

chọn nên được chỉ định đầu tiên để điều trị HKNBT - NQ và có thể áp dụng được rộng rãi trong điều kiện hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Học Đăng** (2020), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp khúc nối bể thận- niệu quản qua nội soi sau phúc mạc, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II Đại học y Hà Nội Hà Nội
2. **Ngô Đại Hải** (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối niệu quản - bể thận kiểu cắt rời Luận án tiến sĩ y học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh Thành phố Hồ Chí Minh
3. **Nguyễn Việt Hoa** (2010), Đánh giá kết quả theo dõi xa tạo hình bể thận niệu quản theo phương pháp Anderson - Hynes, Luận văn Tiến sĩ Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Minh** (2020), Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng hẹp khúc nối bể thận- niệu quản Luân án tiến sĩ, Học Viên Quân Y Hà Nội.
5. **Phạm Ngọc Thạch** (2012), "Tạo hình khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ em có dùng thông JJ", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh tr. tr. 211-215.
6. **Chiancone F, Fedelini M và Pucci L** (2017), "Laparoscopic management of recurrent ureteropelvic junction obstruction following pyeloplasty: a single surgical team experience with 38 cases", Int Braz J Urol.
7. **Martina GR** (2011), "A single institute's experience in retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: Results with 86 consecutive patient", J Endourol
8. **Singh O** (2010), "Laparoscopic dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction: experience with 142 cases in a high-volume center", J Endourol.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà^{1,2}, Trần Trung Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến nhất mắc phải trong cộng đồng và trong bệnh viện. Khoa Ngoại Tiết niệu của bệnh viện Đại học Y Hà Nội hàng năm ước tính điều trị từ 200 đến 300 bệnh nhân NKTN cấy dương tính với vi khuẩn. Trong số đó chủ yếu là điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên hiện chưa có báo cáo cụ thể về nhóm bệnh nhân này. Mục đích của nghiên cứu là mô tả các đặc điểm và kết quả điều trị của các bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ. Chúng tôi tiến hành hồi cứu mô tả 101 bệnh nhân nhập viện điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật có kết quả cấy nước tiểu dương tính tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2023 đến hết tháng 6/2023. Lấy mẫu thuận tiện không xác suất các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,87 \pm 11,5$ tuổi. Nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ là 1,3. Tuổi nam giới và nữ giới không có sự khác biệt. NKTN ở bệnh nhân trước phẫu thuật chủ yếu do *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* gây ra và có xu hướng kháng kháng sinh đáng báo động đặc biệt ở nhóm betalactam. Nhóm aminoglycosid hiện có tỷ lệ nhạy cảm cao với cả hai chủng gây bệnh này. Số ngày điều trị nội trú trung

bình $19,14 \pm 13,64$ ngày. Số ngày điều trị trung bình đến âm tính (bao gồm cả thời gian điều trị ngoại trú) là $22,38 \pm 20,56$ ngày. Thời gian điều trị nội trú kéo dài ở những bệnh nhân đa kháng hoặc toàn kháng làm tăng chi phí điều trị và tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm chéo. Cấy nước tiểu là xét nghiệm cần phải làm trước tất cả các phẫu thuật nội soi qua đường tiết niệu và điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cần phải tuân thủ theo kháng sinh đồ. Dẫn lưu thận là thủ thuật an toàn hiệu quả trong điều trị ứ mủ thận. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn tiết niệu, trước phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF PRE-SURGICAL URINARY INFECTION TREATMENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Urinary tract infections (UTIs) are one of the most common bacterial infections acquired in the community and in hospitals. The Department of Urology of Hanoi Medical University Hospital annually estimates that it treats 200 to 300 UTI patients with positive bacterial cultures. Among them, the main treatment is urinary infections for patients requiring surgery. However, there are currently no specific reports on this group of patients. The purpose of the study is to describe the characteristics and treatment results of patients with UTIs before surgery. We retrospectively described 101 patients hospitalized for preoperative treatment of urinary tract infections with positive urine culture results at Hanoi Medical University Hospital during the period from January 2023 to the end of June 2023. Non-probability convenience sampling of patients eligible for the study. The average age of the study group is 57.87 ± 11.5 years old. Females outnumber males with a ratio

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023

of 1.3. There is no difference in age between men and women. UTI in preoperative patients is mainly caused by Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa and there is an alarming trend of antibiotic resistance, especially in the betalactam group. The aminoglycoside group currently has a high susceptibility rate to both of these pathogenic strains. The average number of inpatient days is 19.14 ± 13.64 days. The average number of days of treatment to negative (including outpatient treatment time) was 22.38 ± 20.56 days. Long inpatient stays in multi- or pan-resistant patients increase treatment costs and pose a potential risk of cross-infection. Urine culture is a test that must be done before all endoscopic surgeries through the urinary tract and treatment of urinary tract infections requires compliance with the antibiogram. Renal drainage is a safe and effective procedure in treating pyelonephritis.

