

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CHI DƯỚI CẤP TÍNH ĐỘ II THEO RUTHERFORD

Vũ Đức Thắng¹, Nguyễn Thế Kiên¹, Hoàng Thế Anh¹,
Lê Bá Hạnh¹, Nguyễn Phi Đăng², Bùi Hà Anh²,
Phạm Ngọc Mai², Trần Thanh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính độ II theo Rutherford. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh, không đối chứng. Các bệnh nhân thiếu máu chi dưới cấp tính độ II theo Rutherford được phẫu thuật từ tháng 01/2020 tới tháng 08/2025. **Kết quả:** Với 45 bệnh nhân, tuổi trung bình $69,2 \pm 13,9$ tuổi; nam/nữ = 3,1/1. Có 44,4% độ IIa và 55,6% độ IIb theo Rutherford. Không có sự khác biệt về tuổi, giới, bệnh lý nền và thời gian biểu hiện triệu chứng giữa hai nhóm bệnh nhân độ IIa và IIb, tuy vậy, nhóm IIb biểu hiện sưng nề cẳng chân (64% so với 5%, $p < 0,001$) và tím chi (64% so với 30%, $p = 0,033$) so với nhóm IIa. Động mạch khoeo là vị trí tắc mạch thường gặp nhất. Phần lớn bệnh nhân nhóm IIa chỉ cần thực hiện lấy huyết khối đơn thuần, 64% ở nhóm IIb được mở cẳng chân chủ động. Nhóm IIb có xu hướng thường gặp các biến chứng sau mổ hơn, với 12% có tắc mạch tái diễn và một trường hợp tử vong. **Kết luận:** Thiếu máu chi dưới cấp tính độ II theo Rutherford vẫn là một thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Phẫu thuật lấy huyết khối là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** thiếu máu chi dưới cấp tính, lấy huyết khối, cắt cụt chi

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL REVASCLARIZATION OF PATIENTS WITH ACUTE LOWER EXTREMITY ISCHEMIA RUTHERFORD CLASS II

Objective: To evaluate the early outcomes of surgical intervention to treat acute lower limb ischemia Rutherford class II. **Subjects and Methods:** This was a non-controlled, retrospective descriptive study of acute lower limb ischemia patients with Rutherford class II who underwent surgical revascularization from January 2020 to August 2025. **Results:** Of the 45 patients, the mean age was 69.2 ± 13.9 years; male/female = 3.1/1. The rates of grade IIa and IIb according to Rutherford were 44.4% and 55.6%, respectively. There was no difference in age, gender, comorbidities, and the time from onset to revascularization between the two patient groups. However, group IIb had significantly more calf

swelling (64% vs. 5%, $p < 0.001$) and cyanosis (64% vs. 30%, $p = 0.033$) than group IIa. The popliteal artery was the most common site of occlusion. Most patients in group IIa required simple thrombectomy, while 64% in group IIb underwent combined elective fasciotomy. Group IIb was more likely to have postoperative complications, with 12% having recurrent embolization and one case of death. **Conclusion:** Acute lower limb ischemia with Rutherford class II remained a challenge in diagnosis and treatment. Surgical revascularization under local anesthesia was effective and safe. **Keywords:** acute lower limb ischemia, thrombectomy, amputation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thiếu máu chi dưới cấp tính (TMCDCT) là tình trạng giảm hoặc ngưng đột ngột tưới máu chi dưới trong vòng 14 ngày từ khi khởi phát, ảnh hưởng nghiêm trọng tới sự sống của chi dưới và thậm chí đe dọa tính mạng bệnh nhân [1]. TMCDCT là một cấp cứu mạch máu, yêu cầu tái thông mạch máu kịp thời bằng can thiệp hoặc phẫu thuật và các biện pháp điều trị hỗ trợ như liệu pháp tiêu sợi huyết, chống đông để tránh cắt cụt chi. Bệnh có thể biểu hiện dưới những hình thái tổn thương khác nhau, dựa trên đặc điểm hình thái tổn thương có thể chia TMCDCT thành các mức độ khác nhau. Phân độ TMCDCT theo Rutherford rất có ý nghĩa trong điều trị và tiên lượng, trong đó bảo tồn chi chỉ được đặt ra khi bệnh ở phân độ Rutherford I và II. Đặc biệt với trường hợp Rutherford II (đe dọa mất chi), việc chẩn đoán chính xác, xử trí tái thông mạch kịp thời và theo dõi sát để bảo tồn được chi thể và tránh các biến chứng gây nguy hiểm tính mạng người bệnh. Ngày nay, cùng với sự gia tăng tỷ lệ bệnh lý tim mạch nói chung, tỉ lệ mắc TMCDCT cũng ngày càng tăng. Mặc dù, chẩn đoán và điều trị bệnh lý này có nhiều tiến bộ, tỉ lệ cắt cụt chi và tử vong còn tương đối cao (10 - 25%) do bệnh lý tim mạch khác kết hợp, bệnh nhân tuổi cao và đến viện muộn [2]. Tại Bệnh viện Quân y 103, phẫu thuật lấy huyết khối điều trị bệnh TMCDCT đã được thực hiện trong nhiều năm nay, tuy nhiên đối với nhóm Rutherford độ II vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá, tổng kết nào. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm sau phẫu thuật tái thông mạch trên bệnh nhân TMCDCT Rutherford

