

ĐẶC ĐIỂM CHẢY MÁU ĐƯỜNG MẬT VÀ CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình¹, Đoàn Tiến Lưu¹

TÓM TẮT

Can thiệp đường mật qua da (CTĐMQD) là các kỹ thuật dẫn lưu, đặt stent, tán sỏi, sinh thiết đường mật qua da... Đây là các kỹ thuật cần chọc xuyên nhu mô gan. Mặc dù khá an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp, tuy nhiên vẫn có thể gặp biến chứng chảy máu do tổn thương động mạch (ĐM) gan, tĩnh mạch (TM) cửa, TM trên gan, nhu mô gan. Với mỗi loại chảy máu phương pháp cầm máu lại khác nhau. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm các loại chảy máu sau can thiệp đường mật qua da và kinh nghiệm xử trí các biến chứng này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm biến chứng chảy máu do CTĐMQD và các kinh nghiệm xử trí. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 26 bệnh nhân (BN): 18 nữ/ 8 nam có chảy máu do CTĐMQD tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2020 – 01/2023. **Kết quả:** 26 BN có biến chứng chảy máu nguồn từ ĐM gan, TM (TM cửa hoặc TM gan), nhu mô gan lần lượt là: 8 BN (30,8%), 7 BN (26,9%), 11 BN (42,3%). Các BN chảy máu từ ĐM được chẩn đoán bằng cắt lớp vi tính (CLVT) và chụp mạch số hóa xóa nền (DSA), điều trị nút vòng xoắn kim loại (coil), trong đó có 1 BN phải nút lần 2 bằng chọc trực tiếp vào ổ giả phình và bơm keo. Các BN chảy máu không từ ĐM gan được nút đường chọc bằng vật liệu cầm máu tự tiêu (surgical). Tỷ lệ thành công chung đạt 100%. **Kết luận:** Chảy máu sau CTĐMQD là biến chứng có thể gặp do tổn thương các mạch máu gan hay từ nhu mô gan. Chảy máu do tổn thương ĐM gan có thể xử trí bằng nút mạch, các chảy máu không do ĐM gan có thể xử trí nút đường chọc bằng surgical. **Từ khóa:** Biến chứng chảy máu, can thiệp đường mật qua da, tán sỏi mật, nút mạch, vòng xoắn kim loại, surgical

SUMMARY

BILIARY BLEEDING AND INTERVENTIONAL RADIOLOGY TREATMENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Percutaneous biliary interventions (PBIs) include biliary drainage, biliary stenting, biliary lithotripsy, and biliary biopsy... These are techniques that require percutaneous transhepatic puncture. Although PBIs are relatively safe with a low complication rate, bleeding complications can still occur. The bleeding can be caused by injury to the hepatic artery, portal vein, hepatic vein, or hepatic parenchyma. The method of hemostasis also varies depending on the source of bleeding. This study describes a series of clinical cases related to bleeding complications of PBIs

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2025

and the experience of managing these complications. **Objectives:** To report the characteristics of bleeding complications due to PBIs and management experiences. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 26 patients (18 women/8 men) with bleeding complications due to PBIs at Hanoi Medical University Hospital from March 2020 to January 2023. **Result:** 26 patients with bleeding complications from hepatic artery, portal or hepatic vein, liver parenchyma accounted for 8 (30,8%), 7 (26,9%), 11 (42,3%), respectively. The patients with bleeding from the artery were diagnosed by CT scan and angiography, and following with transarterial embolization, in which 1 patient had to be directly punctured to embolize the pseudoaneurysm for the second time. Cases of bleeding non - hepatic artery were managed by tract - embolization using surgical. Overall success rate reaches 100%. **Conclusion:** Bleeding after PBIs caused by damage of the liver blood vessels or the hepatic parenchyma. Hepatic artery injury can be managed by transarterial embolization, and non-hepatic artery bleeding can be embolized the tract with surgical. **Keywords:** Bleeding complications, percutaneous biliary interventions, biliary lithotripsy, embolization, coil, surgical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các kỹ thuật CTĐMQD là các kỹ thuật điều trị ít xâm lấn, khá đa dạng bao gồm dẫn lưu đường mật qua da, tán sỏi qua da, đặt stent đường mật, xẻ hẹp đường mật, sinh thiết nội đường mật... Điểm chung là đều cần chọc kim xuyên nhu mô gan. Các biến chứng bao gồm chảy máu, rò mật, tụ dịch dưới bao gan, nhiễm trùng đường mật... Trong đó chảy máu là biến chứng hàng đầu và đáng lo ngại nhất.

