

nghiên cứu lên. Trong 6 trường hợp chẩn đoán nhầm khối u buồng trứng trước phẫu thuật có 3 trường hợp trong mổ là khối u xơ tử cung dưới thanh mạc, 2 trường hợp là ứ dịch vòi trứng và 1 trường hợp là lao ổ bụng. Trong thực hành lâm sàng, khối u buồng trứng rất dễ chẩn đoán nhầm với khối u xơ tử cung dưới thanh mạc. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ chẩn đoán nhầm là 1.5%. Đây không phải là vấn đề hiếm gặp. Ngoài ra, tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu tại viện chúng tôi là khá cao 12/202 trường hợp. Nguyên nhân là do u to chèn ép, do khối u dính hoặc ác tính hóa phải thay đổi phương pháp phẫu thuật. Có 1 trường hợp có tổn thương ruột trong phẫu thuật phải mời hội chẩn bác sĩ ngoại khoa can thiệp trong mổ. Theo Marana nguyên nhân thất bại chủ yếu là chuyển mổ mở do u lạc nội mạc tử cung dính nhiều, còn lại do u bị kích thước lớn và nghi ngờ ác tính<sup>8</sup>. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác là hậu quả của những khối u buồng trứng có thời điểm thăm khám muộn hơn, biến chứng u cao hơn. Từ kết quả nghiên cứu, theo chúng tôi cần phải thăm khám kỹ bệnh nhân trước mổ, kết hợp nhiều yếu tố (tuổi bệnh nhân, tình trạng mong con, thể trạng người bệnh...) để chỉ định phương pháp phẫu thuật hợp lý hơn. Cần cân nhắc loại trừ những khối u dính nhiều, xác định bản chất khối u chính xác hơn dựa vào giá trị tiên đoán của siêu âm chuyên khoa, tiên lượng nguy cơ ác tính của khối u, khắc phục thực trạng chẩn đoán nhầm để có chỉ định phẫu thuật hợp lý, phù hợp với tình trạng bệnh nhân hơn, hạn chế phẫu thuật

nội soi thăm dò và giảm tỷ lệ chuyển mổ mở.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi u buồng trứng cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Ngọc Lan** (2003). Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Hồng** (2020). "Nghiên cứu điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng". Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Bình An** (2008). "Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng đầu năm 2008". Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Park Ki Hyun** (1999). Operative laparoscopy in treating benign ovarian cysts. *Yonsei Medical Journal*, vol.40, no 6, pp 608 -612.
5. **Nguyễn Thanh Tùng** (2018). "Nghiên cứu kết quả điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ 01/07/2013 - 30/06/2018". Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ chuyên ngành Sản phụ khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Tuấn** (2012). "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội". Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đỗ Khắc Huỳnh** (2001). "Đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi đối với u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 1/1/1999 đến 31/5/2001". Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Marana et al.** Laparoscopy excision of adnexal masses, vol J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2004 May; 11(2). Pp 162-166.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Đức Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phương<sup>2</sup>, Đỗ Thế Quyền<sup>2</sup>  
Nguyễn Duy Gia<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Thắng<sup>2</sup>, Vũ Ngọc Tú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật bắc cầu điều trị Bệnh

động mạch chi dưới (BĐMCD) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là BĐMCD được chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Có 53 bệnh nhân trong nghiên cứu, có tuổi trung bình là 65.07 ± 8,1 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm 87.5%. Bệnh nhân đến viện với triệu chứng đau cách hồi tương ứng với giai đoạn IIB là 26.8%, giai đoạn III là 41.1%, giai đoạn IV là 32,1%. Kèm theo nhiều bệnh lý nền như tăng huyết áp (85.7%), đái

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

tháo đường (48.2%), tai biến mạch máu não cũ (10.7%). Tổn thương trên cẳng chân nặng nhất ở tầng đùi khoeo (66.07%). Phẫu thuật tiến hành nhiều nhất là bắc cầu đùi - khoeo trên gối (41,1%). Vật liệu sử dụng làm cầu nối là Tĩnh mạch hiển (57.14%), mạch nhân tạo (42.86%). Thời gian phẫu thuật trung bình 143,04 ± 45,04 phút. Không trường hợp nào có biến chứng trong mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10.41±7,11 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 19.64%, phải mổ lại sớm là 12.5%. Không có bệnh nhân nào tử vong trong quá trình điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu hiện nay là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong điều trị Bệnh động mạch chi dưới tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Từ khóa:** Bệnh Động Mạch Chi Dưới, Phẫu Thuật Bắc Cầu