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Kiên

Email: thekien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

độ II tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh, không đối chứng các bệnh nhân TMCDCT độ II

theo Rutherford được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2020 tới tháng 08/2025. Đặc điểm để phân độ TMCDCT theo Rutherford [1] được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 1. Phân độ TMCDCT theo Rutherford

Độ	Phân loại	Thiếu hụt cảm giác	Thiếu hụt vận động	Tiền lượng
I	Khả năng bảo tồn chi cao	Không	Không	Không đe dọa tức thì
IIa	Gần đe dọa	Không hoặc tối thiểu (ngón)	Không	Bảo tồn được nếu xử lý kịp thời
IIb	Đe dọa tức thì	Nhiều hơn ngón	Nhẹ/trung bình	Bảo tồn được nếu xử lý kịp thời
III	Không thể bảo tồn	Mất cảm giác	Liệt hoàn toàn	Tổn thương không hồi phục

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gồm các BN được chẩn đoán TMCDCT độ II theo Rutherford, được phẫu thuật lấy huyết khối.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN TMCDCT do chấn thương. BN được phẫu thuật ở viện khác chuyển đến. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quy trình phẫu thuật: BN được đặt ở tư thế ngửa, vô cảm có thể bằng tê tại chỗ, mê tĩnh mạch hoặc mê nội khí quản. Đường tiếp cận mạch tùy theo vị trí tắc mạch cao nhất, có thể tiếp cận động mạch đùi hoặc động mạch khoeo. Sau khi không chế đầu trung tâm và ngoại vi của động mạch, bệnh nhân được dùng heparin đường toàn thân liều 50 - 100UI/kg cân nặng, mở ngang động mạch, Fogarty các kích thước khác nhau được luồn vào lòng động mạch theo hướng trung tâm và ngoại vi, bơm căng bóng để lấy bỏ cục tắc mạch. Sau khi đánh giá dòng trung tâm và hồi lưu ngoại vi, thành mạch được khâu phục hồi bằng chỉ mạch máu. Sau đó, thả cặp động mạch, tình trạng chi thể và mạch mu chân, ống gót được đánh giá kỹ. Nếu tình trạng chi thể phù nề nhiều, cơ vùng cẳng chân căng cứng, tưới máu đoạn xa chi thể kém, sẽ tiến hành mở cân cẳng chân để đánh giá tình trạng

cơ và tránh chèn ép khoang. Với các trường hợp thiếu máu chi tiến triển, gây hoại tử chi hoặc người bệnh có suy đa tạng do hội chứng tái tưới máu, chi thể được chỉ định cắt cụt thì hai.

Xử lý số liệu: Tất cả BN được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, số liệu nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2019 và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình (X), tỷ lệ phần trăm (%), test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ. Xác định mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo quy định trong nghiên cứu của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố.

Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 45 BN TMCDCT độ II theo Rutherford (44,4% độ IIa, 55,6% IIb) được phẫu thuật lấy huyết khối, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

Bảng 2. Đặc điểm chung

Chỉ tiêu	Nhóm độ Iia (n=20)	Nhóm độ Iib (n=25)	Tổng (n=45)
Tuổi (năm)	66,5 ± 13,8	71,3 ± 13,9	69,2 ± 13,9
Giới (n%)	Nam	17 (85,0%)	34 (75,6%)
	Nữ	3 (15,0%)	11 (24,4%)
Hoàn cảnh nhập viện (n%)	Tự đến	4 (20,0%)	8 (17,8%)
	Chuyển khoa nội viện	15 (75,0%)	36 (80,0%)
	Chuyển viện	1 (5,0%)	1 (2,2%)

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 69,2 ± 13,9; tỷ lệ nam/nữ = 3,1/1. Đa số là bệnh nhân nội viện được chuyển từ các khoa khác tới khoa Ngoại tim mạch.

