

Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi khoeo mạn tính tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Endovascular intervention outcomes in the treatment of chronic femoropopliteal artery occlusion at Cho Ray Hospital

Lâm Văn Nút¹
và Lâm Thảo Cường^{2,3*}

¹Bệnh viện Chợ Rẫy
²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
³Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tắc động mạch chi dưới mạn tính có tăng nguy cơ mắc biến cố tim mạch cao 1,05-3,77 so với nhóm không bệnh. Bệnh đang có xu hướng gia tăng tại Việt Nam. Điều trị can thiệp nội mạch mang lại nhiều kết quả điều trị khả quan trong thời gian gần đây. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi khoeo mạn tính tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca được thực hiện trên nhóm bệnh nhân tắc động mạch tầng đùi-khoeo, được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy. Hồi cứu hồ sơ bệnh án trên 52 bệnh nhân về các đặc điểm nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật thực hiện. **Kết quả:** Kết quả thành công về mặt kỹ thuật chiếm 98,1%. Can thiệp thất bại có 1 chi chiếm 1,9%. Đánh giá lâm sàng cho thấy tất cả các chi đều bắt được mạch đùi sau can thiệp, 98% tổng số chi bắt được mạch khoeo. Có 92,3% cải thiện về mặt lâm sàng (chân ấm, giảm đau); chỉ số ABI sau can thiệp là 0,86, tăng có ý nghĩa thống kê so với 0,37 trước can thiệp. Có 26,3% bóc tách thành mạch trong can thiệp và 04 trường hợp có biến chứng sau can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả và ít xâm lấn đối với tắc động mạch đùi-khoeo mạn tính ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, đặc biệt là bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần được cá thể hóa, và các nghiên cứu theo dõi trung và dài hạn là cần thiết để đánh giá độ bền tái thông.

Từ khóa: Can thiệp nội mạch, động mạch đùi khoeo, tắc động mạch, điều trị tắc mạch.

Summary

Introduction: Chronic lower limb arterial occlusion is associated with a 1.05–3.77-fold increased risk of major cardiovascular events compared with individuals without the disease. Its prevalence has been rising in Vietnam. In recent years, endovascular intervention has emerged as a promising therapeutic option, offering favorable outcomes. **Objective:** To evaluate the outcomes of endovascular interventions for the treatment of chronic femoropopliteal artery occlusion at Cho Ray Hospital during the period 2023–2024. **Subject and method:** This retrospective case series included patients with chronic femoropopliteal artery occlusion who underwent endovascular revascularization at the Department of Vascular Surgery, Cho Ray Hospital. A total of 52 patients were reviewed. Baseline characteristics, clinical and paraclinical findings, as well as technical details of the procedures, were analyzed. **Result:** The

Ngày nhận bài: 05/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 08/01/2026

* Tác giả liên hệ: cuong.lt@umc.edu.vn - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

technical success rate was 98.1%, with one limb (1.9%) experiencing procedural failure. Post-intervention assessment demonstrated palpable femoral pulses in all treated limbs, and popliteal pulses were restored in 98% of cases. Clinical improvement characterized by warmer limbs and reduced pain was observed in 92.3% of patients. The post-procedural ankle-brachial index (ABI) increased significantly from 0.37 pre-intervention to 0.86 post-intervention ($p < 0.05$). Arterial dissection occurred in 26.3% of interventions, and there were four cases of post-procedural complications. *Conclusion:* Endovascular intervention is an effective and minimally invasive treatment option for chronic femoropopliteal artery occlusion in appropriately selected patients, particularly those at high surgical risk. Treatment strategies should be individualized, and further studies with mid- and long-term follow-up are warranted..

Keywords: Endovascular intervention; Femoropopliteal artery; Arterial occlusion; Revascularization therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là bệnh lý hệ thống mạch máu xảy ra khi động mạch cấp máu cho chi dưới bị hẹp hoặc tắc kéo dài, dẫn đến giảm lượng máu tới cho các mô mà động mạch chi phối. Nguyên nhân chủ yếu là do xơ vữa động mạch hệ thống. Người mắc BĐMCDMT có tăng nguy cơ mắc biến cố tim mạch cao 1,05-3,77 so với nhóm không bệnh¹. Những năm gần đây, BĐMCDMT có xu hướng ngày càng gia tăng. Theo thống kê, tính đến năm 2021, BĐMCDMT ảnh hưởng đến 8,5 triệu người ở Hoa Kỳ và hơn 230 triệu người trưởng thành trên toàn thế giới⁷. Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân bị BĐMCDMT chỉ chiếm khoảng 1,7% bệnh nhân vào viện năm 2003, và con số này tăng lên 3,4% năm 2007². BĐMCDMT là nguyên nhân hàng đầu gây suy giảm chức năng của chi, tăng nguy cơ đoạn chi và cũng là một yếu tố nguy cơ cao của các biến cố tim mạch bao gồm: nhồi máu cơ tim và đột quỵ³.

