

kể tới kết quả cuối cùng trước khi ra viện. Kết quả này nên được lý giải bởi cỡ mẫu và số biến cố trong nghiên cứu quá nhỏ để đánh giá tác động tích cực của các thuốc như các thử nghiệm trước đây.

Trong thử nghiệm CAPRICORN, Carvedilol sau nhồi máu cơ tim cấp đã giảm 4,3 lần nguy cơ tương đối rối loạn nhịp thất (trong đó có 70% là nhanh thất) [8]. Với bằng chứng này, thử nghiệm tiếp theo đã ủng hộ việc sử dụng thuốc chẹn Beta nhằm giảm nguy cơ tái phát loạn nhịp thất nguy hiểm. Thử nghiệm OPTIC cho thấy điều trị bằng chẹn Beta với thiết bị phá rung tự động đã giảm tần suất sốc so với chỉ dùng máy phá rung tự động riêng lẻ [9]. Quan trọng hơn, thử nghiệm OPTIC cho thấy so với nhóm chỉ dùng thuốc chẹn Beta, thuốc chẹn Beta kết hợp với Amiodarone đã giảm 12% nguy cơ tuyệt đối và 37% nguy cơ tương đối các nhát sốc tử máy phá rung.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu những rối loạn nhịp thất ở 150 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da, chúng tôi nhận thấy:

Rối loạn nhịp thất nghiêm trọng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh xảy ra tại các thời điểm: khi nhập viện (nhanh thất và rung thất chiếm 2,66%); trong can thiệp (5,33%); sau can thiệp (2,66%) và trước khi ra viện không có bệnh nhân nào rung thất, có 3 bệnh nhân nhanh thất (2%). Xu hướng rối loạn nhịp thất mức độ nặng giảm dần qua quá trình theo dõi, điều này cũng phản ánh hiệu quả của việc điều trị kịp thời. Nam giới có thể là yếu tố bảo vệ trong khi đó, suy tim EF \leq 40% và đặc biệt là hiện tượng dòng chảy chậm sau can thiệp tác động lớn tới

sự hình thành rối loạn thất nghiêm trọng có ý nghĩa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tsao, C.W., et al.**, Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 2022. 145(8): p. e153-e639.
2. **Piccini, J.P., et al.**, Antiarrhythmic drug therapy for sustained ventricular arrhythmias complicating acute myocardial infarction. *Crit Care Med*, 2011. 39(1): p. 78-83.
3. **Bùi Thị Mỹ Lệ và cộng sự**, Đánh giá đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp động mạch vành (2016). Luận văn thạc sĩ y học.
4. **Wongthida, T., et al.**, Development of a Clinical Risk Score for Prediction of Life-Threatening Arrhythmia Events in Patients with ST Elevated Acute Coronary Syndrome after Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. 19(4).
5. **Ohlow, M.A., et al.**, Incidence and predictors of ventricular arrhythmias after ST-segment elevation myocardial infarction. *Am J Emerg Med*, 2012. 30(4): p. 580-6.
6. **Nepper-Christensen, L., et al.**, Importance of elevated heart rate in the very early phase of ST-segment elevation myocardial infarction: Results from the DANAMI-3 trial. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*, 2019. 8(4): p. 318-328.
7. **Pantea-Rosan, L.R., et al.**, No-Reflow after PPCI-A Predictor of Short-Term Outcomes in STEMI Patients. *J Clin Med*, 2020. 9(9).
8. **McMurray, J., et al.**, Antiarrhythmic effect of carvedilol after acute myocardial infarction: results of the Carvedilol Post-Infarct Survival Control in Left Ventricular Dysfunction (CAPRICORN) trial. *J Am Coll Cardiol*, 2005. 45(4): p. 525-30.
9. **Stuart J Connolly et al.**, Comparison of beta-blockers, amiodarone plus beta-blockers, or sotalol for prevention of shocks from implantable cardioverter defibrillators: the OPTIC Study: a randomized trial. *JAMA*. 2006 Jan 11;295(2):165-71.

VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI CÓ BIẾN CHỨNG MẤT MÔ: KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Quang Thứ¹, Nguyễn Đỗ Nhân^{1,2}, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm tắc động mạch tầng dưới gối có biến

chứng mất mô; Kết quả can thiệp nội mạch điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu mô tả loạt ca các trường hợp viêm tắc động mạch tầng dưới gối mất mô tại bệnh viện Thống Nhất, từ 03/2021 đến 03/2023. **Kết quả:** 41 bệnh nhân, tỉ lệ nam nữ 1,73/1. Gồm 02 phân nhóm: dưới gối đơn tầng và dưới gối đa tầng. Nhóm đa tầng chiếm tỉ lệ cao (60,9%). TASC II C, D chiếm đa số (34,1%, 56,1%). Thời gian can thiệp nội mạch trung bình 65,8 + 25 phút. Thành công về mặt kỹ thuật 75,6% sau can thiệp và 68,3% sau 06 tháng. Kết quả trung bình, tốt 78,1% ra viện, 70,7% sau 06 tháng. Biến chứng: 02

¹Đại học Y Dược - Đại học Huế

²Bệnh viện Thống Nhất - TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: ndnhan.22ncs017@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024

nhễm trùng vị trí can thiệp, 02 tụ máu vị trí vào ống thông, 01 giả phình tại vị trí can thiệp, 01 tắc mạch, 06 suy thận diễn tiến đáp ứng điều trị, 01 tái tưới máu cắt cụt, 01 tử vong do đa bệnh lý. **Kết luận:** Viêm tắc động mạch mạn tính tầng dưới gối mất mô là giai đoạn nặng, đặc điểm đa dạng; điều trị can thiệp nội mạch đạt kết quả khả quan. Tỷ lệ các biến chứng tương tự nghiên cứu khác.

Từ khoá: can thiệp nội mạch, động mạch tầng dưới gối, loét và mất mô

SUMMARY

OUTCOME OF BELOW THE KNEE ARTERITES ENDOVASCULAR RECANALIZATION IN PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA AT THE STAGE V, VI BY RUTHEFORD CLASSIFICATION

Objectives: Clinical, subclinical features of thrombophlebitis of the strum artetiris below the knee with complications of tissue loss; Results of endovascular intervention treatment. **Methodology:** A retrospective description of endovascular intervention treatment of artetiris below the knee thrombophlebitis with tissue loss complications at Thong Nhat hospital from 03/2021 to 03/2023. **Result:** 41 patients, male/female ratio is 26/15. Divided into 2 lesions: under pillow and the multi-stage and pillow. The group of multi-stage lesion accounted for a high rate (60.9%). TASC II C, D accounted for the majority (34.1%, 56.1%). Average endovascular intervention time takes 65.8 + 25 minutes. Technically successful are 75.6% after intervention and 68.3% after 06 months. Average results, good 78.1% discharged, 70.7% after 06 months. Complications: 02 infections at the intervention site, 02 hematomas at the catheter site, 01 pseudoaneurysm at the intervention site, 01 embolis, 06 progressive renal failure responding to treatment, 01 reperfusion amputation, 01 Death from multiple diseases. **Conclusion:** Chronic thrombophlebitis below the knee tissue loss is a severe stage with diverse charatertistics; Endovascular interventional treatment achieves positive results. Prevalence of complications similar to other studies.

Keywords: endovascular intervention, below the knee arteries, ulceration and tissue loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính là bệnh lý phổ biến. Loét, mất mô là giai đoạn cuối của bệnh, nguy cơ đoạn chi cao, tàn phế, tử vong [3],[4],[7]. Trước đây, điều trị chính là phẫu thuật, tuy nhiên gặp nhiều khó khăn do vùng tận của động mạch ngoại biên, cao tuổi, nhiều bệnh kết hợp. [3],[4],[8].

