

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐẶT STENT NỘI TĨNH MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC TĨNH MẠCH CHẬU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

*Trịnh Vũ Nghĩa\*, Phạm Minh Ánh\*, Nguyễn Duy Tân\**

### TÓM TẮT

Đánh giá bước đầu tính khả thi, sự an toàn và hiệu quả của stent tĩnh mạch chậu trong điều trị bệnh lý tắc tĩnh mạch chậu. Loạt ca bệnh gồm 3 bệnh nhân tắc tĩnh mạch chậu đùi cấp tính đã được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trực tiếp qua ống thông nhưng còn tắc tĩnh mạch chậu tồn dư và 3 bệnh nhân tắc tĩnh mạch chậu đùi mạn tính được can thiệp nội tĩnh mạch đặt stent tĩnh mạch chậu. Cả 6 trường hợp đều được can thiệp thành công về mặt kỹ thuật và xuất viện với kết quả tốt, không có biến chứng chu phẫu. Sau 3 tháng theo dõi, siêu âm Doppler cho thấy stent tĩnh mạch chậu thông tốt 5 trường hợp. 5 trường hợp này cải thiện nhiều về mặt lâm sàng, chân hết sưng phù. 1 trường hợp tắc tĩnh mạch mạn có loét chân, vết loét liền sau 3 tháng. 1 trường hợp bị tắc stent tĩnh mạch chậu được điều trị bằng thuốc kháng đông không cải thiện về lâm sàng nhưng triệu chứng cũng không xấu đi.

**Từ khóa:** *Stent nội tĩnh mạch, tắc tĩnh mạch chậu đùi*

### SUMMARY

#### FIRST STEP EVALUATION OF ENDOVENOUS ILIAC STENTING FOR TREATMENT OF ILIAC VENOUS OBSTRUCTION AT CHO RAY HOSPITAL

Was to determine feasibility, safety and effectiveness of venous stent placement in patients with iliac venous obstruction. Cases series contain 3 patients of residual iliac venous obstruction following CDT for treatment of iliofemoral venous thrombosis and 3 patients of chronic iliofemoral venous obstruction under endovenous iliac stenting. All of 6 operation were

successful technically and all the patients were discharged with good results, without perioperative complication. After 3 months follow up, iliac stent patency in Doppler were showing in 5 cases. These 5 cases improved a lot clinically, no more leg swelling. 1 case with leg ulcer was healed. 1 case of iliac stent occlusion treated with anticoagulation was neither better or worse clinically.

**Keywords:** Endovenous stenting, iliofemoral venous thrombosis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là tình trạng huyết khối hiện diện trong một hoặc nhiều tĩnh mạch sâu trong cơ thể. Huyết khối tĩnh mạch sâu thường gặp nhất ở chân. Triệu chứng thường gặp nhất là sưng chân đột ngột một bên, tuy nhiên trong những trường hợp huyết khối bán phần hoặc huyết khối ít, có thể không có triệu chứng hoặc triệu chứng không rõ rệt khiến người bệnh bỏ qua [1, 4, 5].

Nguyên nhân của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới thường gặp là bệnh nhân nằm lâu, bệnh nhân phẫu thuật vùng khung chậu, tăng đông do ung thư... Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới có thể để lại những hậu quả nặng nề, thậm chí tử vong. Hai biến chứng thường gặp ở huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới là thuyên tắc phổi và hội chứng hậu huyết khối. Ước lượng có khoảng 900.000 ca bệnh thuyên tắc phổi và HKTMS mỗi năm ở Mỹ

*\* Khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy  
Người chịu trách nhiệm khoa học: TS. Phạm Minh Ánh  
Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018  
Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng  
GS.TS. Lê Ngọc Thành*

gây ra 60.000 đến 300.000 ca tử vong mỗi năm. Một số nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tần suất mới mắc HKTMS hàng năm là 80/100.000 dân. Tỷ lệ bệnh nhân bị hội chứng hậu huyết khối sau khi bị HKTMS là khoảng 30-50%. Huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính nếu không được xử lý triệt để sẽ chuyển thành tắc tĩnh mạch mạn tính. Đây là nguyên nhân chính gây nên hội chứng hậu huyết khối[1].

