

UTBM tuyến vú thể tiểu thụ xâm nhập tại Bệnh viện K, nhận thấy:

- Tỷ lệ di căn hạch là 48,0%.
- Kích thước u, độ mô học, tình trạng xâm nhập mạch, sự bộc lộ ER và tít phân tử là các yếu tố liên quan đến khả năng di căn hạch trong UTBM tuyến vú thể tiểu thụ xâm nhập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ashturkar AV, Pathak GS, Deshmukh SD, Pandave HT.** Factors Predicting the Axillary Lymph Node Metastasis in Breast Cancer: Is Axillary Node Clearance Indicated in Every Breast Cancer Patient? *Indian Journal of Surgery.* 2011; 73(5):331-335, doi: 10.1007/s12262-011-0315-5
2. **Yilmaz, Trabzonlu, Güler et al.** Characteristics of Special Type Breast Tumors in Our Center. *European Journal of Breast Health.* 2018;14(1):17-22
3. **Fernández B, Paish EC, Green AR, et al.** Lymph-node metastases in invasive lobular carcinoma are different from those in ductal

carcinoma of the breast. *J Clin Pathol.* 2011;64(11): 995-1000. doi: 10.1136/ jclinpath-2011-200151

4. **Viale G, Zurrida S et al,** Predicting the status of axillary sentinel lymph nodes in 4351 patients with invasive breast carcinoma treated in a single institution. *Cancer.* 2005;103(3):492-500. doi:10.1002/cncr.20809
5. **Tan LGL, Tan YY, Heng D, Chan MY.** Predictors of axillary lymph node metastases in women with early breast cancer in Singapore. *Singapore Med J.* 2005;46(12):693. doi:10.1016/s0959-8049(98)80134-2
6. **Barth A, Craig PH, Silverstein MJ.** Predictors of axillary lymph node metastases in patients with T1 breast carcinoma. *Cancer.* 1997;79(10):1918-1922. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19970515\)79:10<1918::AID-CNCR12>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19970515)79:10<1918::AID-CNCR12>3.0.CO;2-Y)
7. **Makki J.** Diversity of Breast Carcinoma: Histological Subtypes and Clinical Relevance. *Clinical Medicine Insights: Pathology.* 2015;8:23-31. doi:10.4137/cpath.s31563

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH TẦNG CHẬU VÀ ĐÙI MẠN TÍNH BẰNG CÁN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút¹, Nguyễn Hữu Thao¹, Lê Đức Tín¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp tắc động mạch chi dưới mạn tính thường xảy ra trên nhiều tầng của động mạch, khi điều trị thường kết hợp can thiệp nhiều tầng cùng lúc trong một phiên can thiệp. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch tầng chậu và đùi mạn tính trong cùng một phiên can thiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, có 47 bệnh nhân với 47 động mạch tầng chậu và đùi được can thiệp. Thời gian thực hiện từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2017, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong 47 trường hợp, có 29,8% kết hợp nong bóng và đặt stent, 70,2% nong bóng đơn thuần, không có trường hợp chỉ đặt stent đơn thuần. Đánh giá sau can thiệp: thành công về kỹ thuật đạt 95,7%; thành công về huyết động đạt 80,9%, ABI trung bình tăng từ 0,30 lên 0,53 ($p < 0,001$); thời gian nằm viện sau can thiệp trung bình là 4,1 ngày. Sau 1 năm theo dõi cho thấy cải thiện lâm sàng rõ rệt: xếp loại Rutherford lần lượt là: loại 0 (31,8% so với 0%), loại 1 (18,2% so với 6,3%), loại 2 (25,0% so với 4,3%), loại 3 (15,9% so với 4,3%), loại 4 (4,5% so với 8,5%), loại 5 (2,3% so với 68,1%), và loại 6 (2,3% so với 8,5%), thành công

về lâm sàng đạt 85,1%; thành công về huyết động đạt 83,0%, ABI trung bình tăng lên 0,64 ($p < 0,001$); tỉ lệ lưu thông thì đầu đạt 85,1%. **Kết luận:** Phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc hẹp động mạch chậu và đùi mạn tính là phương pháp mang lại hiệu quả cao áp dụng được trong điều kiện Việt Nam.