Hiện nay, can thiệp nội mạch động mạch trở thành phương pháp điều trị quan trọng vì hiệu quả, thời gian, hầu như không gây mê, can thiệp được nhiều tầng; Mở ra hy vọng mới cho các bệnh nhân cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm tắc động mạch tầng dưới gối có loét, mất mô*

2. *Kết quả điều trị can thiệp nội mạch điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các trường hợp viêm tắc động mạch tầng dưới gối có biến chứng loét, mất mô được can thiệp nội mạch tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian từ tháng 03/2021 đến 03/2023.

Tiêu chuẩn chọn: bệnh viêm tắc động mạch tầng dưới gối có loét, mất mô. Tiêu chuẩn loại trừ: không đồng ý can thiệp; chống chỉ định thuốc cản quang, có tổng thương mạch hệ thống chưa ổn định. Thiếu máu do chấn thương, vết thương, huyết tắc, tai biến phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca

2.2.2. Chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỷ lệ mẫu ước tính; α : Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Tỷ lệ bảo tồn chi là mục tiêu chính, theo một số nghiên cứu [2], [4], [5] vào khoảng 90%, chúng tôi chọn $p = 0,1$, $d = 0,1$. Thế vào công thức, $n = 34,5$. Vậy cỡ mẫu cần thiết là 35 trường hợp.

2.2.3. Thực hiện, nhận định kết quả

Tiêu chuẩn: tổn thương mạch máu theo TASC II [8]. Lâm sàng theo Rutheford, ABI chia 5 nhóm [3].

Chỉ định: theo TASC II [3]. Kỹ thuật: nong bóng, hoặc nong bóng và đặt giá đỡ. Quy trình: giải thích bệnh, can thiệp (dưới gối): tê tại chỗ, vào Động mạch đùi (6F) xuôi dòng, heparin tĩnh mạch, đặt ống thông (6F), chụp đánh giá, vào dây dẫn (18, 35). Bóng nong (balloon), nếu không đạt sẽ đặt giá đỡ. Đóng đường vào. Chiến lược: ưu tiên can thiệp 01 nhánh nếu nhiều nhánh hẹp. Đơn tầng dưới gối: can thiệp dưới gối. Đa tầng: tầng trên can thiệp trước; can thiệp: 1 thì khi tổn thương không phức tạp (TASC II A, B) và chức năng thận bình thường

Đánh giá lâm sàng: tốt khi tăng > 1 độ rutheford, ABI tăng > 0,15, thành công kỹ thuật: hẹp tồn lưu < 30% [4]. Các biến chứng, tử vong. Kết quả chung: tốt: thành công, không

biến chứng; trung bình: thành công, có biến chứng; kém: tái hẹp, tắc.

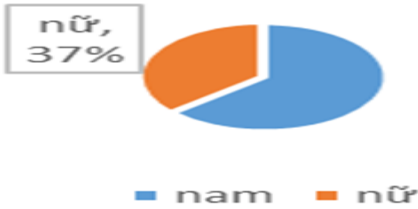
2.2.4. Xử lý số liệu: phân nhóm: Dưới gối đơn tầng, Dưới gối đa tầng; tuổi, giới, nguy cơ; lâm sàng, ABI, siêu âm, CTA, vị trí can thiệp, số lần, bóng, bóng và giá đỡ, kết quả (ra viện, 06 tháng, hằng năm), biến chứng, can thiệp lại, chuyển phẫu thuật. Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0 và các phép kiểm thích hợp.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

41 trường hợp.

3.1. Đặc điểm: Tuổi, giới: nam 63,4%, nữ 36,6% (26/15). Độ tuổi trung bình 71,3, ao nhất 85, thấp nhất 57 tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố về giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ 2 Nam/ 1 Nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0,05)

Nguy cơ: tăng huyết áp (75,6%), rối loạn chuyển hóa lipid (46,3%), đái tháo đường nhóm 2 (34,1%), suy thận mạn (29,3%), hút thuốc lá (21,9%). Không có sự khác biệt giữa 2 phân nhóm (P < 0,5).