Keywords: urinary tract infection, pre-surgical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến nhất mắc phải trong cộng đồng và trong bệnh viện trên toàn thế giới và được ghi nhận là ảnh hưởng đến 150 triệu người mỗi năm.^{1,2} Tại Mỹ, NKTN góp phần gây ra 13.000 ca tử vong mỗi năm.³ Ở Việt Nam cũng như các quốc gia kém phát triển khác, người ta biết rất ít về tỷ lệ mắc và nguyên nhân của NKTN. Điều này một phần là do NKTN thường không phải là bệnh phải báo cáo và việc tự dùng thuốc là phổ biến.^{4,5} Khoa Ngoại Tiết niệu của bệnh viện Đại học Y Hà Nội hàng năm ước tính điều trị từ 200 đến 300 bệnh nhân NKTN cấy dương tính với vi khuẩn. Trong số đó chủ yếu là điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên hiện chưa có báo cáo cụ thể về nhóm bệnh nhân này. Mục đích của nghiên cứu là mô tả các đặc điểm và kết quả điều trị của các bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành hồi cứu mô tả các bệnh nhân nhập viện điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật về tiết niệu có kết quả cấy nước tiểu dương tính vi khuẩn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian cứu từ tháng 1/2023 đến hết tháng 6/2023. Lấy mẫu thuận tiện không xác suất các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

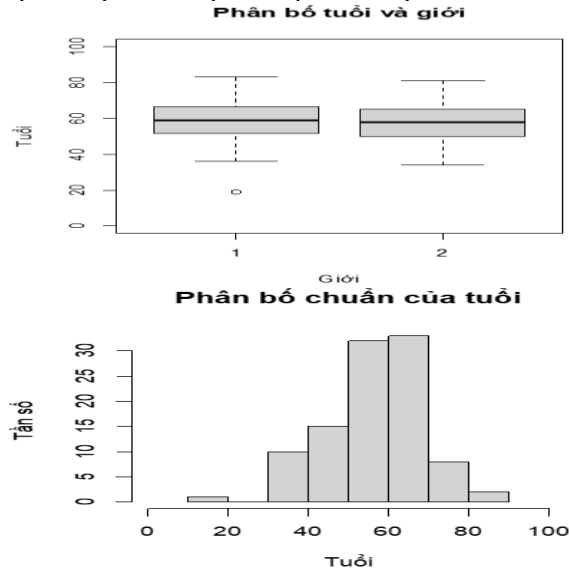
Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, nhóm bệnh lý ngoại khoa, loại vi khuẩn mắc phải, kháng sinh đồ và thời gian điều trị đến khi cấy lại nước tiểu âm tính.

Số liệu được nhập và quản lý, xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.3.1.

Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

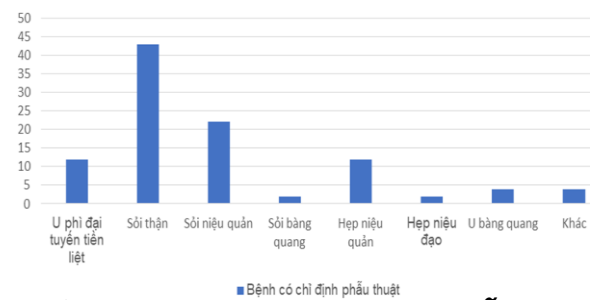
Trong thời gian 6 tháng đầu năm, chúng tôi thu thập được dữ liệu từ 101 bệnh nhân có NKTN cấy nước tiểu dương tính với vi khuẩn gây bệnh được điều trị trước phẫu thuật.



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi và giới

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,87 \pm 11,5$ tuổi. Tuổi trung bình của giới nữ là $57,11 \pm 11,37$ tuổi và của nam giới là $58,86 \pm 11,72$ tuổi. Nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ là 1,3. Tuổi nam giới và nữ giới không có sự khác biệt (khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,45$).

