

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU MẠN CHI DƯỚI BẰNG  
PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2019-2021**

**Lê Thành Đạt<sup>1\*</sup>, Liêu Vĩnh Đạt<sup>2</sup>, Võ Huỳnh Trang<sup>2</sup>**

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: toitentat011293@gmail.com

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Bệnh thiếu máu mạn chi dưới (BTMMCD) thường gặp ở người lớn tuổi, ảnh hưởng đến sự vận động đi lại của bệnh nhân, chất lượng cuộc sống giảm sút và nghiêm trọng hơn có thể gây tàn phế, thậm chí tử vong... **Phẫu thuật bắc cầu động mạch** có một vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị BTMMCD bằng phẫu thuật bắc cầu động mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 41 trường hợp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2019-2021, ghi nhận đặc điểm về giới tính, tuổi, yếu tố nguy cơ, lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật bắc cầu và đánh giá kết quả điều trị. **Kết quả:** Có 41 trường hợp, tuổi trung bình là  $64,9 \pm 13,99$  tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 9,25. Tăng huyết áp 87,8%, đái tháo đường 43,9%, rối loạn lipid máu 26,8%, hút thuốc lá 90,2%. Hoại tử ngón 31%, đau bàn ngón 69%. Có 63,4% thuộc phân độ III và IV theo Leriche-Fontaine. Chỉ số ABI trung bình trước mổ là 0,102. Phân độ TASC II có 100% đều nằm ở độ C hoặc D. Phẫu thuật cầu nối đùi - khoeo 61%, cầu nối chủ-đùi 17,1%, cầu nối đùi-chày 19,5%, cầu nối nách-đùi 2,4%. Sau phẫu thuật kết quả trung hạn ( $6,8 \pm 6,37$  tháng) tốt là 96,9%, chưa đạt là 3,1%, có một trường hợp tắc cầu nối phải đoạn chi. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật bắc cầu động mạch có vai trò quan trọng trong điều trị bệnh thiếu máu mạn chi dưới với hiệu quả cao.

**Từ khóa:** Bệnh thiếu máu mạn chi dưới, phẫu thuật bắc cầu động mạch.

**ABSTRACT**

**THE RESULT OF BYPASS SURGERY FOR CHRONIC OCCLUSIVE  
ARTERIAL DISEASE OF LOWER EXTREMITY AT CAN THO  
CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019-2021**

**Le Thanh Dat<sup>1</sup>, Lieu Vinh Dat<sup>2</sup>, Vo Huynh Trang<sup>2</sup>**

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** The chronic occlusive arterial disease of the lower extremity is one of the main disastrous consequences on old patients. Bypass surgery is still one of the main methods for managing this disease. **Objectives:** Describe clinical and subclinical and the result evaluating of bypass surgical in the chronic occlusive arterial disease lower extremity. **Materials and methods:** Prospective, cases series describing, research is performed to describe 41 patients at Can Tho Central General Hospital 2019-2021 as age, gender, risk factors, clinical and paraclinical characteristics. Evaluate the result of bypass surgical. **Results:** There were 41 patients the chronic occlusive arterial disease lower extremity and were treated with bypass surgery. The mean age was  $64.9 \pm 13.99$ , the male/female was 9.25. Almost has high risk factor as hypertension 87.8%, diabetes 43.9%, lipid disorder 26.8%, and smoking 90.2%. 31% of them were admitted with necrosis of their foot, the others with pain on the foot 69%. There are 63.4% belong to classes III and IV with Leriche-Fontaine. The ABI score is 0.102. All patients were in C and D class with TASC II classification. Femoropopliteal bypass operations were 61%, 17.1% of abdominal aorta bifemoral bypass, 19.5% of femorotibial bypass are 19.5%, and 2.4% axillofemoral artery bypass. The patency rate was

96,9%, and amputation was 3.1% ( $6.8 \pm 6.37$  month). **Conclusion:** Bypass surgery is the main method with good results in the chronic occlusive arterial disease lower extremity.

