

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2770

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH TẦNG ĐÙI-KHOEO MẠN TÍNH
BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2024**

Nguyễn Khải Đạt^{1,2}, Huỳnh Quang Khánh³, Liêu Vĩnh Đạt^{1,2}*

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Chợ Rẫy

*Email: nkdat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/5/2024

Ngày phản biện: 05/7/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu mạn tính chi dưới là tình trạng hẹp lòng mạch, giảm lưu lượng máu phía hạ lưu. Biểu hiện từ đau cách hồi đến hoại tử chi. Việc tầm soát chưa được chú trọng, bệnh nhân thường vào viện khi đã ở giai đoạn muộn. Đây là một gánh nặng y tế và là một thách thức với các phẫu thuật viên mạch máu. Can thiệp nội mạch là một thủ thuật ít xâm lấn, hiệu quả trong điều trị bệnh động mạch chi dưới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị tắc động mạch tầng đùi khoeo mạn tính bằng can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có theo dõi, 31 bệnh nhân tắc động mạch đùi-khoeo mạn tính, được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 2022-2024. **Kết quả:** Thủ thuật thành công trong 28 trường hợp chiếm 90,3%, trong đó có 17 trường hợp đặt stent chiếm 60,7%, 39,3% nong bóng đơn thuần. 24 trường hợp bảo tồn chi tồn thương chiếm 85,71%. Thời gian can thiệp 93,26 phút. Quá trình thủ thuật, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tụ máu vết đâm kim chiếm 3,2%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là một phương pháp điều trị ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong điều trị tắc động mạch tầng đùi khoeo mạn tính.

Từ khóa: Thiếu máu mạn tính chi dưới, đau cách hồi, hoại tử chi, can thiệp nội mạch.

ABSTRACT

**THE TREATMENT RESULT OF CHRONIC FEMORAL-POPLITEAL
ARTERY OCCLUSION BY ENDOVASCULAR INTERVENTION
PROCEDURE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2024**

Nguyen Khai Dat^{1,2}, Huynh Quang Khanh³, Lieu Vinh Dat^{1,2}*

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Cho Ray Hospital

Background: Chronic limb ischemia is a condition that narrows the lumen, reducing downstream blood flow. The clinical symptoms range from intermittent claudication to gangrene limbs. Screening programs have not been noticed, patient often go to the hospital in the end of stages. It is a medical burden and the big challenge to vascular surgeon. Endovascular intervention is a minimally invasive, effectively treatment of lower extremity arteries disease (LEAD). **Objectives:** To evaluate the treatment result of chronic femoral-popliteal artery occlusion by endovascular intervention procedure. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive studies and tracking was conducted on 31 patients with chronic femoral-popliteal artery occlusion dianogsised and treated by endovascular intervention at Can Tho Central General Hospital from 2022 to 2024.

Results: There were 28 successful cases (90.3%) in which 17 cases were revascularized by stent placement (60.7%), 39.3% with balloon angioplasty, limb salvage in 24 case (85.71%). The duration was nearly about 93.26 minutes. In the procedure, there was 1 complicated case with the access site hematoma without transperfusion (3.2%). **Conclusion:** Endovascular intervention is a minimally invasive, safe, effective procedure to treat LEAD.

