới thì không có bệnh nhân nào phải cắt cụt. Có thể lí giải do các bệnh nhân này khi đã ý thức mình có bệnh tim mạch thì sẽ để ý các triệu chứng khởi phát và đến viện sớm không để khi tình trạng chi đã quá nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự liên quan giữa tỉ lệ cắt cụt và thời gian thiếu máu chi ($p=0.006$), bệnh nhân đến muộn sau 24h khả năng phải cắt cụt tăng 10.56 lần so với đến trước 24h.

Tỉ lệ tử vong của các tác giả thay đổi nhẹ quanh tỉ lệ trung bình là 10.7% do có liên quan đến nhiều yếu tố. Theo Ilic M (2000) nguy cơ tử vong cao hơn ở những trường hợp tắc ĐM chủ bụng hoặc khoeo, có thời gian thiếu máu chi muộn, có rối loạn vận động hoặc cảm giác [8]. Yuan C (1992) thấy rằng tỉ lệ tử vong cao hơn khi tắc ở ĐM chủ bụng và các phẫu thuật cần thiết kèm theo lấy HK không làm tăng tỉ lệ cắt cụt hay tử vong [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN nặng xin về trong đó có 3 trường hợp tắc ĐM chủ bụng (1 BN thời gian thiếu máu chi 30 giờ đã cắt cụt 2 chi dưới cấp cứu nhưng nhiễm độc nặng, 1 BN rung thất và 1 BN suy hô hấp sau lấy HK) và 1 BN tắc ĐM khoeo đã lấy HK chi ổn định nhưng bị biến chứng nặng của mô tim.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh van tim đã giảm so với trước đây nhưng vẫn chiếm tỉ lệ đáng kể. Mở lấy HK vẫn là phương pháp điều trị chính trong điều trị TMCT chi dưới do thuyên tắc ĐM. Thời gian thiếu máu chi ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị nên việc quản lí bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ là hết sức quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Callum K. và Bradbury A. (2000). ABC of arterial and venous disease: Acute limb ischaemia. *BMJ*, **320(7237)**, 764–767.
2. Dormandy J., Heeck L. và Vig S. (1999). Acute limb ischemia. *Semin Vasc Surg*, **12(2)**, 148–153.
3. Đặng Hanh Đệ, Dương Đức Hùng, Đoàn Quốc Hưng (2005). Tắc động mạch cấp tính. Cấp cứu ngoại khoa tim mạch lồng ngực. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 123–130.
4. Antusevas A. và Aleksynas N. (2003). The surgical treatment of acute ischemia of the lower limb. *Med Kaunas Lith*, **39(7)**, 646–653.
5. Đỗ Kim Quê (1996). Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa tắc động mạch nuôi chi cấp tính. Trường Đại học Y Dược. Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Đặng Hanh Sơn (2001). Chẩn đoán và thái độ xử trí nghẽn động mạch ngoại vi cấp tính. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
7. Wolosker N., Kuzniec S., Gaudêncio A. et al. (1996). Arterial embolectomy in lower limbs. *São Paulo Med J Rev Paul Med*, **114(4)**, 1226–1230.
8. Ilić M., Davidović L., Lotina S. et al. (2000). Arterial embolisms of the lower extremities. *Srp Arh Celok Lek*, **128(7–8)**, 234–240.
9. Mutirangura P., Ruangsetakit C., Wongwanit C. et al. (2008). Acute arterial embolism of the lower extremities: impact of 24-hour duration on the outcome of management. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet*, **91(9)**, 1360–1367.

10. Liao C., Yang B., Zhang W. et al. (2008). Surgical treatment of 154 patients with non-traumatic acute lower limb ischemia. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, **46(22)**, 1716–1719.
11. Von Allmen R.S., Anjum A., Powell J.T. et al. (2015). Hospital trends of admissions and procedures for acute leg ischaemia in England, 2000-2011. *Ann R Coll Surg Engl*, **97(1)**, 59–62.
12. Yuan C. (1992). Analysis of factors influencing on the surgical results of arterial embolism in the lower extremities. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, **30(7)**, 427–430, 445.
13. Đoàn Quốc Hưng, Vũ Hải Trung (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. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 78:6-11.
14. Đoàn Quốc Hưng, Ngô gia Mạnh (2017). Nhận xét quy trình chăm sóc và kết quả lấy huyết tắc (Embolectomy) điều trị tắc động mạch chi dưới cấp tính. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 78: 33-37.