Từ khóa: can thiệp nội mạch, tỉ lệ lưu thông thì đầu, tắc hẹp động mạch chậu – đùi.

SUMMARY

OUTCOME AFTER 12 MONTHS OF ENDOVASCULAR TREATMENT FOR ILIAC - FEMORAL ARTERY OCCLUSIVE DISEASE AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Chronic lower extremity arterial occlusion often occurs at multiple levels of the arteries, and treatment typically involves multi-level interventions during a single intervention session. Therefore, we conducted this study. **Objective:** Evaluating early results of endovascular interventions in the treatment of chronic stenosis or occlusion of the iliac and femoral arteries during the same intervention session. **Patients and methods:** This is a retrospective descriptive study involving 47 patients who underwent interventions on 47 iliac and femoral arteries. The procedures were performed between June 2016 and June 2017 in the Vascular Surgery Department at Chợ Rẫy Hospital. **Results:** Among the 47 cases, 29.8% involved a combination of balloon angioplasty and stent placement, 70.2% were treated with balloon angioplasty alone, and there were no cases with stent placement alone. The post-intervention evaluation revealed a technical success

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

rate of 95.7% and a hemodynamic success rate of 80.9%. The average ankle-brachial index (ABI) increased from 0.30 to 0.53 ($p < 0.001$). The average hospital stay after the intervention was 4.1 days. One year after the follow-up, significant clinical improvement was observed, with Rutherford classification as follows: Stage 0 (31.8% compared to 0%), Stage 1 (18.2% compared to 6.3%), Stage 2 (25.0% compared to 4.3%), Stage 3 (15.9% compared to 4.3%), Stage 4 (4.5% compared to 8.5%), Stage 5 (2.3% compared to 68.1%), and Stage 6 (2.3% compared to 8.5%). Clinical success was achieved in 85.1% of cases, and hemodynamic success reached 83.0%. The average ABI increased to 0.64 ($p < 0.001$), and the primary patency rate was 85.1%. **Conclusion:** Endovascular intervention in the treatment of chronic iliac and femoral artery stenosis or occlusion is a highly effective method that can be applied successfully under the conditions in Vietnam.

Keywords: Vascular intervention, primary patency, iliac – femoral occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp tắc động mạch chi dưới mạn tính (HTĐMCDMT) chiếm khoảng 3 – 10% dân số và gia tăng đến 15 – 20 % ở bệnh nhân trên 70 tuổi. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Việt Nam, HTĐMCDMT tăng đáng kể từ 1,7% (năm 2003) lên đến 3,4% (năm 2007). Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó xơ vữa động mạch là nguyên nhân chính ở người trên 40 tuổi.¹ Bệnh gây tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính, làm giảm tưới máu nuôi chi dưới và có nguy cơ gây tàn phế nếu không được điều trị kịp thời. Ở Việt Nam, từ đầu những năm 2010 đã có nhiều trung tâm bắt đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị HTĐMCDMT. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, kỹ thuật can thiệp nội mạch gồm tạo hình động mạch bằng bóng và đặt giá đỡ nội mạch trong điều trị HTĐMCDMT từ năm 2012, ban đầu kỹ thuật can thiệp và chỉ định chỉ gói gọn trong can thiệp từng tầng chủ - chậu hoặc đùi - khoeo, gần đây triển khai can thiệp dưới gối và đã có những kết quả khả quan. Nhưng thực tế, HTĐMCDMT thường xảy ra trên nhiều tầng của động mạch trên một chi thể và được can thiệp nội mạch cùng lúc trong một lần phẫu thuật. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả sớm điều trị hẹp tắc chậu đùi mạn tính bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2016 đến 6/2017.