Phân nhóm: dưới gối đơn tầng và dưới gối đa tầng

Đa tầng 60,9%. đơn tầng 39,1%. Chỉ ở 01 chân 51,2%. Tổn thương động mạch hệ thống 41,5%.

Bảng 1. Tổn thương theo phân nhóm

Chi tiết	n	Tỷ lệ (%)
Dưới gối đơn tầng	16	39,1
Dưới gối đa tầng	25	60,9
1 chân	16	39,1
2 chân	25	60,9
vành, não	17	41,5

Nhận xét: Đa tầng cao hơn đơn tầng

Đặc điểm lâm sàng, loét-mất mô, ABI, phân nhóm (TASC II)

Bảng 2. Các mức độ Rutherford, ABI, TASC II ở các phân nhóm và mẫu

Phân nhóm	Đơn tầng (n = 15)		Đa tầng (n = 26) (N = 41)		
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)
Rutherford V	10	66,7	10	38,5	40,0
Rutherford VI	05	33,3	16	61,5	39,0
ABI < 0,4	01	6,7	00	0,0	01
ABI 0,4-0,75	03	20,0	02	7,7	05
ABI 0,75-0,9	03	20,0	02	7,7	05
ABI 0,9-1,4	01	6,7	00	0,0	01
TASC II A	01	6,7	00	0,0	01
TASC II B	02	13,3	02	7,7	04
TASC II C	07	46,7	06	23,1	13
TASC II D	06	40,0	17	65,4	23

Rutherford	V	10	62,5	10	40,0	20	48,8
	VI	05	33,3	16	61,5	21	51,2
ABI	0,9-1,4	01	06,6	00	00	01	02,4
	0,75-0,9	03	26,6	02	07,7	05	12,2
	0,4-0,75	06	46,7	08	30,7	14	34,1
	< 0,4	05	33,3	16	61,5	21	51,2
TASC II	A	01	00	00	00	01	02,4
	B	02	13,3	02	07,7	04	09,7
	C	07	46,6	06	23,1	13	34,1
	D	06	40,0	17	65,4	23	56,1

Nhận xét: Mất mô/VI (Rutherford) nhóm đa tầng chiếm tỷ lệ cao. ABI < 0,4 chiếm 51,2%. TASC C và D chiếm đa số 90,2% (tổng C và D).

3.2. Kết quả can thiệp

Thời gian: trung bình 65,8 + 25 phút. Nhanh nhất 47, dài nhất 112 phút

Thời gian nằm viện: trung bình 4,3 ngày (không tính chăm sóc loét).

Cải thiện ABI: ABI trước can thiệp: 0,4 + 0,06, ra viện: 0,6 + 0,03, sau 06 tháng: 0,5 + 0,02. Khác nhau có ý nghĩa thống kê (P < 0,05)

Thành công kỹ thuật:

Kỹ thuật: nong bóng 31 trường hợp, bóng phủ thuốc 10 trường hợp.

Bảng 3. Kết quả can thiệp nội mạch về ABI, kỹ thuật lúc ra viện, 06 tháng

Thời điểm	Sau can thiệp				06 tháng			
	Cải thiện		Thất bại		Cải thiện		Thất bại	
	N	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Kỹ thuật	31	75,6	09	21,9	28	68,3	11	26,8
Lâm sàng	34	82,9	06	14,6	30	73,1	09	21,9

Nhận xét: thành công ngắn hạn (06 tháng) khoảng 70%.

Loét, mất mô:

Bảng 4. Điều trị loét mất mô

Mất mô	Loét, n = 27			
	Liên sau 01 tháng	Liên sau 06 tháng	Đoạn chi	Tử vong
n=14	07	24	01	01

Nhận xét: đa số liền trong 06 tháng.

Biến chứng:

Bảng 5. Các biến chứng sau can thiệp

	Nhiễm trùng	Tụ máu	Giả phình	Tắc mạch	Suy thận diễn tiến	Đoạn chi	Tử vong
n	02	02	01	01	06	01	01

Nhận xét: tổn thương thận diễn tiến 06 trường hợp.

Kết quả chung: xem xét đến kết quả tổng thể điều trị, có biến chứng hay không.