**Keywords:** The chronic occlusive arterial disease lower extremity, bypass surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế kỷ 21 được biết đến như thế kỷ của những bệnh lý không lây nhiễm như ung thư, suy tim, các bệnh lý mạch máu [6]... Trong số đó, bệnh thiếu máu mạn chi dưới là một trong những bệnh lý thường gặp ảnh hưởng chất lượng cuộc sống cũng như có thể có những hậu quả nặng nề như tàn phế và kể cả tử vong [1]. Tại Mỹ, bệnh thiếu máu mạn chi dưới ảnh hưởng từ khoảng 8 đến 12 triệu người, tỷ lệ tăng dần theo độ tuổi. Theo nghiên cứu của Selvin E, khảo sát dựa trên chỉ số huyết áp cổ chân/cánh tay (ABI) [7], bệnh thiếu máu mạn chi dưới ở người 40 tuổi trở lên là 4,3% và trên 70 tuổi tỷ lệ là 14,5% [10]. Ở Việt Nam việc tầm soát bệnh vẫn chưa được thực hiện, bệnh nhân thường đến điều trị ở giai đoạn muộn, theo nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân có 76,8% bệnh nhân ở giai đoạn nặng [3].

Điều trị bệnh thiếu máu mạn chi dưới bao gồm điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa [4], điều trị ngoại khoa bao gồm phẫu thuật bắc cầu, can thiệp nội mạch hoặc tái thông bằng cách bóc mảng xơ vữa nội mạc, tạo hình lại các động mạch,...cắt cụt chi khi bệnh nhân đến với giai đoạn muộn, chi đã bị hoại tử hoặc phục hồi lưu thông mạch máu thất bại [8]. Ngày nay, sự phát triển của can thiệp nội mạch được áp dụng rộng rãi để điều trị bệnh lý này với tỉ lệ biến chứng thấp, kết quả ngắn hạn khá tốt và kết quả dài hạn còn hạn chế. Song, phẫu thuật bắc cầu vẫn còn có giá trị nhất định đối với các sang thương phức tạp với kết quả tái thông mạch máu dài hạn khá tốt qua nhiều nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu mạn chi dưới bằng phẫu thuật bắc cầu động mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019-2021” với các mục tiêu cụ thể sau:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân thiếu máu mạn chi dưới được điều trị bằng phẫu thuật bắc cầu động mạch.

2. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân thiếu máu mạn chi dưới bằng phẫu thuật bắc cầu động mạch.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thiếu máu mạn chi dưới, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bắc cầu tại khoa ngoại Lồng Ngực-Mạch Máu Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2021.

#### Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thiếu máu mạn chi dưới.

- Có chỉ định phẫu thuật bắc cầu bao gồm: bệnh nhân thiếu máu chi trầm trọng Leriche-Fontaine III, IV hoặc bệnh nhân ở giai đoạn Leriche-Fontaine IIB và có nhu cầu vận động cao [8].

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Mắc các bệnh lý nội khoa nặng chưa ổn định, bệnh nhân được xác định thiếu máu chi dưới mạn tính do nguyên nhân viêm mạch như bệnh Buerger [2].

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Những trường hợp nằm trong nghiên cứu được ghi nhận về đặc điểm giới tính, tuổi, yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, phân độ Leriche-Fotaine và cận lâm sàng.

Về điều trị: Phương pháp phẫu thuật chủ yếu được lựa chọn dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới đã có phân độ TASC II (Trans Atlantic Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease) gồm 4 mức độ A, B, C, D [9]. Phương pháp phẫu thuật là bắc cầu động mạch.

Đánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch trong trung hạn.