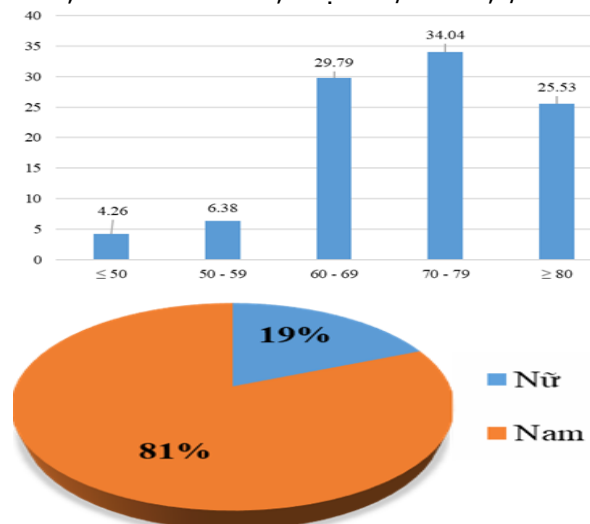
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2018. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm các bệnh nhân

thỏa điều kiện: Bệnh nhân HTĐMCDMT được điều trị can thiệp nội mạch động mạch chậu và đùi trong một lần phẫu thuật; và tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc các bệnh lý động mạch chi dưới không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu (ví dụ: hội chứng Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud, các nguyên nhân tắc mạch do huyết khối, chèn ép...); (2) Bệnh nhân HTĐMCDMT được điều trị can thiệp nội mạch đoạn dưới gối phối hợp; (3) Bệnh nhân HTĐMCDMT được mổ bắc cầu kết hợp với can thiệp nội mạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Có tất cả 47 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, độ tuổi trung bình là $71,7 \pm 11,1$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 49 tuổi và lớn nhất là 93 tuổi, thường gặp ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi, số người tăng dần đạt đỉnh ở lứa tuổi 70 – 79 tuổi sau đó giảm dần, có 9 nữ, 38 nam trong tổng số 47 bệnh nhân, nữ chiếm 19%, nam chiếm 81%, tỉ lệ nam/nữ = 4,3/1.



Biểu đồ 1. Đặc điểm tuổi và giới

Tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn chuyển hóa lipid là 3 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Trong cỡ mẫu nghiên cứu, số lượng bệnh nhân huyết áp là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 82,9%, kế đến là hút thuốc lá với tỉ lệ 76,6% và rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỉ lệ 67,4%, trong đó giảm HDL thường gặp nhất chiếm tới 51,6%. Trong cỡ mẫu nghiên cứu có 7 bệnh nhân bị bệnh mạch vành, chiếm tỉ lệ 17,9%, trong đó 3 bệnh nhân cần phải can thiệp mạch vành qua da. Có 20 bệnh nhân bị bệnh mạch máu não, chiếm tỉ lệ 42,6%, 4 bệnh nhân cần phải bóc nội mạc động mạch cảnh. Mặc đồng thời cả bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não có 7 bệnh

nhân, chiếm tỉ lệ 17,9%.

Đặc điểm lâm sàng. Đa phần các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng muộn với chi thể hoại tử: 22 bệnh nhân, chiếm 46,8% hoặc loét 14 bệnh nhân, chiếm 29,8%. Chỉ có 11 bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau cách hồi hoặc tê chân chiếm lần lượt 17% và 6,4%. Triệu chứng lâm sàng với triệu chứng của thiếu máu chi trầm trọng có biểu hiện của loét và hoại tử (76,6%) tương ứng các giai đoạn Rutherford 4, 5 và 6. Trong đó nhiều nhất là giai đoạn 5 với 68,1%, tỉ lệ triệu chứng ở giai đoạn sớm khi có đau cách hồi chỉ chiếm 14,9%.

Bảng 1. Đặc điểm phân độ lâm sàng

Fontain			Rutherford		
Giai đoạn	n	Tỉ lệ (%)	Giai đoạn	n	Tỉ lệ (%)
I	0	0	0	0	0
IIa	3	6,4	1	3	6,3
IIb	4	8,5	2	2	4,3
			3	2	4,3
III	4	8,5	4	4	8,5
IV	36	76,6	5	32	68,1
			6	4	8,5

ABI trước can thiệp thấp với trung bình $0,3 \pm 0,23$, chỉ số này nhỏ hơn 0,4 tương ứng với đa phần các trường hợp trước can thiệp là bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng. Trong các bệnh nhân được can thiệp, sang thương chủ yếu thuộc nhóm TASC C và TASC D ở cả 2 tầng chủ - chậu, đùi - khoeo. Như vậy chủ yếu bệnh nhân được can thiệp ở giai đoạn muộn của bệnh khi tình trạng xơ vữa nặng và tiến triển.