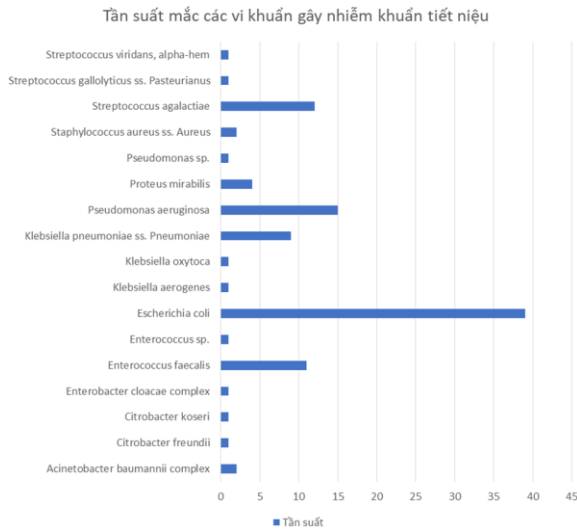
Bệnh có chỉ định phẫu thuật



Biểu đồ 2. Các bệnh có chỉ định phẫu thuật của bệnh nhân

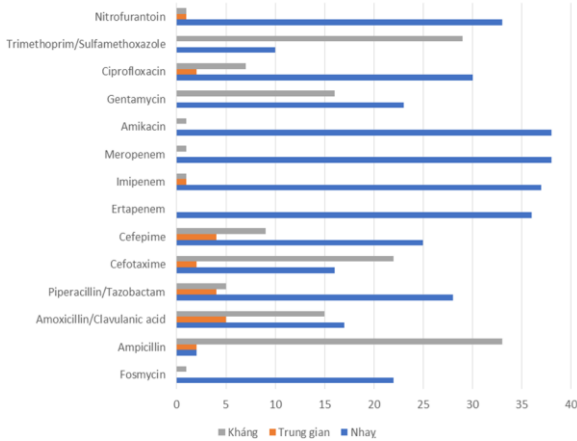
Bảng 1. Mẫu bệnh phẩm xét nghiệm nuôi cấy vi sinh

	Nước tiểu giữa dòng	Nước tiểu qua sonde	Máu	Nước tiểu qua dẫn lưu thận
Số lượng (n)	88	5	2	8
Tỷ lệ (%)	87,13	4,95	1,98	7,92



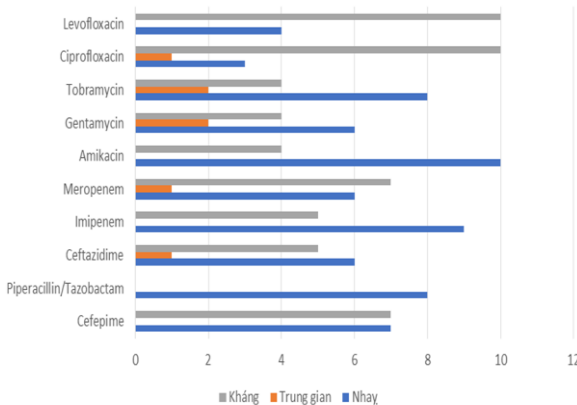
Biểu đồ 3. Vi khuẩn gây bệnh

Tần suất kháng kháng sinh của vi khuẩn Escherichia coli



Biểu đồ 4. Tần suất kháng kháng sinh của E.coli

Tần suất kháng kháng sinh của vi khuẩn Pseudomonas aeruginosa



Biểu đồ 5. Tần suất kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa

Các kháng sinh được lựa chọn trước khi có kết quả kháng sinh đồ được các bác sĩ lựa chọn khi bệnh nhân ngoại trú là Amoxicillin/ Clavulanic acid, Levofloxacin và Cefprozil. Trong khi có kết quả kháng sinh đồ, kháng sinh hay được lựa chọn là Imipenem, Meropenem, Piperacillin/ Tazobactam và Amikacin.