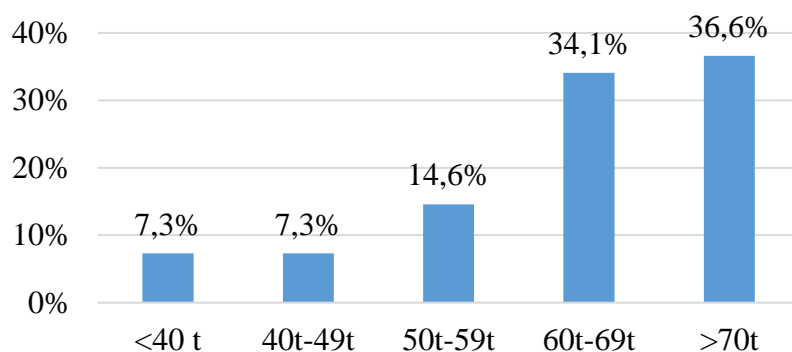
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2021 có 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với đặc điểm như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### - Tuổi

Trung bình:  $64,9 \pm 13,99$  tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi trong nghiên cứu (n=41)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là trên 60 (tuổi), độ tuổi từ 60-69 (tuổi) chiếm 34,1%, độ tuổi  $\geq 70$  (tuổi) chiếm 36,6%.

- **Giới tính:** Nam 37 (90,2%), nữ 4 (9,8%). Tỷ lệ Nam/nữ =9,25.

##### - Yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=41)

Các yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	37	90,2
Tăng huyết áp	36	87,8
Đái tháo đường	18	43,9
Rối loạn lipid máu	11	26,8

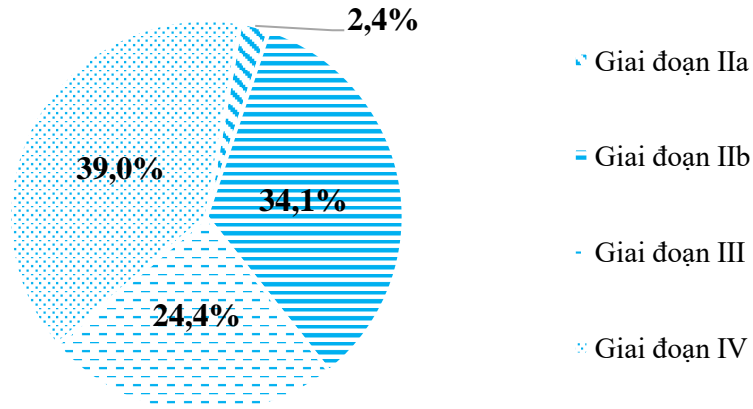
Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều có tiền sử hút thuốc lá và tăng huyết áp trước đó, tình trạng đái tháo đường và rối loạn lipid máu cũng chiếm tỉ lệ đáng kể. Đáng chú ý tất cả các bệnh nhân hút thuốc lá đều là nam giới.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

##### - Tỷ lệ loét chân trong nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận 39% bệnh nhân nhập viện khi đã có loét bàn chân, 61% có đau cách hồi chân bị thiếu máu.

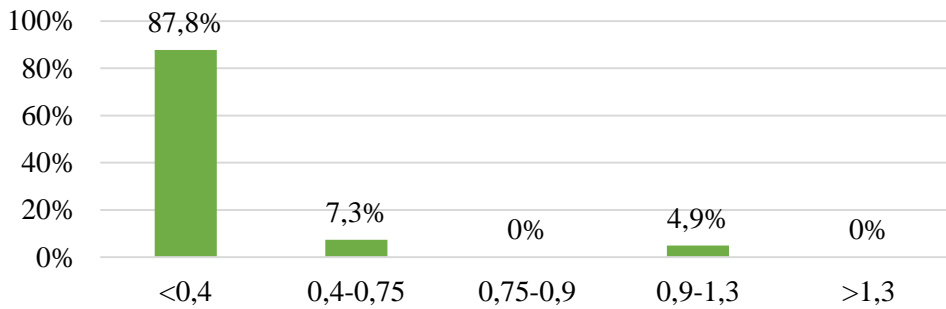
- Phân độ theo Leriche-Fontaine trước phẫu thuật