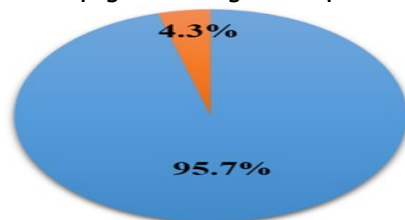
Bảng 2. Phân độ TASC

Phân loại theo TASC	Tầng chủ chậu		Tầng đùi khoeo	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
TASC A	3	6,4	6	12,8
TASC B	8	17,0	8	17,0
TASC C	19	40,4	21	44,7
TASC D	17	36,2	12	25,5

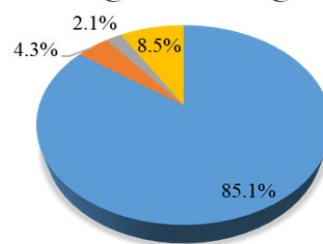
Đặc điểm can thiệp. Trong tất cả các trường hợp can thiệp đều sử dụng bóng nong, chiếm 100%. Số stent được sử dụng ở tầng chủ - chậu nhiều hơn tầng đùi - khoeo, lần lượt chiếm 42,6% và 31,9%. Chiều dài stent sử dụng ở tầng chủ - chậu trung bình là $101,5 \pm 32,7$ cm, tầng đùi - khoeo trung bình là $129,3 \pm 24,9$ mm. Xét cả 2 tầng, có 33 sử dụng bóng nong đơn thuần, chiếm 70,2%, 14 ca sử dụng cả bóng lẫn stent có thể ở tầng chủ - chậu hoặc đùi - khoeo, hoặc ở cả 2 tầng chiếm 28,9%. Đa phần các trường hợp can thiệp sử dụng kỹ thuật chọc kim động mạch đùi đối bên tổn thương, chiếm 72,3%, có 3 trường hợp đi đường động mạch cánh tay, chiếm 6,38%. 7 ca cần phải bộc lộ

động mạch đùi cùng bên tổn thương để bóc mảng xơ vữa kèm theo. Thời gian thực hiện can thiệp trung bình là 139,2 phút.

Kết quả điều trị. Tỉ lệ thành công chiếm 95,7%. Có 2 ca không thành công về mặt kỹ thuật chiếm 4,3% vì tái hẹp sau nong bóng đơn thuần, tình trạng chi không cải thiện sau mổ.



■ Thành công ■ Không thành công



■ Không biến chứng ■ Tắc stent ■ Từ vong ■ Biến chứng khác

Biểu đồ 2. Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật và biến chứng sau can thiệp

Sau khi can thiệp, ABI đo được trung bình là 0,3, cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (phép kiểm t bắt cặp với $p < 0,001$). Theo định nghĩa thành công về mặt huyết động, chúng tôi có 38 ca cải thiện về ABI so với trước can thiệp lớn hơn 0,1. Như vậy thành công về mặt huyết động của chúng tôi sau can thiệp đạt 80,9%. Trong 47 bệnh nhân với 47 chi được can thiệp, có 2 bệnh nhân tắc stent sau can thiệp cần phải can thiệp lại lấy huyết khối. 1 bệnh nhân tử vong hậu phẫu do nhồi máu cơ tim, 4 bệnh nhân suy thận cấp sau mổ do thuốc cản quang. Bệnh nhân Nguyễn Thị G. 91 tuổi, tiền căn bệnh mạch vành và tăng huyết áp, sau mổ can thiệp động mạch chậu đùi phải thành công, chân phải đỡ đau, chân ấm, mạch khoeo bắt được. Sau mổ 1 ngày, bệnh nhân đột ngột lên cơn đau ngực, khó thở phải đặt nội khí quản và ngưng tim sau đó, xét nghiệm Troponin I tăng cao, bệnh nhân tử vong sau đó.

