

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG
ĐOẠN NGOÀI SỢ BẰNG CAN THIỆP NONG VÀ ĐẶT STENT
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ SIS CẦN THƠ**

Nguyễn Lưu Giang^{1}, Lê Thanh Hùng², Trần Chí Cường¹,*

1. Bệnh Viện Đa Khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: nlgang.inr@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: can thiệp đặt stent động mạch cảnh trở thành một phương pháp ít xâm lấn, với tỷ lệ tàn phế và tử vong thấp. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ bằng can thiệp nong và đặt stent tại Bệnh Viện Đa Khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 72 bệnh nhân được can thiệp đặt stent động mạch cảnh từ 03/2021 đến 05/2022. **Kết quả:** 77,8% nam giới; tuổi trung bình 66,7 tuổi. 40 (55,6%) có triệu chứng và 88,9% hẹp nặng động mạch cảnh trên DSA. Tất cả thủ thuật đều thành công, các biến cố chu phẫu: mạch chậm 19,4%; tụt huyết áp 15,3%. 1,4% đột quy đối bên trong vòng 30 ngày. Các biến cố chính trong vòng 3 tháng gồm: 1,5% đột quy; 1,5% nhồi máu cơ tim và 0% tử vong. **Kết luận:** can thiệp nong và đặt stent động mạch cảnh là một thủ thuật ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: hẹp động mạch cảnh, đột quy, nong bóng, đặt stent động mạch cảnh.

ABSTRACT

THE RESULT OF ANGIOPLASTY AND STENTING FOR
EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID STENOSIS
AT CANTHO SIS HOSPITAL

Nguyen Luu Giang¹, Le Thanh Hung², Tran Chi Cuong¹

1. Can Tho S.I.S International General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: carotid stenting became a minimally invasive method with low rates of death and disability. **Objective:** To evaluate the results of angioplasty and stenting for extracranial internal artery stenosis at Can Tho S.I.S International General Hospital. **Materials and methods:** included 72 patients who underwent carotid artery stenting between 03/2021 to 05/2022. **Results:** 56 (77.8%) were male and 66.7 years of the mean age. Of the patients evaluated, 40 (55.6%) were classified as symptomatic and cerebral angiography revealed severe internal carotid artery stenosis at 88.9%. The overall technical success rate was 100%, and periprocedural complications included (19.4%) bradycardia and (15.3%) hypotension. 1 (1.4%) patient stroke was recorded within 30 days of the procedure. The 3-months major adverse clinical events included (1.5%) stroke, (1.5%) myocardial infarction, and (0%) death. **Conclusion:** Carotid stenting is a minimally invasive, safe, and effective method with low complication rates.

Keywords: internal carotid artery stenosis, stroke, angioplasty, carotid artery stenting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy (ĐQ) là một trạng thái lâm sàng cấp tính, đặc trưng bởi sự khiếm khuyết chức năng của não bộ xuất hiện một cách đột ngột, gồm hai loại là ĐQ thiếu máu não và ĐQ xuất huyết não. ĐQ thiếu máu não gây ra do sự gián đoạn cấp máu cho một vùng não nào đó, chiếm 87%. Trong khi đó ĐQ xuất huyết não gây ra do vỡ mạch máu nào đó của não, gồm xuất huyết trong nhu mô não 10% và xuất huyết dưới màng nhện 3%. [1],[7]

ĐQ là nguyên nhân đứng hàng thứ hai gây tử vong trên toàn thế giới với số người tử vong hàng năm là 5,5 triệu người. ĐQ không chỉ có tỷ lệ tử vong cao mà nguy cơ tàn phế suốt đời có thể lên đến 50% ở những bệnh nhân (BN) sống sót. Theo đánh giá của Tổ chức Y Tế Thế Giới thì ĐQ là nguyên nhân chính gây tử vong ở Việt Nam (21,7%). [1],[7],[12]

