

4. **Aletaha D, Smolen JS.** Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. JAMA. 2018 Oct;320(13):1360-72.
5. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại - Tập 1. Nhà xuất bản Y học. 2020
6. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. Nhà xuất bản y học. 2014:124-12
7. **Nguyễn Xuân Nghiên và cộng sự.** Vật lý trị liệu phục hồi chức năng. Nhà xuất bản y học. 2018:230-233.
8. **Ackerman I.** Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). The Australian journal of physiotherapy. 2009;55(3): 213.
9. **Bùi Trí Thuật, Trần Thái Hà.** Đánh giá tác dụng của phương pháp kết hợp bài tập dương sinh điện châm và bài Động hoạt ký sinh thang trong điều trị thoái hóa khớp gối. Tạp chí y học Việt Nam. 2022;511(1):180-5.
10. **Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Điều trị thoái hóa khớp - Từ lý thuyết đến thực hành. Tạp chí y học Việt Nam. 2022:3-7.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH ĐÙI - KHOEO TASC B Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trần Minh Bảo Luân^{1,2}, Trần Hoàng Thịnh¹, Nguyễn Duy Tân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi - khoeo TASC B ở người cao tuổi. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong thời gian từ 10/2022 đến 10/2023, có 58 trường hợp tắc động mạch mạn tính chi dưới TASC B được điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch. Tuổi trung bình là 76 ± 10 (42-93); tỷ lệ nam/nữ: 40/18. Vị trí tổn thương: 36 trường hợp (62,1%) động mạch đùi nông, 16 trường hợp (27,6%) động mạch khoeo, 6 trường hợp (10,3%) 1/3 dưới động mạch đùi nông + khoeo. Phương pháp can thiệp: 51 trường hợp (87,8%) xuôi dòng, 7 trường hợp (12,1%) xuôi dòng phối hợp ngược dòng. Nong bóng + đặt stent: 17 trường hợp (29,3%); Nong bóng đơn thuần: 41 trường hợp (70,7%). Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật 93,1%. Tuổi cao là một trong những yếu tố liên quan thất bại điều trị. Các yếu tố khác như: hút thuốc lá và bệnh đồng mắc không cho thấy sự khác biệt. **Kết luận:** can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi – khoeo TASC B cho kết quả thành công cao về mặt kỹ thuật (93,1%). Tuổi cao là một trong những yếu tố liên quan thất bại điều trị. Các yếu tố khác như: hút thuốc lá và bệnh đồng mắc không cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm thành công và thất bại.

Từ khóa: can thiệp nội mạch, tắc động mạch đùi – khoeo mạn tính.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO THE OUTCOME OF ENDOVASCULAR INTERVENTIONAL

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

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

³Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tân

Email: tannd@bvtvn.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

TREATMENT OF CHRONIC POPLITEAL

ARTERY OCCLUSION TASC B IN THE ELDERLY

Objectives: Evaluating factors related to the results of endovascular intervention to treat TASC B femoral-popliteal artery stenosis in the elderly.

Methods: Retrospective- case series descriptive study conducted at Cardiovascular and Thoracic Surgery Department, Thong Nhat Hospital. Ho Chi Minh city.

Results: From Oct 2022 to Oct 2023, there were 58 cases of chronic arterial occlusion of lower extremities TASC B treated with revascularization by endovascular intervention, average age was 76 ± 10 (42-93); male /female: 40/18; Location of injuries: 36 cases (62.1%) superficial femoral artery, 16 cases (27.6%) popliteal artery, 6 cases (10.3%) 1/3 superior superficial femoral artery and below the knee. Intervention methods: 51 cases (87.8%) antegrade, 7 cases (12.1%) antegrade combined with retrograde. Balloon angioplasty + stenting: 17 cases (29.3%); balloon angioplasty only: 41 cases (70.7%). Technical success rate 93.1%. Advanced age is one of the factors related to treatment failure. Other factors such as smoking and comorbidities did not show any difference. **Conclusion:** Endovascular intervention to treat TASC B femoral-popliteal artery stenosis has highly successful technical results (93.1%). Advanced age is one of the factors related to treatment failure. Other factors such as smoking and comorbidities did not show any difference between the successful and unsuccessful groups.