Hiện nay, điều trị BĐMCDMT nhằm tái thông mạch máu bằng can thiệp nội mạch hoặc bắc cầu động mạch đã được rất nhiều cơ sở y tế quan tâm. Tuy nhiên phẫu thuật bắc cầu động mạch bằng mạch máu tự thân hoặc ống ghép nhân tạo là phẫu thuật xâm lấn. Trong quá trình phẫu thuật còn có thể phải truyền máu, thời gian hồi phục sau mổ kéo dài vì đường mổ lớn, nhiều biến chứng kèm theo. Theo một nghiên cứu năm 2019 ở 43 trường hợp bệnh nhân bị BĐMCDMT được phẫu thuật bắc cầu động mạch ghi nhận có 1 trường hợp tử vong sau 30 ngày và 11 trường hợp tái can thiệp⁶. Đặc biệt, đối với bệnh nhân lớn tuổi, kèm theo nhiều bệnh nội khoa phối hợp không thích hợp cho phương pháp điều trị này.

Từ đó, việc điều trị BĐMCDMT nhằm tái thông mạch máu bằng can thiệp nội mạch hứa hẹn nhiều tiềm năng với kết quả điều trị khả quan. Nghiên cứu của Biagioni⁵ và cộng sự (2018) can thiệp nội mạch trên bệnh nhân tổn thương động mạch tầng đùi khoeo TASC D, tỷ lệ đặt giá đỡ nội mạch ở động mạch đùi nông là 83,3%, ở tổn thương động mạch đùi khoeo là 66,6 ở tổn thương động mạch khoeo đơn thuần là 55,7%. Tỷ lệ thành công mặt kỹ thuật là 96,7%. Tỷ lệ tái thông nguyên phát sau 30 ngày, 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt 91%, 60,1%, 55,7% và 50,6%. Tỷ lệ bảo tồn chi sau 30 ngày, 1 năm, 2 năm, 3 năm, và 4 năm lần lượt là 95,2%, 82,2%, 76,9%, 71,8% và 63,7%.

Bệnh viện Chợ Rẫy đã triển khai kỹ thuật can thiệp nội mạch trong BĐMCDMT từ năm 2012. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi khoeo mạn tính tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2023-2024.

II. Đối tượng và phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện năm 2023-2024 tại Khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tắc động mạch tầng đùi-khoeo, được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Khoa Phẫu thuật mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch đùi khoeo dựa vào cắt lớp điện toán hoặc chụp mạch số hoá xoá nền, được chỉ định phục hồi lưu thông mạch máu bằng can thiệp nội mạch.

Đồng thời có đầy đủ dữ liệu trên hồ sơ bệnh án điện tử được lưu trữ trên hệ thống của bệnh viện.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân có sang thương mạch máu mức độ nặng cần điều trị can thiệp nội mạch kèm mổ hở (Hybrid), có sang thương động mạch dưới gối kèm theo.

Phương pháp thu thập: Hồi cứu bệnh án, chọn các trường hợp có đủ tiêu chí chọn mẫu. Thu thập từ hồ sơ giấy, hồ sơ bệnh án điện tử, hệ thống lưu trữ hình ảnh các thông tin hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong lúc can thiệp, kết quả điều trị và các biến chứng của can thiệp.

Biến số nghiên cứu: được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm nền của bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước can thiệp, các yếu tố liên quan đến kỹ thuật can thiệp, kết quả điều trị và các biến chứng.

Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới tính, lý do vào viện và các bệnh lý nội khoa kèm theo. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước can thiệp bao gồm phân độ thiếu máu chi theo Rutherford, chỉ số cổ chân – cánh tay (ABI), vị trí tổn thương động mạch đùi-khoeo và tình trạng vôi hóa mạch máu.

