

- jgo.2018.29.e69
7. **Meng Qin, Ying Jin, Li Ma, Yan-Yan Zhang, L. Pan.** The role of neoadjuvant chemotherapy followed by interval debulking surgery in advanced ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *Oncotarget*. 2017;9:8614-8628. doi:10.18632/oncotarget.23808
 8. **Michaan N, Chong WY, Han NY, Lim MC, Park SY.** Prognostic Value of Pathologic Chemotherapy Response Score in Patients With Ovarian Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(9). doi:10.1097/IGC.0000000000001366
 9. **Nero C, Fagotti A, Zannoni GF, Palluzzi E, Scambia G, Petrillo M.** Pathologic response to neoadjuvant chemotherapy in advanced ovarian cancer: utility of a scoring system to predict outcomes. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(6). doi:10.1136/ijgc-2019-000232
 10. **Onda T, Satoh T, Ogawa G, et al.** Comparison of survival between primary debulking surgery and neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancers in phase III randomised trial. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2020; 130: 114-125. doi:10.1016/j.ejca.2020. 02.020

HIỆU QUẢ BẢO TỒN CHI TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP – TẮC ĐỘNG MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI MẠN TÍNH BẰNG NONG BÓNG: KẾT QUẢ TRUNG HẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Minh Tấn^{1,2}, Nguyễn Hoài Nam^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn bảo tồn chi ở bệnh nhân hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối được điều trị can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát, đoàn hệ tiến cứu trên 127 bệnh nhân hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối được can thiệp nong bóng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong giai đoạn 01/2022 – 07/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bảo tồn chi trung hạn duy trì ở mức tương đương với giai đoạn sớm sau can thiệp (85%). Tử vong trung hạn chiếm 4,7% bệnh nhân, trong đó 83,3% liên quan đến biến chứng hô hấp và 16,7% do sốc nhiễm trùng (không liên quan trực tiếp đến can thiệp). Tỷ lệ tái can thiệp là 37,8%. **Kết luận:** Can thiệp nong bóng điều trị hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối đạt hiệu quả bảo tồn chi cao, với tỷ lệ duy trì ổn định trong giai đoạn trung hạn. Tỷ lệ tử vong thấp và chủ yếu do biến chứng hô hấp, không liên quan trực tiếp đến thủ thuật. Tuy nhiên, tỷ lệ tái can thiệp còn đáng kể, nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi định kỳ và phát hiện sớm tái hẹp nhằm duy trì hiệu quả lâu dài. **Từ khóa:** hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối, bảo tồn chi, nong bóng.

SUMMARY

LIMB SALVAGE IN CHRONIC BELOW-THE-KNEE ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE TREATED WITH BALLOON ANGIOPLASTY: MID-TERM RESULTS FROM THE UNIVERSITY

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quốc tế Minh Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam

Email: dr.hoainamnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objective: To evaluate the mid-term limb salvage outcomes in patients with below-the-knee arterial stenosis and occlusion treated with endovascular balloon angioplasty at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Methods:** A prospective observational cohort study was conducted on 127 patients with below-the-knee arterial stenosis and occlusion who underwent balloon angioplasty at the University Medical Center Ho Chi Minh City between January 2022 and July 2024. **Results:** The mid-term limb salvage rate remained comparable to the early post-intervention period (85%). Mid-term mortality occurred in 4.7% of patients, of which 83.3% were related to respiratory complications and 16.7% to septic shock (secondary to an anorectal fistula infection, unrelated to the intervention). The reintervention rate was 37.8%. **Conclusion:** Mid-term outcomes demonstrated a high limb salvage rate, which remained stable compared to the early post-intervention period. The mortality rate was low and mainly associated with respiratory complications, without direct relation to the procedure. However, the considerable reintervention rate highlights the importance of regular follow-up and early detection of restenosis to ensure long-term treatment success.