Keywords: Chronic limb ischemia, lower extremities artery disease-LEAD, intermittent claudication, gangrene limb, endovascular intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu mạn tính chi dưới là tình trạng lòng mạch chi dưới bị hẹp làm việc tưới máu đến các cơ và bộ phận liên quan bị thiếu hụt (da, thần kinh...) phía hạ lưu. Triệu chứng khởi phát âm thầm, đau cách hồi, đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi. Yếu tố nguy cơ: tuổi (tuổi 55-60); giới (nam/nữ =3/1); thuốc lá; đái tháo đường; tăng huyết áp; rối loạn lipid máu [1]. Việc tầm soát bệnh chưa được thực hiện. 76,8% bệnh nhân đến khám khi bệnh ở giai đoạn nặng, từ 2003 đến 2007, tỷ lệ bệnh đã tăng đáng kể từ 1,7% đến 3,4% với tỷ lệ cắt cụt chi từ 1 đến 7%. Đây thực sự là một thách thức với các phẫu thuật viên mạch máu. Động mạch đùi nông-khoeo dễ tổn thương [2]. Can thiệp nội mạch với các ưu điểm như: ít xâm lấn, ít đau, thời gian nằm viện ngắn, hiệu quả tương tự phẫu thuật kinh điển... Phù hợp trên bệnh nhân lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao, tiên lượng sống còn <2 năm. Vì những lý do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị tắc động mạch tầng đùi-khoeo mạn tính bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch tầng đùi-khoeo mạn tính và được can thiệp nội mạch tại khoa Ngoại Lồng ngực-Mạch máu, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2024.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được xác định tắc động mạch tầng đùi-khoeo mạn tính qua khám lâm sàng có triệu chứng đau cách hồi, đau khi nghỉ, loét ngón hoặc hoại tử kèm theo hình ảnh học trên cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới dạng xơ vữa-mất liên tục-hẹp-tắc động mạch tầng đùi-khoeo và bệnh nhân được chỉ định can thiệp nội mạch.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có các bệnh lý viêm mạch: sau xạ trị, bệnh Buerger, bệnh Takayasu; những bệnh nhân có tình trạng toàn thân chưa ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi.

- **Cỡ mẫu:** 31 bệnh nhân được chỉ định can thiệp nội mạch do tắc động mạch tầng đùi khoeo mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Các đặc điểm chung: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ.

+ Đặc điểm lâm sàng: Đau khi gắng sức; Đau cách hồi; Đau khi nghỉ; Loét-Hoại tử chi [3]; Chất lượng cuộc sống theo thang điểm Quality of Life (QoL) từ 0 đến 6; VAS (Visual Analog Scale) từ 0 đến 10 [4]; Phân giai đoạn theo Leirich-Fontaine: I, II, III, IV.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số Ankle Brachial Index (ABI)-Huyết áp cổ chân-cánh tay: ABI <0,4 được mã hóa thành 0,3. Các giá trị còn lại vẫn giữ nguyên trị số [5]; Siêu âm

Doppler mạch máu: thể hiện phần trăm hẹp lòng mạch; Phân độ theo TASC II (TransAtlantic InterSociety Consensus II) trên cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới: A, B, C, D [6].

+ Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian can thiệp: (phút); Thời gian nằm viện: (ngày); Thành công về thủ thuật (Thành công: Tái thông được dòng chảy; Hẹp tồn lưu <30% trước khi kết thúc thủ thuật; Thất bại: Không qua được thương tổn; Có biến chứng nặng nề, tử vong); Hướng tiếp cận tổn thương: Xuôi dòng, ngược dòng; Cách tái thông mạch máu: Nong bóng đơn thuần, nong bóng kết hợp stent. Giảm đau sau can thiệp; Tình trạng mạch chi dưới sau can thiệp; Biến chứng của can thiệp (Tai biến mạch máu não; Nhiễm trùng; Nhồi máu cơ tim; Tắc mạch cấp; Thông động tĩnh mạch; Bóc tách; Thủng mạch; Tụ máu-Truyền máu; Tử vong).

+ Sau can thiệp 1 tuần; 1 tháng. Đánh giá: Cải thiện chất lượng cuộc sống qua thang điểm QoL, VAS, sự thay đổi chỉ số ABI; Siêu âm Doppler mạch máu đánh giá phần trăm hẹp lòng mạch; Khả năng cải thiện quãng đường đi được; Các biến chứng; Bảo tồn chi tổn thương; Đoạn chi tối thiểu (không vượt quá khớp cổ chân).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22. So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng kiểm định T-Student, so sánh kết quả của các biến rời rạc bằng thuật toán χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội Đồng Khoa Học và Hội Đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh của trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua và được sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng (n=31)		Giá trị (f hoặc % \pm SD)
Nam giới		22 (71%)
Tuổi trung bình (tuổi)		74,48 \pm 8,17
Tiền sử		
Tăng huyết áp		31 (100%)
Đái tháo đường		21 (67,7%)
Bệnh mạch vành		5 (16,1%)
Tai biến mạch máu não cũ		5 (16,1%)
Hút thuốc lá		18 (58,1%)
Rối loạn mỡ máu		12 (38,7%)
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính		2 (6,5%)
Phân độ Leirich-Fontaine		
Độ II		4 (12,9%)
Độ III	Thiếu máu chi nguy kịch	4 (12,9%)
Độ IV		23 (74,2%)