Các biến số liên quan đến can thiệp nội mạch bao gồm đường vào mạch máu, kỹ thuật đi dây dẫn qua tổn thương và thời gian can thiệp. Kết quả điều trị được đánh giá trên ba khía cạnh: kết quả kỹ thuật, kết quả huyết động và kết quả lâm sàng. Thành công kỹ thuật được định nghĩa là tái thông mạch

máu với hẹp tổn lưu sau can thiệp < 30%. Kết quả huyết động được đánh giá thông qua sự thay đổi chỉ số ABI trước và sau can thiệp. Kết quả lâm sàng được ghi nhận dựa trên tình trạng bắt mạch sau can thiệp và cải thiện triệu chứng thiếu máu chi.

Các biến chứng trong và sau can thiệp, bao gồm bóc tách thành mạch, hoại tử chi, nhiễm trùng và tử vong, được ghi nhận trong thời gian nằm viện. Các kết quả ngắn hạn như tái thông nguyên phát, bảo tồn chi và tình trạng sống còn được đánh giá trong thời gian theo dõi sau can thiệp. Tiêu chí tái thông nguyên phát được xác định khi mạch máu can thiệp vẫn còn lưu thông, không có bằng chứng tắc hoặc tái hẹp cần can thiệp lại trong thời gian theo dõi. Việc đánh giá được thực hiện dựa trên lâm sàng (cải thiện triệu chứng thiếu máu chi, bắt được mạch ngoại vi) kết hợp với các phương tiện cận lâm sàng sẵn có trong hồ sơ bệnh án, bao gồm siêu âm Doppler mạch máu hoặc hình ảnh học mạch máu khi bệnh nhân tái khám hoặc nhập viện lại. Thời điểm đánh giá là 3 tháng sau can thiệp..

Phương pháp phân tích: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 16.0. Báo cáo tần số, tỷ lệ % để mô tả các biến số định tính; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn cho các biến số định lượng. Sử dụng phép kiểm T bất cặp để so sánh chỉ số ABI trước- sau can thiệp.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân (n = 52)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Giới tính		
Nam	38	73.0
Nữ	14	27.0
Tuổi	71.5 $\pm$ 9.7	
Nhóm tuổi		
50-59	05	10.0
60-69	19	37.0
70-79	17	33.0

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
80-89	8	15.0
>=90	3	6.0
Lý do vào viện		
Đau cách hồi	4	7.7
Đau khi nghỉ ngơi	26	50.0
Loét, hoại tử chân	22	42.3
Tiền sử nội khoa		
Hút thuốc lá	39	75.0
Tăng huyết áp	46	88.5
Đái tháo đường	32	61.5
Rối loạn chuyển hóa lipid	21	40.4
Bệnh mạch vành	7	13.5
Bệnh thận mạn	6	11.5
Bệnh mạch cảnh	6	11.5
TBMMN cũ	5	9.6
Suy tim	3	5.8
Bệnh phổi mạn tính	2	3.8

Đối tượng nghiên cứu đa số là nam giới chiếm 73%. Độ tuổi trung bình ghi nhận là $71,5 \pm 9,7$, với phần lớn nằm ở nhóm tuổi từ 60-79 tuổi. Lý do vào viện phổ biến là đau khi nghỉ ngơi với 50%, tiếp đến là loét/hoại tử chân với 42,3%.

Có 75% bệnh nhân có hút thuốc lá; 88,5% bệnh nhân tăng huyết áp và 61,5% đái tháo đường và 40,4% có rối loạn chuyển hóa mỡ máu. Các bệnh khác chiếm tỷ lệ dưới 15%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật can thiệp

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Phân độ Rutherford		
Rutherford độ 3	3	5,8%
Rutherford độ 4	15	28,8%
Rutherford độ 5	19	36,5%
Rutherford độ 6	15	28,8%
Vị trí tổn thương		
Động mạch đùi nông	46	88,5%
Động mạch đùi- khoeo	3	7,7%
Động mạch khoeo đơn thuần	3	3,8%
Có kèm vôi hóa mạch máu nặng		
Động mạch đùi nông	16	35,6% (16/46)
Động mạch đùi- khoeo	1	33,3% (1/3)
Động mạch khoeo đơn thuần	0	0% (0/3)

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Số lượng đường vào		
1 đường	49	94,2%
2 đường	3	5,8%
Đường vào động mạch		
Động mạch đùi cùng bên	23	44,2%
Động mạch đùi cùng bên và động mạch khoeo	1	1,9%
Động mạch đùi đối bên	24	46,2%
Động mạch đùi đối bên và động mạch khoeo	2	3,8%
Động mạch khoeo	2	3,8%
Kỹ thuật đi dây dẫn qua tổn thương		
Trong lòng mạch	47	90,3%
Dưới nội mạc	5	9,62%
Thời gian can thiệp	141,5± 41,8	70-250

Bệnh nhân Rutherford độ 3 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5,8%. Cao nhất là bệnh nhân Rutherford độ 5 với tỉ lệ 36,5%. Bệnh nhân Rutherford độ 4 và độ 6 chiếm tỉ lệ tương đương nhau là 28,8%.

