

Đánh giá kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính

Urgent treatment outcomes of acute lower limb ischemia

Lâm Thảo Cường^{1,2*}
và Lê Phi Long¹

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thiếu máu chi dưới cấp tính là một trong những tình huống cấp cứu mạch máu đòi hỏi sự can thiệp kịp thời bởi nguy cơ mất chi hoặc nghiêm trọng hơn là tử vong. Phương pháp tái tưới máu bao gồm: điều trị nội khoa bằng thuốc, phẫu thuật mạch máu hoặc can thiệp nội mạch hoặc đoạn chi trong trường hợp chi hoại tử. Điều trị nội khoa và phẫu thuật đã có lịch sử lâu đời. Can thiệp nội mạch mới được áp dụng trong những năm gần đây tuy nhiên đã đạt được những kết quả khả quan trong điều trị bảo tồn chi trong các bệnh lý mạch máu nói chung và thiếu máu chi dưới cấp tính nói riêng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tái thông và bảo tồn chi, tỷ lệ đoạn chi thì đầu của các phương pháp điều trị trên những bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính tại một trung tâm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca được thực hiện trên nhóm bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính, được điều trị ngoại khoa tại khoa Lồng ngực Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Hồi cứu hồ sơ bệnh án trên 91 (từ 01/2021 đến 01/2024) bệnh nhân về các đặc điểm nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật điều trị đã được thực hiện. Kết quả chính là tỷ lệ bảo tồn chi và các biến chứng sau 1 năm. **Kết quả:** Tổng cộng 91 bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật, với độ tuổi trung bình 59,9 tuổi, nam giới chiếm đa số (nam/nữ = 66/25). Trong đó, phẫu thuật mở động mạch lấy huyết khối (n = 44), can thiệp nội mạch (n = 19), lấy huyết khối kèm bắc cầu động mạch (n = 6), đoạn chi (n = 22). Tỷ lệ tỷ lệ lành vết thương và bảo tồn chi sau 12 tháng ở nhóm được tái tưới máu là 100%. Tỷ lệ tái thông thì đầu sau 30 ngày tương đương nhau giữa nhóm phẫu thuật lấy huyết khối (97%) và nhóm can thiệp nội mạch (95%). Sau 1 năm, tỷ lệ tái thông thì đầu của nhóm phẫu thuật lấy huyết khối là 54% so với nhóm can thiệp nội mạch là 51%. Không có biến chứng xảy ra trong nhóm bệnh nhân được tái tưới máu bằng can thiệp nội mạch. Tử vong 1/22 bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật đoạn chi được xác định do nhồi máu cơ tim cấp. **Kết luận:** Tất cả bệnh nhân được chỉ định điều trị tái tưới máu khẩn cấp vì thiếu máu chi dưới cấp tính, tỷ lệ đoạn chi thì đầu là 24.2%, tỷ lệ lành vết thương sau 1 năm là 100%, không có biến chứng nghiêm trọng xảy ra ở nhóm bệnh nhân được can thiệp nội mạch. Tỷ lệ tái thông thì đầu sau 1 năm giữa nhóm phẫu thuật lấy huyết khối và can thiệp nội mạch là tương đương nhau.

Từ khóa: thiếu máu chi dưới cấp tính, phẫu thuật lấy huyết khối động mạch, can thiệp nội mạch.

Summary

Background: Acute lower limb ischemia is a vascular emergency that requires prompt intervention because of the high risk of limb loss or, more severely, death. Revascularization strategies include medical therapy, open vascular surgery, endovascular intervention, or limb amputation in cases of irreversible ischemia. Medical treatment and open surgery have long been established, whereas endovascular intervention has been introduced more recently. However, it has shown promising results

Ngày nhận bài: 23/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 04/02/2026