Nhận xét: Tuổi trung bình: 74,48 \pm 8,17 tuổi, lớn nhất 90, nhỏ nhất 59, trong đó nhóm tuổi từ 70 tuổi có 22 trường hợp, chiếm 71%. Nam giới: 22 trường hợp chiếm 71%. Tiền sử: Tăng huyết áp 31 trường hợp chiếm 100%, đái tháo đường tít 2 với 21 trường hợp chiếm 67,7%, bệnh mạch vành 5 trường hợp chiếm 16,1%, tai biến mạch máu não cũ 5 trường hợp chiếm 16,1%, rối loạn lipid máu 12 trường hợp chiếm 38,7%, hút thuốc lá có 18 trường hợp chiếm 58,1%, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính có 2 trường hợp chiếm 6,8%. Có đến 27 trường hợp chiếm 87,1% bệnh nhân ở giai đoạn III-IV theo phân độ Leirich-Fontaine.

3.2. Các thông số liên quan đến thủ thuật

Bảng 2. Các thông số liên quan thủ thuật

Đặc điểm của thủ thuật (n=31)	Giá trị
Tỷ lệ thành công	28 (90,3%)
Thời gian can thiệp	93,26 ±34,48 (phút)
Phân loại tổn thương theo TASC II	
A	5 (16,1%)
B	7 (22,6%)
C	10 (32,3%)
D	9 (29%)
Tiếp cận xuôi dòng	30 (96,8%)
Tiếp cận ngược dòng	1 (3,2%)
Biện pháp can thiệp	
Nong bóng đơn thuần	11 (35,5%)
Nong bóng + đặt stent	17 (54,8%)
Giảm đau sau can thiệp	28 (90,3%)
Số ngày nằm viện trung bình	15,52±6,2 ngày
Bảo tồn chi tổn thương	24 (77,4%)

Nhận xét: Thủ thuật tiến hành thành công trong 28 trường hợp, tỷ lệ thành công đạt 90,3%. Bảo tồn chi tổn thương đạt 24 trường hợp chiếm 77,4%. 4 trường hợp can thiệp thành công vẫn phải đoạn chi vì đánh giá mức độ tổn thương cẳng bàn chân quá nặng. Nhóm C, D theo phân độ TASC II chiếm tỷ lệ 61,3%. Thời gian can thiệp: 93,26 ±34,48 (phút), dao động từ 50 phút đến 180 phút. Số ngày nằm viện trung bình: 15,52±6,2, dao động từ 9 đến 33 ngày. Tiếp cận theo hướng ngược dòng có 1 trường hợp chiếm 3,2%. 11 trường hợp nong bóng đơn thuần (chiếm 35,5%). 17 trường hợp đặt stent (chiếm 54,8%).

3.3. Tính an toàn của thủ thuật

Bảng 3. Tính an toàn của thủ thuật

Biến chứng trong thời gian nằm viện	Giá trị
Tụ máu vết đâm sheath	1 (3,2%)
Chảy máu-Truyền máu-Nhồi máu cơ tim-Tai biến mạch máu não	0 (0%)
Tử vong	0 (0%)

Nhận xét: Trong quá trình theo dõi bệnh, 1 ca xuất hiện biến chứng tụ máu vết đâm sheath. Chiếm tỉ lệ 3,2%. Không ghi nhận các biến chứng khác.