ĐQ thiếu máu não do nhiều nguyên nhân, gồm: hẹp và xơ vữa động mạch lớn trong và ngoài sọ; huyết khối từ tim; bệnh lý mạch máu nhỏ trong sọ và không rõ nguyên nhân. Bệnh lý hẹp nặng (50 – 99%) động mạch cảnh (ĐMC) trong đoạn ngoài sọ xuất hiện trong khoảng 15 – 20% các trường hợp ĐQ. [4]

Hầu hết các trường hợp hẹp ĐMC trong đoạn ngoài sọ sẽ được điều trị nội khoa, chỉ những trường hợp hẹp nặng sẽ được điều trị mổ bóc nội mạc hoặc can thiệp nội mạch nong và đặt stent. Kỹ thuật nong và đặt stent ĐMC được phát triển đầu tiên vào năm 1981 bởi tác giả Klaus Mathias và cộng sự. Đây là một phương pháp ít xâm lấn, ít đau sau thủ thuật và thời gian nằm viện ngắn. Chính vì những ưu điểm đó nên phương pháp này hiện nay được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên vẫn chưa có nhiều báo cáo về phương pháp này nên chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: “Xác định đặc điểm lâm sàng; hình ảnh học và đánh giá kết quả điều trị hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ bằng can thiệp nong và đặt stent tại Bệnh Viện Đa Khoa Quốc Tế SIS Cần Thơ”. [2]

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 72 trường hợp được chẩn đoán là hẹp ĐMC trong đoạn ngoài sọ và được can thiệp đặt stent từ tháng 3/2021. Với tiêu chuẩn chọn bệnh theo theo khuyến cáo của AHA/ASA năm 2011 và đồng ý tham gia nghiên cứu: (1) hẹp > 50% đường kính ĐMC đoạn ngoài sọ theo tiêu chuẩn NASCET, được xác định bằng chụp DSA và BN có triệu chứng; (2) hẹp > 60% đường kính ĐMC đoạn ngoài sọ theo tiêu chuẩn NASCET, được xác định bằng chụp DSA và không có triệu chứng; (3) bóc tách ĐMC hoặc tổn thương web ĐMC.[15]

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) tắc hoàn toàn ĐMC bên can thiệp; (2) hẹp ĐMC đã có can thiệp đặt stent hoặc phẫu thuật trước đó; (3) những trường hợp hẹp ĐMC chỉ nong bóng đơn thuần không đặt stent; (4) có đi kèm hẹp đáng kể ($\geq 50\%$) các động mạch não đoạn trong sọ trên ĐMC được can thiệp; (5) ĐQ thiếu máu não cấp được can thiệp tái thông có đặt stent ĐMC cấp cứu; (6) nhồi máu cơ tim hay đau thắt ngực không ổn định trong vòng 1 tháng; (7) rung nhĩ mạn, rung nhĩ cơn trong vòng 6 tháng trước hay cần phải dùng kháng đông; (8) BN có di chứng nặng sau ĐQ với mRS > 3; (9) có phình hoặc dị dạng mạch máu não kèm theo.

Phương pháp can thiệp

Trước can thiệp BN được sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép gồm clopidogrel 75 mg + aspirin 81 mg uống mỗi buổi sáng, ít nhất 5 ngày trước thủ thuật.

Thi chụp DSA. Đường vào thường chọn động mạch đùi bên phải (vì thuận lợi cho thủ thuật viên tiến hành thao tác), trong trường hợp không thể tiếp cận được bằng đường động mạch đùi bên phải thì có thể chuyển sang vị trí động mạch đùi bên trái hoặc cánh tay phải. Dùng ống thông 5F chọn lọc và chụp các động mạch não. Chụp gốc ĐMCT bên hẹp và chụp các động mạch não. Chụp các tư thế khác nhau để đánh giá chính xác mức độ hẹp, nếu chưa rõ ràng có thể xoay 3D. Mức độ hẹp động mạch cảnh được xác định theo tiêu chuẩn NASCET. BN sẽ được can thiệp một thì hoặc hai thì sau khi chụp DSA.