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

in limb salvage for vascular diseases in general and for acute lower limb ischemia in particular. *Objective:* To evaluate revascularization outcomes, limb salvage rates, and the rate of primary amputation among different treatment modalities in patients with acute lower limb ischemia at a single center. *Subject and method:* A descriptive case-series study was conducted in patients with acute lower limb ischemia who underwent surgical treatment at the Department of Thoracic and Vascular Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City. Medical records of 91 patients (01/2021-01/2024) were retrospectively reviewed for baseline characteristics, clinical and paraclinical features, and treatment techniques. The primary outcomes were limb salvage rate and postoperative complications at 1 year. *Result:* A total of 91 patients underwent surgical treatment, with a mean age of 59.9 years; males predominated (male/female = 66/25). Treatment modalities included open arterial thrombectomy (n = 44), endovascular intervention (n = 19), thrombectomy combined with arterial bypass (n = 6), and primary amputation (n = 22). The wound healing and limb salvage rate at 12 months in the revascularization groups was 100%. The 30-day primary patency rates were comparable between the thrombectomy group (97%) and the endovascular group (95%). At 1 year, primary patency was 54% in the thrombectomy group and 51% in the endovascular group. No complications were observed in patients treated with endovascular revascularization. One death occurred among the 22 patients undergoing primary amputation, attributable to acute myocardial infarction. *Conclusion:* All patients with acute lower limb ischemia were indicated for urgent revascularization. The primary amputation rate was 24.2%, and the wound healing rate at 1 year was 100%. No serious complications occurred in the endovascular intervention group. One-year primary patency rates were comparable between open thrombectomy and endovascular treatment.

Keywords: Acute lower limb ischemia; arterial thrombectomy; endovascular intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu chi dưới cấp tính do huyết khối động mạch, thuyên tắc động mạch hoặc tắc nghẽn cầu nối vẫn là một trong những cấp cứu phẫu thuật mạch máu thường gặp, đi kèm với nguy cơ cao mất chi và tử vong, với tỷ lệ dao động từ 20 - 40%. Tình trạng này đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và can thiệp khẩn trương nhằm tái lập tuần hoàn, bảo tồn chi và hạn chế các biến chứng nặng nề. Trên thực tế lâm sàng, bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính thường có nhiều bệnh đồng mắc và tổng trạng chung kém, làm gia tăng nguy cơ biến chứng trong quá trình điều trị¹.

Khác với bệnh nhân bệnh động mạch ngoại biên mạn tính được điều trị theo kế hoạch, các trường hợp thiếu máu chi dưới cấp tính thường phải can thiệp trong bối cảnh cấp cứu, không có đủ thời gian để tối ưu hóa điều trị nội khoa trước phẫu thuật. Điều này góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng sau can thiệp cũng như chi phí điều trị¹. Do đó, việc lựa chọn phương pháp tái tưới máu phù hợp trong

từng bối cảnh lâm sàng có ý nghĩa quan trọng đối với kết cục điều trị.

Các phương pháp điều trị ngoại khoa thiếu máu chi dưới cấp tính hiện nay bao gồm phẫu thuật mở (lấy huyết khối động mạch hoặc bắc cầu động mạch), can thiệp nội mạch, hoặc phối hợp giữa phẫu thuật mở và kỹ thuật nội mạch. Trong những trường hợp chi đã hoại tử không còn khả năng bảo tồn, phẫu thuật đoạn chi là lựa chọn bắt buộc. Những năm gần đây, can thiệp nội mạch được áp dụng ngày càng nhiều và cho thấy tỷ lệ tử vong và đoạn chi thấp hoặc tương đương so với phẫu thuật mở trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và hạn chế riêng, phụ thuộc vào mức độ thiếu máu, vị trí tổn thương mạch máu, nguyên nhân tắc mạch cũng như điều kiện cơ sở vật chất và kinh nghiệm của trung tâm điều trị²⁻⁴.

Tại Việt Nam, can thiệp nội mạch trong điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính đã được triển khai tại một số cơ sở chuyên sâu, song các dữ liệu đánh giá kết quả điều trị còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này

được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của các phương pháp tái tưới máu trong điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính, đồng thời so sánh kết quả tái thông thì đầu sau 12 tháng giữa nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở và nhóm được can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2021 đến 1/2024 tại tại khoa Lồng ngực- Mạch máu, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính nhập viện và được điều trị tại khoa Lồng ngực-Mạch máu

Tiêu chí chọn mẫu:

Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu chi dưới cấp tính dựa vào lâm sàng và hình ảnh học (siêu âm Doppler mạch máu chi dưới, chụp cắt lớp điện toán)

Được chỉ định ngoại khoa: phục hồi lưu thông mạch máu bằng phẫu thuật mở động mạch lấy huyết khối, can thiệp nội mạch, phẫu thuật bắc cầu; hoặc phẫu thuật đoạn chi.