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng trước mổ

Chỉ tiêu	Nhóm độ Iia (n=20)	Nhóm độ Iib (n=25)	p
Thời gian bị bệnh (giờ)	103,6 ± 104,8	115,8 ± 115,1	0,715
Bệnh lý nền kết hợp (n%)			
Van 2 lá	3 (15,0%)	10 (40,0%)	0,100
Tăng huyết áp	14 (70,0%)	18 (72,0%)	0,746

Rung nhĩ	9 (45,0%)	11 (44,0%)	1,000
Bệnh động mạch ngoại vi chi dưới	11 (55,0%)	8 (32,0%)	0,142
Đột quỵ não cũ	3 (15,0%)	11 (44,0%)	0,054
Đái tháo đường	4 (20,0%)	6 (24,0%)	1,000
Triệu chứng (n%)			
Đau	19 (95,0%)	22 (88,0%)	1,000
Nhọt	10 (50,0%)	12 (48,0%)	0,576
Tím	6 (30,0%)	16 (64,0%)	0,033
Lạnh	17 (85,0%)	21 (84,0%)	1,000
Sưng nề bắp chân	1 (5,0%)	16 (64,0%)	<0,001

Bệnh nhân ở hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm thời gian biểu hiện triệu chứng và bệnh lý nền. Tất cả bệnh nhân ở cả hai nhóm đều không bắt được mạch ngoại vi. Tỷ lệ biểu hiện tím chi và sưng nề bắp chân ở nhóm IIb cao hơn có ý nghĩa so với nhóm IIa.

Tất cả người bệnh được thực hiện các xét nghiệm máu và khảo sát hệ mạch máu chi dưới

bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước mổ (100% được siêu âm mạch; 93,1% được chụp cắt lớp vi tính mạch máu và 6,9% được chụp mạch số hóa xóa nền - bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính thì không thực hiện chụp mạch số hóa và ngược lại). Một số đặc điểm về xét nghiệm trước mổ của bệnh nhân được thể hiện ở bảng dưới.

Bảng 4. Một số đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Chỉ tiêu	Nhóm độ Iia (n=20)	Nhóm độ Iib (n=25)	p
Bạch cầu (G/l)	11,7 ± 4,3	12,5 ± 4,0	0,883
Creatinin (μmol/l)	94,3 ± 28,7	94,7 ± 19,7	0,873
GOT (U/l)	70,9 ± 60,9	77,9 ± 82,3	0,906
CK-TP (U/l)	1370,5 ± 2785,9	1407,4 ± 2794,4	0,532
CRP (mg/l)	66,9 ± 68,0	75,9 ± 91,3	0,889
Vị trí tắc mạch (n%)			
Chủ - chậu	6 (30,0%)	8 (32,0%)	1,000
Đùi	15 (75,0%)	17 (68,0%)	0,745
Khoeo	16 (80,0%)	19 (76,0%)	1,000

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân về đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật. Tắc mạch tại tầng khoeo là phổ biến nhất.

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Nhóm độ Iia (n=20)	Nhóm độ Iib (n=25)	p
Vô cảm (n%)			
Tê tại chỗ	19 (95,0%)	23 (92,0%)	
Mê tỉnh mạch	1 (5,0%)	1 (4,0%)	
Nội khí quản	0 (0,0%)	1 (4,0%)	
Phương pháp mổ (n%)			
Lấy huyết khối đơn thuần	19 (95,0%)	9 (36,0%)	<0,001
Mở cần kết hợp	1 (5,0%)	16 (64,0%)	<0,001
Cắt cụt thì hai	0 (0,0%)	1 (4,0%)	1,000
Tính chất huyết khối (n%)			
Mới	9 (45,0%)	12 (48,0%)	
Hỗn hợp	10 (50,0%)	12 (48,0%)	
Cũ	1 (5,0%)	1 (4,0%)	
Kết quả sau mổ			
Có hồi lưu ngoại vi (n%)	20 (100,0%)	22 (88,0%)	0,242
Bắt được mạch ngoại vi (n%)	17 (85,0%)	24 (96,0%)	0,309
Kẹp SpO2 có sóng mạch (n%)	15 (75,0%)	21 (84,0%)	0,482
Thời gian nằm viện (ngày)	15,8 ± 6,9	19,8 ± 10,4	0,149
Biến chứng sau mổ (n%)			
Tắc mạch tái diễn	0 (0,0%)	3 (12,0%)	-
Chèn ép khoang	1 (5,0%)	0 (0,0%)	-
Suy đa tạng phải lọc máu	0 (0,0%)	1 (4,0%)	-