Số ngày điều trị nội trú trung bình $19,14 \pm 13,64$ ngày. Số ngày điều trị trung bình đến âm tính là $22,38 \pm 20,56$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

NKTN thường xảy ra ở phụ nữ vì có tới 50% phụ nữ sẽ bị ảnh hưởng trong đời và họ có nguy cơ bị ảnh hưởng cao gấp khoảng 6 lần so với nam giới. Mặc dù hầu hết các trường hợp nhiễm trùng tiểu đều khỏi sau khi điều trị, nhưng gần 30% phụ nữ sẽ tái phát và hơn 20% sẽ bị tái phát nhiều lần.³ Cho đến độ tuổi 60 trở lên, tỷ lệ nhiễm ở nữ cao hơn đáng kể so với nam.² Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ nữ cao hơn nam giới. Tuy nhiên trong nghiên cứu vì mặt bệnh của hai giới là khác nhau nên không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm trùng giữa hai giới cũng như không thấy sự khác biệt về tuổi giữa hai giới. Trước đây người ta mô tả rằng phụ nữ Việt Nam sử dụng nhiều hình thức tự điều trị khác nhau để ngăn ngừa và chữa trị các bệnh nhiễm trùng đường sinh sản có thể gây hại và có thể tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh nhiễm trùng cơ hội.⁶

Trong nhóm các bệnh lý ngoại khoa có chỉ định phẫu thuật ở trên thì nhóm bệnh lý về sỏi chiếm cao nhất, điển hình là sỏi thận chiếm gần 45% sau đó đến sỏi niệu quản và bệnh lý phi đại tiền liệt tuyến. Điều này cũng hợp lý vì đây chính là các nguyên nhân gây tắc nghẽn đường bài tiết và cũng để cảnh báo phải cấy nước tiểu 100% các nhóm bệnh nhân này trước phẫu thuật thì sẽ tránh được các nguy cơ nhiễm trùng nặng khi phẫu thuật.

Kết quả cấy bệnh phẩm phần lớn vi khuẩn phân lập được là Escherichia coli. Kết quả này tương đồng với nhiều tác giả trong nước và trên thế giới.² Một phân tích dữ liệu của 42553 bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu từ 13 bệnh viện ở Việt Nam giai đoạn 2016 đến 2017 chỉ ra Escherichia coli và Staphylococcus Aureus là những loài được phát hiện thường xuyên nhất với lần lượt là 9092 (21%) và 4833 phân lập (11%); tiếp theo là Klebsiella pneumoniae (3858 phân lập – 9,1%) và Acinetobacter baumannii (3870 phân lập – 9%).⁷ Tỷ lệ nhiễm khuẩn Escherichia coli của chúng tôi cao hơn so với đa

số các nghiên cứu khác (38,6%). Nhóm vi khuẩn đứng thứ hai trong nghiên cứu là *Pseudomonas aeruginosa* (13,9%). Điều này có thể lý giải do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều có chỉ định phẫu thuật trước và bệnh nhân vào viện để điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ. Kể từ khi penicillin được phát hiện vào năm 1928 mặc dù không có tác dụng chống lại *Escherichia coli*, việc lạm dụng các loại kháng sinh khác trên toàn cầu cũng đã dẫn đến tình trạng vi khuẩn kháng lại chúng cả phòng khám ngoại trú và bệnh viện nội trú. Có nhiều loại vi khuẩn có thể gây ra NKTN, nhưng phổ biến nhất bao gồm *E coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus sp.* và *Staphylococcus saprophyticus*. Những vi khuẩn này có khả năng phát triển sức đề kháng và khả năng loại bỏ chúng bằng kháng sinh đã giảm dần theo thời gian.³ Số liệu trong nghiên cứu đa trung tâm của Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ kháng thuốc cao và ngày càng gia tăng. *E coli* cho thấy tỷ lệ dương tính với men beta-lactamase phổ rộng khác nhau giữa bệnh viện cấp trung ương và cấp tỉnh.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mức độ kháng kháng sinh nghiêm trọng với 2 trường hợp nhiễm khuẩn toàn kháng và 1 trong số đó nhạy cảm với Colistin ở mức trung gian. Chúng tôi đưa ra bàn luận về nhóm nhiễm khuẩn hay gặp nhất với *Escherichia coli* và *Pseudomonas aeruginosa*. Nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn *Escherichia coli* chủ yếu kháng nhóm ampicillin, Amoxicillin/Clavulanic acid (61,5%), trimethoprim/sulfamethoxazole (74,4%) trong khi đa số còn nhạy cảm với nhóm carbapenem (94,9%), amikacin (97,4%), fosmycin (95,7%), nitrofurantoin (94,3%), ciprofloxacin (76,9%), piperacillin/tazobactam (71,9%). Theo Waller và cộng sự, tình trạng kháng thuốc kháng sinh thông dụng, bao gồm cả fluoroquinolones, hiện đang phổ biến ở nhiều chủng *Escherichia coli*. Do đó, fluoroquinolones không nên được sử dụng để điều trị theo kinh nghiệm các bệnh nhiễm trùng tiểu phức tạp nghiêm trọng, đặc biệt khi bệnh nhân có nguy cơ cao mắc các vi khuẩn kháng thuốc. Các NKTN nghiêm trọng nên được điều trị theo kinh nghiệm bằng kháng sinh phổ rộng, chẳng hạn như carbapenem hoặc piperacillin-tazobactam. Khi đã xác định được vi khuẩn cụ thể và tính nhạy cảm của chúng, việc điều trị nên được điều chỉnh.³ Nghiên cứu từ 128 bệnh nhân NKTN với *Escherichia coli* năm 2022 tại một trung tâm ở Việt Nam, tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia coli* kháng ampicillin tăng từ 85,3% năm 2011-2013 lên 97,1% năm 2018-2020. Trong năm