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 thiếu máu nuôi chi dưới cấp tính đã được chẩn đoán và điều trị tái tưới máu cấp cứu tại các trung tâm khác (bao gồm: phẫu thuật lấy huyết khối, phẫu thuật bắc cầu, can thiệp nội mạch, tiêu sợi huyết tại chỗ).

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 điều trị.

Biến số nghiên cứu: bao gồm các nhóm biến số sau:

(1) Nhóm biến số nền: tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ tim mạch (hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu) cùng các bệnh lý đồng mắc như bệnh mạch vành, suy tim, bệnh thận

mạn, bệnh mạch cảnh, tai biến mạch máu não cũ và bệnh phổi mạn tính

(2) Nhóm biến số lâm sàng khi nhập viện: các triệu chứng đau chi, tím chi, loét hoặc hoại tử chi. Mức độ thiếu máu chi dưới cấp tính được đánh giá và phân loại theo phân loại Rutherford, dựa trên mức độ thiếu hụt cảm giác, thiếu hụt vận động và tiên lượng bảo tồn chi. Cụ thể:

Rutherford độ I (chi còn khả năng bảo tồn): Không ghi nhận thiếu hụt cảm giác và vận động; chi chưa bị đe dọa tức thì.

Rutherford độ IIA (thiếu máu chi gần đe dọa): Có thiếu hụt cảm giác không hoặc tối thiểu, thường khu trú ở các ngón chân, chưa ghi nhận thiếu hụt vận động; chi có thể được bảo tồn nếu được điều trị kịp thời.

Rutherford độ IIB (thiếu máu chi đe dọa tức thì): Thiếu hụt cảm giác rõ, lan rộng hơn ngón chân, kèm theo thiếu hụt vận động mức độ nhẹ đến trung bình; chi chỉ có thể bảo tồn nếu được tái tưới máu khẩn cấp.

Rutherford độ III (thiếu máu chi không hồi phục): Vô cảm hoàn toàn và liệt hoàn toàn chi; tổn thương mô và thần kinh không thể hồi phục, chỉ định đoạn chi.

(3) Nhóm biến số cận lâm sàng: phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm Doppler mạch máu chi dưới, chụp cắt lớp vi tính mạch máu), vị trí tổn thương mạch máu và nguyên nhân thiếu máu chi dưới cấp tính

(4) Nhóm biến số điều trị: phương pháp điều trị được áp dụng bao gồm phẫu thuật mở lấy huyết khối động mạch, can thiệp nội mạch, phẫu thuật lấy huyết khối kết hợp bắc cầu động mạch hoặc đoạn chi thì đầu;

(5) Nhóm biến số kết cục: kết cục sớm được đánh giá bằng tỷ lệ đoạn chi thì đầu và tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện, kết cục trung hạn được đánh giá sau 12 tháng bao gồm tỷ lệ tái thông thì đầu, tỷ lệ tái can thiệp, tình trạng bảo tồn chi và tỷ lệ lành vết thương.

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.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ thu thập hồ sơ bệnh án, không can thiệp, không thu thập thông tin cá nhân của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 91 bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,9 \pm 7,2$ năm, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp bao gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid. Các bệnh lý đồng mắc như bệnh mạch vành, bệnh thận mạn, bệnh mạch cảnh và bệnh phổi mạn tính cũng được ghi nhận với tỷ lệ khác nhau (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