Thì can thiệp. BN nằm ngửa trên bàn thủ thuật, gây tê tại chỗ vùng bẹn đùi tiếp cận, thường là bên phải. Nếu BN kích thích nhiều có thể gây mê đường tĩnh mạch hoặc mê nội khí quản. Sử dụng Heparin với liều 75 đơn vị/kg tiêm tĩnh mạch. Cài ống thông can thiệp 8F lên ĐMC chung bên hẹp, chụp và làm bản đồ dẫn đường (roadmap). Đi vi dây dẫn 0,014” đi qua chỗ hẹp trước, đầu xa của vi dây dẫn thường nằm ở đoạn xoang hang. Nếu ĐMC hẹp nặng (thường là > 90%) thì nên nong bằng bóng với đường kính 2 – 3 mm trước. Những trường hợp sử dụng dụng cụ phòng ngừa huyết khối (EPDs) thì sẽ thả EPDs ở đoạn xương đá hoặc xoang hang. Tiến hành đặt stent ngang qua chỗ hẹp, đầu gần stent có thể phủ qua ĐMC chung. Sau khi đã bung stent thì chụp lại kiểm tra, nếu mức độ hẹp vẫn còn > 30% thì sẽ tiến hành nong bằng các bóng có đường kính lớn hơn. Trong quá trình nong bóng và đặt stent phải duy trì huyết áp tâm thu ở mức ≤ 120 mmHg. Chụp kiểm tra sau khi nong bóng. Dùng dụng cụ thu và rút EPDs và kiểm tra xem có huyết khối trong EPDs hay không. Chụp kiểm tra động mạch não đoạn trong sọ, để chắc chắn không bị huyết khối lấp mạch não. Rút lui dụng cụ và kết thúc thủ thuật.

Tiêu chuẩn thành công thủ thuật: thủ thuật được xem là thành công khi đường kính lòng mạch sau đặt stent còn hẹp tồn lưu $\leq 30\%$ và không có ĐQ nặng, nhồi máu cơ tim, tử vong sau thủ thuật.

Chúng tôi sẽ đánh giá về tai biến, biến chứng xảy ra trong và ngay sau thủ thuật; đánh giá về các biến cố chính (ĐQ, nhồi máu cơ tim, tử vong) xảy ra trong vòng 30 ngày và 3 tháng sau thủ thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2021, chúng tôi có tổng số 72 BN hẹp ĐMC trong đoạn ngoài sọ được can thiệp nội mạch và đặt stent.

Bảng 1. Các đặc điểm của bệnh nhân hẹp động mạch cảnh được can thiệp.

| Đặc điểm | Không triệu chứng | Có triệu chứng | p |
|---------------------------|-------------------|----------------|-------|
| | n = 32 | n = 40 | |
| Nam giới, n (%) | 21 (65,6) | 35 (87,5) | 0,027 |
| Tuổi, trung bình | 67,5 | 65,9 | 0,509 |
| Tăng huyết áp, n (%) | 26 (81,3) | 34 (85) | 0,671 |
| Đái tháo đường, n (%) | 10 (31,3) | 20 (50) | 0,109 |
| Hút thuốc lá, n (%) | 14 (43,8) | 28 (70) | 0,025 |
| Rối loạn lipid máu, n (%) | 18 (56,3) | 21 (52,5) | 0,751 |
| Thừa cân, n (%) | 9 (28,1) | 8 (20) | 0,420 |

Nhận xét: Trong 72 BN này có 56 BN là nam giới chiếm tỷ lệ 77,8%, nam/nữ \approx 3,5, 36,1% BN \geq 70 tuổi và độ tuổi trung bình là 66,7 (từ 33 – 91 tuổi).

Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong nghiên cứu là tăng huyết áp với 60 BN, chiếm tỷ lệ 83,3%. Các yếu tố nguy cơ còn lại như: đái tháo đường; hút thuốc lá; quá cân và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,7%; 58,3; 23,6% và 54,2%. Hút thuốc lá có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có triệu chứng và không có triệu chứng với $p = 0,025$.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hẹp động mạch cảnh

| Đặc điểm | Không triệu chứng | Có triệu chứng | p |
|---------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| | n = 32 | n = 40 | |
| Yếu/liệt nửa người, n (%) | 7 (21,9) | 34 (85) | - |
| TIA, n (%) | 1 (3,1) | 7 (17,5) | - |
| Mù thoáng qua, n (%) | 1 (3,1) | 0 (0) | - |
| Âm thổi ĐMC, n (%) | 9 (28,1) | 17 (42,5) | 0,207 |
| mRS trước can thiệp, trung bình | 0,28 | 1,15 | - |

Nhận xét: Biểu hiện lâm sàng của BN hẹp ĐMC gồm yếu/liệt nửa người (56,9%); mù thoáng qua (1,4%); cơn thiếu máu não thoáng qua (11,1%); âm thổi ĐMC (36,1%). Phần lớn BN có mRS từ 0 – 2 điểm, chiếm tỷ lệ 90,3%. Điểm mRS trung bình trước can thiệp là $0,76 \pm 0,93$.

Các phương tiện hình ảnh học được sử dụng trong chẩn đoán hẹp ĐMC gồm siêu âm ĐMC (59,7%); CTA (4,2%); MRA TOF 3D (97,2%). Lấy hình ảnh DSA làm tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán xác định hẹp nặng ĐMC (hẹp từ 70 – 99%) thì MRA TOF 3D có độ nhạy là 93,7% và độ đặc hiệu là 85,7%.

Bảng 3. Hình ảnh tổn thương của bệnh nhân hẹp động mạch cảnh.

| Đặc điểm | Không triệu chứng | Có triệu chứng | p |
|---------------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| | n = 32 | n = 40 | |
| Hình chụp DSA | | | |
| Mức độ hẹp, trung bình | 81,2 | 86,1 | 0,101 |
| Hẹp 70 – 99%, (n, %) | 27 (84,4) | 37 (92,5) | 0,276 |
| Tắc hoặc hẹp nặng ĐMC đối bên, (n, %) | 6 (18,8) | 12 (30) | 0,273 |

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 53/2022

| Đặc điểm | Không triệu chứng | Có triệu chứng | p |
|-----------------------------|-------------------|----------------|-------|
| | n = 32 | n = 40 | |
| Huyết khối, (n, %) | 2 (6,3) | 10 (25) | 0,034 |
| Lệch tâm, (n, %) | 14 (43,8) | 26 (65) | 0,071 |
| Ổ loét, (n, %) | 9 (28,1) | 12 (30) | 0,862 |
| Bóc tách, (n, %) | 5 (15,6) | 3 (7,5) | 0,276 |
| Web, (n, %) | 0 (0) | 2 (5) | 0,200 |
| Vị trí ngay gốc ĐMC, (n, %) | 30 (93,8)) | 40 (100) | 0,109 |

Nhận xét: Trên hình chụp DSA, có 64 BN hẹp ĐMC từ 70 – 99%, chiếm tỷ lệ 88,9% và 8 BN hẹp ĐMC từ 50 – < 70%, chiếm tỷ lệ 11,1%. Mức độ hẹp trung bình của ĐMC trên hình chụp DSA ở nhóm có triệu chứng là $(86,1 \pm 12,1)\%$; ở nhóm không có triệu chứng $(81,2 \pm 12,8)\%$ và sự khác biệt về mức độ hẹp trung bình của ĐMC ở hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,101 (> 0,05)$. Mức độ hẹp trung bình chung ở cả hai nhóm là $(83,9 \pm 12,5)\%$.

Có 55 (76,4%) BN hẹp ĐMC được chúng tôi chụp và can thiệp một thì, 71 (98,6%) BN can thiệp với gây tê tại chỗ, 70 (97,2%) BN đi qua đường động mạch đùi phải. Trong quá trình can thiệp, 29 (40,3%) có sử dụng dụng cụ phòng ngừa huyết khối (EPD); 40 (55,6%) có sử dụng bóng nong trước; 38 (52,8%) sử dụng stent mắc cáo đóng và 59 (81,9) có sử dụng bóng nong sau.