Keywords: Endovascular intervention, chronic femoral – popliteal arterial occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch mạn tính chi dưới (TĐMMTCD) tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung trong những năm gần đây với xu hướng tăng dần về số lượng bệnh cũng như mức độ phức tạp của bệnh. Nguyên nhân là tuổi thọ trung bình tăng, số lượng bệnh nhân mắc các bệnh lý về chuyển hóa tăng, cũng như thay đổi chế độ dinh dưỡng dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân mắc

TĐMMTCD ngày càng nhiều¹. Theo thống kê trên thế giới có đến 200 triệu người mắc TĐMMTCD, trong đó trên 30% người trên 80 tuổi mắc bệnh. Các nghiên cứu dịch tễ học về thiếu máu đe dọa chi mạn tính (Chronic limb-threatening ischemia – CLTI), biểu hiện nghiêm trọng nhất ở bệnh, chủ yếu là người lớn tuổi, tỷ lệ tử vong là 25% và tỷ lệ cắt cụt chi lên đến 43% sau 1 năm làm ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng lao động, trở thành gánh nặng cho kinh tế gia đình và xã hội¹.

Điều trị TĐMMTCD thì tái thông ĐM bị tắc hẹp bằng can thiệp nội mạch vẫn là mục tiêu điều trị cơ bản. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như: ít xâm lấn, giảm các nguy cơ nhiễm trùng, tình trạng đau, chảy máu cơ, thời gian điều trị ngắn và hồi phục nhanh, hiệu quả lâu dài tương đương phẫu thuật bắc cầu. Đặc biệt, với các bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc nặng nề kèm theo như: tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận, bệnh mạch vành, mạch não... thì can thiệp nội mạch là giải pháp ưu việt được lựa chọn đầu tay. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của dụng cụ can thiệp đã làm tăng tỷ lệ thành công của thủ thuật, giảm tỷ lệ tái hẹp sau can thiệp. Bên cạnh đó, tổn thương động mạch đùi-khoeo TASC B có tổn thương ngắn phù hợp với điều trị bằng can thiệp nội mạch. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi - khoeo TASC B đặc biệt trên bệnh nhân cao tuổi.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp động mạch đùi - khoeo TASC B ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca được tiến hành tại Khoa Ngoại Tim mạch – Lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương động mạch tăng đùi-khoeo TASC B có hoặc không kèm tổn thương động mạch tăng dưới gối dựa trên triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CT scan mạch máu và DSA và điều trị bằng can thiệp nội mạch.

Chỉ định can thiệp: những bệnh nhân giai đoạn thiếu máu chi mạn tính trầm trọng hoặc giai đoạn đau cách hồi nhưng không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu được chỉ định tái thông bằng can thiệp nội mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tổn thương ĐM chủ chậu hoặc bệnh nhân đã được phẫu thuật tái thông mạch máu.

Kỹ thuật can thiệp

- Nong bóng: được thực hiện trước tiên trên tất cả các trường hợp can thiệp, nong với áp lực tương ứng trong bảng hướng dẫn. Thời gian từ 1 đến 3 phút. Sau khi nong, chụp kiểm tra, kết thúc can thiệp khi đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu <30% đường kính ban đầu, không có bóc tách.

- Đặt giá đỡ nội mạch: thực hiện sau khi nong bóng những trường hợp có đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu >30% đường kính ban đầu, có bóc tách.

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được khám và đánh giá các yếu tố như: thành công về mặt kỹ thuật (tái thông tổn thương mục tiêu, không bóc tách, không hẹp tồn lưu), đánh giá các biến chứng do thủ thuật, cải thiện về mặt huyết động tại các thời điểm: ngay sau can thiệp, 1 tháng và 6 tháng sau can thiệp.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược TP.HCM, quyết định số 518/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 23/05/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian từ 10/2022 đến 10/2023, có 58 trường hợp tắc động mạch mạn tính chi dưới TASC B được điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch.