Bảng 6. Kết quả điều trị chung.

Kết quả	Sau can thiệp		06 tháng	
	n	Tỉ lệ(%)	n	Tỉ lệ(%)
Tốt	30	73,1	26	63,5
Trung bình	02	04,8	03	07,3
Kém	09	21,9	12	29,2

Nhận xét: kết quả tốt sau can thiệp chiếm tỉ lệ cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm

Tuổi, giới: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 71,3 tuổi. Một số nghiên cứu, tỉ lệ mắc bệnh > 40% ở độ tuổi từ 80 [4], [5], [6], [7]. Kết quả này cũng phù hợp bệnh mạn tính, nhiều năm. Hơn nữa, nghiên cứu này cũng tập trung vào nhóm bệnh giai đoạn cuối của quá trình. Tỉ lệ mắc bệnh ở Nam cao hơn Nữ (1,73/1). Tương tự Lida, Nam giới chiếm 72% [6], 66% [5]. Theo Mustapha [5] nam phơi nhiễm nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh hơn nữ như thuốc lá, rối loạn lipid. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) về giới và độ tuổi giữa 2 phân nhóm nghiên cứu.

Nguy cơ, bệnh kết hợp: Chủ yếu là tăng huyết áp (75,6%), hút thuốc lá (21,9%). Tỉ lệ hút thuốc lá ở Nam giới cũng làm cho yếu tố này trở thành nguy cơ và làm tăng tỉ lệ Nam giới mắc bệnh. Ở giai đoạn bệnh đã tiến triển đến loét, mất mô, bệnh kết hợp chiếm tỉ lệ khá cao.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, suy thận mạn chiếm tỉ lệ 29,3%. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu trong nước trước đây [1], [2] Trong khi đó, nghiên cứu nước ngoài có kết quả cao hơn, Mustapha [5]-34%. Có thể do tỉ lệ mắc suy thận ở người nước ngoài cao hơn. Chúng tôi tập trung vào những trường hợp nặng, nên số trường hợp suy thận mạn có thể cao hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) về yếu tố nguy cơ và bệnh kèm giữa 02 phân nhóm, mặc dù về đặc điểm suy thận mạn, nhóm đa tầng có số lượng cao hơn.

Tính chất tổn thương giữa 2 phân nhóm: tỉ lệ đa tầng chiếm đa số 63,4%. Theo kết quả ghi nhận, tổn thương đa số là Tasc C, D (34,1% và 56,1%), hầu như không có A (chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp). Lida (2013) cũng thấy tổn thương tầng dưới gối đơn tầng (chiếm tỉ lệ 42%), [6]. Ở giai đoạn cuối của bệnh, hầu như tổn thương đều ở nhiều tầng, nặng nề, xơ vữa kéo dài.

Loét-mất mô: tỉ lệ trường hợp loét mất mô khu trú và lan rộng gần như nhau. Ở nhóm đơn tầng, loét-mất mô khu trú ngón chân có phần ưu thế (62,5%). Ở nhóm đa tầng, loét-mất mô diện

rộng có phần ưu thế (61,5%). Loét hoại tử ở ngón chân chiếm 57 % theo Lida, loét hoại tử hỗn hợp nhiều vị trí là 20% [6], Trần Đức Hùng (2016) 32,9%, loét rộng là 3,9% [2]. Chúng tôi thấy rằng, loét và mất mô ở bệnh viêm tắc động mạch mạn tính chi dưới có điểm chung là rất lâu lành, hay tái phát, suy kiệt.

4.2. Kết quả

Thời gian can thiệp, nằm viện: chúng tôi vô cảm hoàn toàn bằng gậy tê tại chỗ. Thời gian nằm viện nói chung ngắn hơn so với phẫu thuật. Có 01 trường hợp gây mê do bệnh tâm lý không ổn định, kết quả can thiệp trung bình.