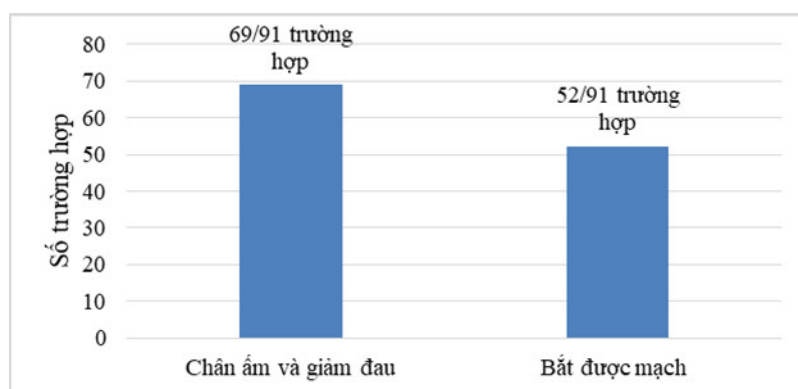
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	64	70,3
Nữ	27	29,7
Tuổi	$59,9 \pm 7,2$	
Lý do vào viện		
Đau chi	91	100
Tím chi	84	92,3
Loét hoại tử chi	12	13,1
Tiền sử nội khoa		
Hút thuốc lá	64	70,3
Tăng huyết áp	88	96,7
Đái tháo đường	75	82,4
Rối loạn chuyển hóa lipid	75	82,4
Bệnh mạch vành	22	24,1
Bệnh thận mạn	7	7,7
Bệnh mạch cảnh	19	20,9
TBMMN cũ	1	1,1
Suy tim	5	5,5
Bệnh phổi mạn tính	14	15,4

Bảng 2 mô tả nguyên nhân gây thiếu máu chi dưới cấp tính, mức độ thiếu máu chi theo phân loại Rutherford, vị trí tổn thương mạch máu, phương tiện chẩn đoán hình ảnh và các phương pháp điều trị được áp dụng. Nguyên nhân thường gặp nhất là huyết khối động mạch tại chỗ, tiếp theo là huyết khối từ buồng tim. Phần lớn bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn Rutherford độ 4 và 5. Các tổn thương mạch máu chủ yếu nằm ở tầng đùi-khoeo và động mạch đùi. Phẫu thuật mở lấy huyết khối là phương pháp điều trị được sử dụng nhiều nhất, tiếp theo là can thiệp nội mạch và đoạn chi thì đầu.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị

Đặc điểm	(n = 91)	Tỷ lệ %
Nguyên nhân thiếu máu chi cấp		
Huyết khối buồng tim	27	29,7
Huyết khối động mạch tại chỗ	54	59,3
Huyết khối động mạch chủ	3	3,3
Phình động mạch chi dưới gây huyết khối tại chỗ	2	2,2
Không xác định	5	5,5
Phân độ Rutherford		
Rutherford II-A	40	43,9
Rutherford II-B	50	54,9
Rutherford III	1	1,1
Vị trí tổn thương		
Tầng chậu	10	11
Động mạch đùi đơn thuần	25	27,4
Tầng đùi- khoeo	35	38,4
Động mạch khoeo đơn thuần	13	14,3
Tầng dưới gối	3	3,3
Đa tầng	5	5,5
Siêu âm Doppler mạch máu chi dưới	91	100
Chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới	10	11
Phương pháp điều trị		
Phẫu thuật mở động mạch lấy huyết khối	44	48,3
Can thiệp nội mạch	19	20,9
Phẫu thuật lấy huyết khối và bắc cầu động mạch	6	6,6
Đoạn chi	22	24,2

Phần lớn bệnh nhân ghi nhận cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt sau điều trị, phản ánh hiệu quả tái tưới máu ban đầu của các phương pháp can thiệp được áp dụng (Biểu đồ 1).

**Biểu đồ 1. Cải thiện triệu chứng lâm sàng**

Kết quả trung hạn sau 12 tháng được so sánh giữa nhóm phẫu thuật mở và nhóm can thiệp nội mạch. Các chỉ số được đánh giá bao gồm tỷ lệ tái thông thì đầu, tỷ lệ tái can thiệp, tình trạng bảo tồn chi, tỷ lệ lành vết thương và tỷ lệ tử vong. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái thông thì đầu sau 12 tháng giữa hai nhóm là tương

đương nhau. Tỷ lệ lành vết thương đạt 100% ở cả hai nhóm, và không ghi nhận trường hợp tử vong ở những bệnh nhân được tái tưới máu (Bảng 3).