Biểu đồ 2: Phân độ Leriche-Fontaine (n=41)

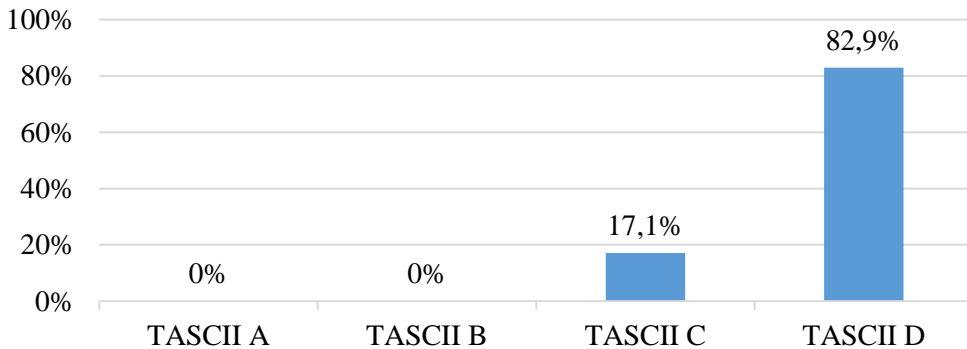
Nhận xét: Giai đoạn III và IV theo phân độ Leriche-Fontaine chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu (63,4%).

- Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 3: Chỉ số ABI trước phẫu thuật (n=41)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều đến điều trị muộn, khi ABI<0,4. ABI trung bình là 0,102.



Biểu đồ 4: Phân độ TASC II trước phẫu thuật (n=41)

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều ở TASC II độ C và D.

3.4. Kết quả phẫu thuật

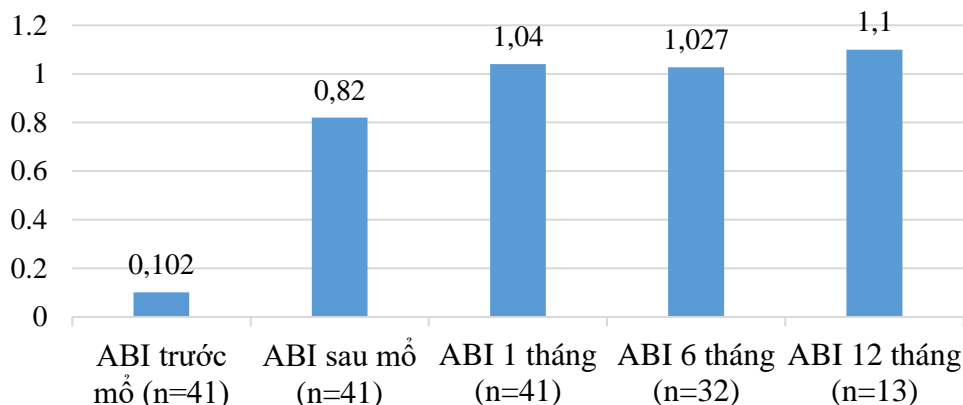
- Phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Các loại cầu nối trong phẫu thuật (n=41)

Loại phẫu thuật cầu nối	Số lượng	Tỷ lệ %
Cầu nối chủ-đùi	7	17,1
Cầu nối đùi-khoeo	25	61
Cầu nối đùi-chày	8	19,5
Cầu nối nách-đùi	1	2,4