Nhóm dưới gối đa tầng có thời gian can thiệp dài hơn nhóm dưới gối đơn tầng ($P < 0,05$). Ngoài thời gian can thiệp dưới gối còn thêm thời gian can thiệp tầng khác. Tính chất, độ nặng và nhiều tầng tổn thương khó dự đoán. Tắc hoàn toàn mạn tính là một thách thức lớn.

Cải thiện ABI: có ý nghĩa thống kê, tương tự với một số kết quả nghiên cứu [5], [6]. Sau thời gian, ABI không còn phản ánh chính xác vì xuất hiện bàng hệ. Giá trị ABI và thành công về mặt kỹ thuật của can thiệp nội mạch nói chung tốt ngay sau can thiệp, giảm dần theo thời gian.

Loét-mất mô: loét liền sau 01 tháng: 25,9% (01 đoạn chi do tái tưới máu). sau 6 tháng: 88,9%. 01 tiếp tục chăm sóc, 01 tử vong do đa bệnh lý. Liền loét mất mô sau 1 năm của Meltzer [4] là 45%. Các yếu tố ảnh hưởng xấu tới liền loét hoại tử là đái tháo đường ($HR = 7,0$), hút thuốc tiếp diễn ($HR = 5,3$) [4], tình trạng phụ thuộc insulin, lọc máu chu kỳ và mất tổ chức nhiều v.v... Có thể thấy điểm chung trong các kết quả này là dù được can thiệp, vẫn cần thời gian dài để chăm sóc liền vết loét mất mô. Kết quả về thời gian không hoàn toàn giống nhau giữa các nghiên cứu. Chăm sóc loét là quá trình, phối hợp, sự kiên trì do đó, kết quả sẽ khác nhau.

Chiến lược: chiến lược can thiệp theo tầng và thì: Tổn thương chỉ đơn tầng dưới gối: can thiệp dưới gối. Tổn thương đa tầng: tầng trên gối can thiệp trước, tầng dưới gối can thiệp sau. Cơ chế tái thông hiệu quả luôn có vai trò của sự thông thoáng của dòng đến và của dòng đi. Chiến lược theo thì (lần) can thiệp: có thể trong cùng 1 thì nếu các tổn thương không phức tạp và chức năng thận bình thường hoặc 2 thì (tầng trên thì 1, tầng dưới gối thì 2). Cắt lọc, chăm sóc mô loét được tiến hành sau đó.

Thành công kỹ thuật: Tỉ lệ thành công kỹ thuật của chúng tôi thời điểm ra viện và 6 tháng lần lượt là 75,6% và 68,3%. Theo một số nghiên cứu, tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật trên 80%

[1], [2], [5], [6]. Một số kết quả thực hiện từ khoảng 2015 trở về trước, khuyến cáo can thiệp đến tầng đùi khoeo; TASC II A, B; TASC II C còn cân nhắc. Kết quả, do đó, chưa mô tả đến những trường hợp can thiệp TASC II D. Vì vậy, kết quả thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi dù thấp hơn nhưng xử trí được cho những trường hợp người cao tuổi, TASC II nặng.

Biến chứng, tử vong: 02 nhiễm trùng, 02 tụ máu, 01 giả phình, 01 tắc mạch, 06 suy thận diễn tiến, 01 cắt cụt, 01 tử vong đa bệnh lý. Tỷ lệ biến chứng trực tiếp do can thiệp nội mạch dưới gối trong nghiên cứu này nói chung thấp. Với biến chứng tái tưới máu cần phối hợp nhiều chuyên khoa. Nỗ lực cứu sống chỉ rất quan trọng nhưng cần chuẩn bị đoạn chi ngay khi cần. Một trường hợp tử vong trong quá trình theo dõi 6 tháng do bệnh nhân có nền đa bệnh lý.

V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm tắc động mạch tầng dưới gối có biến chứng loét, mất mô hay gặp ở người cao tuổi, ABI < 0,4, chủ yếu TASC II C, D, nhiều tầng. Can thiệp nội mạch cho kết quả khả quan, chỉ bằng gây tê tại chỗ. Thời gian nằm viện ngắn, phục hồi vận động sớm. Các biến chứng và tử vong thấp, kết quả tương tự nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Dũng (2012). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh lý viêm tắc động mạch chi dưới bằng phương pháp

can thiệp nội mạch". Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học viện quân y.