## SUMMARY

### TREATMENT RESULTS OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE BYPASS SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Research Objective:** To assess the early results of bypass surgery treatment for Peripheral Arterial Disease at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to July 2023. **Study Population and Methods:** This is a cross-sectional, retrospective descriptive study. All patients diagnosed with Peripheral Arterial Disease were treated using bypass surgery intervention method at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to July 2023. **Results:** There were 53 patients with a mean age of 65.07 ± 8.1 years. Male patients accounted for 87.5% of the study population. Patients presented with corresponding symptoms of claudication: 26.8% in stage IIB, 41.1% in stage III, and 32.1% with ischemic ulcers, gangrene, or necrosis of the toes (stage IV). The average duration of symptoms before hospital admission was 92.64 ± 291.21 days. Associated comorbidities included hypertension (85.7%), diabetes mellitus (48.2%), and previous history of stroke (10.7%). The most common anatomical site affected was the femoropopliteal segment (66.07%). The predominant surgical procedure performed was femoropopliteal bypass (41.1%), with the use of autogenous veins (57.14%) and artificial grafts (42.86%) as conduit materials. The average duration of surgery was 143.04 ± 45.04 minutes. No intraoperative complications were observed. The mean length of hospital stay post-surgery was 10.41 ± 7.11 days. Immediate postoperative complications occurred in 19.64% of cases, and early complications requiring reoperation occurred in 12.5% of cases. There were no patient died during treatment. **Conclusion:** The bypass surgery is a safe and highly effective method in treating Peripheral Arterial Disease at Hanoi Medical University Hospital.

**Keywords:** Peripheral Arterial Disease, Bypass Surgery treatment for Peripheral Artery Disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Bệnh động mạch chi dưới" là tình trạng bệnh lý của động mạch chủ chậu và các động

mạch chi dưới trong đó lòng động mạch bị hẹp/tắc gây giảm tưới máu cơ và các bộ phận liên quan (da, thần kinh) phía hạ lưu của chi. Nguyên nhân chủ yếu của BDMCD là do xơ vữa động mạch. Các yếu tố nguy cơ chính của xơ vữa động mạch là hút thuốc lá, thuốc láo, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và tăng homocystein máu.<sup>1</sup>

BDMCD trong những năm gần đây diễn biến theo xu hướng tăng dần.<sup>2</sup> Điều trị bệnh có nhiều phương pháp khác nhau, trong đó can thiệp mạch máu và Hybrid (phẫu thuật và can thiệp đồng thời) ngày càng phát triển, tuy nhiên phẫu thuật bắc cầu hiện nay vẫn là một phương pháp điều trị quan trọng, đặc biệt với các tổn thương phân loại TASC C,D.<sup>3</sup> Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã triển khai đồng bộ cả ba phương pháp: phẫu thuật, can thiệp nội mạch và Hybrid để điều trị bệnh động mạch chi dưới, trong đó phẫu thuật tiến hành từ năm 2017 và triển khai thường quy từ 2019. Tuy nhiên hiện tại chúng tôi chưa thực hiện tổng kết, đánh giá về kết quả của phương pháp này. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật bắc cầu điều trị Bệnh động mạch chi dưới tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Nhóm đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là BDMCD được chỉ định điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định BDMCD và điều trị bằng phẫu thuật bắc cầu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được can thiệp phối hợp phẫu thuật đồng thời.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu 53 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện.

**2.5. Xử lý số liệu:** theo phương pháp thống kê y học, nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Sau khi tiến hành thu thập và xử lý số liệu, có 53

bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành nghiên cứu, trong đó có 3 bệnh nhân mổ cả 2 chân. Kết quả bước đầu thu được như sau:

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân (n=53)**

Đặc điểm bệnh nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân độ tuổi</b>		
< 50 tuổi	1	1.9
50-70 tuổi	34	64.2
> 70 tuổi	18	34
<b>Giới</b>		
Nam	47	87.5
Nữ	6	13.5
<b>Tiền sử</b>		
Tăng huyết áp	48	85.7
Đái tháo đường	27	48.2
Tai biến mạch não cũ	6	10.7
Hút thuốc lá	40	71.43
Đã can thiệp mạch vành	21	37.5
Đã can thiệp mạch cảnh	4	7.14
Tiền sử can thiệp mạch máu chi dưới cùng bên	17	32.07
Tăng chủ chậu	10	18.86
Tăng đùi - khoeo	7	13.21
Đã cắt cụt chi do thiếu máu chi mạn tính	9	16.07

**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân tuổi cao chủ yếu trong độ tuổi 50-70 tuổi, nam nhiều hơn nữ, đến viện với nhiều bệnh lý nền phức tạp kèm theo như mạch vành, mạch cảnh, tai biến mạch não, đã từng được can thiệp mạch (33.92%) hoặc cắt cụt chi trước đó (16.07%).