Tuổi trung bình là 76 ± 10 (42-93); tỷ lệ nam/nữ: 40/18

Bảng 1: Các đặc điểm dân số nghiên cứu

Dân số nghiên cứu (n=58)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<60 tuổi	4	6,9
60–70 tuổi	12	20,7
70–80 tuổi	27	46,5
>80 tuổi	15	25,9
Giới tính		
Nam	40	68,9
Nữ	18	31,1
Hút thuốc lá		
Có	21	36,2
Không	37	63,8
Bệnh lý nền		
Tăng huyết áp	56	96,5
Bệnh mạch vành	53	91,1
Đái tháo đường	46	79,3
Bệnh mạch máu não	46	79,3
Rối loạn mỡ máu	40	68,9
Suy thận mạn	23	39,6

Vị trí tổn thương mạch máu

Bảng 2: Vị trí tổn thương mạch máu

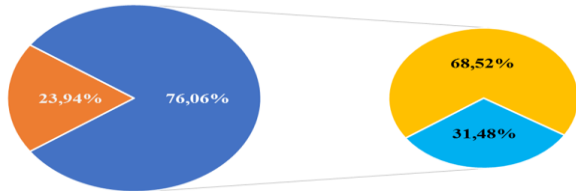
Vị trí tổn thương	n=58	Tỷ lệ (%)
Động mạch đùi nông	36	62,1
Động mạch khoeo	16	27,6
1/3 dưới động mạch đùi nông + khoeo	6	10,3
Tầng dưới gối kết hợp	16	27,6

Đặc điểm can thiệp nội mạch**Bảng 3: Đặc điểm can thiệp nội mạch**

Kỹ thuật can thiệp	n=58	Tỷ lệ (%)
Xuôi dòng	51	87,9
Xuôi dòng phối hợp ngược dòng	7	12,1
Kỹ thuật chọc kim	n=65	Tỷ lệ (%)
Dưới hướng dẫn siêu âm	60	92,3
Dưới hướng dẫn màn huỳnh quang	5	7,7

Thời gian can thiệp trung bình $132,7 \pm 28,4$

Biến chứng: 2 trường hợp tụ máu vị trí đâm kim 3,5%, đều tự giới hạn sau khi băng ép.

Phương pháp can thiệp**Biểu đồ 1: Phương pháp can thiệp nội mạch (N=58)****Kết quả về mặt kỹ thuật****Bảng 4: Kết quả về mặt kỹ thuật**

	Mẫu nghiên cứu		Tầng dưới gối	
	n (58)	Tỷ lệ (%)	n (16)	Tỷ lệ (%)
Thành công	58	100	12	75
Nong bóng + đặt stent	17	29,3	0	0
Nong bóng	41	70,7	12	100
Thất bại	0	0	4	25
Guidewire không vượt sang thương	0	0	3	75
Bóc tách làm chậm dòng chảy	0	0	1	25

Kết quả lưu thông mạch máu**Bảng 4: Kết quả lưu thông mạch máu**

Lưu thông mạch máu	n=58	Tỷ lệ (%)
Có lưu thông	54	93,1
Không lưu thông	4	6,9

Liên quan giữa kết quả điều trị với một số đặc điểm của bệnh nhân tắc hẹp động mạch đùi – khoeo TASC B

Bảng 5: Liên quan giữa kết quả điều trị và yếu tố nguy cơ

	Kết quả		p
	Thành công	Thất bại	OR (KTC 95%)
Giới tính			
Nam (n=40)	36 (90,0)	4 (10,0)	0,3**
Nữ (n=18)	18 (100)	0 (0)	0,9 (0,8 - 0,9)
Hút thuốc lá			
Có (n=21)	19 (90,5)	2 (9,5)	0,62**
Không (n=37)	35 (94,5)	2 (5,4)	0,54 (0,1 - 4,2)
Tăng huyết áp			
Có (n=56)	52 (92,9)	4 (7,2)	1**
Không (n=2)	2 (100)	0 (0)	1,1 (1 - 1,2)
Đái tháo đường			
Có (n=46)	42 (91,3)	4 (8,7)	0,57**
Không (n=12)	12 (100)	0 (0)	1,1 (1 - 1,2)
Rối loạn mỡ máu			
Có (n=40)	38 (95,0)	2 (5,0)	0,58**
Không (n=18)	16 (88,9)	2 (11,1)	2,4 (0,3 - 18,4)
Bệnh thận mạn			
Có (n=23)	22 (95,7)	1 (4,4)	1**
Không (n=35)	32 (91,4)	3 (8,6)	2,1 (0,2 - 21,1)
Đột quỵ não			
Có (n=4)	4 (100)	0 (0)	1**
Không (n=54)	50 (92,6)	4 (7,4)	0,9 (0,8 - 0,9)

** Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 6: Liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố cận lâm sàng

	Kết quả		p
	Thành công	Thất bại	
Tuổi (năm)	77 (66-81)	82 (80-85)	0,018*
Chỉ số ABI trước điều trị	0,5 $\pm$ 0,2	0,8 $\pm$ 0,2	0,07*
Độ hẹp mạch trên CT scan (%)	70 (60-80)	75 (65-85)	0,4*
Độ hẹp mạch trên siêu âm (%)	70 (60-80)	80 (70-85)	0,482*
Creatinin (mg/dl)	126,7 $\pm$ 28,3	120,2 $\pm$ 27,4	0,596**
Glucose (mg/dl)	129,5 $\pm$ 11,6	133,8 $\pm$ 20,2	0,612**
WBC	10,9 $\pm$ 2,5	10,2 $\pm$ 2,4	0,48**
RBC	4,1 $\pm$ 1,1	3,9 $\pm$ 0,6	0,763**
PLT	264 $\pm$ 71	304 $\pm$ 45	0,094**
LDL	4,34 $\pm$ 0,8	4,9 $\pm$ 0,8	0,099**

* Kiểm định Mann Whitney U;

** Kiểm định Student's t

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công của can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch khoeo TASC B khá cao 93,1% và tỷ lệ thành công ở nữ cao hơn nam (90% so với 100%) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trái lại, tác giả Kohi M. P. và cộng sự (2020) đã báo cáo tỷ lệ thành công của nam giới cao hơn nữ giới và sự khác biệt cũng không có ý

ngiã thõng kê ($p > 0,05$)². Mặc dù vậy, từ kinh nghiệm thực tế lâm sàng chúng tôi cho rằng tỷ lệ thành công nam giới cao hơn nữ giới dù không chứng minh được bằng các phép kiểm thống kê vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi số lượng nữ giới chiếm tỷ lệ thấp nên đưa đến kết quả thành công cao. Một số yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá và các bệnh nền cũng không cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm thành công và thất bại sau can thiệp nội mạch ($p > 0,05$). Chúng tôi cho rằng, cỡ mẫu nhỏ là một lý do khiến cho các yếu tố trên chưa được nổi bật. Nghiên cứu của Chen J. J. và cộng sự (2012) tiến hành khảo sát trên 12.206 bệnh nhân chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới lần đầu tiên và nhận thấy: tuổi cao, nam giới và một số bệnh nền tim mạch như tiền sử bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim hay rung nhĩ là các yếu tố nguy cơ dẫn đến cắt cụt chi sau can thiệp³. Bên cạnh đó, một nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm của Yu X. và cộng sự (2021) cho thấy suy thận và thiếu máu chi cấp tính là các yếu tố nguy cơ tiên đoán kết cục lâm sàng chính như lành bệnh và tử vong do mọi nguyên nhân⁴. Kết quả của chúng tôi chỉ thấy được tuổi cao là một trong những nguyên nhân đưa đến kết quả thất bại, điều này cũng tương đồng với các tác giả khác..

Nhằm đánh giá các yếu tố tiên lượng kết cục của bệnh động mạch chi dưới, Feringa H. H. H. và cộng sự (2007)⁵ đã tiến hành xây dựng thang điểm dự báo kết cục tử vong 1 năm, 5 năm và 10 năm; kết quả cho thấy các yếu tố nguy cơ của kết cục xấu là tuổi > 65 , chỉ số ABI $< 0,6$ và các yếu tố bệnh nền như suy thận, suy tim, nhồi máu cơ tim, đái tháo đường, bệnh mạch máu não và bệnh phổi. Kết quả của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt rõ ràng có ý nghĩa thống kê của các thông số cận lâm sàng giữa hai nhóm kết quả thành công và thất bại ($p > 0,05$). Tuy vậy, giá trị creatinin huyết thanh của nhóm điều trị thành công dường như thấp hơn so với nhóm thất bại, chỉ ra được một mối liên quan tiềm năng giữa chức năng thận và kết quả điều trị. Các nghiên cứu trên thế giới đã xác minh mối liên quan giữa suy giảm chức năng thận với kết quả điều trị: suy thận sẽ làm tăng nguy cơ kết cục xấu cho bệnh nhân^{2,5}. Trong khi đó, các yếu tố mang tính "nguy cơ" như đường huyết và LDL-c huyết thanh lại cao hơn trên nhóm thất bại điều trị. Voll F. và cộng sự (2022) đã báo cáo vai trò của bệnh đái tháo đường trong tiên lượng lành bệnh: đái tháo đường tuy không làm tăng nguy cơ tái hẹp, nhưng lại gia tăng nguy cơ tử vong 10 năm⁶. Đối với rối loạn lipid máu, kết quả