2011-2013, 70,5% chủng *Escherichia coli* phân lập kháng cotrimoxazole, tỷ lệ này tăng lên 81,4% trong năm 2018-2020. Trong cả hai thời kỳ, *Escherichia coli* rất nhạy cảm với amikacin, lần lượt là 87% và 95,5%. Trong năm 2018-2020, carbapenem (meropenem và imipenem) và piperacillin cũng có hiệu quả chống lại *Escherichia coli*.⁸ Tại Ý năm 2014, tỷ lệ kháng kháng sinh với aminopenicillin, aminoglycosid và fluoroquinolone ở *Escherichia coli* là 65, 19 và 44%.⁹ Nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* gần như đã kháng hết nhóm quinolon và có xu hướng kháng nhiều với carbapenem (42,9%) trong khi đa số vẫn còn nhạy cảm với amikacin (71,4%). Theo Mazzariol và cộng sự, hầu hết các Enterobacteriaceae dương tính với ESBL đều kháng một số loại kháng sinh, chẳng hạn như fluoroquinolones, trimethoprim-sulfamethoxazole và beta-lactam, những kháng sinh này không còn phù hợp để điều trị theo kinh nghiệm đối với một số bệnh nhiễm trùng, bao gồm cả nhiễm trùng tiểu. Một trong những loại kháng sinh hoạt động mạnh nhất chống lại mầm bệnh NKTN dương tính với men beta-lactamase là fosfomycin.¹⁰

Số liệu của chúng tôi cho thấy thời gian điều trị nhiễm khuẩn là kéo dài, trung bình 20 ngày trước khi bệnh nhân có thể đủ điều kiện phẫu thuật. Số ngày điều trị nội trú trung bình $19,14 \pm 13,64$ ngày. Số ngày điều trị trung bình đến âm tính (bao gồm cả thời gian điều trị ngoại trú) là $22,38 \pm 20,56$ ngày. Điều đó cho thấy sự tăng đáng kể thời gian điều trị nội trú, tăng chi phí điều trị và tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm chéo. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu các trường hợp NKTN xảy ra ở nhóm bệnh nhân có tắc nghẽn lưu thông nước tiểu với nguyên nhân đa số do sỏi thận niệu quản và u phì đại tuyến tiền liệt. Có 8 trường hợp ứ mủ thận được dẫn lưu thận và sau dẫn lưu 24h bệnh nhân có cắt sốt.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân trước phẫu thuật các bệnh lý về tiết niệu chủ yếu do *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* gây ra và có xu hướng kháng kháng sinh đáng báo động đặc biệt ở nhóm betalactam. Nhóm aminoglycosid hiện có tỷ lệ nhạy cảm cao với cả hai chủng gây bệnh phổ biến và nguy hiểm là *Escherichia coli* và *Pseudomonas aeruginosa*. Thời gian điều trị nội trú kéo dài ở những bệnh nhân đa kháng hoặc toàn kháng làm tăng chi phí điều trị và tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm chéo. Cấy nước tiểu là xét nghiệm cần phải làm trước tất cả

các phẫu thuật nội soi qua đường tiết niệu và điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cần phải tuân thủ theo kháng sinh đồ. Chỉ được thực hiện phẫu thuật sau khi điều trị nhiễm khuẩn và cấy lại dịch nước tiểu âm tính.