**Nhận xét:** Đa số phẫu thuật sử dụng cầu nối trong giải phẫu. Cầu nối đùi - khoeo trên gối được lựa chọn nhiều nhất với 23 lần (41,1%).

**Bảng 3.3. Các loại vật liệu lựa chọn làm cầu nối (n=56)**

	Chủ chậu	Chủ đùi	Chậu đùi	Đùi khoeo	Ngoại vi (Distal)	Đa tầng	Đùi đùi	Tổng
Tĩnh mạch hiển	0	0	0	28	4	0	0	32
Mạch nhân tạo	2	12	1	2	0	4	3	24

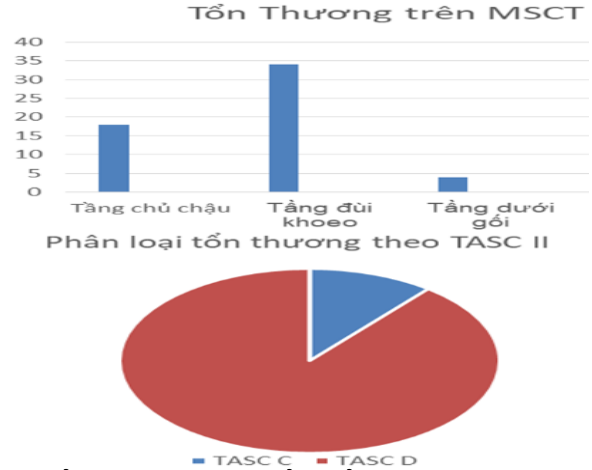
**Nhận xét:** Vật liệu sử dụng làm cầu nối nhiều hơn là Tĩnh mạch hiển với 32 lần (57.14%). Tất cả đều sử dụng cho các tổn thương tăng đùi khoeo trở xuống. Mạch nhân tạo thường sử dụng hơn với tăng chủ chậu.

**Bảng 3.4. Kết quả lâm sàng giai đoạn sớm sau mổ (theo Fontaine) (n=56)**

Trước mổ		Sau mổ				
Giai đoạn	N - Tỷ lệ (%)	I	IIA	II B	III	IV
II B	16(26.8%)	6(10.7%)	8(14.28%)	2(3.57%)	0	0
III	22(41.1%)	2(3.57%)	12(21.42%)	4(7.14%)	4(7.14%)	0
IV	18(32.1%)	0	5(8.92%)	3(5.35%)	8(14.28%)	2(3.57%)

**Nhận xét:** Sau mổ có 49 trường hợp cải thiện triệu chứng sau mổ chiếm 85.7 %.

**Bảng 3.5. Kết quả Cận lâm sàng sớm sau mổ (n=56)**



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm tổn thương cận lâm sàng trước mổ (n=56)**

**Nhận xét:** Tổn thương gặp nhiều nhất ở tầng đùi khoeo 67.8%, phân loại theo TACS II chủ yếu là mức độ D (89.29%).

**Bảng 3.2 Đặc điểm trong mổ (n=56)**

Đặc điểm trong mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Câu nối trong giải phẫu</b>		
Chủ chậu 2 bên	2	3.6
Chủ đùi 2 bên	12	21.4
Chậu đùi	1	1.8
Đùi khoeo trên gối	23	41.1
Đùi khoeo dưới gối	7	12.5
Distal (ngoại vi)	4	7.1
Đa tầng	5	8.9
<b>Câu nối ngoài giải phẫu</b>		
Đùi đùi	3	5.4

Kết quả sớm sau mổ				
Phân tầng tổn thương	Cầu nối thông	Hẹp miệng nối	Tắc cầu nối	Giả phòng
Chủ chậu	15	0	1	1