Từ tháng 12 năm 2019, bệnh viện Đại học Y Hà Nội lần đầu tiên tiến hành tán sỏi mật qua da bằng laser Homilum và đã áp dụng cho hơn 1000 BN cho đến nay, ngoài ra các kỹ thuật can thiệp đường mật khác cũng được thực hiện rất thường quy. Các kỹ thuật này có tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng cũng chảy máu cũng gặp ở một số trường hợp. Nghiên cứu này nhằm báo cáo đặc điểm biến chứng chảy máu do CTĐMQD và các kinh nghiệm xử trí tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang gồm 26 BN gặp biến chứng chảy máu sau CTĐMQD từ tháng 3/2020 đến tháng 01/2023.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiên. Tiêu chuẩn lựa chọn là các trường hợp có chảy máu

liên quan CTĐMQD, được phát hiện trực tiếp trên nội soi trong quá trình can thiệp hoặc có chảy máu liên tục trên lâm sàng qua dẫn lưu, có hình ảnh tổn thương mạch trên CLVT hoặc chụp mạch số hoá xoá nền (DSA). Có hồ sơ bệnh án và phim chụp đầy đủ.

Các BN bị loại ra khỏi nghiên cứu nếu chỉ có chảy máu ít và tự cầm trong quá trình can thiệp hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ. Các BN có chảy máu từ các ĐM nông dưới da được xử trí bằng khâu cầm máu ngoài da và không được đưa vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 3/2020 – 01/2023, có tổng số 26 BN (18 nữ, 8 nam) có chảy máu đường mật cần can thiệp, tuổi trung bình 54,0 ± 13,5 (31-85) tuổi.

24/26 BN (92,3%) được phát hiện và xử trí ngay trong lúc can thiệp, 2 BN khác được phát hiện và xử trí sau 2-3 ngày.

Các nguồn chảy máu được xác định từ ĐM gan (là trường hợp chảy máu do giả phình, thoát thuốc ĐM gan xác định trên CLVT/ DSA), TM (là hình ảnh chảy máu do rách TM cửa, TM gan vào đường mật) hoặc từ nhu mô gan (là các trường hợp chảy máu nhưng không thấy các hình ảnh tổn thương mạch trên) (Bảng 1).

Bảng 1. Nguồn chảy máu CTĐMQD

Nguồn chảy máu	Số BN	%
Tổn thương ĐM gan	8	30,8
Tổn thương TM cửa hoặc TM gan	7	26,9
Chảy máu từ nhu mô	11	42,3
Tổng	26	100,0

Tỷ lệ BN có xơ gan mật là 6/26 BN (23,1%). Có 9/26 BN (47,4%) sử dụng cổng tán sỏi cỡ lớn 18F.

Các phương pháp cầm máu bao gồm nút động mạch gan bằng vòng xoắn kim loại (VXKL) đơn thuần hoặc kết hợp với keo sinh học, xốp cầm máu (spongel), bít đường hầm xuyên gan bằng surgicel; chèn đường hầm bằng dẫn lưu cỡ lớn hơn hoặc bằng cổng tán sỏi (amplatz) (bảng 2).

Có 24 BN can thiệp cầm máu 1 lần, 2 BN can thiệp cầm máu lần 2.

Bảng 2. Các phương pháp cầm máu

Phương pháp cầm máu	Số ca	%
Nút tổn thương ĐM gan bằng VXKL	2	7,7
Nút tổn thương ĐM gan bằng Coil + spongel	3	11,5
Nút tổn thương ĐM gan bằng Coil + keo sinh học	3	11,5
Nút đường hầm xuyên gan bằng Surgicel	15	57,7
Chèn đường hầm xuyên gan bằng	3	11,5

cổng tán sỏi hoặc dẫn lưu cỡ lớn		
Tổng	26	100,0

Tỷ lệ cầm máu thành công chung đạt 100%.