Keywords: below-the-knee arterial stenosis and occlusion, limb salvage, balloon angioplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới đã nổi lên như một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trong những năm gần đây, ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên toàn thế giới.¹ Trong đó, bệnh động mạch chi dưới ảnh hưởng nặng nề đến dân số từ 40 tuổi trở lên, thường gặp ở nhóm bệnh nhân thiếu máu chi mạn tính nguy cơ cao, gây giảm tưới máu chi nghiêm trọng, dẫn đến đau khi nghỉ, loét chi kéo dài làm giảm chất lượng cuộc sống, nguy cơ phải đoạn chi và tử vong vì các biến cố

tim mạch nếu không được điều trị phù hợp.²

Trong bối cảnh đó, can thiệp nội mạch ngày càng được xem là phương pháp điều trị lựa chọn đầu tay cho bệnh động mạch chi dưới, đặc biệt ở bệnh nhân có thiếu máu chi trầm trọng. Kỹ thuật này mang ưu điểm ít xâm lấn, có thể áp dụng cho những người bệnh nguy cơ phẫu thuật cao, với tỉ lệ thành công kỹ thuật cao và hiệu quả cải thiện lâm sàng tương đương với phẫu thuật bắc cầu động mạch.³ Tuy nhiên, tại Việt Nam, các báo cáo về kết quả trung hạn của tái thông động mạch tăng dưới gối còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào kết quả ngắn hạn. Do đó, việc nghiên cứu kết quả trung hạn về bảo tồn chi ở nhóm bệnh nhân này là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ xây dựng chiến lược điều trị phù hợp và nâng cao hiệu quả lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu quan sát, đoàn hệ tiến cứu ở 127 bệnh nhân được chẩn đoán là tắc hẹp các động mạch tăng dưới gối và được can thiệp mạch máu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian 01/2022 - 07/2024. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với xác suất sai lầm loại 1 là 0,05 và $d = 0,05$, $p = 0,921$ là tỉ lệ bảo tồn chi tại thời điểm 12 tháng sau khi can thiệp nội mạch theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Hưng năm 2019 tại bệnh viện Chợ Rẫy.⁴ Bài báo là sản phẩm của đề tài nghiên cứu sinh "Đánh giá khả năng bảo tồn chi trong điều trị hẹp - tắc các động mạch tăng dưới gối mạn tính bằng can thiệp nong bóng" tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của thiếu máu nuôi chi dưới và có thời gian mắc bệnh trên 2 tuần. (2) Bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội mạch và được thực hiện can thiệp nội mạch tại địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Đã được phẫu thuật bắc cầu các động mạch tăng dưới gối trước đây. (2) Được can thiệp nội mạch động mạch tăng dưới gối kèm phẫu thuật bắc cầu sau đó.

2.2. Phương pháp và công cụ thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập từ hệ thống hồ sơ bệnh án của bệnh viện, dựa trên một biểu mẫu Phiếu thu thập số liệu thống nhất được xây dựng sẵn.

2.3. Các biến số chính. Biến số kết cục chính được theo dõi là tỷ lệ bảo tồn chi (không phải đoạn chi lớn), tử vong do mọi nguyên nhân, tỷ lệ tái can thiệp và tỷ lệ nhập viện lại trong thời gian theo dõi. Ngoài ra, các biến số kết cục phụ

được ghi nhận gồm biến cố tim mạch – thần kinh (nhồi máu cơ tim, đột quỵ não), biến chứng hô hấp (viêm phổi, suy hô hấp, hít sặc), cùng với thời gian theo dõi tính bằng tháng.

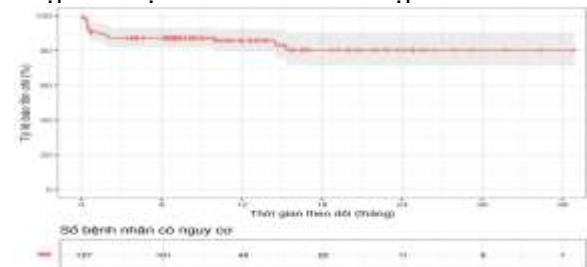
2.4. Phương pháp phân tích thống kê:

Nghiên cứu sử dụng phần mềm R phiên bản 4.03 (R Foundation for Statistical Computing). Phân tích Kaplan–Meier được áp dụng để ước lượng xác suất bảo tồn chi, sống còn và không cần tái can thiệp trong suốt thời gian theo dõi, kèm theo khoảng tin cậy 95%. So sánh giữa các đường cong Kaplan–Meier được thực hiện bằng kiểm định log-rank. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã phê duyệt bởi Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 2258 – ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

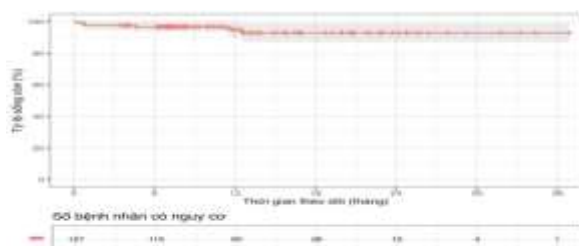
Tại Bệnh viện Đại học thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024, có 127 bệnh nhân chẩn đoán hẹp – tắc động mạch tăng dưới gối điều trị có chỉ định can thiệp ngoại khoa thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $71,7 \pm 9,8$ tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ 53,5%. Nghiên cứu sử dụng biểu đồ Kaplan - Meier để ước lượng theo thời gian các biến cố bảo tồn chi, tử vong và tỷ lệ không cần tái can thiệp của bệnh nhân sau can thiệp.