Hội chứng hậu huyết khối làm giảm nghiêm trọng chất lượng sống của bệnh nhân và là gánh nặng đối với bệnh nhân cũng như xã hội. Trong sinh lý bệnh học của hội chứng hậu huyết khối, tăng áp tĩnh mạch đóng vai trò quan trọng. Có 2 nguyên nhân gây nên tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch chi dưới trong các bệnh nhân bị hội chứng hậu huyết khối: do tình trạng tái thông không hoàn toàn trong các tĩnh mạch chi dưới sau huyết khối (thường là ở tĩnh mạch chậu) và do tổn thương không hồi phục của thành tĩnh mạch và các van tĩnh mạch.

Điều trị kinh điển và hiện được khuyến cáo là sử dụng thuốc chống đông đường tiêm và đường uống. Ưu điểm của phương pháp này là rẻ tiền và không xâm lấn. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này cũng khá nhiều: tái thông mạch chậm nên bệnh nhân bị phù lâu, chậm trở lại với sinh hoạt thường ngày, huyết khối lâu ngày tổ chức hóa, không tan được gây nên hội chứng hậu huyết khối do hẹp TM chậu, đùi tồn dư, không xử lý được các nguyên nhân cơ học chèn ép gây nên huyết khối tĩnh mạch sâu như hội chứng May-Thurner. Can thiệp nội tĩnh mạch giải quyết được các vấn đề nêu trên. Can thiệp nội tĩnh mạch giúp đặt ống thông bơm thuốc tiêu sợi huyết nhằm loại bỏ sớm huyết khối khỏi lưu thông tĩnh mạch chi dưới, giúp bệnh nhân sớm trở lại vận động bình thường và giảm hội chứng hậu huyết khối do bảo tồn được chức năng các lá van tĩnh mạch. Can thiệp nội tĩnh mạch giúp phát hiện sớm hẹp tĩnh

mạch chậu tồn dư do huyết khối tổ chức hóa hoặc do chèn ép từ ngoài (như trong hội chứng May-Thurner) và giải quyết nguyên nhân bằng cách đặt stent tĩnh mạch. Can thiệp nội tĩnh mạch tái thông tĩnh mạch chậu bằng nong bóng và đặt stent để xử lý tắc hẹp tĩnh mạch chậu tồn dư được áp dụng ngày càng nhiều nhằm mục đích đảm bảo sự lưu thông mạch bền vững đối với các bệnh nhân tắc tĩnh mạch chậu đùi[1, 3, 4].

Mục tiêu của nghiên cứu: đánh giá bước đầu tính khả thi, sự an toàn và hiệu quả của stent tĩnh mạch chậu trong điều trị bệnh lý tắc tĩnh mạch chậu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

**2.1. Đối tượng:** Các bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu đã được can thiệp nội mạch bơm thuốc tiêu sợi huyết nhưng khi chụp tĩnh mạch kiểm tra vẫn còn tắc hoặc hẹp nặng tĩnh mạch chậu hoặc các bệnh nhân bị hội chứng hậu huyết khối do tắc hẹp tĩnh mạch chậu tồn dư, được điều trị bằng phương pháp đặt stent tĩnh mạch chậu từ tháng 10/2017 đến tháng 2/2018. Có tất cả 6 bệnh nhân bao gồm 3 bệnh nhân tắc tĩnh mạch chậu đùi cấp tính đã được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trực tiếp qua ống thông nhưng còn tắc tĩnh mạch chậu tồn dư và 3 bệnh nhân có hội chứng hậu huyết khối do tắc tĩnh mạch chậu đùi mạn tính được can thiệp nội tĩnh mạch đặt stent tĩnh mạch chậu.