Không có biến chứng nào xảy ra trong và sau quá trình can thiệp cầm máu.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng CTĐMQD. Nguyên lý chung của các kỹ thuật CTĐMQD là đều cần phải chọc kim qua da và nhu mô gan để vào đường mật. Về mặt giải phẫu, đường mật luôn đi song hành cùng ĐM gan và TM cửa tạo thành khoảng cửa trong gan. Do đó các can thiệp chọc qua da để tiếp cận đường mật luôn có nguy cơ tổn thương mạch máu¹. Thêm nữa, khi thao tác trong lòng đường mật cũng có thể gây tổn thương thành đường mật hoặc mạch máu sát đó do các dụng cụ cứng như dây dẫn đường, dây laser hoặc rọ tán sỏi. Tỷ lệ chảy máu sau can thiệp đường mật khoảng 1.1-9.9%, bên cạnh các biến chứng nhẹ như đau, rò mật, tuột dẫn lưu, viêm đường mật,... với tỷ lệ chung là 10,8-23%². Theo hướng dẫn cải tiến chất lượng của Hiệp hội Can thiệp điện quang (SIR) tỷ lệ biến chứng chảy máu của can thiệp đường mật thường khoảng 2,5%, với ngưỡng chấp nhận được là 5%³.

Các yếu tố nguy cơ. Các yếu tố nguy cơ chọc vào mạch máu dẫn đến chảy máu sau can thiệp đường mật bao gồm do yếu tố bệnh nhân như tuổi cao; do xơ gan dẫn đến động mạch gan tăng kích thước, bàng hệ, rối loạn đông máu, đang dùng chống đông; do yếu tố can thiệp như kim chọc hoặc cổng tán sỏi cỡ lớn, vị trí chọc trung tâm, đường mật giãn ít, số lần chọc, số đường tiếp cận, dịch ổ bụng ². Trong 26 BN của chúng tôi, số ca xơ gan mật chiếm 23,1%. Tình trạng xơ gan mật hay gặp ở bệnh nhân sỏi mật tái phát, đây là một yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu. Chọc đường mật với kim nhỏ (21-22G) có thể giảm nguy cơ chảy máu¹ nhưng khó điều chỉnh hướng nhất là trong các trường hợp gan xơ. Do đó, chúng tôi thường sử dụng kim Angiocath 16G để chọc đường mật, trừ các trường hợp đường mật giãn rất ít. Chọc đường mật nên thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm có độ phân giải cao để tránh mạch máu, việc chọn đường chọc cần được dự kiến trước trên phim CLVT hoặc cộng hưởng từ. Sử dụng cổng tán sỏi cỡ lớn, khi nong qua nhu mô gan giúp giảm thời gian can thiệp nhưng có nguy cơ làm tăng nguy cơ chảy máu cũng như khó tiếp cận được các nhánh đường mật xa và nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 47,4% ca can thiệp dùng cổng tán sỏi cỡ lớn 18F. Chúng tôi khuyến cáo chỉ nên sử dụng cổng tán cỡ lớn (18F,20F) trong

các trường hợp đường mật giãn to và có nhiều sỏi để giảm thời gian can thiệp, các trường hợp sỏi nhỏ, đường mật giãn ít nên sử dụng cống tán sỏi cỡ nhỏ (14F) và trung bình (16F).

Chẩn đoán chảy máu đường mật. Biểu chứng chảy máu thường được phát hiện trong quá trình CTĐMQD hoặc ngay sau CTĐMQD. Khi chảy máu nhiều, không tự cầm trong quá trình CTĐMQD cần nghĩ ngay tới tổn thương mạch. Các trường hợp dịch mật dẫn lưu sau 48 giờ còn máu cũng gợi ý tổn thương mạch². Ngoài ra BN có thể nôn ra máu, đi ngoài phân đen, hoặc đau nhiều vùng dẫn lưu, trướng bụng, khó thở, xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, hematocrit giảm...