nghiên cứu của Feringa H. H. H. và cộng sự (2007) đã xác nhận vai trò bảo vệ của statin trong tiên lượng tử vong bệnh tắc động mạch chi dưới⁵. Trên các bệnh nhân đái tháo đường, Al-Zoubi N. A. và cộng sự (2021) nhận thấy tỷ lệ đoạn chi cao hơn đáng kể ở nhóm chỉ điều trị tắc hẹp đùi khoeo so với nhóm điều trị kết hợp tăng đùi khoeo và tăng dưới gối⁷. Các tác giả cho rằng việc điều trị phối hợp tăng dưới gối sẽ khiến lưu thông máu tới chi dưới dồi dào hơn, hạn chế việc tái hẹp⁹. Tuy vậy, một nghiên cứu phân tích gộp của Romiti M. và cộng sự (2008) đã đúc kết tỷ lệ thành công khi điều trị bằng can thiệp mạch máu tăng dưới gối còn thiếu khá nhiều bằng chứng khi so sánh các nghiên cứu⁹. Có lẽ cần có thêm nhiều nghiên cứu giúp làm sáng tỏ cơ chế liên quan đến vị trí tăng tổn thương.

Kết quả sau can thiệp 6 tháng, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị với một số yếu tố (bao gồm giới tính và bệnh nền của bệnh nhân). Về phương pháp điều trị, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ thành công khi áp dụng các phương pháp nong bóng hoặc đặt stent. Đây là hai kỹ thuật được áp dụng chủ yếu tại bệnh viện nghiên cứu. Theo Majmundar M. và cộng sự (2022)⁸, phương pháp can thiệp nội mạch làm giảm đến 18% nguy cơ đoạn chi và làm giảm 17% nguy cơ biến chứng nội viện sau điều trị; thêm vào đó, kết cục tử vong giữa hai nhóm bệnh nhân phẫu thuật và can thiệp nội mạch không có sự khác biệt ở tháng thứ 6. Theo kết quả của Bosiers M. và cộng sự (2009), tỷ lệ xuất hiện biến chứng khi sử dụng phương pháp đặt stent nội mạch khoảng 5%, đảm bảo tính an toàn của phương pháp; thế nhưng, khi so sánh về tỷ lệ lành bệnh, phương pháp đặt stent cao hơn đáng kể so với phương pháp nong động mạch⁹. Qua kết quả này, các tác giả khuyến cáo việc sử dụng phương pháp can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân có nhiều bệnh nền, nhằm đảm bảo tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa ghi nhận tỷ số tiểu cầu/lympho là yếu tố liên quan như nghiên cứu Zhen Y. và cộng sự (2020) và các tác giả cho rằng tỷ số tiểu cầu/lympho có giá trị tiên lượng kết cục lâm sàng 6 tháng của bệnh nhân với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,899: chỉ số này thể hiện tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân và ảnh hưởng rất nhiều đến lành vết loét chi trên lâm sàng¹⁰. Đây là một hướng mở cho những nghiên cứu tiếp theo nhằm xây dựng được mô hình tiên lượng kết cục cho bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy can thiệp nội mạch điều trị tắc động mạch khoeo TACS B với tỷ lệ thành công khá cao 93,1%. Tuổi cao là một trong những yếu tố liên quan thất bại điều trị. Các yếu tố khác như: hút thuốc lá và bệnh đồng mắc không cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm thành công và thất bại. Ngoài ra, các thông số cận lâm sàng giữa hai nhóm kết quả thành công và thất bại cũng không có sự khác biệt rõ ràng. Tuy vậy, giá trị creatinin huyết thanh của nhóm điều trị thành công dường như thấp hơn so với nhóm thất bại, chỉ ra được một mối liên quan tiềm năng giữa chức năng thận và kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takahara M, Soga Y, Fujihara M, Kawasaki D, Kozuki A, Iida O.** Association of Age with Mortality Rate after Femoropopliteal Endovascular Therapy for Intermittent Claudication. *J Atheroscler Thromb.* 2022/04/01/ 2022;29(4): 474-481. doi:10.5551/jat.62356 3