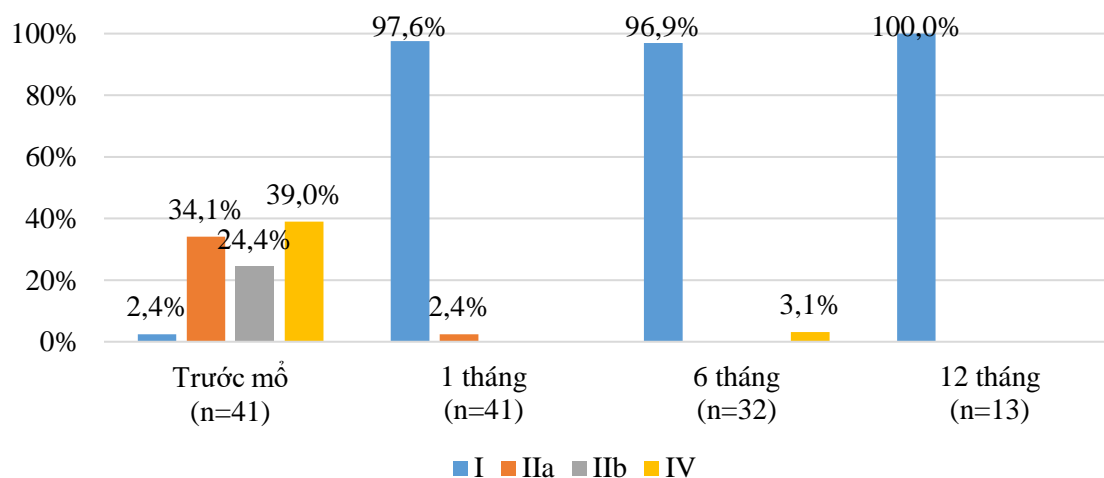
Nhận xét: Cầu nối phổ biến nhất là đùi-khoeo.

**- Kết quả sau phẫu thuật bắc cầu (thời gian theo dõi 6,8 ± 6,37 tháng)**



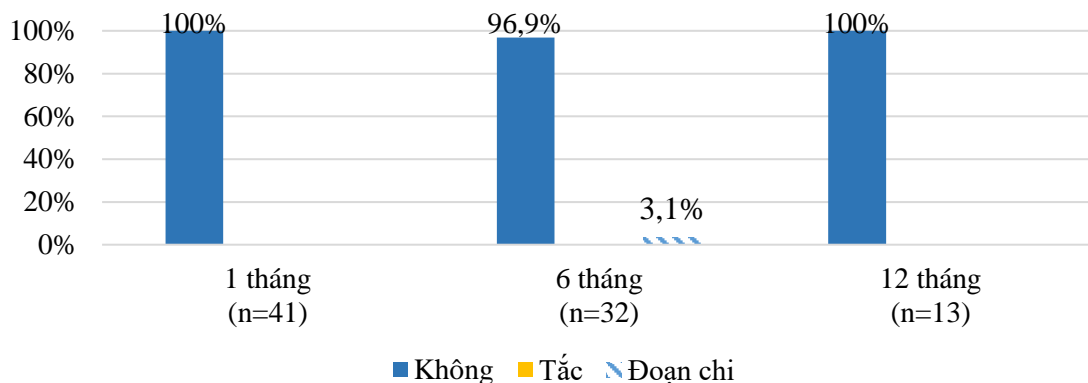
Biểu đồ 5: Chỉ số ABI theo dõi sau phẫu thuật

Nhận xét: Chỉ số ABI cải thiện trước và sau mổ, chúng tôi theo dõi được 41 bệnh nhân trong một tháng, vào các mốc thời gian sau ghi nhận số trường hợp có đủ thời gian theo dõi, sự thay đổi về chỉ số ABI có ý nghĩa thống kê (kiểm định T-student, p<0,05).



Biểu đồ 6: Phân độ theo Leriche-Fontaine theo dõi sau phẫu thuật

Nhận xét: Trước mổ theo phân độ Leriche-Fontaine thì IIb, III, IV chiếm 97,5%, sau mổ có sự cải thiện rõ ràng khi hầu như tất cả đều giai đoạn I.