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ Kaplan-Meier của tỷ lệ bảo tồn chi ở bệnh nhân hẹp - tắc tắc động mạch tăng dưới gối (n=127)

Tỷ lệ bảo tồn chi sau điều trị có xu hướng giảm nhanh trong 3 tháng đầu, từ gần 100% xuống còn khoảng 87,2% (KTC 95%: 81,6% – 93,3%), và tiếp tục ổn định ở mức này cho đến khoảng tháng thứ 9. Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ bảo tồn chi vẫn còn duy trì ở mức 85,7% (KTC 95%: 79,5% – 92,4%), cho thấy hiệu quả khả quan trong việc hạn chế cắt cụt chi trong năm đầu sau điều trị.

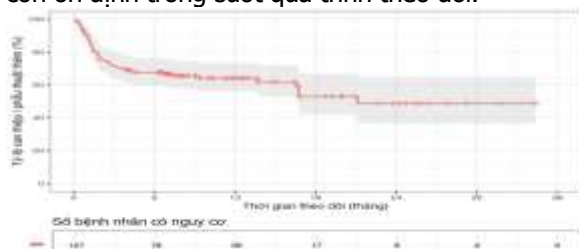
Sau mốc 18 tháng, tỷ lệ bảo tồn chi tiếp tục ổn định ở mức 80,4% (KTC 95%: 71,5% – 90,4%) và duy trì không thay đổi đến cuối thời gian theo dõi.



Biểu đồ 3.2. Biểu đồ Kaplan-Meier của tỷ lệ sống còn ở bệnh nhân hẹp - tắc tắc động mạch tăng dưới gối (n=127)

Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân giảm dần từ khoảng 97% trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật, và tiếp tục giảm nhẹ cho đến khoảng 12 tháng, đạt mức 95% (KTC 95%: 90,4% - 99,7%). Sau đó, tỷ lệ sống còn có xu hướng ổn định cho đến 36 tháng, với mức duy trì khoảng 93% (KTC 95%: 87,2% - 99,1%).

Nguy cơ tử vong chủ yếu xảy ra trong khoảng 12 tháng đầu sau phẫu thuật, sau đó tỷ lệ sống còn ổn định trong suốt quá trình theo dõi.



Biểu đồ 3.3. Biểu đồ Kaplan-Meier của tỷ lệ không cần tái can thiệp ở bệnh nhân hẹp - tắc tắc động mạch tăng dưới gối (n=127)

Tỷ lệ không cần can thiệp hoặc phẫu thuật thêm giảm nhanh trong 3 tháng đầu sau điều trị, từ mức gần 100% xuống còn khoảng 71,7% (KTC 95%: 64,2% - 80,1%). Từ thời điểm này, đường cong tiếp tục giảm nhẹ trong giai đoạn 6 đến 12 tháng, với tỷ lệ không can thiệp/phẫu thuật thêm tại thời điểm 12 tháng là 64,1% (KTC 95%: 56,0% - 73,5%).

Sau thời điểm 12 tháng, biểu đồ cho thấy một mức giảm rõ rệt hơn trong khoảng thời gian từ tháng 12 đến tháng 18, khi tỷ lệ không can thiệp/phẫu thuật thêm giảm còn 53,1% (KTC 95%: 42,1% - 66,9%). Đến tháng 24 và 30, tỷ lệ này duy trì ở mức 48,6% (KTC 95%: 36,5% - 64,9%) và không thay đổi đáng kể sau đó.