**2.2. Phương pháp:** Nghiên cứu chùm ca bệnh trên 6 bệnh nhân được can thiệp nội tĩnh mạch đặt stent tĩnh mạch chậu. Các bệnh nhân được thu thập số liệu về lâm sàng, siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính thì tĩnh mạch vùng chậu để khảo sát hệ thống tĩnh mạch chậu đùi và tĩnh mạch chủ dưới trước điều trị; những thông tin trong can thiệp và thời gian theo dõi sau can thiệp tại viện. Bệnh nhân được khám lại sau 1 tháng bằng khám lâm sàng và siêu âm Doppler để so sánh và đánh giá kết quả điều trị.

### 2.3. Kỹ thuật can thiệp và đặt stent nội tĩnh mạch:

Tất cả các bệnh nhân được chụp siêu âm Doppler và chụp CT Scanner hệ tĩnh mạch chậu đùi trước mổ. Các bệnh nhân được can thiệp qua đường chọc tĩnh mạch khoeo, tĩnh mạch đùi hoặc chỗ mở tĩnh mạch đùi (trong trường hợp mở tĩnh mạch đùi bóc nội mạc). Trong các trường hợp tắc mạn tính, tĩnh mạch đùi được nong bằng bóng 8mm hoặc bóc nội mạc tĩnh mạch đùi chung. Tĩnh mạch chậu được nong bằng bóng 12mm và 14mm. Kích thước stent tĩnh mạch chậu dựa trên diện tích tĩnh mạch chậu bên lành tăng lên khoảng 2mm.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 3.1:** Lâm sàng tắc hẹp tĩnh mạch chậu :

Thể tắc hẹp tĩnh mạch chậu	
Cấp tính	3
Mạn tính	3
Tuổi	52,3±13,1
Giới	
Nam	1
Nữ	5
Vị trí	
Chân P	1
Chân T	5

**Bảng 3.2:** Đặc tính kỹ thuật trong can thiệp nội mạch đặt stent tĩnh mạch chậu:

	Huyết khối cấp tính	Huyết khối mạn tính
Đường vào		
Tĩnh mạch khoeo		1
Tĩnh mạch đùi	3	1
Mở tĩnh mạch đùi chung bóc nội mạc		1
Nong bóng trước khi stent		
Bóng 8mm		3
Bóng 12mm	3	3
Bóng 14mm		1
Vị trí stent		
Tĩnh mạch chậu chung	3	2
Tĩnh mạch chậu chung + chậu ngoài		1
Số lượng stent		
1 stent	3	2
2 stent		1
Kích thước stent		
12mm	3	3
14mm		1
Chiều dài đoạn tĩnh mạch che phủ		
6cm		2
12cm	3	1
Thuốc tiêu sợi huyết trước khi stent	3	0

Bảng 3.3: Kết quả sớm và sau 1 tháng theo dõi:

	Huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính	Huyết khối tĩnh mạch sâu mạn tính
Thuốc chống đông sau can thiệp AVK NOACs	2 1	3
Kết quả sau mổ Stent thông tốt Bớt phù	3 3	3 3
Kết quả sau can thiệp 1 tháng Stent thông tốt Hết phù Tắc stent	3 3	2 2 1

#### IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây số lượng các báo cáo về stent tĩnh mạch chậu đã tăng lên rõ rệt. Stent tĩnh mạch chậu cho kết quả tốt nhất đối với các trường hợp tổn thương tĩnh mạch chậu không có huyết khối, ví dụ như hội chứng May-Thurner, tuy nhiên đối với các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu cấp và mạn tính, việc đặt stent tĩnh mạch chậu vẫn chưa được khuyến cáo chính thức.