Bảng 4. Kết quả sau can thiệp

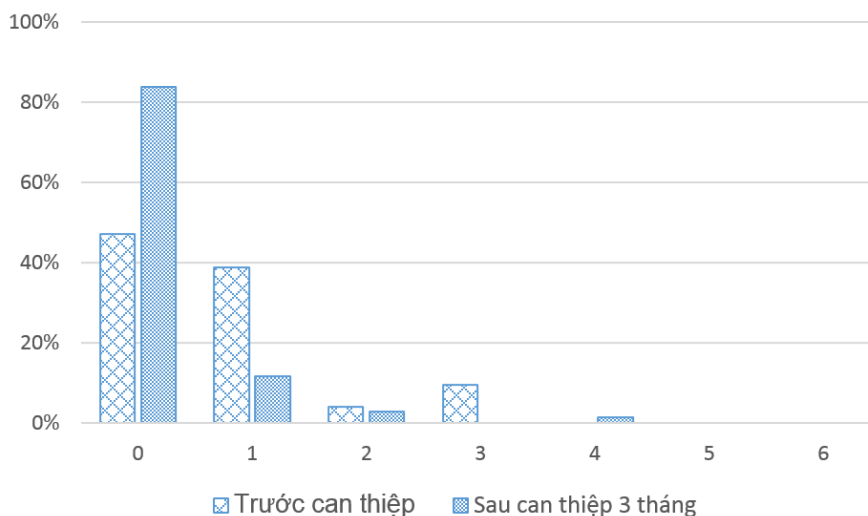
| Đặc điểm | n | % |
|--|----|------|
| Thành công của thủ thuật | 72 | 100 |
| Biến chứng trong và ngay sau can thiệp | | |
| Mạch chậm | 14 | 19,4 |
| Tụt huyết áp | 11 | 15,3 |
| Nhồi máu não, xuất huyết não, nhồi máu cơ tim, tử vong | 0 | 0 |
| Biến cố chính trong vòng 30 ngày | | |
| ĐQ bất kỳ | 1 | 1,4 |
| Nhồi máu cơ tim hoặc tử vong | 0 | 0 |
| Biến cố chính trong vòng 3 tháng | | |
| ĐQ bất kỳ | 1 | 1,5 |
| Nhồi máu cơ tim | 1 | 1,5 |
| Tử vong | 0 | 0 |

Nhận xét: 100% thủ thuật đều được can thiệp thành công, 19 (26,4%) không hẹp tồn lưu sau can thiệp.

Các biến cố xảy ra trong và ngay sau thủ thuật gồm: mạch chậm (19,4%) và tụt huyết áp (15,3%), không ghi nhận các biến cố ĐQ, nhồi máu cơ tim hay tử vong. Thời gian nằm viện sau thủ thuật của những BN này trung bình $5,2 \pm 4,4$ ngày.

Các biến cố chính xuất hiện trong vòng 30 ngày sau can thiệp gồm: 1 (1,4%) BN ĐQ đối bên và không ghi nhận các trường hợp nhồi máu cơ tim hay tử vong.

Trong quá trình theo dõi những BN hẹp ĐMC sau khi can thiệp đặt stent, chúng tôi có 4 BN (chiếm tỷ lệ 5,6%) bị mất dấu và không liên lạc được. Các biến cố chính xuất hiện trong quá trình can thiệp gồm: 1 (1,5%) nhồi máu cơ tim, 1 (1,5%) nhồi máu não đối bên và không có trường hợp nào tử vong. Có 1 (1,5%) BN có tái hẹp trong stent cần phải can thiệp lại.



Biểu đồ 1. Điểm mRS trước và sau can thiệp 3 tháng.

Nhận xét: Ở thời điểm 3 tháng sau thủ thuật, điểm mRS của hầu hết BN trở về mức 0 điểm và chỉ có 1 BN có mRS 4 điểm; mRS trung bình là $0,41 \pm 1,17$. So sánh với mRS trước can thiệp cho thấy, sau 3 tháng mRS thấp hơn có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,0251$.