Bảng 3.1. Kết quả trung hạn ở bệnh nhân điều trị ngoại khoa tắc hẹp động mạch tăng dưới gối (n=127)

Kết quả trung hạn	Số BN/Tỷ lệ (%)
Thời gian theo dõi (tháng)*	9,8 [7,1; 15,9] (0,2; 36,9)
Biến chứng	

Nhồi máu cơ tim	1	0,8
Đột quy não	1	0,8
Nhập viện lại	60	47,2
Nhập viện vì bệnh ĐM ngoại biên	47	37
Cắt cụt chi	19	15
Can thiệp phẫu thuật lại	48	37,8
Tử vong	6	4,7
Nguyên nhân tử vong		
Ho ra máu/u phổi	1	16,7
Nghi do hít sặc	1	16,7
Sốc nhiễm trùng do viêm phổi	1	16,7
Sốc nhiễm trùng từ rò hậu môn	1	16,7
Suy hô hấp - Viêm phổi	1	16,7
Viêm phổi	1	16,7

*: Trung vị [Tứ vị thứ I; Tứ vị thứ III] (Giá trị nhỏ nhất; Giá trị lớn nhất)

Thời gian theo dõi trung vị là 9,8 tháng (khoảng tứ vị: 7,1 - 15,9), với khoảng dao động rộng từ 0,2 đến 36,9 tháng, cho thấy có sự khác biệt đáng kể trong thời gian theo dõi giữa các bệnh nhân.

Các biến cố tim mạch nặng như nhồi máu cơ tim và đột quy não có tỷ lệ thấp, tỷ lệ xảy ra hai biến cố này là như nhau với 0,8%.

Tỷ lệ nhập viện lại tương đối cao, lên tới 47,2%. Trong đó, có đến 37% bệnh nhân nhập viện lại vì bệnh động mạch ngoại biên.

Tỷ lệ cắt cụt chi trung hạn vẫn ở mức cao (15%), tương đương với tỷ lệ trong giai đoạn sớm (bảng 3.13).

Can thiệp phẫu thuật lại chiếm đến 37,8% bệnh nhân.

Tử vong trung hạn chiếm 4,7% (6 bệnh nhân), và các nguyên nhân tử vong đều liên quan đến hô hấp hoặc nhiễm trùng nặng. Cụ thể, có 2 trường hợp viêm phổi, 1 trường hợp suy hô hấp do viêm phổi, và 3 trường hợp tử vong do các nguyên nhân khác như sốc nhiễm trùng, ho ra máu/u phổi, và hít sặc. Không có tử vong nào do nguyên nhân tim mạch hoặc biến cố trực tiếp của can thiệp nội mạch.

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu cho thấy phần lớn các nghiên cứu đoàn hệ đều ghi nhận kết quả bảo tồn chi trung hạn khả quan sau can thiệp điều trị hẹp-tắc động mạch tăng dưới gối. Tỷ lệ này dao động từ khoảng 78% đến gần 98%, bất kể sự khác biệt về địa lý, quy mô mẫu, thời gian theo dõi và phương pháp can thiệp. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi và Kenny Oh (2023)⁵ đều phản ánh xu hướng chung này, cho thấy hiệu quả lâm sàng tương đối ổn định của các kỹ thuật

can thiệp nội mạch trong việc hạn chế đoạn chi ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới.

Tỷ lệ tử vong và đoạn chi cho thấy sự dao động đáng kể giữa các quốc gia. Tỷ lệ tử vong sau 12 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi (5,0%) thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu khác như của Ankur Patel (2021)⁶ và Katsanos (2020)⁷ đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân sử dụng bóng thuốc. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi sự khác nhau trong đặc điểm dân số nghiên cứu, mức độ tổn thương mạch máu, mức độ kiểm soát các bệnh đồng mắc cũng như chất lượng hệ thống chăm sóc hậu phẫu và theo dõi dài hạn giữa các quốc gia.

Ngoài ra, quy mô và thời gian theo dõi của từng nghiên cứu cũng ảnh hưởng đến độ tin cậy của kết quả. Các nghiên cứu quy mô lớn và thời gian theo dõi dài như của Kenny Oh (2023)⁵ hay Katsanos (2020)⁷ có ưu thế trong việc đánh giá kết quả lâu dài và xu hướng tử vong.

Tóm lại, mặc dù các kỹ thuật can thiệp nội mạch dưới gối cho thấy hiệu quả tốt trong việc cải thiện tỷ lệ bảo tồn chi trung hạn, nhưng nguy cơ tử vong và đoạn chi vẫn tồn tại và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đặc điểm nền của bệnh nhân, lựa chọn kỹ thuật và hệ thống chăm sóc.