Đùi khoeo	37	0	5	0
Dưới gối	4	0	0	0

**Nhận xét:** Cận lâm sàng sau mổ cầu nối thông, không biến chứng chiếm tỷ lệ 87.5%.

**Bảng 3.6. Biến chứng sớm sau mổ (n=56)**

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	1	1.79
Tắc cầu nối	6	10.71
Rò bạch huyết	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	1.79
Giả phồng động mạch	1	1.79
Hoại tử ruột	1	1.79
Bục vết mổ	1	1.79
Mổ lại sớm	7	12.5
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Tắc cầu nối và nhiễm trùng vết mổ là hai biến chứng thường gặp nhất. Trong 7 ca mổ lại sớm có 4 ca mổ cấp cứu vì tắc cầu nối, 1 ca đóng vết mổ bụng do bục vết mổ, 1 ca do giả phồng động mạch chủ bụng, 1 ca do hoại tử ruột.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi thường gặp là 50-70 tuổi (có 34 bệnh nhân chiếm 64.2%). Bệnh thường gặp ở nam giới (87.5%), hút thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ cao gắn liền với bệnh (chiếm 71.43%) kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trên thế giới như Vinai C. Bhagirath (2022)<sup>4</sup> là 75.2% và Peige Song (2019) là 73%.<sup>2</sup>

Đa số bệnh nhân tới điều trị ở giai đoạn muộn là giai đoạn III và IV chiếm 73.2% tương đương với Quế. KĐ 2020 (66.12%) và kèm theo đó có nhiều bệnh lý nền phối hợp, ngoài Tăng huyết áp và Đái tháo đường, bệnh mạch vành hoặc mạch cảnh phải can thiệp, điều này là phù hợp do bệnh ảnh hưởng tới mạch máu toàn thân.<sup>5</sup>

**4.2. Phương pháp điều trị:** Tổn thương của các bệnh nhân trong nghiên cứu là phù hợp với phẫu thuật, tất cả đều thuộc phân loại TASC II mức độ C (10.71%) và D (89.21%).<sup>3</sup>

Đối với tổn thương tầng chủ chậu, phẫu thuật được lựa chọn là bắc cầu động mạch chủ - chậu 2 bên hoặc động mạch chủ - đùi 2 bên. Đây là tổn thương ít gặp hơn chỉ chiếm 26.78 % nhưng lại phức tạp, với thời gian phẫu thuật trung bình cao: Cầu nối động mạch chủ - động mạch chậu 2 bên  $150 \pm 42$  phút; cầu nối động mạch chủ - động mạch đùi 2 bên  $165 \pm 30$  phút. Vật liệu được lựa chọn làm cầu nối là mạch nhân tạo chữ Y. Trong số 15 ca bắc cầu động mạch tầng này có tổng 3/15 ca biến chứng chiếm tỉ lệ

20%. Trong đó 1 chảy máu sau mổ (sau mổ bắc cầu chủ- đùi 2 bên, tụ máu sau phúc mạc, phải hồi sức và truyền máu sau mổ, điều trị nội và ra viện sau 17 ngày), 1 ca biến chứng tắc cầu nối (Bệnh nhân suy tim, tiền sử sửa van hai lá, bắc cầu chủ đùi 2 bên bằng mạch nhân tạo 18 -9, đùi khoeo 2 bên bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều, tắc 2 chân mạch nhân tạo số 8 hai bên, mổ lại làm cầu nối đùi khoeo 2 bên bằng mạch nhân tạo, ra viện sau mổ lại 8 ngày), 1 ca biến chứng bục vết mổ thành bụng (bệnh nhân tiền sử suy thận, viêm khớp dạng thấp, tăng huyết áp, đái tháo đường, sau mổ suy thận tăng lên, viêm phổi ho nhiều, đánh giá vết mổ chỉ Vicryl còn, đứt cân cơ thành bụng, mổ lại để đóng vết mổ, ra viện sau mổ lại 8 ngày). Tỷ lệ biến chứng cao hơn so với nghiên cứu Đỗ Kim Quế là 8.69% do số lượng bệnh nhân mổ còn ít (15 bệnh nhân so với 46 bệnh nhân của Đỗ Kim Quế) đồng thời kèm theo bệnh lý nền kết hợp như Rung nhĩ, Viêm phổi, Nhiễm khuẩn huyết...). Tuy nhiên các biến chứng đều đã được xử lý và các bệnh nhân đều ra viện với tình trạng ổn định.