IV. BÀN LUẬN

Hẹp ĐMC đoạn ngoài sọ thường gặp ở nam giới. Nhóm tác giả Marta Skowronska và cs (2017) cho rằng: (1) do nam giới tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ nhiều hơn nữ giới, đặc biệt là thuốc lá; (2) hormone sinh dục nữ đóng vai trò như là yếu tố bảo vệ, tác động lên chức năng của lớp nội mạc mạch máu và giúp ổn định mảng xơ vữa; (3) do sự khác biệt về giải phẫu ngay chỗ chia đôi ĐMCC giữa nam giới và nữ giới, tỷ số diện tích đầu ra trên diện tích đầu vào của dòng máu ở nữ giới cao hơn ở nam giới, do nữ giới do ĐMCT lớn hơn nam giới, từ đó ĐMCT của nam giới bị tác động bởi vận tốc của dòng máu nhiều hơn dẫn đến tổn thương lớp nội mạc và hình thành nên mảng xơ vữa [13]. Lứa tuổi trung bình được chẩn đoán cũng khá cao, theo tác giả Jaroslav Pelisek và cs (2016), cho rằng lão hóa có liên quan đến nhiều thay đổi bên trong cơ thể. Các quá trình này hầu hết là không thể hồi phục làm giảm khả năng đáp ứng của cơ thể với môi trường và tăng tính nhạy cảm với rất nhiều bệnh lý khác nhau. Trong đó có các bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp và đái tháo đường – các yếu tố nguy cơ chính của hẹp ĐMC. [9]

Triệu chứng thường gặp của hẹp ĐMCT đoạn ngoài sọ trong nghiên cứu là yếu/liệt nửa người với tỷ lệ 56,9%, trong đó bao gồm cả những trường hợp có tiền sử ĐQ để lại di chứng yếu/liệt nửa người và những trường hợp ĐQ mới xuất hiện. Các triệu chứng ít gặp hơn là âm thổi ĐMC với tỷ lệ 36,1% và mù thoáng qua với tỷ lệ 1,4%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các tác giả Melina GHE den Brok và cs (2020), yếu/liệt nửa người là triệu chứng thường gặp với 65,2%; mù thoáng qua là triệu chứng ít gặp hơn với 5,3%. Tác giả Joanna P. Ti và cs (2013), yếu/liệt nửa người cũng là triệu chứng thường gặp với 32,7% và mù thoáng qua với 7,5%. Âm thổi ĐMC là dấu hiệu không đặc hiệu và độ nhạy được mô tả trong y văn từ 24 – 84%. Chỉ có 1/3 BN có âm thổi ĐMC có hẹp và thay đổi huyết động đáng kể của ĐMC (hẹp 70% – 90%). Ở những BN hẹp đáng kể ĐMC thì có 50% BN có dấu hiệu này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng âm thổi ĐMC khác nhau không có nghĩa thống kê ở hai nhóm có triệu chứng và không có triệu chứng với $p =$

0,207 ($> 0,05$). Triệu chứng này cũng không tương quan với mức độ hẹp của ĐMC ở những BN được can thiệp với $p = 0,07$ ($> 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Elias P. Johansson và cs (2008) kết luận rằng âm thổi ĐMC không đủ chính xác để xác định hoặc loại trừ hẹp ĐMC nhưng là dấu hiệu gợi ý để BN làm thêm các cận lâm sàng khác để tầm soát hẹp ĐMC. [5],[8],[11],[14]