Tỷ lệ không cần tái can thiệp. Nhìn chung, tỷ lệ tái can thiệp có xu hướng dao động khá rộng giữa các nghiên cứu, phản ánh sự khác biệt trong tiêu chí chọn mẫu, thời gian theo dõi, cũng như chiến lược can thiệp.

Một số nghiên cứu như của Kenny Oh (2023)⁵ và Katsanos (2020)⁷ với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi kéo dài đã cho thấy rõ lợi thế của các kỹ thuật can thiệp mới (như stent hoặc bóng phủ thuốc) trong việc kéo dài thời gian cần tái can thiệp. Trong khi đó, nghiên cứu quy mô nhỏ hơn như của Jawahar Rathod (2022)⁸ lại ghi nhận tỷ lệ tái can thiệp đáng kể chỉ sau 6 đến 18 tháng, dù nhóm can thiệp bằng bóng phủ thuốc có xu hướng cho kết quả khả quan hơn.

Mức độ chênh lệch khá rõ giữa kết quả tái can thiệp khi so sánh giữa các loại dụng cụ can thiệp (DCB, POBA, stent, atherectomy). Các nhóm sử dụng bóng phủ thuốc (DCB) thường đạt kết quả ưu thế hơn so với bóng thường (POBA), cả về tỷ lệ tái can thiệp và thời gian trì hoãn tái hẹp. Điều này được chứng minh đồng nhất trong các nghiên cứu của Francesco Liistro⁹ và Katsanos⁷, củng cố tính hiệu quả lâm sàng của bóng thuốc trong ngăn ngừa tái hẹp.

So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ tái can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi nằm ở mức trung bình và phản ánh thực trạng tại một bệnh viện tuyến cuối, nơi tiếp nhận bệnh nhân nặng,

có nhiều bệnh lý phối hợp. Tuy chưa chia nhóm so sánh can thiệp cụ thể như các nghiên cứu khác, song kết quả trung hạn vẫn cho thấy hiệu quả ban đầu của điều trị. Đồng thời, kết quả này cũng nhấn mạnh sự cần thiết của theo dõi lâu dài và đánh giá các yếu tố nguy cơ tái hẹp nhằm lựa chọn phương pháp can thiệp tối ưu.

Biến chứng trung hạn. Các biến cố mạch máu lớn sau can thiệp nội mạch xảy ra với tỷ lệ rất thấp trong nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể, cả hai biến cố nghiêm trọng là nhồi máu cơ tim và đột quỵ đều có cùng tỷ lệ là 0,8%. Cho thấy mức độ an toàn tương đối cao về mặt tim mạch – mạch máu trong nhóm bệnh nhân được điều trị tái thông ĐMTDG trong nghiên cứu. Ngược lại, nghiên cứu của Jihun Ahn và cộng sự (2021)¹⁰ tại Hàn Quốc lại ghi nhận tỷ lệ biến cố mạch máu sau can thiệp cao hơn rõ rệt. Cụ thể, tỷ lệ đột quỵ ở nhóm bệnh nhân được đặt stent là 2,0% và ở nhóm nong bóng thông thường là 3,1%. Ngoài ra, tỷ lệ biến cố tim mạch và mạch máu não nghiêm trọng cũng được ghi nhận ở mức 11,8% ở nhóm đặt stent và 11,0% ở nhóm nong bóng thông thường.

Khác biệt này có thể phản ánh sự không đồng nhất về mức độ bệnh, chiến lược can thiệp, hoặc các yếu tố hệ thống như điều kiện chăm sóc nội viện, kiểm soát bệnh đồng mắc sau thủ thuật và tiêu chí xác định biến cố giữa hai nghiên cứu. Chúng tôi theo dõi biến chứng sau can thiệp trong thời gian dài hơn, trong khi nghiên cứu của Ahn tập trung đánh giá trong 12 tháng sau can thiệp, điều này cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả so sánh. Khác biệt trên tiếp tục đặt ra nhu cầu tiếp tục đánh giá sâu hơn về yếu tố nguy cơ và đặc điểm bệnh nhân có nguy cơ biến chứng mạch máu sau can thiệp để có chiến lược điều trị phù hợp và dự phòng hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nong bóng điều trị hẹp – tắc động mạch tăng dưới gối mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho thấy hiệu quả bảo tồn chi trung hạn khả quan. Tỷ lệ bảo tồn chi duy trì ổn định ở mức khoảng 85% sau 12 tháng và trên 80% đến cuối thời gian theo dõi. Tỷ lệ tử vong trung hạn thấp (4,7%) và chủ yếu liên quan đến biến chứng hô hấp hoặc nhiễm trùng nặng, không ghi nhận tử vong trực tiếp do thủ thuật hay biến cố tim mạch. Tuy nhiên, tỷ lệ tái can thiệp tương đối cao (37,8%) cho thấy cần theo dõi sát và phát hiện sớm tái hẹp sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fowkes FGR, Rudan D, Rudan I, et al. Comparison of global estimates of prevalence and

- risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet* (London, England). 2013-10-19 2013; 382(9901): 1329-1340. doi:10.1016/S0140-6736(13)61249-0
2. **Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzler NR, et al.** ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation*. 2006-03-21 2006;113(11):e463-654. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526
 3. **Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al.** 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017-03-21 2017;135(12):e686-e725. doi:10.1161/CIR.0000000000000470
 4. **Nguyễn Thành Hưng.** Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch dưới gối mạn tính. Luận văn Bác sĩ nội trú. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019. Accessed 01/01/2022.
 5. **Oh K, O'Brien-Irr MS, Montross BC, et al.** Comparison of outcomes for balloon angioplasty, atherectomy, and stenting in the treatment of infrapopliteal disease for chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg*. Jan 2023;77(1):241-247. doi:10.1016/j.jvs.2022.08.020
 6. **Patel A, Irani FG, Pua U, et al.** Randomized Controlled Trial Comparing Drug-coated Balloon Angioplasty versus Conventional Balloon Angioplasty for Treating Below-the-Knee Arteries in Critical Limb Ischemia: The SINGA-PACLI Trial. *Radiology*. Sep 2021;300(3):715-724. doi:10.1148/radiol.2021204294
 7. **Katsanos K, Spiliopoulos S, Kitrou P, Krokidis M, Paraskevopoulos I, Karnabatidis D.** Risk of Death and Amputation with Use of Paclitaxel-Coated Balloons in the Infrapopliteal Arteries for Treatment of Critical Limb Ischemia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of vascular and interventional radiology: JVIR*. Feb 2020; 31(2): 202-212. doi:10.1016/j.jvir.2019. 11.015
 8. **Rathod J, Sheorain V, Jaybhay S, Shaikh R, Bangde P.** Below Knee Angioplasty Using Drug-Eluting Balloons in Patients with Critical Limb Ischemia with Six Months Follow-Up: Single-Center Experience at Tertiary Care Hospital. *Journal of Clinical Interventional Radiology ISVIR*. 2022/12// 2022;06(03):177-183. doi:10.1055/s-0042-1757580
 9. **Liistro F, Angioli P, Ventoruzzo G, et al.** Randomized Controlled Trial of Acotec Drug-Eluting Balloon Versus Plain Balloon for Below-the-Knee Angioplasty. *JACC Cardiovasc Interv*. Oct 12 2020;13(19): 2277-2286. doi:10.1016/j.jcin.2020.06.045
 10. **Ahn J, Byeon J, Choi BG, et al.** Stenting versus balloon angioplasty alone in patients with below-the-knee disease: A propensity score-matched analysis. *PLoS One*. 2021 2021;16(6):e0251755. doi:10.1371/journal.pone.0251755

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC TRÊN 10MM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT POLYP DƯỚI NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long^{2,3}, Phan Bá Danh^{1,4},
Vũ Hải Hậu¹, Lê Hữu Nhượng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm bằng phương pháp cắt polyp dưới nước tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Quân y 354

Chịu trách nhiệm chính: Phan Bá Danh

Email: danhpb273@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân với 72 tổn thương polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm từ tháng 11/2024 đến tháng 07/2025 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Kết quả cắt polyp: tỷ lệ cắt trọn nguyên khối là 91,7%, kết quả tốt: 90,28%, kết quả đạt: 9,72%. Kết quả đạt tốt nhất với nhóm polyp kích thước từ 11-19mm (72,7%, p<0,05). Các yếu tố ảnh hưởng bất lợi đến kết quả cắt polyp dưới nước là tiếp cận khó và SMSA cấp 4 (p<0,05). **Kết luận:** Kỹ thuật cắt polyp dưới nước hiệu quả với polyp đại trực tràng kích thước trên 10mm. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cắt polyp là kích thước, độ khó tiếp cận polyp và phân độ nguy cơ theo thang điểm SMSA. **Từ khóa:** cắt polyp dưới nước, cắt polyp, polyp đại trực tràng.