Tử vong	0 (7,1%)	1 (0,0%)	-
Rò bạch mạch	3 (15,0%)	0 (0,0%)	-
Nhiễm khuẩn vết mổ	0 (0,0%)	1 (4,0%)	-

Đa số trường hợp được phẫu thuật dưới tê tại chỗ, với 95% bệnh nhân nhóm độ IIa được tiến hành lấy huyết khối đơn thuần, trong khi đa số ở nhóm IIb cần mở cân căng chân kết hợp. Một bệnh nhân của nhóm IIa sau tái thông mạch có chèn ép khoang được tiến hành mở cân kỳ hai. Không có sự khác biệt đáng kể về kết quả sớm sau phẫu thuật giữa hai nhóm bệnh nhân, tuy vậy, các biến chứng nặng sau mổ như tắc mạch tái diễn và cắt cụt thì hai, suy đa tạng, tử vong chỉ gặp ở nhóm IIb.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh TMCDCT là một trong những cấp cứu rất thường gặp trong phẫu thuật mạch máu. Bệnh diễn tiến theo thời gian, thời gian bệnh càng kéo dài nguy cơ cắt cụt chi thể càng cao. Chiến thuật điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, trong đó phân độ bệnh theo Rutherford được áp dụng phổ biến trong lâm sàng, tuy vậy, chẩn đoán phân biệt giữa độ IIa và IIb theo Rutherford vẫn là một thách thức lớn. Việc quyết định có tái thông mạch, bảo tồn chi thể với các bệnh nhân TMCDCT độ II theo Rutherford cũng cần phải được xem xét kỹ lưỡng.

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,2 \pm 13,9$; cho thấy xu hướng thường gặp của bệnh ở người cao tuổi, kết quả này cao hơn so với các báo cáo trước đây [3], [4]. Nam giới chiếm đa số, tương đồng với nghiên cứu của Ilıc (2000), Phan Văn Thành (2016) [3], [4]. Rung nhĩ, bệnh van hai lá, tăng huyết áp và xơ vữa động mạch là những bệnh lý nền phổ biến nhất trên bệnh nhân nghiên cứu. Đây là những đặc điểm chung của người bệnh TMCDCT, trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm tuổi, giới, bệnh lý kết hợp giữa bệnh nhân nhóm độ IIa và IIb theo Rutherford. Nhìn chung, bệnh nhân TMCDCT độ II theo Rutherford có thời gian biểu hiện triệu chứng kéo dài với trung bình $103,6 \pm 104,8$ giờ ở nhóm IIa và $115,8 \pm 115,1$ giờ ở nhóm IIb. Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của thiếu máu và thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng tới khi tái thông mạch. Nghiên cứu cho thấy thời gian thích hợp nhất để phục hồi lưu thông là 6 - 8 giờ đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng, người bệnh càng tới muộn nguy cơ cắt cụt chi càng cao [2].

Các triệu chứng lâm sàng của thiếu máu chi cấp tính bao gồm: đau, nhợt hoặc tím, lạnh chi, mất mạch, rối loạn cảm giác, giảm hoặc mất vận

động, trong đó rối loạn cảm giác và vận động là một trong các cơ sở quan trọng để phân biệt nhóm độ IIa và IIb. Tiên lượng ở nhóm độ IIb kém hơn với khả năng bảo tồn chi thể thấp hơn so với nhóm IIa, bởi tái thông mạch trên nhóm bệnh nhân này có nguy cơ cao dẫn tới hội chứng tái tưới máu do các sản phẩm của quá trình chuyển hóa yếm khí trở lại hệ thống tuần hoàn chung [5]. Trong nghiên cứu, nhóm độ IIb biểu hiện triệu chứng sưng nề bắp chân và tím chi cao hơn đáng kể so với nhóm độ IIa. Do vậy, triệu chứng tím chi và sưng nề bắp chân có thể là dấu hiệu chỉ điểm tiên lượng kém về khả năng bảo tồn chi thể ở bệnh nhân TMCDCT.