Bảng 3. Đánh giá kết quả trung hạn (12 tháng)

	Nhóm phẫu thuật (n = 44)	Nhóm can thiệp (n=19)
Tỷ lệ tái thông thì đầu	52,3%	47,3%
Tỷ lệ tái can thiệp	13,6%	26,3%
Tình trạng bảo tồn chi	91,0%	94,7%
Tỷ lệ lành vết thương	100%	100%
Tỷ lệ tử vong	0	0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính tại một trung tâm phẫu thuật mạch máu, tập trung vào hiệu quả tái tưới máu, bảo tồn chi và kết cục trung hạn sau 12 tháng. Kết quả cho thấy thiếu máu chi dưới cấp tính vẫn là tình trạng nặng, với tỷ lệ đoạn chi thì đầu còn đáng kể; tuy nhiên, ở những bệnh nhân được tái tưới máu, cả phẫu thuật mở và can thiệp nội mạch đều mang lại hiệu quả ban đầu khả quan.

Tỷ lệ đoạn chi

Mất chi sau thiếu máu chi dưới cấp tính vẫn là một trong những biến chứng nghiêm trọng và có ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh. Theo nghiên cứu của Ashraf G Taha, ở nhóm bệnh nhân Rutherford II, tỷ lệ cắt cụt chi sau 30 ngày lần lượt là 10,0% và 7,2% ($p < 0,35$), và sau 1 năm là 16,3% và 13,0% ($p < 0,37$)⁵. Những số liệu này phản ánh nguy cơ đoạn chi vẫn còn đáng kể ngay cả khi đã được can thiệp tái tưới máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đoạn chi thì đầu sau khi thám sát và đánh giá khả năng sống còn của chi là 24,2% (22/91 bệnh nhân). Tỷ lệ này tương đối cao, cho thấy mức độ nặng và tình trạng đến viện muộn của bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính trong thực hành lâm sàng. Theo các báo cáo trước đây, tỷ lệ bảo tồn chi sau thiếu máu chi dưới cấp tính vào khoảng 75%, với tỷ lệ cắt cụt khoảng 12% trong 30 ngày đầu^{5,6}. Sự khác biệt này có thể liên quan đến phân bố mức độ Rutherford trong nghiên cứu, khi phần lớn bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn Rutherford độ IIB và III, làm hạn chế khả năng tái tưới máu hiệu quả.

Hiệu quả của phẫu thuật mở lấy huyết khối

Phẫu thuật mở lấy huyết khối động mạch bằng ống thông có bóng, được Thomas Fogarty giới thiệu từ năm 1963, đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong nhiều thập kỷ đối với thiếu máu chi dưới cấp tính. Ưu điểm nổi bật của phương pháp này là khả năng triển khai nhanh chóng, có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ, tiếp cận qua động mạch đùi, và phù hợp trong các trường hợp thiếu máu chi đe dọa do huyết khối gây tắc mạch cấp.

Tuy nhiên, hiệu quả của phẫu thuật lấy huyết khối phụ thuộc nhiều vào vị trí tổn thương. Đối với các tổn thương ở tầng động mạch dưới gối, kỹ thuật này trở nên phức tạp hơn và đòi hỏi nhiều kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Việc lấy huyết khối "mù" qua đường động mạch đùi ở nếp bẹn thường có tỷ lệ thành công thấp do khả năng kiểm soát đầu ống thông hạn chế, đặc biệt trong các tổn thương đa tầng hoặc có tổn thương nền xơ vữa phối hợp⁷.

Hiệu quả của can thiệp nội mạch

Can thiệp nội mạch ngày càng được áp dụng rộng rãi trong điều trị tái tưới máu cho bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính nhờ tính ít xâm lấn, tỷ lệ thành công kỹ thuật cao và tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. Theo Ashraf G. Taha, tỷ lệ thành công kỹ thuật và tỷ lệ bảo tồn chi của can thiệp nội mạch lần lượt là 95% và 93,7%⁵.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Chiến và cộng sự trên nhóm bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng cho thấy kết quả khá khả quan, với tỷ lệ tai biến - biến chứng chung là 4,2%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 88,8%, về lâm sàng là

89,5% và về huyết động là 78,3%. Sau 12 tháng theo dõi, phần lớn bệnh nhân cải thiện lên các giai đoạn Rutherford từ loại 1-3. Tỷ lệ liền vết loét/hoại tử đạt 3,1% sau 1 tháng và 74,6% sau 12 tháng, với thời gian liền vết loét trung bình là $4,9 \pm 2,7$ tháng⁸. Những kết quả này củng cố vai trò ngày càng rõ rệt của can thiệp nội mạch trong chiến lược điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính.