3.4. Kết quả can thiệp

Bảng 4. Kết quả can thiệp

Đặc điểm	Thời gian		
	Trước can thiệp	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng
ABI	0,31±0,03	0,82±0,26	0,86±0,33
QoL	4,77±0,76	3,16±1,03	2,42±0,88
VAS	7,29±1,18	4,52±1,36	3,19±1,22
Hẹp lòng mạch trên siêu âm (%)	96,45±6,97	46,81±22,92	51,61±22,76
Quãng đường đi (m)	61,71±35,81	89,68±39,28	115,97±46,55

Nhận xét: ABI trước can thiệp 0,31. Sau can thiệp 1 tuần đạt giá trị trung bình 0,82, sau 1 tháng đạt giá trị trung bình 0,86. QoL của bệnh nhân có sự thay đổi: trước can thiệp

trung bình 4,77. Lớn nhất là 6 điểm (không thể chịu được), nhỏ nhất 3 (tạm được). Sau can thiệp 1 tuần trung bình 3,16, lớn nhất 5 điểm (bất hạnh), nhỏ nhất 0 điểm (bệnh nhân đoạn chi). Sau can thiệp 1 tháng, trung bình 2,42, lớn nhất 5 điểm, nhỏ nhất 0 điểm. Giá trị 0 điểm ở bệnh nhân được can thiệp nội mạch, nhưng không bảo tồn được chi tổn thương, bệnh nhân được đoạn 1/3 trên cẳng chân, sau vết mổ lành tốt. Thang điểm đau VAS: thay đổi từ 7,29 đến 4,52 và 3,19 sau can thiệp 1 tuần và 1 tháng. Quãng đường đi: thay đổi từ 61,71 mét đến 89,68 mét và 115,97 mét sau can thiệp 1 tuần và 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 74,48 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 90 và nhỏ tuổi nhất là 59, trong đó có 22 bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ 71%. Độ tuổi này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Thắng [7]. Tần suất mắc bệnh động mạch ngoại biên tăng dần và tỉ lệ thuận với lứa tuổi, ở độ tuổi > 65 thì tần suất mắc bệnh có thể lên tới 21% [8]. Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ kèm theo (bảng 1). Can thiệp nội mạch được lựa chọn nhằm tìm kiếm cơ hội tái thông mạch máu giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng. Bệnh thiếu máu mạn chi dưới được xác định như sự thiếu máu nuôi chi do nguyên nhân từ sự tắc nghẽn hay sự chích hẹp một phần hay toàn bộ động mạch chính cung cấp máu nuôi dưỡng chi dưới [9]. Bệnh thường tiến triển âm thầm hậu quả lâm sàng nặng nề cuối cùng phải cắt cụt chi tổn thương. Tuy nhiên, bệnh ít được phát hiện tại cộng đồng [10]. Tại nước ta, bệnh chưa được tầm soát chặt chẽ, do đó thiếu máu mạn tính chi dưới thực sự là một thách thức với các phẫu thuật viên mạch máu. Bệnh nguyên phần lớn do quá trình xơ hóa thành động mạch, đặc biệt là các động mạch vừa và lớn, biểu hiện bởi sự lắng đọng mỡ và các tế bào bọt tại lớp trong thành mạch, gọi là mảng xơ vữa [11]. Qua nghiên cứu 31 bệnh nhân kết quả cho thấy: tổng số 28 trường hợp tái thông thành công động mạch đùi nông-khoeo với tỷ lệ tái thông là 90,3%. Tỷ lệ này tương đối tương đồng với nghiên cứu của tác giả trong nước (Lê Văn Tuyền[12] với 89,46%, Đinh Huỳnh Linh [13] với 94%, Nguyễn Duy Tân và Trần Quyết Tiến[14] với 97%). Tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng hầu như không ghi nhận, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tụ máu vị trí đâm kim (chiếm 3,2%) nhưng không cần truyền máu. Không có bệnh nhân nào tử vong.

Phần lớn bệnh nhân đến điều trị tương đối muộn, phân loại Lerich-Fontaine giai đoạn III và IV chiếm 87,1%, tổn thương loại C và D trên phân độ TASC II là 61,3%, chỉ số ABI trước can thiệp trung bình 0,32. Trong khi nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Thắng năm 2018, phân độ lâm sàng theo Leirich-Fontaine III và IV là 63,54%, về mặt tổn thương TASC II trên cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới, tổn thương loại C và D có giá trị 76% ở cả hai tầng đùi và khoeo, ABI trung bình 0,37 tương tự nghiên cứu của chúng tôi [6].