Việc khảo sát kỹ hệ thống mạch máu chi dưới trước phẫu thuật bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng không chỉ trong lập kế hoạch phẫu thuật mà còn trong tiên lượng bệnh. Chẩn đoán hình ảnh bao gồm cả kỹ thuật xâm lấn và không xâm lấn, trong đó siêu âm Doppler mạch là phương pháp được áp dụng phổ biến nhất bởi đây là kỹ thuật không xâm lấn, nhanh chóng, đơn giản, chi phí thấp với độ nhạy và giá trị chẩn đoán cao [6]. Tuy vậy, siêu âm ít có giá trị khi khảo sát động mạch chủ và động mạch chậu, bên cạnh đó, trường quan sát của siêu âm có hạn chế không thể đưa ra hình ảnh liên tục toàn bộ cây mạch máu, tình trạng tuần hoàn bàng hệ và tính chất cục gây tắc mạch. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc cản quang cho phép khắc phục những hạn chế đó của siêu âm, giúp khảo sát toàn bộ hệ động mạch chi dưới, xác định vị trí tắc mạch, giới hạn và liên quan của đoạn tắc mạch, ngày nay đã dần thay thế siêu âm Doppler trong chẩn đoán TMCDCT. Trước đây, chụp động mạch qua da được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán, nhưng đây là thủ thuật xâm lấn, mất nhiều thời gian để triển khai và yêu cầu kỹ thuật cao không phải cơ sở nào cũng có thể thực hiện, ngày nay chỉ được tiến hành nhằm mục đích điều trị đồng thời. Vị trí tắc mạch là cơ sở để xác định đường tiếp cận mạch máu trong phẫu thuật, đồng thời là một yếu tố có giá trị tiên lượng. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tại Bệnh viện Quân y 103, đa số bệnh nhân (93,1%) được chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới kết hợp siêu âm mạch trước mổ, còn lại 6,9% được chụp mạch số hóa xóa nền kết hợp với siêu âm mạch để đánh giá vị trí tắc mạch - đây là những bệnh nhân được thực hiện can thiệp mạch hút huyết khối hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết tại chỗ nhưng không thành

công, phải chuyển phẫu thuật. Theo Ilic và cộng sự, tỷ lệ bảo tồn được chi thể, hồi phục hoàn toàn thấp hơn và nguy cơ tắc mạch tái diễn, cắt cụt, tử vong cao hơn ở những trường hợp tắc mạch tại tầng chủ - chậu hoặc tầng khoeo [3]. Trong nghiên cứu, phân bố vị trí tắc mạch giữa hai nhóm khá tương đồng, trong đó động mạch khoeo là vị trí tắc mạch phổ biến nhất.

Tất cả bệnh nhân nhóm IIa và đa số ở nhóm IIb được thực hiện phẫu thuật dưới tê tại chỗ, với tỷ lệ bảo tồn chi tương ứng là 100% và 92%, điều này cho thấy tê tại chỗ là phương pháp vô cảm an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật TMĐMCDCT. Một lý do khác là đa số người bệnh cao tuổi, nhiều bệnh kết hợp, gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản có thể làm tăng nguy cơ biến chứng về tim mạch và hô hấp làm ảnh hưởng xấu tới kết quả của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 95% bệnh nhân nhóm IIa chỉ cần thực hiện lấy huyết khối đơn thuần, trong khi đa số (hơn 64%) bệnh nhân nhóm IIb cần mở cân kết hợp, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Mở cân căng chân là phương pháp giúp phòng ngừa biến chứng chèn ép khoang căng chân để giảm tỉ lệ cắt cụt chi, căn cứ dựa vào bằng đo áp lực khoang hoặc kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2], [5]. Chúng tôi chủ động mở cân căng chân đồng thời khi tái thông mạch tại phần lớn bệnh nhân nhóm IIb, nhất là những trường hợp chi thể sưng nề nhiều, cần kiểm tra tình trạng cơ khu căng chân trước khi tái tưới máu. Trong nghiên cứu của Rothenberg K.A. và cộng sự, tỷ lệ phải mở cân căng chân ở bệnh nhân TMCDCT là 30,4%, riêng ở nhóm độ IIb có tỷ lệ mở cân lên tới 53,3%, cao gấp 4 lần so với nhóm IIa và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [5]. Các tác giả cũng nhận thấy nhóm bệnh nhân trì hoãn mở cân có nguy cơ cắt cụt chi thì hai cao hơn đáng kể so với nhóm mở cân chủ động đồng thời khi tái thông mạch [5]. Trong nghiên cứu, chỉ có một bệnh nhân ở nhóm IIb phải cắt cụt thì hai. Điều này có thể liên quan tới các yếu tố nguy cơ khác của nhóm bệnh nhân nghiên cứu như tuổi cao, thời gian bệnh kéo dài. Kết quả ngay sau tái thông mạch giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có sự khác biệt đáng kể. Sau mổ, đa số biến chứng ghi nhận được ở nhóm IIb, nhóm IIA có một trường hợp gặp biến chứng chèn ép khoang phải mở cân sau mổ, sau mở cân tình trạng chi cải thiện tốt và bảo tồn được chi thể. Trong nhóm nghiên cứu, một trường hợp tử vong sớm sau mổ, bệnh nhân này bị viêm phổi thùy do lao đang điều trị, sau mổ gặp biến