Sau 1 năm, có 4 trường hợp chuyển giai đoạn theo hướng xấu đi về thang điểm Rutherford, 3 trường hợp tử vong, 40 trường hợp còn lại thỏa tiêu chí thành công về mặt lâm sàng là khi cải thiện ít nhất một độ Rutherford đối với loại 1 đến 4, và ít nhất hai loại Rutherford đối với loại 5, 6. Tiến hành so sánh tỉ lệ bệnh nhân có

cải thiện thang điểm Rutherford theo chiều hướng tốt (cải thiện ít nhất một loại Rutherford đối với loại 1 đến 4, và ít nhất hai loại Rutherford đối với loại 5, 6) và tỉ lệ bệnh nhân không thay đổi lâm sàng, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's Exact Test: $p < 0,05$). ABI trung bình là 0,64. Cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của một số tác giả trong nước như Lê Đức Dũng (2012), Nguyễn Hữu Tuấn (2008), tương đương với tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của tác giả Đào Danh Vĩnh (2012). Trong các nghiên cứu nước ngoài, nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng về độ tuổi mắc bệnh. Theo Oschega và cộng sự 2007² tần suất gặp bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới ở độ tuổi > 65 là 12-25%, còn theo NHANES thì tần suất mắc bệnh thiếu máu chi dưới mạn tính có sự tăng lên rõ rệt ở độ tuổi > 40 tuổi (Selvin and Erlinger 2004) và ở độ tuổi > 70 tần suất mắc bệnh cao nhất 14,5, tỉ lệ mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi tăng dần theo tuổi và cao nhất ở độ tuổi 70 – 79 tuổi. Tuổi càng cao, nhiều bệnh phối hợp cùng những yếu tố nguy cơ, thúc đẩy chúng tôi quyết định lựa chọn phương pháp can thiệp nội mạch trong quá trình điều trị để giảm thiểu nguy cơ chu phẫu.³ Tỉ lệ BDMCDMT thường gặp ở nam nhiều hơn nữ sở dĩ do ở nam giới xuất hiện nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hơn đặc biệt là hút thuốc lá. Trong nghiên cứu chúng tôi có 36 bệnh nhân hút thuốc lá thì có 1 người là nữ, còn lại 35 người là nam. Như vậy, giới tính không phải là một yếu tố nguy cơ của BDMCDMT mà chỉ là hệ quả cũng cộng hưởng nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch diễn ra ở nam giới nhiều hơn.

85,1% các bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng nặng, khi đã có triệu chứng của thiếu máu chi trầm trọng, tương ứng Fontaine III, IV hay Rutherford 4, 5, 6. Kết quả của chúng tôi, giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng chiếm 85,1%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước, bệnh nhân nhập viện đa số ở giai đoạn muộn của bệnh. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tuấn tất cả các bệnh nhân đều nhập viện với biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn IIB, III, IV theo phân loại của Fontaine, trong đó 21,5% ở giai đoạn IIB, 78,5% ở giai đoạn III và IV (tương ứng với giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng), không có bệnh nhân nào nhập viện khi

triệu chứng đau cách hồi vừa. Theo Lê Đức Dũng, tất cả các BN nhập viện đều từ giai đoạn II trở lên và có 57,7% ở giai đoạn III và IV, theo tác giả Đào Danh Vĩnh, tỉ lệ này là 85.1%⁴. So với các tác giả nước ngoài, chúng tôi lại có sự chênh lệch: nghiên cứu của Vogel T.R. và cộng sự (2008), trên 1718 bệnh nhân bị BDMCDMT thấy: đau cách hồi vừa-nặng (Fontaine IIB) chiếm 51,9%, đau khi nghỉ (Fontaine III) chiếm 12,1%, loét hoặc hoại tử chi (Fontaine IV) chiếm 23,2%⁵. Nghiên cứu của Ramalhao C. và cộng sự (2014), bệnh nhân ở giai đoạn I (theo phân loại của Fontaine) chiếm 22,9%, giai đoạn IIa 27,5%, IIB 14,4%, giai đoạn III 28,1% và giai đoạn IV 7,2%. Như vậy bệnh nhân ở các nghiên cứu này được phát hiện ở giai đoạn muộn của bệnh. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể giải thích được thông qua điều kiện kinh tế, xã hội Việt Nam và ý thức của người bệnh. Ở nước ta việc khám bệnh thường xuyên, tầm soát để phát hiện sớm bệnh tỉ lệ còn thấp, bệnh nhân chỉ đến khi bệnh đã ở giai đoạn muộn khi đã có triệu chứng rõ rệt như đau khi nghỉ, loét hay hoại tử chi. Chỉ số ABI trong nghiên cứu của chúng tôi là $0,30 \pm 0,23$. Kết quả này so với các tác giả trong nước có thấp hơn; ABI trung bình của tác giả Lê Đức Dũng là $0,46 \pm 0,13$ và của tác giả Trần Đức Hùng là $0,42 \pm 0,25$. ABI trung bình của tác giả khác nhau là do tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn của các nghiên cứu khác nhau.