Biểu đồ 7: Biến chứng sau phẫu thuật

Nhận xét: Đánh giá các biến chứng sau mổ 1 tháng thì tất cả các cầu nối đều thông tốt, theo dõi thêm vào tháng thứ 6 thì có một trường hợp biến chứng tắc cầu nối gây nhiễm trùng nặng chân nên chúng tôi quyết định đoạn chi.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

BTMMCD là bệnh lý phổ biến ngày nay, gặp nhiều ở những người lớn tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 70,7% các trường hợp trên 60 tuổi (biểu đồ 3.1), tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $64,9 \pm 13,99$  tuổi. Trong đó, nam giới chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ=9,25. Yếu tố nguy cơ đối với BTMMCD như bệnh đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và thói quen hút thuốc lá lâu năm (bảng 3.1), điều này cũng được phù hợp với ghi nhận trong các nghiên cứu của các tác giả Lê Phi Long công bố năm 2005 [3], Nguyễn Duy Thắng công bố năm 2018 [5].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về đặc điểm lâm sàng, đa phần đều ở giai đoạn muộn. Bệnh nhân mắc BTMMCD giai đoạn đã có hoại tử chân chiếm tỉ lệ 39%. Mức độ thiếu máu rất khác nhau giữa các bệnh nhân, có thể được chia làm 04 độ trên lâm sàng theo Leriche-Fontaine. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhập viện có mức độ III và IV theo phân độ Leriche-Fontaine là 63,4% (biểu đồ 3.2). Điều này cho thấy có sự chậm trễ trong việc phát hiện, chẩn đoán sớm cũng như điều trị BTMMCD ở nghiên cứu của chúng tôi. Phân độ Leriche-Fontaine là cách để kiểm tra hiệu quả trên lâm sàng thời gian trung và dài hạn hoạt động cầu nối động mạch và hiệu quả của việc tái lập sự tưới máu ở chi dưới [8]. Theo ghi nhận của chúng tôi trước mổ theo phân độ Leriche-Fontaine thì IIb, III, IV chiếm 97,5% (Bảng 2.). Sau mổ 1 tháng có sự cải thiện rõ ràng khi hầu như tất cả đều độ I chiếm 97,6%. Vào tháng thứ 6 trên những trường hợp đủ thời gian theo dõi chúng tôi ghi nhận 96,9% đều ở độ I của Leriche-Fontaine. Có 1 trường hợp diễn tiến xấu tắc cầu nối muộn dẫn đến loét nhiễm trùng nặng chi dưới trên nền bệnh nhân lớn tuổi thể trạng Cushing đánh giá không thể phục hồi lưu thông mạch máu nên chúng tôi phải tiến hành đoạn chi. Tháng thứ 12 thì tất cả đều ở giai đoạn I của Leriche-Fontaine (bảng 3.6).

Về đặc điểm cận lâm sàng, chỉ số ABI dùng để chẩn đoán bệnh thiếu máu mạn chi dưới, đây là một chỉ số rất có giá trị trong chẩn đoán và trong tiên lượng các yếu tố nguy cơ của bệnh, đặc biệt nếu chỉ số ABI dưới 0,4 là yếu tố tiên lượng về nguy cơ đoạn chi và tử vong rất cao [4]. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được chỉ số ABI trung bình trước

mô chỉ là 0,102. Trong đó 87,8% số bệnh nhân có chỉ số ABI nhỏ hơn 0,4 (biểu đồ 3.3). Các bệnh nhân có tổn thương nhiều tầng mạch máu, tổn thương TASC II loại C và D chúng tôi gặp là 100%, trong số đó tổn thương loại D chiếm 82,9% (biểu đồ 3.4) nghĩa là các phẫu thuật được tiến hành ở giai đoạn rất muộn. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Thắng năm 2018 [5]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi theo dõi chỉ số ABI qua các mốc thời gian là ngay sau phẫu thuật, 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Trong khoảng thời gian ngay sau mổ và 1 tháng chúng tôi ghi nhận được 41 trường hợp, có chỉ số ABI trung bình lần lượt là 0,82 và 1,04 so với trước mổ là 0.102 sự thay đổi về chỉ số này có ý nghĩa về mặt thống kê ( $p < 0,05$ ). Vào tháng thứ 6 chúng tôi có 32 trường hợp đủ thời gian theo dõi với chỉ số ABI trung bình là 1,027. Tháng thứ 12 theo dõi được 13 trường hợp ghi nhận ABI là 1,1 (bảng 3.5). Qua đây có thể thấy trong thời gian theo dõi trung hạn các trường hợp được phẫu thuật bắc cầu thì đều có chỉ số ABI nằm trong mức lưu thông máu bình thường, như vậy các cầu nối mạch máu đều có kết quả tốt và không có hiện tượng tái hẹp, tắc sớm sau phục hồi lưu thông mạch máu.