2. Trần Đức Hùng (2016). "Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng phương pháp can thiệp nội mạch". Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y
3. V. Aboyans, J. B. Ricco et al. (2017). "2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)". Eur J Vasc Endovasc Surg.
4. A. J. Meltzer, G. Evangelisti, A. R. Graham et al. (2014). "Determinants of outcome after endovascular therapy for critical limb ischemia with tissue loss". Ann Vasc Surg, 28(1), pp. 144-151.
5. J. A. Mustapha, S. M. Finton, L. J. Diaz-Sandoval et al. (2016). "Percutaneous Transluminal Angioplasty in Patients with Infrapopliteal Arterial Disease: Systematic Review and Meta-Analysis". Circ Cardiovasc Interv, 9(5), pp. e003468.
6. O. Iida, S. Nanto, M. Uematsu et al. (2010). "Importance of the angiosome concept for endovascular therapy in patients with critical limb ischemia". Catheter Cardiovasc Interv, 75(6), pp. 830-836.
7. Sobieszczyk et al (2013). "Management of patients after endovascular interventions for peripheral artery disease". Circulation, 128(7), 749-757.
8. Tasc Steering Committee, M. R. Jaff, C. J. White et al. (2015). "An Update on Methods for Revascularization and Expansion of the TASC Lesion Classification to Include Below-the-Knee Arteries: A Supplement to the Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)", J Endovasc Ther, 22(5), pp. 663-677.

PHẪU THUẬT HYBRID ĐIỀU TRỊ BỆNH MẠCH CHI DƯỚI PHỨC TẠP

Ngô Tuấn Anh¹, Nguyễn Quốc Hưng¹, Đào Huy Hiếu¹,
Nguyễn Tiến Đông¹, Trần Quang Thái¹, Hoàng Anh Tuấn¹,
Hà Hoài Nam¹, Đặng Công Hiếu¹, Hà Đức Linh¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phối hợp phẫu thuật và can thiệp nội mạch (Hybrid) trong điều trị bệnh lý mạch máu hiện đang là xu hướng phát triển chung của thế giới do những ưu điểm vượt trội so với can thiệp hoặc phẫu thuật đơn thuần. Khoa phẫu thuật tim mạch bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 đã tiến hành phẫu thuật Hybrid đầu tiên vào năm 2016. Từ đó đến nay, phương pháp này đã đem lại cho bệnh nhân những hiệu quả tích cực. Mục tiêu nghiên cứu là mô tả ca

bệnh, đánh giá kết quả của áp dụng Hybrid trong điều trị bệnh mạch chi dưới và khả năng ứng dụng và phát triển của kỹ thuật này. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu quan sát, mô tả loạt ca bệnh trên 30 bệnh nhân đến khám, chữa bệnh và điều trị tại bệnh viện TWQĐ 108 từ 10/2019 đến 04/2022. **Kết quả:** Bệnh nhân chẩn đoán bệnh lý về các bệnh chi dưới phức tạp chủ yếu là nam giới (90%), tuổi trung bình 64,5±16,1 tuổi; tăng huyết áp (THA) chiếm 70%; đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm 30%. Về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: 90% bệnh nhân thiếu máu giai đoạn IV; 13,3% bệnh nhân tổn thương mạch vành; 26,6% bệnh nhân tắc động mạch chậu gốc, động mạch đùi nông. Phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân: 50% bóc nội mạc, tạo hình ngã ba động mạch đùi kết hợp đặt stent động mạch chậu gốc, nông động mạch đùi nông, động mạch khoeo và 3 trực căng chân; 26,6% bệnh nhân đặt stent động mạch chậu

¹Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Tuấn Anh
Email: tuananhterexa@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.12.2023
Ngày phản biện khoa học: 15.01.2024
Ngày duyệt bài: 5.2.2024