Các nghiên cứu trên thế giới hiện nay về can thiệp nội mạch chỉ ra rằng, tổn thương TASC C, D không còn là trở ngại trong thủ thuật. Vì hiện nay, rất nhiều kĩ thuật và thiết bị can thiệp mới được áp dụng, nâng tỷ lệ thành công tương đương nhau giữa tổn thương TASC C, D và TASC A, B.

Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa là kết thúc cuộc phẫu thuật thành công và hẹp còn lại sau can thiệp < 30% đường kính lòng mạch⁶. Theo tiêu chuẩn này thì thành công về mặt kĩ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 95,2%. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi tương tự tác giả Trần Đức Hùng, thấp hơn các tác giả nước ngoài như Conrad, Kristina A^{7,8}. So với các tác giả khác trên thế giới, tỉ lệ biến chứng của chúng tôi có cao hơn: Theo Gallagher K.A. và cộng sự (2011), tỷ lệ biến chứng là 6,9%, bao gồm tụ máu tại chỗ chọc 3,0%, giả phồng ĐM 0,6%, nhiễm khuẩn tại chỗ 1,5%, suy thận cấp không phải lọc máu 1%, huyết khối phải can thiệp lại 0,8%. Theo Hayes P.D. và cộng sự, tỷ lệ thủng mạch máu 3,7%. Tác giả Dorros G. và cộng sự (2001), can thiệp

điều trị 235 BN bị thiếu máu chi dưới trầm trọng có tổn thương dưới gối gặp các biến chứng: suy thận cấp 7,0%, phải phẫu thuật cấp cứu 0,7%, hội chứng chèn ép khoang 0,4% và tử vong 0,4%. Giá trị ABI trung bình tăng lên từ 0,30 lên 0,53 so với trước can thiệp, sử dụng phép kiểm t-test chúng tôi kiểm chứng được sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo định nghĩa của Powell trong sách Rutherford 2010, thành công về mặt huyết động được đánh giá bằng cải thiện giá trị ABI so với trước mổ $> 0,10^9$. Như vậy xét về mặt huyết động chúng tôi thành công đến 81,7%.

1 năm sau can thiệp, 81,7% số lượng chân ấm và 81,7% không còn đau như trước can thiệp, tỉ lệ bắt được mạch khoeo là 73,3%, mạch chày sau và mạch khoeo lần lượt 37,8% và 38,9%. Như chúng tôi đã định nghĩa, thành công về mặt lâm sàng là khi cải thiện ít nhất một loại Rutherford đối với loại 1 đến 4 và ít nhất hai loại Rutherford đối với loại 5, 6. Như vậy trong 47 trường hợp mà chúng tôi theo dõi, tỉ lệ thành công về mặt lâm sàng đạt 85,1%.