### 4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận loại cầu nối phổ biến nhất là cầu nối đùi-khoẻo (61%) kế đến là cầu nối đùi-chày (19,5%), cầu nối chủ-đùi (17,1%), có một cầu nối ngoài giải phẫu là cầu nối nách-đùi (Bảng 2.). Theo tác giả Lê Phi Long năm 2005 cùng công bố kết quả tương tự như vậy [3].

Trong theo dõi trung hạn của chúng tôi trong trung bình 6,8 tháng thì không ghi nhận trường hợp nào dẫn đến tử vong, có 1 trường hợp biến chứng tắc cầu nối dẫn đến đoạn chi vào tháng thứ 6 (bệnh nhân số 5), tỉ lệ đạt kết quả tốt trong trung hạn của nghiên cứu là 96,9%. Kết quả này có phần khả quan hơn so với các nghiên cứu khác như của tác giả Nguyễn Duy Thắng công bố năm 2018 [5]. Kết quả của chúng tôi có phần tốt hơn có thể do thời gian nghiên cứu chưa đủ lâu và đặc điểm của mỗi trung tâm khác nhau. Kết quả đánh giá trung hạn tốt là 96,9%, chưa đạt là 3,1%. Có một trường hợp biến chứng tắc cầu nối phải đoạn chi.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh thiếu máu mạn chi dưới là bệnh lý phổ biến, xảy ra nhiều ở nam giới lớn tuổi. Các bệnh nhân thường đến muộn, triệu chứng nặng nề nhưng với phương pháp phẫu thuật phù hợp như bắc cầu động mạch có vai trò quan trọng trong điều trị với hiệu quả rất tích cực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Công (2011), "Bệnh động mạch ngoại biên từ các yếu tố nguy cơ đến chẩn đoán và điều trị", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 59 (1), 31-34.
2. Nguyễn Lương Kỳ (2001), Nghiên cứu lâm sàng-cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ bệnh lý viêm tắc động mạch chi dưới, Đại Học Y Dược Huế, Huế.
3. Lê Phi Long (2005), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cầu nối điều trị tắc động mạch mạn chi dưới", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 9 (1), 27-32.
4. Lâm Văn Nút (2020), "Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch mạn tính dưới gối", *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam*, 21 (1), 17-23.
5. Nguyễn Duy Thắng (2018), Kết quả phối hợp phương pháp phẫu thuật phối hợp can thiệp nội mạch một thì trong điều trị thiếu máu mạn chi dưới, Đại học Y Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Thục (2020), "Kết quả điều trị viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính ở bệnh nhân có bệnh lý mạch vành tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng*

*ngực Việt Nam*, 21 (1), 107-112.

7. Ankle Brachial Index Collaboration (2018), "Ankle brachial index combined with Framingham risk score to predict cardiovascular events and mortality", *A meta-analysis JAMA*, 300 (1), 197-208.
8. Anton N Sidawy (2018), *Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy 9th*, Elsevier, USA. Charles Brunickardi (2020), *Schwartz's Principles of Surge*, Mc Graw Hill, Ohio.
10. Elizabeth Selvin TPE (2004), "Prevalence of and Risk Factors for Peripheral Arterial Disease in the United States Results From the National Health and Nutrition Examination Survey", *Circulation*, 110 (7), 738-743.

(Ngày nhận bài: 20/9/2021 - Ngày duyệt đăng: 28/10/2021)

---