Về đặt stent thì đầu trong điều trị bệnh lý tắc tĩnh mạch chi dưới cấp tính: Có 3 trường hợp tắc tĩnh mạch chi dưới cấp tính được đặt stent sau khi can thiệp nội mạch đặt catheter bơm thuốc tiêu sợi huyết, chụp tĩnh mạch kiểm tra thấy còn hẹp tĩnh mạch chậu tồn dư được đặt stent tĩnh mạch chậu. Hẹp tồn dư là một trong những nguyên nhân chính gây nên hội chứng hậu huyết khối và huyết khối tĩnh mạch sâu tái phát nên cần phải xử lý triệt để nhằm tránh các biến chứng trên. Trong 14 trường hợp tắc tĩnh mạch sâu cấp tính được can thiệp đặt catheter bơm thuốc tiêu sợi huyết của chúng tôi, có 3 trường hợp được đặt stent tĩnh

mạch, chiếm tỷ lệ 21,4%. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu CAVENT[1]. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ đặt stent nội tĩnh mạch cao hơn nhiều, từ 80-100%. Đặt stent tĩnh mạch chậu thì đầu gần đây được nhắc tới trong nhiều nghiên cứu do tính an toàn và tỷ lệ thành công cao, nâng cao hiệu quả của can thiệp nội mạch điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp tính.

Về đường vào trong can thiệp tĩnh mạch chậu:

Đối với các trường hợp tắc tĩnh mạch chi dưới cấp tính đã được điều trị bằng đặt catheter bơm thuốc tiêu sợi huyết trực tiếp, chúng tôi sử dụng đường vào sẵn có là tĩnh mạch khoeo. Đối với các trường hợp tắc tĩnh mạch mạn tính, chúng tôi sử dụng đường tĩnh mạch đùi chung do toàn bộ hệ thống tĩnh mạch đùi khoeo teo nhỏ, có nhiều bề cơ nên việc tái thông tĩnh mạch đùi khoeo là không khả thi. Chúng tôi tiếp cận đường tĩnh mạch đùi chung theo 2 cách: chọc dưới hướng dẫn siêu âm hoặc mở tĩnh mạch đùi chung bóc nội mạc và sử dụng chỗ mở để can thiệp tĩnh

mạch chậu (hybrid). Bóc nội mạc động mạch đùi thích hợp với những trường hợp tĩnh mạch đùi sâu lớn, nếu tiến hành nong tĩnh mạch đùi chung thì các bề cơ vùng tĩnh mạch đùi chung có thể gây cản trở đường về của tĩnh mạch đùi sâu. Nếu tiến hành bóc tĩnh mạch đùi chung có thể lấy bỏ bề cơ trong lòng tĩnh mạch đùi chung, làm thông thoáng lòng mạch, tạo thuận lợi cho hồi lưu tĩnh mạch đùi sâu.

Về thuốc chống đông sử dụng sau can thiệp:

Sau can thiệp, trong các báo cáo quốc tế, thuốc chống đông được khuyên dùng vẫn là Sintrom[1, 2, 5]. Tuy nhiên do các thuốc kháng đông đường uống mới (NOACs) đã chứng tỏ được hiệu quả trong việc điều trị và phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu nên chúng tôi có sử dụng các NOACs cho 3 bệnh nhân do các bệnh nhân này có sử dụng các NOACs trước đó để điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu. Trong 3 bệnh nhân này có 1 bệnh nhân bị tắc stent tĩnh mạch khi khám lại, nguyên nhân có thể là do sử dụng NOACs. Tuy chưa có nghiên cứu nào so sánh về tác dụng của 2 thuốc nói trên đối với các bệnh nhân đã được đặt stent tĩnh mạch, nhưng theo chúng tôi, thuốc kháng đông đường uống sử dụng cho các bệnh nhân sau đặt stent tĩnh mạch nên là thuốc kháng Vitamin K đường uống (AVK).

Về số lượng, vị trí, kích thước stent, cách chọn kích thước stent

Các báo cáo trên thế giới đều khuyến cáo sử dụng siêu âm nội mạch (IVUS) trong can thiệp tĩnh mạch để có thể đánh giá chính xác mức độ hẹp cũng như ước lượng kích thước stent cần sử dụng[3, 5]. Tuy nhiên tại cơ sở chúng tôi chưa có IVUS để sử dụng trong can thiệp tĩnh mạch. Do đó chúng tôi dựa trên CT Scanner thì tĩnh mạch vùng chậu đùi để đánh giá mức độ hẹp, chẩn đoán