chứng suy hô hấp tiến triển. Ngoài ra, một trường hợp gặp suy đa tạng do hội chứng tái tưới máu sau mổ phải lọc máu, bệnh nhân được duy trì siêu lọc trong hai ngày tại khoa Hồi sức tích cực, tình trạng cải thiện dần, bệnh nhân ổn định ra viện. Tắc mạch tái diễn là biến chứng hay gặp nhất và chỉ ghi nhận trên nhóm IIb, tuy nhiên chúng tôi cho rằng nguyên nhân chính dẫn tới biến chứng này là bệnh lý xơ vữa động mạch cũ trên các bệnh nhân này, trong đó không có trường hợp nào trong số bệnh nhân tắc mạch tái diễn có sóng mạch khi thử SpO2 ngón chân ngay sau tái thông mạch. Theo Damir Vakhitov và cộng sự, việc không sử dụng thuốc chống đông và thuốc chống kết tập tiểu cầu một cách hợp lý sau tái thông mạch là một yếu tố nguy cơ của tắc mạch tái diễn [7].

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu động mạch chi dưới cấp tính là một cấp cứu mạch máu thường gặp, trong đó bệnh lý ở phân độ II theo Rutherford vẫn là một thách thức trong chẩn đoán và điều trị, với tím và sưng nề chi có thể là chỉ điểm tiên lượng xấu. Phẫu thuật lấy huyết khối dưới tê tại chỗ là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Mở cân căng chân nên thực hiện chủ động trên nhóm Rutherford IIb và cần dùng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu sau mổ để giảm nguy cơ tắc mạch tái diễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jongkind V., et al. (2022) Editor's Choice - Update of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2020 Clinical Practice Guidelines on the Management of Acute Limb Ischaemia in Light of the COVID-19 Pandemic, Based on a Scoping Review of the Literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 63(1): 80-89.
2. Dag O., Kaygin M.A., Erkut B., (2012) Analysis of risk factors for amputation in 822 cases with acute arterial emboli. *ScientificWorldJournal.* p. 673483.
3. Ilic M., et al. (2000) Arterial embolisms of the lower extremities. *Srp Arh Celok Lek.* 128(7-8): 234-40.
4. Phan Văn Thành, Đoàn Quốc Hưng (2020). Điều trị phẫu thuật thiếu máu cấp tính chi dưới do thuyên tắc động mạch tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam.* tập 9, trang: 3-8.
5. Rothenberg K.A., et al. (2019) Delayed Fasciotomy Is Associated with Higher Risk of Major Amputation in Patients with Acute Limb Ischemia. *Ann Vasc Surg.* 59: 195-201.
6. Hernandez-Richter T., et al. (2001) Acute ischemia of the upper extremity: long-term results following thrombectomy with the Fogarty catheter. *Langenbecks Arch Surg.* 386(4): p. 261-6.
7. Vakhitov D., et al. (2020). Prognostic risk factors for recurrent acute lower limb ischemia in patients treated with intra-arterial thrombolysis. *J Vasc Surg.* 71(4): p. 1268-1275.