4.2. Kết quả của thủ thuật

Theo khuyến cáo của AHA/ACC, đối với những tổn thương TASC II nhóm A, B được lựa chọn ưu tiên can thiệp mạch ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao. Nhóm C và D, được ưu tiên phẫu thuật bắc cầu [15]. Trong nghiên cứu này, đại đa số can thiệp ở những bệnh nhân nằm trong nhóm C và D theo phân loại TASC II với 61,3%, tỷ lệ thành công đạt mức 90,3% với những tổn thương phức tạp, điều này chứng tỏ can thiệp nội mạch là một trong những phương thức có tính khả thi trong việc tái thông mạch máu ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện rõ ràng qua các chỉ số QoL, VAS, ABI sau can thiệp 1 tuần, 1 tháng. Các chỉ số

thay đổi, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ được thể hiện ở bảng 4. Trước hết, chỉ số ABI đánh giá khách quan sự cải thiện về mặt điều trị của bệnh nhân. Sau can thiệp 1 tuần và 1 tháng, ABI thay đổi từ 0,32 trước can thiệp thành 0,82 và 0,86 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn năm 2021, tỷ lệ thành công là 94,7%, tương đối tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là 90,3% [16]. Thời gian can thiệp trung bình trong nghiên cứu này là $93,26 \pm 34,48$ (phút), số ngày nằm viện trung bình là $15,52 \pm 6,2$ ngày. So sánh có sự khác nhau so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Tân và Trần Quyết Tiến là 149 ± 47 phút và $9,8 \pm 3,6$ ngày. Có thể, sự khác biệt phần nào là do khác nhau về yếu tố nguy cơ, tình trạng bệnh lý nền của bệnh nhân mà thời gian nằm viện có sự khác biệt. Sự khác biệt về thời gian can thiệp có thể được giải thích tùy vào từng đặc điểm thương tổn, kỹ thuật, dụng cụ mà mỗi cơ sở được trang bị, phần nào cũng vì trong bài báo này số lượng mẫu hạn chế ở 31 trường hợp [14].

Quá trình nghiên cứu, chúng tôi có 3 trường hợp thất bại về mặt kỹ thuật, thành động mạch vô hóa rất nhiều, phức tạp, không thể lái dây dẫn qua được thương tổn. Các trường hợp này, chúng tôi quyết định kết thúc thủ thuật, sau thủ thuật, bệnh nhân an toàn, không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào xảy ra. Sau can thiệp 24 giờ, cả 3 trường hợp đều cần phải đoạn 1/3 trên cẳng chân, đánh giá sau đoạn chi, mổ cắt cấp máu nuôi tương đối tốt.

Phần lớn các trường hợp, chúng tôi tiến hành nong bóng, sau đó xem xét đặt stent. 11 trường hợp nong bóng đơn thuần, chiếm 35,5%, sau nong bóng dòng chảy tốt, không hiện tượng bóc tách, giả dòng. 17 trường hợp chiếm 54,8% đặt stent. Chỉ định đặt stent được đưa ra khi có hiện tượng khi còn hẹp lòng mạch $> 30\%$, hoặc xuất hiện hiện tượng bong tróc mảng xơ vữa, giảm dòng.

24 trường hợp bảo tồn được chi tổn thương, chiếm 77,4% các trường hợp can thiệp mạch. 7 trường hợp cần phải đoạn chi sau can thiệp, trong đó có 3 trường hợp đã can thiệp nội mạch thành công. Đây là các trường hợp bệnh nhân nhập viện trong tình cảnh bệnh quá muộn, phần bàn chân gần như hoại tử hoàn toàn, thời gian bệnh kéo dài, sau can thiệp, đánh giá chi không còn khả năng phục hồi, quyết định đoạn chi lớn giúp giảm đau, giảm nhiễm trùng, cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