Nguồn chảy máu hầu hết từ ĐM gan, ngoài ra có thể từ động mạch liên sườn, TM cửa, TM gan, nhu mô gan. Chảy máu từ ĐM thường dữ dội, phát hiện ngay trong quá trình can thiệp, biểu hiện máu đỏ tươi, chảy theo nhịp đập, không tự cầm, BN có mạch nhanh, huyết áp tụt, đau bụng nhiều^{1,4}. Tuy nhiên có trường hợp ĐM được chèn tạm thời bởi cống tán sỏi hoặc dẫn lưu và chỉ được phát hiện khi có thay đổi vị trí dẫn lưu (BN thay đổi tư thế, cử động) hoặc khi rút dẫn lưu, cống tán⁴. Chụp CLVT giúp xác định tổn thương ĐM gan: chảy máu hoạt động, giả phình, thông động tĩnh mạch... Chụp DSA là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán cũng như để can thiệp xử trí chảy máu.

Chảy máu từ TM thường sẫm màu, tốc độ chậm và không theo nhịp đập của tim, mạch và huyết áp thường ít thay đổi. Chảy máu TM xác định khi bơm thuốc qua dẫn lưu hoặc đường hầm hiện hình TM cửa hoặc TM gan dưới DSA, tuy nhiên chụp CLVT khó xác định chảy máu từ tĩnh mạch.

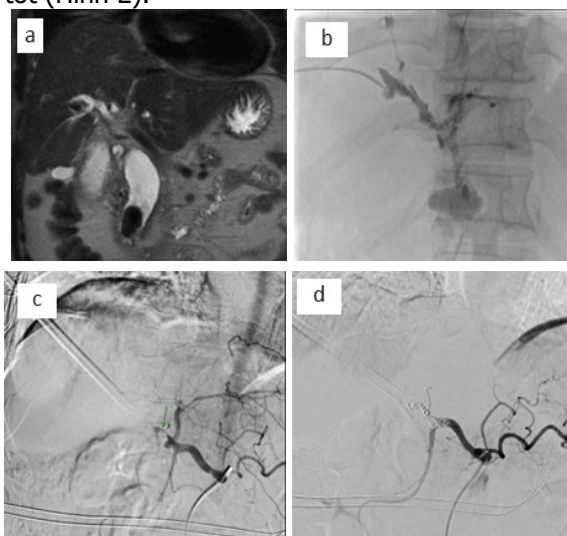
Các trường hợp chảy máu từ nhu mô lượng máu ít hơn, nhưng không tự cầm, chụp CLVT, DSA không phát hiện tổn thương mạch.

Xử trí biến chứng chảy máu. Với các trường hợp chảy máu tối cấp và dữ dội trong can thiệp, bước đầu tiên cần kiểm soát huyết áp, mạch của BN, bù dịch, máu nếu có sốc... Nếu chảy máu sau rút dẫn lưu hoặc cống tán cần đặt ngay lại vị trí cũ để tạm thời cầm máu. Các trường hợp đã xác định chảy máu cần chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc để xác định nguồn chảy máu, nếu CLVT âm tính cũng cần chụp DSA.

Chụp đường mật qua dẫn lưu đã đặt nếu hiện hình mạch máu có thể xác định nguồn từ ĐM hoặc TM. Lý tưởng là thay dẫn lưu đã đặt bằng sheath 8F và rút sheath dẫn ra ngoài vi, bơm thuốc cản quang để chụp dọc đường hầm tìm đường đồng với mạch máu. Thông thường