Tỉ lệ bệnh nhân tắc động mạch đùi nông chiếm cao nhất là 66,4%, trong đó có 16 bệnh nhân được ghi nhận có kèm vôi hóa mạch máu nặng chiếm 35,6%. Tổn thương tắc động mạch đùi- khoeo và động mạch khoeo đơn thuần chiếm tỉ lệ ngang nhau là 5,8%. Trong đó, 1 trường hợp bệnh nhân tắc động mạch đùi- khoeo được ghi nhận kèm vôi hóa mạch máu nặng, và không ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân tắc động mạch khoeo đơn thuần có kèm vôi hóa mạch máu nặng.

Hầu hết thực hiện 01 đường đưa vào chiếm 94,2%, trong đó đường phổ biến là động mạch đùi cùng bên và động mạch đùi đối bên (lần lượt 44,2% và 46,2%). Kỹ thuật đi dây dẫn trong lòng mạch chiếm 90,3%. Thời gian can thiệp trung bình là 141,5 phút.

Kết quả thành công về mặt kỹ thuật chiếm 98,1%. Một trường hợp can thiệp thất bại, chiếm 1,9% (Bệnh nhân được chọn đường vào là động mạch đùi cùng bên, ghi nhận hẹp trung bình động mạch đùi nông đoạn đầu và vôi hóa nặng, tắc động mạch đùi nông 1/3 dưới và đoạn đầu khoeo. Nong bóng 1/3 đầu và giữa. Tuy nhiên, vì tổn thương tắc có kèm vôi hóa nặng không đi được dây dẫn qua tổn thương).

Bảng 3. Đánh giá kết quả lâm sàng

Cải thiện triệu chứng lâm sàng	(n = 52)	Tỷ lệ (%)
Bắt được mạch sau can thiệp		
Mạch đùi	52	100%
Mạch khoeo	51	98%
Cải thiện triệu chứng lâm sàng		
Có cải thiện (chân ấm, giảm đau)	48	92.3%
Không cải thiện	4	7.7%

Tất cả các chi đều bắt được mạch đùi sau can thiệp, 98% tổng số chi bắt được mạch khoeo.

Sau can thiệp, ghi nhận 48 trường hợp chiếm 92,3% có cải thiện về mặt lâm sàng: chân ấm, giảm đau. Có 4 bệnh nhân không cải thiện về mặt lâm sàng, trong đó có 1 chi diễn tiến lâm sàng xấu hơn và phải cắt cụt chi, 2 bệnh nhân tử vong.

Bảng 4. Đánh giá kết quả huyết động

Chỉ số ABI	Trung bình	Giá trị p
ABI trước can thiệp	$0,37 \pm 0,14$	<0,05*
ABI sau can thiệp	$0,86 \pm 0,17$	

(*): Kiểm định t-test

ABI trung bình ngay sau can thiệp là $0,86 \pm 0,17$, sự cải thiện về ABI sau can thiệp so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Biến chứng trong và sau can thiệp

Đặc điểm	(n = 52)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng trong can thiệp		
Chảy máu	0	0%
Thủng mạch	0	0%
Bóc tách thành mạch	14	26,3%
Biến chứng chu phẫu		
Nhiễm trùng toàn thân	1	1,9%
Hoại tử chân	1	1,9%
Bệnh nặng xin về	2	3,8%

Trong quá trình can thiệp, có 14 trường hợp bóc tách thành mạch, chiếm 26,3%. Trong 14 trường hợp bóc tách thành mạch, có 13 trường hợp được xử trí bằng đặt giá đỡ nội mạch thường chiếm 92,9%, 1 trường hợp được xử trí bằng nong bóng phủ thuốc chiếm 7,1%.