và ước lượng kích thước stent. Chúng tôi đo kích thước tĩnh mạch chậu bên lành, sau đó tăng lên 2mm để được kích thước bóng và stent cần đặt. Về chiều dài tĩnh mạch chậu cần che phủ, chúng tôi tiến hành nong bóng và đặt stent toàn bộ chiều dài tĩnh mạch bị hẹp nặng. Các trường hợp huyết khối tĩnh mạch cấp tính đều chỉ bị hẹp ngay chỗ chạc 3 tĩnh mạch chủ dưới - tĩnh mạch chậu nên chỉ cần đặt 1 stent là đủ che phủ phần tĩnh mạch bị hẹp tồn dư. Đối với các trường hợp tắc tĩnh mạch mạn, có 1 trường hợp sau khi nong bóng đoạn hẹp tồn dư còn dài và bóc tách nhiều nên chúng tôi phải đặt 2 stent.

Về kết quả điều trị:

Cả 6 trường hợp đều được can thiệp thành công về mặt kỹ thuật và xuất viện với kết quả tốt, không có biến chứng chu phẫu. Sau 3 tháng theo dõi, siêu âm Doppler cho thấy stent tĩnh mạch chậu thông tốt 5 trường hợp. 5 trường hợp này cải thiện nhiều về mặt lâm sàng, chân hết sưng phù. 1 trường hợp tắc tĩnh mạch mạn có loét chân, vết loét liền sau 3 tháng. 1 trường hợp tắc tĩnh mạch chậu đùi mạn tính được đặt stent tĩnh mạch chậu chung, sau đó bị tắc stent tĩnh mạch chậu được điều trị bằng thuốc kháng đông không cải thiện về lâm sàng nhưng triệu chứng cũng không xấu đi. Đây là trường hợp được chúng tôi bóc nội mạc tĩnh mạch đùi chung và can thiệp tĩnh mạch chậu, sau khi nong bóng chúng tôi thấy còn hẹp ít tĩnh mạch chậu ngoài và hẹp nặng tĩnh mạch chậu chung nên chỉ đặt 1 stent tĩnh mạch chậu trong. Sau can thiệp chúng tôi cho dùng kháng đông đường uống mới (NOACs) chứ không cho dùng AVK. Đây có thể là lý do khiến stent tĩnh mạch chậu tắc sớm.

Về hạn chế của nghiên cứu:

- Số lượng bệnh nhân còn ít

- Không có IVUS nên việc chẩn đoán, đo đạc và tính toán đặt stent tĩnh mạch chậu còn thủ công dựa trên hình ảnh CT và chụp tĩnh mạch dẫn đến sai sót có thể xảy ra do tĩnh mạch có xu hướng bị đè xẹp theo chiều trước sau.

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch đặt stent tĩnh mạch chậu là một thủ thuật có thể thực hiện được, an toàn, ít biến chứng, giúp giải quyết triệt để nguyên nhân đối với bệnh lý tắc tĩnh mạch chậu đùi.

Cần tiến hành mở rộng nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn và sử dụng IVUS là công cụ chuẩn để chẩn đoán, đo đạc kích thước tĩnh mạch chậu trong mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enden, T., et al., 2007. *Catheter-directed Venous Thrombolysis in acute iliofemoral vein thrombosis--the CaVenT study: rationale and design of a multicenter, randomized, controlled, clinical trial (NCT00251771)*. Am Heart J, **154**(5): p. 808-14.
2. Kolbel, T., et al., 2009. *Chronic iliac vein occlusion: midterm results of endovascular recanalization*. J Endovasc Ther, **16**(4): p. 483-91.
3. Raju, S., 2013. *Best management options for chronic iliac vein stenosis and occlusion*. J Vasc Surg, **57**(4): p. 1163-9.
4. Vedantham, S., 2018. *Catheter-directed thrombolysis to avoid late consequences of acute deep vein thrombosis*. Thromb Res, **164**: p. 125-128.
5. Yu, H., et al., 2018. *The mid-term effect of iliac vein stenting following catheter-directed thrombolysis for the treatment of deep vein thrombosis*. Ann Vasc Surg.