Tỉ lệ lưu thông thì đầu trong nghiên cứu chúng tôi đạt 85,1%. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới có thời gian thực hiện lâu dài hơn: tác giả Suero báo cáo tỉ lệ lưu thông thì đầu sau 12 tháng là 93,4%, sau 30 tháng là 89,7%, tỉ lệ lưu thông thì hai sau 12 tháng là 97,9%, sau 30 tháng là 94,1%. Tác giả Soga năm 2012 cũng báo cáo tỉ lệ lưu thông thì đầu sau 12 tháng đạt 92,5%, sau 3 năm còn 82,6% và sau 5 năm còn 77,5%; nghiên cứu của Soga chỉ ra rằng giới tính nữ, đái tháo đường, suy thận, không dùng aspirin, đường kính động mạch < 8 mm và tổn thương mạch máu hạ lưu là những yếu tố tiên lượng độc lập đối với tỉ lệ lưu thông thì đầu. Đa số bệnh nhân đến với chúng tôi trong giai đoạn trễ lúc có triệu chứng TMCTT, Rutherford 4, 5, 6 chiếm đến 85,1%, sau 1 năm tỉ lệ này giảm còn 8,8%. Như vậy đã có một sự thay đổi rõ rệt sau về triệu chứng sau 1 năm. Giá trị ABI sau 1 năm can thiệp cải thiện tốt so với trước can thiệp, đạt 0,64, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, thành công về mặt huyết động đạt 83,0%. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy ABI sau can thiệp tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. Nghiên cứu của White C.J. và cộng sự (2007), ABI trước và sau can thiệp 1 năm là $0,54 \pm 0,21$; $0,82 \pm 0,18$, ($p = 0,0002$)¹⁰. Nghiên cứu của Virkkunen J. và cộng sự (2008), sau can thiệp ABI trung bình tăng từ 0,63 lên 0,84.

Như vậy sau 1 năm chúng tôi theo dõi, cỡ mẫu chúng tôi có 47 bệnh nhân, trong đó tử vong

trong quá trình theo dõi 3, diễn tiến lâm sàng theo hướng xấu đi 4, thành công về mặt huyết động đạt 83,0%, thành công về mặt lâm sàng đạt 85,1%, tỉ lệ lưu thông thì đầu đạt 85,1%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu về can thiệp động mạch chày và đùi trong điều trị hẹp tắc động mạch chày đùi mãn tính tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ thành công cao về mặt lâm sàng và huyết động sau một năm theo dõi, có thể thực hiện được một cách an toàn và ít biến chứng. Tuy nhiên, quyết định can thiệp nên luôn được đưa ra dưới sự bởi các bác sĩ có kinh nghiệm để đảm bảo tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loscalzo J.** Harrison's cardiovascular medicine. Mc Graw Hill Education; 2017:454.
2. **Bhatt DL, Steg P, Ohman E, et al.** International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. JAMA. 2006; 295(2):180-189. doi:10.1001/jama.295.2.180
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. Journal of the American College of Cardiology. Mar 21 2017;69(11):1465-1508. doi:10.1016/j.jacc.2016.11.008
4. **Vinh ĐĐ.** Kết quả ban đầu can thiệp nội mạch điều trị hẹp tắc động mạch chày. báo cáo khoa học. Tạp chí Điện quang Việt Nam 2012;
5. **Vogel TR, Symons RG, Flum DR.** A population-level analysis: the influence of hospital type on trends in use and outcomes of lower extremity angioplasty. Vascular and endovascular surgery. Feb-Mar 2008;42(1):12-8. doi:10.1177/1538574407308203
6. **van Overhagen H, Spiliopoulos S, Tsetis D.** Below-the-knee interventions. Cardiovascular and interventional radiology. Apr 2013;36(2):302-11. doi:10.1007/s00270-013-0550-1
7. **Hùng TĐ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính. Luận văn Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y. 2016:107-115.
8. **Kristina A. Giles M, Frank B. Pomposelli, MD, Allen D. Hamdan, MD, Seth B. Blattman, MD, Haig Panossian, BS, Marc L. Schermerhorn, MD**email. Infrapopliteal angioplasty for critical limb ischemia: Relation of TransAtlantic InterSociety Consensus class to outcome in 176 limbs. Journal of Vascular surgery. 2008;48(1):9.
9. **Cronewett JL, Johnston KW.** Rutherford's vascular surgery. 2014.
10. **White C.** Vascular Medicine and Endovascular Interventions. Blackwell Futura; 2007.