Mức độ hẹp trung bình trên hình chụp DSA của các trường hợp được can thiệp đặt stent trong nghiên cứu của chúng tôi là $(83,9 \pm 12,5)\%$; ở nhóm có triệu chứng là $(86,1 \pm 12,1)\%$; ở nhóm không có triệu chứng là $(81,2 \pm 12,8)\%$ và sự khác biệt về mức độ hẹp trung bình của ĐMC ở hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,101$ ($> 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Michał Kosowski và cs (2014), mức độ hẹp trung bình của ĐMC là $(88 \pm 9)\%$; ở nhóm có triệu chứng là $(88 \pm 10)\%$ và ở nhóm không có triệu chứng là $(88 \pm 7)\%$. Tác giả Bilge Duran Karaduman và cs (2020), nghiên cứu trên 145 BN hẹp ĐMC được can thiệp đặt stent, mức độ hẹp ĐMC trung bình là $(85,2 \pm 10,1)\%$; ở nhóm có triệu chứng là $(85 \pm 10,9)\%$; ở nhóm không triệu chứng $(85,5 \pm 9,1)\%$ và sự khác biệt ở hai nhóm này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,764$. Điều này là do ngoài việc hẹp nặng ĐMC làm giảm lưu lượng tưới máu não và gây triệu chứng thì còn một số cơ chế khác gây triệu chứng đối với BN hẹp ĐMC là (1) mảng xơ vữa không ổn định gây bong tróc và trôi lên các nhánh xa; (2) các ổ loét trong mảng xơ vữa dễ tạo huyết khối, cũng như huyết khối hình thành trên bề mặt mảng xơ vữa. [3], [9]

Các biến cố chính trong quá trình can thiệp nong và đặt stent ĐMC trong nghiên cứu của chúng tôi gồm mạch chậm với 19,4% (không có trường hợp nào cần phải đặt máy tạo nhịp) và tụt huyết áp với 15,3%. Không ghi nhận biến chứng máu tụ lớn vùng chọc kim cần phải can thiệp, cũng như các biến cố nhồi máu não, xuất huyết não hoặc tử vong trong và ngay sau khi thủ thuật. Kết quả này thấp hơn so với một số tác giả. Tác giả Jesús Alcalde-López và cs (2018) đặt stent ĐMC cho 1227 BN hẹp ĐMC có triệu chứng, mạch chậm xuất hiện với tỷ lệ 43,9%; tụt huyết áp xuất hiện với tỷ lệ 36,2%; 23,6% BN vô tâm thu lúc can thiệp. Nhưng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bilge Duran Karaduman và cs (2020) có 10% BN tụt huyết áp; 1,4% BN ĐQ và 2% xuất hiện cơn TIA. Trong nghiên cứu của tác giả Joanna P. Ti và cs (2013) có 1% BN mạch cần phải đặt máy tạo nhịp; 3% BN có tụt huyết áp cần phải truyền dịch hoặc sử dụng thuốc vận mạch; 5% BN có cơn TIA; 3% BN ĐQ; 1% BN nhồi máu cơ tim; 1,5% có máu tụ lớn vùng chọc kim cần phải can thiệp hoặc phẫu thuật và tỷ lệ tử vong chu phẫu lên đến 4,5%. [3], [10], [11]

Về biến cố xuất hiện trong 30 ngày sau thủ thuật, nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN ĐQ nhồi máu não xuất hiện vào ngày thứ hai sau can thiệp. Trường hợp BN ĐQ nặng xuất hiện vào ngày thứ hai sau can thiệp là BN: Q. X. L, nam 73 tuổi, vào viện vì yếu nửa người trái tái đi tái lại. BN có hẹp nặng ĐMC hai bên với hẹp nặng ĐMC bên phải đoạn ngoài sọ và hẹp nặng ĐMC trái đoạn nội sọ. Sau đó, BN được chỉ định can thiệp nong và đặt stent ĐMC bên phải, thủ thuật được tiến hành khá thuận lợi và kết thúc an toàn, không ghi nhận các biến chứng trong và ngay sau thủ thuật. Đến ngày thứ hai, BN đột ngột nói khó, liệt nửa người bên phải và hình ảnh MRI cho thấy có tổn thương nhồi máu não mới bán cầu trái và tắc ĐMC trái – đối bên với bên can thiệp. BN này sau đó được quyết định hồi sức nội khoa, nằm viện 39 ngày sau can thiệp, được xuất viện với mRS = 4 điểm.