Trong 52 trường hợp được can thiệp động mạch đùi khoeo, ghi nhận được 1 trường hợp đoạn chi sau can thiệp trong thời gian nằm viện. Bệnh nhân vào viện vì lý do loét, hoại tử chân khoảng 3 tháng, được can thiệp động mạch đùi nông thành công. Tuy nhiên, sau can thiệp bàn chân tình trạng nhiễm trùng vẫn còn diễn tiến và hoại tử lên phía trên tổn thương; bệnh nhân được chỉ định cắt cụt 1/3 trên cẳng chân để loại bỏ ổ nhiễm trùng ngày thứ 3 sau can thiệp.

Bảng 6. Tỷ lệ tái thông nguyên phát

	(n = 52)	Tỷ lệ (%)
Tái thông		
Tái thông nguyên phát	45	86.5
Tái thông không thành công	7	13.5
Tình trạng bảo tồn chi		
Bảo tồn	50	96.2
Đoạn chi	2	3.8
Tỷ lệ sống còn		
Sống	50	96.2
Tử vong	2	3.8

Trong 52 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu có 2 bệnh nhân bệnh nặng xin về với nguyên nhân liên quan tình trạng nội khoa. Có 01 chi diễn tiến xấu được cắt cụt ngày thứ 4 sau can thiệp, 01 chi tắc lại có chỉ định cắt cụt vào tháng thứ 3 và 02 chi tái hẹp hoặc tắc lại được chỉ định can thiệp lại.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có tuổi trung bình là $71,5 \pm 9,7$ tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 94 tuổi, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 53 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu của tác giả trong nước. Trần Đức Hùng⁴ (2016) nghiên cứu trên 118 bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính, có tuổi cao nhất là 92, thấp nhất là 27 tuổi; trung bình là $70,6 \pm 10,39$. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Hiến⁸ có độ tuổi trung bình cao hơn là 77 ± 10 .

Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân can thiệp động mạch chi dưới ở nam cao hơn nữ. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hiến [8] có 44 bệnh nhân nam trong tổng số 75 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. Nghiên cứu của tác giả Trần Đức Hùng⁴ (2016), tỉ lệ nam trong tổng số bệnh nhân là 83,1%, nữ là 16,9%, tỷ lệ nam/nữ là 5/1.

Chỉ số ABI rất có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh động mạch chi dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số ABI là $0,37 \pm 0,14$. Nghiên cứu của tác giả Đinh Huỳnh Linh cũng cho kết quả tương đương ($<0,4$). Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài đều cho thấy chỉ số ABI trung bình trước can thiệp cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, không phải tất cả các trường hợp ABI đều phản ánh đúng tình trạng tưới máu chi. Trong các thương tổn tắc hoàn toàn động mạch tầng dưới gối thì ABI sẽ bằng 0, nhưng thực chất động mạch máu vẫn có thể cấp máu để nuôi chi.

Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là kết thúc cuộc phẫu thuật thành công và hẹp tồn lưu sau can thiệp $< 30\%$ đường kính lòng mạch. Trường hợp thất bại kỹ thuật trong nghiên cứu chủ yếu liên quan đến tổn thương tắc mạn tính dài kèm vôi hóa mạch máu nặng, làm hạn chế khả năng đi dây dẫn qua tổn thương. Trong những năm gần đây, sự phát

triển về mặt kỹ thuật cũng như dụng cụ, trang thiết bị can thiệp nội mạch giúp cho tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật được cải thiện đáng kể. Có sự tương đồng trong tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của nhóm nghiên cứu chúng tôi với các tác giả khác.

Sau can thiệp, nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 92,3% tình trạng bệnh nhân có cải thiện về mặt lâm sàng như chân ấm, giảm đau. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân vào viện vì lý do loét, hoại tử chân và có tình trạng thiếu máu mạn tính đe dọa chi, vì vậy tình trạng giảm đau có phần hạn chế.

Chỉ số ABI trung bình sau can thiệp là $0,86 \pm 0,17$. Qua kiểm định t-test chúng tôi nhận thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo định nghĩa, thành công về mặt huyết động khi ABI tăng $> 0,15$. Như vậy, xét về mặt huyết động thành công là 96%.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Hiến⁸, tỉ lệ bệnh nhân thành công về mặt huyết động là 76,25%. Với giá trị ABI trung bình sau can thiệp là $0,64 \pm 0,23$ so với trước can thiệp là $0,37 \pm 0,32$. Với nghiên cứu của tác giả nước ngoài Ahmed A Naiem (2022), ABI trước can thiệp là $0,64 \pm 0,16$ và sau can thiệp là $0,95 \pm 0,18$. Có sự khác biệt giữa chỉ số ABI trước và sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác. Tuy nhiên các tác giả đều ghi nhận sự thay đổi ABI trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê.