Biến chứng và tử vong

Về biến chứng và tử vong, Ashraf G Taha ghi nhận tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 13,2% ở nhóm phẫu thuật lấy huyết khối và 5,4% ở nhóm can thiệp nội mạch, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,012$)⁵. Frank M Davis và cộng sự báo cáo tỷ lệ tử vong khoảng 7,8% trong 30 ngày¹, có thể liên quan đến tỷ lệ cao các bệnh đồng mắc như bệnh mạch vành và giới tính nam trong quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tử vong, xảy ra ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật thám sát và đoạn chi, nguyên nhân do nhồi máu cơ tim cấp trong giai đoạn hậu phẫu. Không ghi nhận trường hợp tử vong nào ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu bằng can thiệp nội mạch.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này còn một số hạn chế. Thứ nhất, tình trạng thông thoáng cầu nối lâu dài và tỷ lệ tử vong dài hạn chưa được phân tích đầy đủ. Thứ hai, do thiết kế hồi cứu, nghiên cứu phụ thuộc vào tính đầy đủ của hồ sơ bệnh án và không thể kiểm soát toàn bộ các yếu tố gây nhiễu. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu có thể chưa được tổng quát hóa cho các cơ sở y tế khác do sự khác biệt về đặc điểm bệnh viện, thực hành phẫu thuật và khả năng tiếp cận nguồn lực. Cơ sở dữ liệu được xây dựng chủ yếu phục vụ mục tiêu cải tiến chất lượng, do đó không bao quát đầy đủ tất cả các đặc điểm bệnh nhân, biến số phẫu thuật và biến cố sau điều trị có thể ảnh hưởng đến kết quả tái tưới máu chi dưới.

V. KẾT LUẬN

Tất cả bệnh nhân được chỉ định điều trị tái tưới máu khẩn cấp vì thiếu máu chi dưới cấp tính, tỷ lệ đoạn chi thì đầu là 24.2%, tỷ lệ lành vết thương sau 1 năm là 100%, không có biến chứng nghiêm trọng

xảy ra ở nhóm bệnh nhân được can thiệp nội mạch. Tỷ lệ tái thông thì đầu sau 1 năm giữa nhóm phẫu thuật lấy huyết khối và can thiệp nội mạch là tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frank M Davis et al (2018) *Early outcomes following endovascular, open surgical, and hybrid revascularization for lower extremity acute limb ischemia*. Annals of Vascular Surgery 51: 106-112.
2. Ouriel K, Veith FJ, Sasahara AA (1998) *A comparison of recombinant urokinase with vascular surgery as initial treatment for acute arterial occlusion of the legs*. Thrombolysis or Peripheral Arterial Surgery (TOPAS) Investigators. N Engl J Med 338: 1105-11.
3. Ouriel K, Veith FJ, Sasahara AA (1996) *Thrombolysis or peripheral arterial surgery: Phase I results*. J Vasc Surg 23: 64-73.
4. Robert A Graor, Anthony J Comerota, Yvan Douville et al *Results of a prospective randomized trial evaluating surgery versus thrombolysis for ischemia of the lower extremity*. The STILE trial. Ann Surg 1994;220:251.
5. Ashraf G Taha et al (2015) *Comparative effectiveness of endovascular versus surgical revascularization for acute lower extremity ischemia*. Journal of vascular surgery 61(1): 147-154.
6. Weaver FA, Comerota AJ, Youngblood M et al (1996) *Surgical revascularization versus thrombolysis for nonembolic lower extremity native artery occlusions: Results of a prospective randomized trial*. J Vasc Surg 24:513-21.
7. Gianmarco de Donato et al (2019) *Acute on chronic limb ischemia: from surgical embolectomy & thrombolysis to endovascular options*. Seminars in Vascular Surgery 31(2-4): 66-75.
8. Nguyễn Mạnh Chiến và cộng sự (2024) *Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng*. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 7, số 2, tr. 27-29.