2. **Kohi MP, Brodmann M, Zeller T, et al.** Sex-Related Differences in the Long-Term Outcomes of Patients with Femoropopliteal Arterial Disease Treated with the IN.PACT Drug-Coated Balloon in the IN.PACT SFA Randomized Controlled Trial: A Post Hoc Analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2020/09// 2020;31(9):1410-1418.e10. doi:10.1016/j.jvir.2020.05.012
3. **Chen J-J, Lin L-Y, Lee C-H, Liao C-S.** Age, male gender, and atrial fibrillation predict lower extremity amputation or revascularization in patients with peripheral artery diseases: a population-based investigation. *Int J Angiol.* 2012/03// 2012;21(1):35-40. doi:10.1055/s-0032-1302437
4. **Yu X, Zhang X, Lai Z, et al.** One-year outcomes of drug-coated balloon treatment for long femoropopliteal lesions: a multicentre cohort and real-world study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021/07/03/ 2021;21(1): 326. doi:10.1186/s12872-021-02127-x
5. **Feringa HHH, Bax JJ, Hoeks S, et al.** A prognostic risk index for long-term mortality in patients with peripheral arterial disease. *Arch Intern Med.* 2007/12/10/ 2007;167(22):2482-2489. doi:10.1001/archinte.167.22.2482
6. **Voll F, Wolf F, Ingwersen M, et al.** Diabetes mellitus and femoropopliteal in-stent restenosis. *Vasa.* 2022/07// 2022;51(4):247-255. doi:10.1024/0301-1526/a001006
7. **Al-Zoubi NA, Shatnawi NJ, Bakkar L, Al-Sabah M.** Endovascular Treatment for Critical Limb Ischemia in Type II Diabetes Mellitus Involving Femoropopliteal and Infrapopliteal Segments: Revascularization Strategy. *Vasc Health Risk Manag.* 2021 2021;17:69-76. doi:10.2147/VHRM.S298435
8. **Majmundar M, Patel KN, Doshi R, et al.** Comparison of 6-Month Outcomes of Endovascular vs Surgical Revascularization for Patients With Critical Limb Ischemia. *JAMA Netw Open.* 2022/08/01/ 2022;5(8):e2227746. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.27746
9. **Bosiers M, Peeters P, D'Archambeau O, et al.** AMS INSIGHT--absorbable metal stent implantation for treatment of below-the-knee critical limb ischemia: 6-month analysis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2009/05// 2009; 32(3): 424-435. doi:10.1007/s00270-008-9472-8
10. **Zhen Y, Chang Z, Liu Z, Zheng J.** Platelet to lymphocyte ratio predicting 6-month primary patency of drug-coated balloon for femoropopliteal disease. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020/01/09/ 2020;20(1):9. doi:10.1186/s12872-019-01314-1

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Hạnh¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và các tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa xạ trị đồng thời ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có theo

dõi dọc trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, điều trị bằng phác đồ hóa xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Các biến số bao gồm tỷ lệ đáp ứng điều trị, phân loại đáp ứng theo mô bệnh học, tác dụng phụ về huyết học, gan, thận, và các tác dụng phụ khác. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung đạt 81,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 9,1% và đáp ứng một phần là 72,7%. Các tác dụng phụ phổ biến nhất thuộc về nhóm huyết học, với mức độ nhẹ đến trung bình (78,8%). Các tác dụng phụ trên gan và thận không nghiêm trọng, cho thấy khả năng dung nạp điều trị tốt của bệnh nhân. **Kết luận:** Phác đồ hóa xạ trị đồng thời cho thấy đáp ứng điều trị cao trong điều trị ung thư phổi không tế bào

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hạnh

Email: hanhbvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025