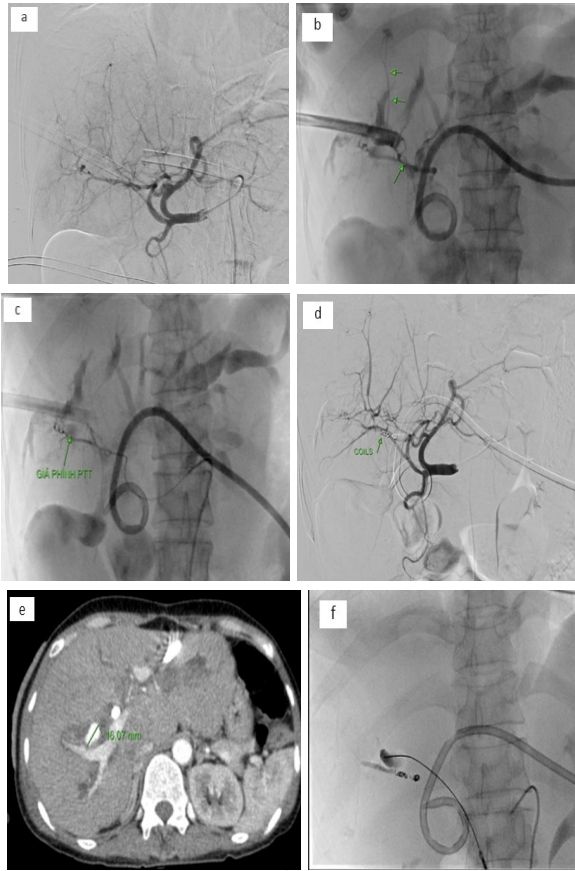
phương pháp này sẽ dễ phát hiện chảy máu TM. Chảy máu từ động mạch có dấu hiệu gợi ý là hình khuyết thuốc đường mật do áp lực cao của động mạch sẽ rửa thuốc đi, đôi khi bơm thuốc cản quang với áp lực mạnh có thể làm hiện hình động mạch trong một số trường hợp⁵ (Hình 1).

Chụp DSA động mạch gan là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định chảy máu từ ĐM gan và can thiệp nội mạch. Nếu chụp bằng ống thông 5F không phát hiện tổn thương cần chụp chọn lọc các động mạch gan quanh đường hầm bằng vi ống thông. Các dấu hiệu như thoát thuốc cản quang, giả phình động mạch, thông động tĩnh mạch đều được xác định là có tổn thương động mạch⁵. Thông thường sẽ ưu tiên nút nhánh mạch bằng VXKL để hạn chế vùng nhồi máu gan (Hình 1), tuy nhiên với các trường hợp tổn thương nhánh nhỏ, chúng tôi sẽ sử dụng keo sinh học hoặc spongel. Trong 8 trường hợp chảy máu từ ĐM chúng tôi dùng VXKL đơn thuần trong 2 trường hợp, 3 trường hợp kết hợp VXKL và spongel và 3 trường hợp kết hợp VXKL với keo sinh học. Đặc biệt có 1 trường hợp sau nút bằng VXKL 3 ngày lại tiếp tục xuất hiện giả phình vị trí cũ, chúng tôi chọc kim trực tiếp xuyên gan vào ổ giả phình qua da để bơm keo cho kết quả tốt (Hình 2).



Hình 1. BN nam 70T, sỏi ống mật chủ và gan phải, xơ gan mật, viêm xơ đường mật. Chảy máu ở ạt khi tán sỏi

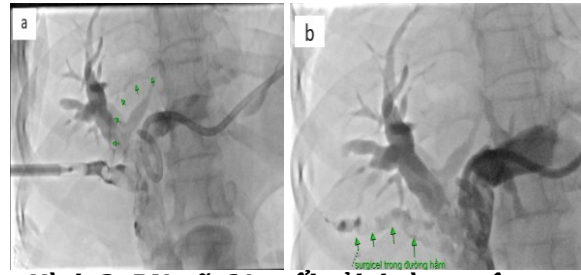
a: sỏi đường mật trên T2W cộng hưởng từ. b: phim chụp đường mật trên DSA, đường mật giãn hẹp không đều. c: thoát thuốc ĐM gan phải trên phim chụp ĐM DSA. d: phim chụp mạch DSA sau nút VXKL, nhánh mạch tổn thương đã được nút tắc hoàn toàn. Bệnh nhân ổn định, kiểm tra không thấy hoại tử nhu mô gan.