Về biến chứng sau can thiệp, trong thời gian nghiên cứu, không ghi nhận được các biến chứng tại vị trí can thiệp. Có 1 trường hợp (chiếm 1,9%) chân hoại tử sau can thiệp và phải cắt cụt chi ngày thứ 4. Có 2 trường hợp bệnh nặng xin về do nguyên nhân nội khoa (Trường hợp 1 do choáng nhiễm trùng nặng và suy gan cấp; Trường hợp 2 vào ngày thứ 1 sau can thiệp, bệnh nhân suy hô hấp cấp trên nền bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng). Có thể thấy rằng, bệnh nhân được can thiệp thuộc nhóm người lớn tuổi, kèm nhiều bệnh lý theo sau. Chính vì vậy việc theo dõi sát bệnh nhân sau can thiệp cũng nhằm hạn chế không chỉ biến chứng sau can thiệp mà còn hạn chế những rủi ro gặp ở các bệnh lý đi kèm. Mức độ thiếu máu chi theo phân loại Rutherford có ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị. Các bệnh nhân

thuộc nhóm Rutherford cao (độ 5 - 6), đặc biệt khi có loét, hoại tử hoặc nhiễm trùng chi, thường có kết quả lâm sàng kém hơn và nguy cơ biến chứng cao hơn so với nhóm Rutherford thấp. Nhiễm trùng chi làm hạn chế khả năng hồi phục mô sau tái thông và là yếu tố bất lợi đối với bảo tồn chi, ngay cả khi tái thông mạch máu về mặt kỹ thuật đạt kết quả.

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả được các đặc điểm nền, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân tắc động mạch đùi-khoeo mạn tính được điều trị bằng can thiệp nội mạch. Tuy nhiên, do thiết kế hồi cứu và thời gian theo dõi ngắn, nghiên cứu chưa đánh giá được các kết quả trung và dài hạn, đồng thời chưa đủ cơ sở để xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến thất bại điều trị; bên cạnh đó, do hạn chế dữ liệu hồi cứu, nghiên cứu chưa có điều kiện phân loại tổn thương theo TASC II hoặc GLASS để phân tích sâu hơn theo mức độ phức tạp của tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch đùi - khoeo mạn tính cho thấy hiệu quả tốt về mặt kỹ thuật và cải thiện triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp, đặc biệt là bệnh nhân lớn tuổi hoặc nguy cơ phẫu thuật cao. Phẫu thuật bắc cầu vẫn giữ vai trò quan trọng trong các trường hợp tổn thương dài và phức tạp, do đó việc lựa chọn phương pháp điều trị cần được cá thể hóa. Các nghiên cứu tiếp theo với thời gian theo dõi trung và dài hạn là cần thiết để đánh giá độ bền tái thông và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diehm Curt, Lange Stefan, Darius Harald et al (2006) *Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care*. Eur Heart J 27(14): 1743-1749.
2. Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Tuấn Hải (2010) *Cập nhật khuyến cáo 2010 của hội tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới*. Viện Tim Mạch Việt Nam, tr.4.
3. Subherwal S, Patel MR, Kober L et al (2015) *Peripheral artery disease is a coronary heart disease risk equivalent among both men and women: results from a nationwide study*. Eur J Prev Cardiol 22(3): 317-25.
4. Trần Đức Hùng (2016) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính*. Luận văn Tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
5. Biagioni RB, Brandao GD, Biagioni LC et al (2019) *Endovascular treatment of TransAtlantic Inter-Society Consensus II D femoropopliteal lesions in patients with critical limb ischemia*. J Vasc Surg 69(5): 1510-1518.
6. Wee I., Choong AM (2019) *A systematic review of isolated radial artery harvesting as a conduit for lower limb bypass grafting*. Vascular 27(2): 224-30.
7. Criqui Michael H (2021) *Matsushita Kunihiro, Aboyans Victor et al Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Contemporary Epidemiology, Management Gaps, and Future Directions: A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation 144(9): 171-191.
8. Nguyễn Đình Hiến, Lê Văn Trường, Lương Tuấn Anh, Nguyễn Mạnh Chiến (2024) *Kết quả tái thông động mạch đùi-khoeo bằng phương pháp can thiệp nội mạch ở bệnh nhân tổn thương mạn tính động mạch đùi khoeo*. Tạp chí Y học Việt Nam 541(1).