4.3. Tính an toàn của thủ thuật

Trong quá trình theo dõi bệnh, chỉ 1 ca xuất hiện biến chứng tụ máu vết đâm kim, chiếm tỉ lệ 3,2%. Ở ca này chúng tôi băng ép lại, tiến hành xét nghiệm lại công thức máu, siêu âm ổ bụng và siêu âm phần mềm, đánh giá lượng máu thoát mạch không đáng kể và quyết định không truyền máu, bệnh nhân không phải thực hiện phẫu thuật và xuất viện sau can thiệp 4 ngày. Biến chứng tụ máu tại vị trí đâm kim của tác giả Nguyễn Duy Tân và Trần Quyết Tiến là 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,6% [14], tác giả Đinh Huỳnh Linh là 10% [13]. Trong nghiên cứu, không có bệnh nhân tử vong, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não, chưa ghi nhận tình trạng nhiễm trùng, bóc tách, thủng động mạch hoặc chảy máu-truyền máu sau quá trình theo dõi bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, kết quả ban đầu của nghiên cứu này cho thấy rằng can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi khoeo mạn tính là một phương pháp điều trị an toàn trên những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật cao. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật này trong nghiên cứu là 90,3%. Tai biến, biến chứng thấp và không có trường hợp tử vong nào được ghi nhận. Hiệu quả sau can thiệp tương đối cao, bằng chứng là sự

thay đổi ABI, QoL và thang điểm đau VAS. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Cần thêm thời gian để chứng minh, hiệu quả của can thiệp so với phẫu thuật truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thọ Tuấn Anh. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ngoại khoa tắc động mạch mãn chi dưới, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh. 1996.
2. Lê Đức Tín, Phạm Minh Ánh, Đỗ Kim Quế. Kết quả trung hạn đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính tổn thương TASC II A, B. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 507 (1), 259, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v507i1.1373>.
3. Hirsch, A.T., et al., Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*. 2001. 286(11), 1317-24, doi: 10.1001/jama.286.11.1317.
4. Visual Analogue Scale, Yale University, <https://assessment-module.yale.edu/impalliative/visual-analogue-scale>.
5. The Role of Ankle-Brachial Index for Predicting Peripheral Arterial Disease. 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306002/>.
6. Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease, 2014, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232437/>.
7. Nguyễn Duy Thắng, Kết quả áp dụng phương pháp phẫu thuật phối hợp can thiệp nội mạch một thì điều trị bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới, Đại học Y dược Hà Nội. 2018. 124.
8. Diehm. C., Allenberg. J, R. Pittrow. D, Mahn. M, Tepohl. G, et al. Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease. *Circulation*. 2009. 120(21), 2053-61, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.865600.
9. Peter. H. L, Poi. M. J, Matos. J, Kougas. P, Schwartz's Principles of Surgical, Mc Graw Hill. 2020. 881-899.
10. Diehm, C., et al., High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis*. 2004. 172(1), 95-105, doi: 10.1016/s0021-9150(03)00204-1.
11. Nguyễn Hải Thủy. Tăng Triglyceride và bệnh tim mạch do xơ vữa. *Tạp chí đái tháo đường và nội tiết Việt Nam*. 2021. 41(1), 7-17, doi: 10.47122/vjde.2020.41.1.
12. Lê Văn Tuyên. Can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch đùi nông mạn tính tại Bệnh viện Quảng Trị. Hội nghị tim mạch Miền Trung-Tây Nguyên mở rộng lần thứ 10. 2019.
13. Đinh Huỳnh Linh, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Ngọc Quang, Lê Xuân Thiện, Trần Bá Hiếu và cộng sự. Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch điều trị bệnh động mạch chi dưới mạn tính ở Viện Tim mạch Việt Nam. *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam*. 2016. (75+76), 123-130, <https://jvc.vnha.org.vn/tmh/article/view/504>
14. Nguyễn Duy Tân, Trần Quyết Tiến. Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh lý tắc, hẹp động mạch chủ- chậu và chi dưới. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 498 (2), 198-202, doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v498i2.208>.
15. Joshua A. Beckman, Peter A. Schneider et al. Advances in Revascularization for Peripheral Artery Disease: Revascularization in PAD. *Circulation Research*. 2021. 128 (12), 1885–1912, doi:10.1161/circresaha.121.318261.
16. Hoàng Văn. Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị bệnh động mạch chi dưới mạn tính tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật Tim Mạch và Lồng Ngực Việt Nam*. 2021. 212-219.