Đối với tổn thương tầng đùi - khoeo, phương pháp phẫu thuật là bắc cầu đùi khoeo trên gối hoặc dưới gối, đây là tầng tổn thương chính nhiều nhất trong nghiên cứu với tỷ lệ 67.85 %, với thời gian ngắn hơn so với phẫu thuật tầng chủ chậu ( $132 \pm 39$  phút), và tỉ lệ biến chứng 9.52 % là tương đương Abdoli 2020 là 8%.<sup>6</sup> Lựa chọn vật liệu là tĩnh mạch hiển đảo chiều với 23/24 ca (95.83 %) và mạch nhân tạo số 8 với 1/ 24 ca (bệnh nhân tắc cầu nối đùi khoeo bằng tĩnh mạch hiển, mổ thay cầu nối bằng mạch nhân tạo). Việc lựa chọn tĩnh mạch hiển đảo chiều là phù hợp với tổn thương tầng này và so với các phương pháp lấy tĩnh mạch hiển khác như lấy tĩnh mạch hiển tại chỗ bằng phương pháp nội soi phá van của Thịnh, C Văn (2021) có 10% biến chứng thì chưa cho thấy có sự khác biệt về kết quả điều trị sớm.<sup>1,7,8</sup>



Cầu nối bằng Tĩnh mạch hiển đảo chiều



Cầu nối bằng mạch nhân tạo chữ Y



Cầu nối bằng mạch nhân tạo số 8 có vòng xoắn  
**Hình 4.1 Các loại vật liệu được lựa chọn làm cầu nối**

Với phương pháp bắc cầu ngoại vi (động mạch đùi – động mạch chày hoặc mào, hoặc thân chày mào) với số lượng ít 4 ca chiếm (7.1%), tất cả các bệnh nhân đều ra viện sớm và không có biến chứng nào trong quá trình nằm viện.

**4.3. Đánh giá kết quả điều trị:** Mặc dù công tác điều trị còn gặp nhiều khó khăn do các bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền và tuổi cao, tuy nhiên cùng với sự hợp tác của nhiều chuyên khoa (điều trị nội khoa các bệnh lý nền trước phẫu thuật, phục hồi chức năng, chăm sóc vết thương, tạo hình các vết loét sau phẫu thuật), đa số các bệnh nhân đều có kết quả điều trị sớm tốt 87.5%.



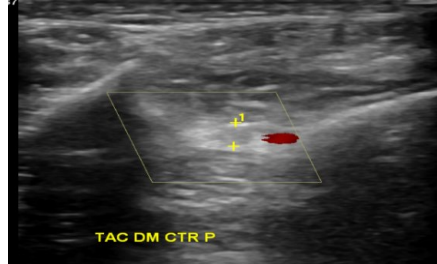
Trước phẫu thuật chân phải đau, lạnh đầu chi



Sau phẫu thuật chân phải đỡ đau, hồng ấm  
**Hình 4.2. Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu đùi khoeo trên gối bên phải 2 tuần**

*Nguồn ảnh: Tác giả*

**4.4. Thuận lợi và khó khăn:** Một số thuận lợi của nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân trước khi ra viện đều được thực hiện chẩn đoán hình ảnh sau phẫu thuật, trong đó siêu âm Doppler là 46.43%, MSCT mạch chi dưới là 53.57%. Trong năm 2019 – 2020 số ca được thực hiện MSCT chỉ là 2/13 ca chiếm 15.38%, nhưng giai đoạn 2021 - 2023, số ca được thực hiện là 28/43 ca chiếm 65.11%, như vậy có sự tiến bộ đáng kể trong theo dõi sau phẫu thuật.



Hình ảnh tắc động mạch chày trước phải trên Siêu âm Doppler mạch chi dưới



Hình ảnh hẹp động mạch chủ chậu phải trên phim chụp động mạch chủ chậu 2 bên



Hình ảnh vôi hóa, hẹp tắc động mạch đùi nông trái trên phim MSCT

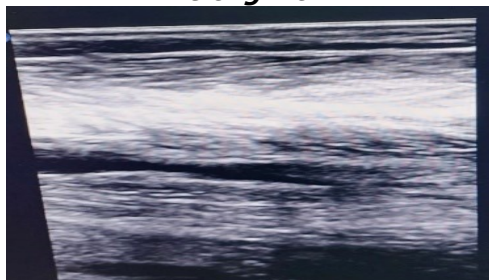
**Hình 4.3. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh phục vụ chẩn đoán**

Ngoài ra, bệnh viện đang bước đầu triển khai đánh giá lưu thông mạch trong mổ cho các trường hợp nghi ngờ có hẹp tắc cầu nối, bằng

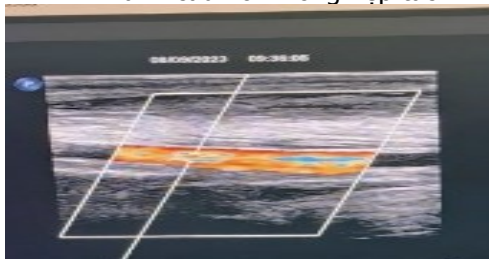
các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như Siêu âm Doppler hoặc MSCT, giúp đánh giá ngay tình trạng lưu thông cầu nối, từ đó có thể sửa chữa, phục hồi lại lưu thông sớm nhất có thể nếu cần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp được đánh giá lưu thông trong mổ bằng Siêu âm Doppler, kết quả cầu nối thông tốt.