Sau 3 tháng theo dõi chúng tôi mất dấu và không liên lạc được 4 BN (5,6%). Trong 68 BN chúng tôi còn theo dõi được thì có 1 BN (1,5%) xuất hiện nhồi máu cơ tim vào tháng thứ hai sau can thiệp và 1 BN (1,5%) nhồi máu não đối bên vào ngày thứ hai sau

can thiệp. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả, nhưng thời gian theo dõi của các tác giả này kéo dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch nong và đặt stent điều trị hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một thủ thuật ít xâm lấn, an toàn và có thể áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ mô tả tại một trung tâm và không đối chứng, nên cần thiết phải nghiên cứu thêm, mở rộng nghiên cứu đa trung tâm và có nhóm đối chứng để đánh giá chính xác về hiệu quả điều trị của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ*, Hà Nội.
2. Ashley M. Wabnitz and Tanya N. Turan (2017), “Symptomatic carotid artery stenosis: surgery, stenting, or medical therapy”, *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 19 (8), pp. 62 – 74.
3. Bilge Duran Karaduman, Hüseyin Ayhan, Telat Keleş and et al. (2020), “Efficacy and safety of carotid artery stenting: Experience of a single center”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 48 (7), pp. 646 – 655.
4. Bo Norrving (2019), “Common causes of ischemic stroke”, *Textbook of stroke medicine*, 3rd edition, Cambridge University Press, United Kingdom, pp 38. – 49.
5. Elias P. Johans and Per Wester (2008), “Carotid bruits as predictor for carotid stenoses detected by ultrasonography: an observational study”, *BMC Neurology*, 8, pp. 23 – 31.
6. Emelia J. Benjamin, Michael J. Blaha, Stephanie E. Chiuve and et al. (2017), “Heart disease and stroke statistics – 2017 update: a report from the american heart association”, *Circulation*, 135 (10), pp. 146 – 603.
7. Eric S. Donkor (2018), “Stroke in the 21st century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life”, *Stroke Research and Treatment*, vol 2018, 10 pages.
8. George Louridas and Asad Junaid (2005), “Management of carotid artery stenosis. Update for family physicians”, *Canadian Family Physician*, 51 (7), pp. 984 – 989.
9. Jaroslav Pelisek, Heiko Wendorff, Carina Wendorff and et al. (2016), “Age-associated changes in human carotid atherosclerotic plaques”, *Annals of Medicine*, 48 (7), pp. 541 – 551.
10. Jesús Alcalde-López, Elena Zapata-Arriaza, Aurelio Cayuela and et al. (2018), “Safety of early carotid artery stenting for symptomatic stenosis in daily practice”, *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 56 (6), pp. 776 – 782.
11. Joanna P. Ti, David Carmody, Sarah Power and et al. (2013), “Our single-centre experience of carotid artery stenting in high-risk patients over a 10-year period”, *The eJournal of the European Society of Minimally Invasive Neurological Therapy*, 2013, pp. 1 – 14.
12. Joosup Kim, Tharshanah Thayabaranathan, Geoffrey A Donnan and et al. (2020), “Global stroke statistics 2019”, *International Journal of Stroke*, 15 (8), pp. 819 – 838.
13. Marta Skowronska, Anna Piorkowska and Anna Czlonkowska (2018), “Differences in carotid artery atherosclerosis between men and women in the early phase after ischemic event”, *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 52 (2), pp. 162 – 167.
14. Melina GHE den Brok, Laurien S. Kuhrij, Bob Roozenbeek and et al. (2020), “Prevalence and risk factors of symptomatic carotid stenosis in patients with recent transient ischaemic attack or ischaemic stroke in the Netherlands”, *European Stroke Journal*, 5 (3), pp. 271 – 277.
15. Thomas G. Brott, Jonathan L. Halperin, Suhny Abbara and et al. (2011), “Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease”, *Circulation*, 124, pp. 54 – 130.

(Ngày nhận bài 13/7/2022, ngày duyệt đăng 16/10/2022)