Dẫn lưu thận dưới siêu âm là một trong những can thiệp ít xâm lấn, an toàn hiệu quả trong điều trị cấp cứu tắc nghẽn đường bài tiết khi chưa cho phép phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khoshnood S, Heidary M, Mirnejad R, Bahramian A, Sedighi M, Mirzaei H.** Drug-resistant gram-negative uropathogens: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy.* 2017;94:982-994.
2. **Foxman B.** The epidemiology of urinary tract infection. *Nature Reviews Urology.* 2010;7(12):653-660. antibiotic resistance in the United States. *Primary Care: Clinics in Office Practice.* 2018;45(3):455-466.
4. **Okumura J, Wakai S, Umenai T.** Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social science & medicine.* 2002;54(12):1875-1886.
5. **Poulsen LL, Bisgaard M, Son NT, Trung NV, An HM, Dalsgaard A.** Enterococcus and Streptococcus spp. associated with chronic and self-medicated urinary tract infections in Vietnam. *BMC infectious diseases.* 2012;12:1-7.
6. **Huong NM, Gammeltoft T, Rasch V.** Strategies for the prevention and treatment of reproductive tract infections among women in Vietnam. *Culture, health & sexuality.* 2008;10(S1):S111-S121.
7. **Vu TVD, Choisy M, Do TTN, et al.** Antimicrobial susceptibility testing results from 13 hospitals in Viet Nam: VINARES 2016–2017. *Antimicrobial Resistance & Infection Control.* 2021;10:1-11.
8. **Nguyen SN, Thi Le HT, Tran TD, Vu LT, Ho TH.** Clinical epidemiology characteristics and antibiotic resistance associated with urinary tract infections caused by E. coli. *International journal of nephrology.* 2022;2022.
9. **Prevention ECfD, Control.** Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. annual report of the European antimicrobial resistance surveillance network (EARS-Net). ECDC. 2015.
10. **Mazzariol A, Bazaj A, Cornaglia G.** Multi-drug-resistant Gram-negative bacteria causing urinary tract infections: a review. *Journal of Chemotherapy.* 2017;29(sup1):2-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN IV THEO FONTAINE BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI

Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Lê Nhật Tiên², Nguyễn Huy Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là một bệnh thường gặp ở người cao tuổi, tiến triển âm thầm, tái phát nhiều lần, BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine là giai đoạn muộn, nặng nề nhất của bệnh mạch máu chi dưới với tỷ lệ cắt cụt chi cao gây giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tức thời và sớm điều trị BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine bằng phương pháp can thiệp nội mạch tầng dưới gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu các bệnh nhân mắc BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine, được điều trị bằng can thiệp nội mạch tầng dưới gối một hoặc nhiều động mạch chày trước, mào, chày sau tại Trung Tâm Tim Mạch - Lồng Ngực Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2022 đến 04/2023. **Kết quả:** 51 bệnh nhân (BN) với 53 chân mắc BĐMCDMT giai đoạn IV theo Fontaine (độ tuổi trung bình là 76,6 ± 14,5)

được can thiệp nội mạch tầng dưới gối với tỷ lệ nam/nữ là 22/29. Yếu tố nguy cơ chính là hút thuốc lá 31,3%, tăng huyết áp 74,0%, đái tháo đường 51%, với tỷ lệ theo phân loại Rutherford 5 và 6 lần lượt là 83% và 17%. Tỷ lệ tổn thương phức tạp TASC II C chiếm 72%, TASC II D chiếm 5,7%, chỉ số ABI trước và ngay sau can thiệp lần lượt là: 0,20 ± 0,08 và 0,72 ± 0,38 (p < 0,05), thời can thiệp là 32,0 ± 7,4 (từ 25 – 51) phút. Tỷ lệ về số lượng động mạch dưới gối được can thiệp bao gồm một mạch 18,9%, hai mạch 43,4%, ba mạch 37,7%, trong các mạch được can thiệp động mạch chày trước chiếm 38,8%, động mạch chày sau chiếm 31,9%, động mạch mào chiếm tỷ lệ 29,3%. Số chân được can thiệp tầng đùi và dưới gối là 43,3%, tầng dưới gối chiếm 100%. Sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ giai đoạn theo Fontaine là IIa (68%), IIb (28%), III (4%), tỷ lệ lành vết thương là 92%. Tỷ lệ các biến chứng sau can thiệp gồm 3,9% cắt cụt chi trên mắt cá chân, 39% cắt cụt chi tối thiểu, 2,0% nhiễm trùng đoạn chi sau can thiệp, 5,9% tái hẹp sau can thiệp, 7,8% tụ máu tại vị trí chọc mạch, không có bệnh nhân tử vong hay suy thận sau can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch tầng dưới gối điều trị BĐMCDMT có triệu chứng là phương pháp điều trị an toàn, có hiệu quả điều trị tốt. Cần thêm nghiên cứu dài hạn và cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của phương pháp này.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023