**Hình 4.4. Các phẫu thuật viên đang thực hiện siêu âm Doppler kiểm tra cầu nối trong mổ**



Hình ảnh cầu nối không hẹp tắc



Hình ảnh dòng máu lưu thông qua cầu nối

**Hình 4.5 Siêu âm Doppler đánh giá trong mổ**  
Nguồn ảnh: Tác giả

Một số hạn chế của nghiên cứu: ABI là chỉ số rất có giá trị trong tầm soát hẹp động mạch chi dưới ở giai đoạn sớm, tuy nhiên đa phần các bệnh nhân của chúng tôi đến viện với lâm sàng rõ rệt (73.2%) từ giai đoạn III trở lên, trong đó tới 32.1% các trường hợp đã có dấu hiệu hoại tử đầu chi) nên việc tiến hành đo ABI giảm ý nghĩa trong chẩn đoán và không được thực hiện.

Mặc dù với sự phát triển rộng rãi của can thiệp nội mạch hiện nay, phẫu thuật không còn là sự lựa chọn hàng đầu nhất là với các tổn

thương ngắn, hẹp, và thuộc tầng chủ chậu. Tuy nhiên, kết quả dài hạn và trung hạn của phương pháp can thiệp còn chưa ổn định, theo Abdoli 2020 phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi có 17/53 (32.07%) bệnh nhân đã từng can thiệp mạch máu chi dưới cùng bên (nong bóng hoặc đặt Stent).<sup>6</sup> Như vậy vai trò của phẫu thuật bắc cầu càng nổi bật hơn khi là lựa chọn sau can thiệp thất bại.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bắc cầu trong điều trị bệnh động mạch chi dưới là phương pháp an toàn, hiệu quả cao để áp dụng, không cần các vật tư kĩ thuật công nghệ cao, giá thành rẻ, phù hợp với đa số các bệnh nhân, giúp có thêm lựa chọn điều trị cho người bệnh đặc biệt với tình trạng nước ta hiện nay vẫn đang trong giai đoạn phát triển, người dân có thu nhập chưa cao, điều kiện và kiến thức y tế hạn chế, thường đến viện trong giai đoạn muộn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abramson BL, Al-Omran M, Anand SS, et al.** Canadian Cardiovascular Society 2022 Guidelines for Peripheral Arterial Disease. *Can J Cardiol.* 2022; 38(5):560-587. doi:10.1016/j.cjca.2022.02.029
2. **Song P, Rudan D, Zhu Y, et al.** Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(8): e1020-e1030. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30255-4
3. **Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA.** Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease [TASC II]. *Dormandy JA.* 2007.
4. **Bhagirath VC, Nash D, Wan D, Anand SS.** Building Your Peripheral Artery Disease Toolkit: Medical Management of Peripheral Artery Disease in 2022. *Can J Cardiol.* 2022;38(5): 634-644. doi:10.1016/j.cjca.2022.02.004
5. **Quế ĐK, Trung NA.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Phục Hồi Lưu Thông Động Mạch Chi Dưới. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam.* 2020;15(45-55).
6. **Abdoli S, Katz S, Ochoa C.** Long-Term Patency and Clinical Outcomes of Nitinol Stenting for Femoropopliteal Atherosclerotic Disease. *Ann Vasc Surg.* 2020;66: 566-572. doi: 10.1016/j.avsg.2019.11.002
7. **Ambler GK, Twine CP.** Graft type for femoropopliteal bypass surgery. *Cochrane Vascular Group, ed. Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 2018(2). doi:10.1002/14651858.CD001487.pub3
8. **Thịnh, C Văn.** kết quả thực hiện phẫu thuật bắc cầu tại chỗ trong tắc động mạch mạn chi dưới bằng tình mạch hiển có nối soi phá van tại bvnd 115. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam.* 2021;9:50-60.