Hình 2. BN nữ 53 tuổi, nhiều sỏi đường mật trong và ngoài gan có xơ gan mật. Chảy máu khi đang tán sỏi

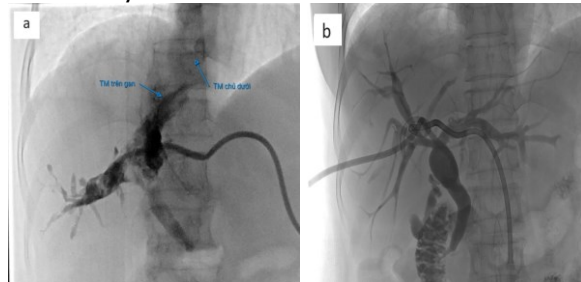
a: Chụp DSA ĐM gan không thấy điểm chảy máu. Tạm dừng theo dõi. Sau 4 ngày, dẫn lưu có máu mới, đỏ tươi. b: Chụp cản quang qua cổng tán sỏi hiện hình ĐM gan phải. c: Chụp DSA ĐM gan phải thấy tổn thương giả phình. d: nút tắc hoàn toàn nhánh ĐM mang ổ giả phình với 2 VXKL. Sau 1 tuần, chảy máu tái phát qua dẫn lưu. e: Chụp CLVT thấy ổ giả phình tại vị trí nút bằng VXKL. f: chọc kim Chiba 21 G bơm hỗn hợp keo sinh học + lipiodol tỷ lệ 1:3, do không còn đường tiếp cận ĐM. Bệnh nhân ổn định và xuất viện, kiểm tra không thấy hoại tử gan.

Các trường hợp nguồn chảy máu từ TM hoặc nhu mô gan thường được cầm máu bằng surgicel bằng cách nhét chặt surgicel qua cổng tán sỏi vào vị trí cạnh tĩnh mạch tổn thương trên đường hầm qua nhu mô (Hình 2). Trong trường hợp cần dùng đến đường hầm để theo dõi hoặc can thiệp tiếp về sau (ví dụ tiếp tục tán sỏi hoặc theo dõi có tắc stent không) có thể đặt dẫn lưu cỡ lớn vào đường hầm hoặc giữ nguyên cổng amplatz nhằm mục đích đè ép thành TM tổn thương để cầm máu (Hình 4).



Hình 3. BN nữ 61 tuổi sỏi đường mật gan trái và ống mật chủ, xơ gan mật được chỉ định tán sỏi qua

a: Sau khi tán sỏi mật bằng đường vào bên phải thấy máu chảy không ngừng, đặt thêm dẫn lưu 12F bên trái, rút dần cổng tán bên phải, bơm cản quang qua đường hầm thấy hiện hình TM gan giữa. b: dùng surgicel nút đường hầm bên phải, theo dõi thấy dẫn lưu bên trái không ra thêm máu. Tiếp tục can thiệp qua đường mật bên trái lấy hết sỏi.



Hình 4. BN nữ 60 tuổi sỏi đường mật phân thùy sau, đường mật phân thùy sau hẹp và đổ trực tiếp vào ống mật chủ

a: chụp qua dẫn lưu 10F bên trái (được đặt trước ngày tán sỏi) thấy hiện hình đường mật và TM gan giữa. BN được đặt dẫn lưu cỡ lớn hơn 12F vào đường dẫn lưu cũ để cầm máu, sau đó được chọc và đặt amplatx qua đường bên phải vào trực tiếp nhánh phân thùy sau. b: Sau tán sỏi chụp kiểm tra qua dẫn lưu không thấy hiện hình TM gan giữa, dịch mật qua dẫn lưu trong.

V. KẾT LUẬN

Chảy máu do CTĐMQD là biến chứng ít gặp sau can thiệp đường mật qua da, cần được phân loại và xử trí kịp thời. Nguyên nhân do tổn thương ĐM gan, TMC và TM gan, hay gặp ở bệnh nhân xơ gan hoặc do đường hầm nông quá lớn. Chảy máu do tổn thương ĐM gan thường dữ dội cần được nút đường động mạch, nên ưu tiên sử dụng vòng xoắn kim loại để tránh hoại tử gan sau nút. Chảy máu do tổn thương TM hoặc từ nhu mô gan thường nhẹ và có thể nút đường hầm bằng vật liệu cầm máu tự tiêu surgicel. Việc nhận biết các BN có nguy cơ chảy máu cao, phát hiện các dấu hiệu chảy máu kịp thời, phân biệt

nguồn chảy máu và áp dụng phương pháp cầm máu thích hợp chính là những yếu tố cần thiết trong CTĐMQĐ.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quencer KB, Tadros AS, Marashi KB, et al.** Bleeding after Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: Incidence, Causes and Treatments. *J Clin Med.* 2018;7(5):94. doi:10.3390/jcm7050094
2. **Pulappadi VP, Srivastava DN, Madhusudhan KS.** Diagnosis and management of hemorrhagic complications of percutaneous transhepatic biliary drainage: a primer for residents. *Br J Radiol.* 2021; 94(1120): 20200879. doi:10.1259/bjr. 20200879
3. **Saad WEA, Wallace MJ, Wojak JC, Kundu S, Cardella JF.** Quality Improvement Guidelines for

Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage, and Percutaneous Cholecystostomy. *Journal of Vascular and Interventional Radiology.* 2010;21(6):789-795. doi:10.1016/j.jvir.2010.01.012

4. **Molina H, Chan MM, Lewandowski RJ, Gabr A, Riaz A.** Complications of Percutaneous Biliary Procedures. *Semin Intervent Radiol.* 2021;38(3): 364-372. doi:10.1055/s-0041-1731375
5. **Saad WEA, Davies MG, Darcy MD.** Management of Bleeding after Percutaneous Transhepatic Cholangiography or Transhepatic Biliary Drain Placement. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology.* 2008;11(1):60-71. doi:10.1053/j.tvir.2008.05.007

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

Nguyễn Đình Hiến¹, Lê Văn Trường²,
Lương Tuấn Anh², Nguyễn Mạnh Chiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhân xét kết quả tái thông động mạch bằng phương pháp can thiệp nội mạch ở bệnh nhân tổn thương mạn tính động mạch đùi - khoeo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp tiền cứu, theo dõi dọc theo thời gian nghiên cứu, trên 75 người bệnh với cỡ mẫu chẩn đoán nghiên cứu là 80 chân, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2017 – 08/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 97,5%, thành công về huyết động là 76,25% và thành công lâm sàng là 92,5%. ABI trung bình ngay sau can thiệp là 0,64 ± 0,23 cao hơn so với trước can thiệp là 0,37 ± 0,32. Giai đoạn lâm sàng theo Rutherford được cải thiện rõ rệt sau thời gian can thiệp. Có hai ca bị tụ máu vùng đùi chiếm tỷ lệ 2,5%. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả cho tổn thương ĐM đùi khoeo, với tỷ lệ thành công cao. **Từ khóa:** thông động mạch, động mạch đùi-khoeo. can thiệp nội mạch

Objective: Evaluate the effectiveness of treatment of femoral-popliteal artery stenosis by endovascular intervention. **Subjects and Methods:** prospective method, follow-up over the research period, on 75 patients with a sample size of 80 legs, at 108 Central Military Hospital and Saint Paul's hospital from August 2017 to August 2022. **Results:** Technical success rate 97.5%; haemodynamic success rate was 76.25% The clinical success rate was 92.5%. The average ABI immediately after intervention was 0.64 ± 0.23 comparing 0.37 ± 0.32 before intervention. The Rutherford clinical stage according improved significantly after the intervention period. There were two cases of hematoma (2.5%) in the thigh area. **Conclusion:** Balloon dilation intervention is an effective treatment method for femoral popliteal artery injury, with a high success rate. **Keywords:** arterial anastomosis, femoral-popliteal artery. Endovascular intervention

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES FOLLOWING FEMORAL-POPLITEAL ARTERY RESTENOSIS REVASCLARIZATION VIA ENDOVASCULAR INTERVENTION

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiến

Email: cardiology.sp@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới chỉ tình trạng một phần hoặc toàn bộ chi dưới không được cung cấp đầy đủ máu đáp ứng các hoạt động sinh lý của chi dưới trong đó có tổn thương động mạch đùi-khoeo [1].

Hẹp, tắc động mạch đùi-khoeo dẫn tới giảm tưới máu cho cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu, thiếu máu cơ gây ra các biểu hiện lâm sàng khác nhau từ mức độ không có triệu chứng đến xuất hiện cơn đau cách hồi chi dưới và giai đoạn muộn của bệnh là hoại tử và mất tổ chức. Ở giai đoạn muộn, người bệnh phải chịu các cuộc phẫu thuật cắt cụt chi và trở thành tàn phế [2].