

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

LÊ ĐỨC TÍN

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NONG BÓN
VÀ ĐẶT GIÁ ĐỒ NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ
TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU TASC II A, B

NGÀNH: NGOẠI KHOA (NGOẠI LÒNG NGỰC)

MÃ SỐ: 62720124

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2022

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. ĐỖ KIM QUẾ
2. TS. PHẠM MINH ÁNH

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp trường

họp tại: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề:

Tắc ĐM mạn tính chi dưới là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm và không triệu chứng nên khi bệnh nhân đến khám và điều trị thường ở giai đoạn muộn. Theo thống kê, hiện nay ở Châu Âu và Bắc Mỹ có khoảng 27 triệu người bị mắc bệnh này. Tại Mỹ, theo nghiên cứu của John W. York và Spence M. Taylor, mỗi năm có hơn 10 triệu người mắc bệnh tắc ĐM chi dưới, trong đó bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 14,5%. Mỗi năm có trên 100.000 bệnh nhân cần phải điều trị tái lưu thông mạch máu, trong đó cắt cụt chi chiếm từ 1 đến 7% tất cả các trường hợp. Trong nghiên cứu Framingham, tỷ lệ mắc bệnh ĐM chi dưới là 3.5/1000 ở nữ và 7.1/1000 ở nam. Trong nghiên cứu tại Hà Lan (n=2327), tỷ lệ mắc bệnh ĐM chi dưới không triệu chứng là 7.8/1000 ở nữ và 12.4/1000 ở nam. Qua nhiều nghiên cứu, ghi nhận tần suất mắc bệnh động mạch chi dưới trên toàn thế giới chiếm 3-10% và tăng lên 15-20% đối với nhóm trên 70 tuổi. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Việt Nam, tỷ lệ bệnh ĐM chi dưới tăng đáng kể từ 1,7% (năm 2003) lên đến 3,4% (năm 2007). Tần suất tổn thương động mạch chậu TASC II A, B chiếm tỷ lệ cao ở nhiều nghiên cứu như Sixt và cộng sự (N= 1712) ghi nhận 57%, Ichihashi và cộng sự (N= 413) ghi nhận 70%, Deloose và cộng sự (N= 413) ghi nhận 96% mẫu nghiên cứu.

Các yếu tố liên quan mật thiết đến lưu thông mạch máu sau can thiệp bệnh ĐM chi dưới bao gồm lớn tuổi, ĐTD 2, hút thuốc lá và giới nam. Bên cạnh đó, nhiều tác giả còn ghi nhận các yếu tố khác liên quan đến kết quả lưu thông mạch máu như vô hiệu ĐM mạch, nữ giới, hút thuốc lá. Tắc ĐM chậu có thể phẫu thuật bắc cầu hay can thiệp nội mạch.

Ở Việt Nam, thời gian gần đây bắt đầu áp dụng kỹ thuật can thiệp nội mạch trong điều trị tắc ĐM mạn tính chi dưới. Đặc biệt là can thiệp tắc động mạch tầng chậu. Tại bệnh viện Chợ Rẫy (2012) khoa Phẫu thuật Mạch máu bước đầu điều trị bệnh nhân tắc ĐM mạn chi dưới bằng can thiệp nội mạch: Nong tạo hình lòng mạch qua da (PTA), đặt giá đỡ nội mạch (Stent) bước đầu cho kết quả khả quan. Số lượng bệnh nhân tắc ĐM chậu được điều trị bằng kỹ thuật này ngày càng tăng. Theo phân loại của hội TASC, đối với tầng chủ – chậu thì tắc ĐM chậu TASC II A, B phương pháp chọn lựa để điều trị là can thiệp nội mạch. Tuy nhiên, trong quá trình thực hành chúng tôi nhận thấy chưa có nhiều công trình nghiên cứu về theo dõi kết quả trung hạn can thiệp nội mạch tắc ĐM chậu TASC II A, B. Đó là lý do để chúng tôi tiến hành nghiên cứu với câu hỏi đặt ra là: ***Kết quả của nong bóng, đặt giá đỡ nội mạch điều trị tắc động mạch chậu TASC II A, B có tỉ lệ lưu thông là bao nhiêu?***

2. Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỉ lệ lưu thông mạch máu của nong bóng, đặt giá đỡ nội mạch điều trị tắc ĐM chậu TASC II A, B.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả của nong bóng, đặt giá đỡ nội mạch điều trị tắc ĐM chậu TASC II A, B.

3. Tính cấp thiết của đề tài:

Ngày nay, bệnh tắc động mạch ngoại biên được chẩn đoán và điều trị bằng can thiệp nội mạch ngày càng phổ biến. Bệnh thường có biểu hiện thiếu máu nuôi chi do xơ vữa thành mạch là chủ yếu. Bệnh nhân thường đến khám trong giai đoạn muộn của bệnh với các biểu hiện loét khó lành, hoại tử chi... Điều này gây nhiều khó khăn cho quá trình điều trị, theo dõi bệnh cũng gặp nhiều khó khăn do bệnh thường có nhiều yếu tố nguy cơ cao và bệnh phối hợp đi kèm. Do đó,

nghiên cứu về kết quả trung hạn và các yếu tố ảnh hưởng kết quả can thiệp tổn thương tầng chậu TASC A,B là rất cần thiết và có ý nghĩa trong điều trị bệnh động mạch chi dưới.

4. Những đóng góp mới của luận án:

- Đánh giá được kết quả trung hạn của can thiệp động mạch chậu tổn thương TASSC II A, B.

- Ứng dụng nhiều kỹ thuật tiếp cận vị trí đường vào trong can thiệp tầng chậu.

- Xác định được các yếu tố liên quan đến tỷ lệ lưu thông mạch máu, tử vong chung của nghiên cứu.

5. Bố cục luận án:

Toàn bộ luận án dài 118 trang, phần Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu 3 trang, phần Tổng quan 35 trang, phần Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 16 trang, Kết quả nghiên cứu 29 trang, Bàn luận 32 trang, Kết luận 2 trang và Kiến nghị 1 trang. Có 34 bảng, 10 biểu đồ, 19 hình, 1 sơ đồ, 171 tài liệu tham khảo (13 Tiếng Việt, 158 Tiếng nước ngoài).

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu động mạch chi dưới

Theo tác giả Lê Văn Cường, đường kính trung bình ĐM của người Việt Nam như sau:

Bảng 1.1. Đường kính trung bình ĐM chi dưới

Động mạch	Chiều dài (mm)	Đường kính (mm)	
		Nam	Nữ
Chậu chung	39	7,7	
Chậu ngoài	92	6,76	63,8
Chậu trong	34,5	5,13	

1.3. Các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp

1.3.1. Tuổi: Bệnh ĐM chi dưới thường xảy ra ở người trên 50 tuổi, chiếm tỷ lệ khoảng 12% dân số. Tỷ lệ này gia tăng đến 20% ở người trên 70 tuổi.

1.3.2. Hút thuốc lá: Là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất liên quan đến bệnh lý xơ vữa động mạch chi dưới, Các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐM ngoại biên tăng tỷ lệ thuận với số gói – năm.

1.3.3. Rối loạn chuyển hóa mỡ: Tỷ lệ RLCHM chiếm hơn 60% mẫu nghiên cứu theo NHANES, 77% mẫu nghiên cứu theo Hirsch AT và cộng sự.

1.3.4. Tăng huyết áp:

Bệnh ĐM ngoại biên có thể kèm THA, mặc dù sự phối hợp này không rõ nét như với bệnh ĐM vành hay ĐM não.

1.3.5. Đái tháo đường

Người ĐTĐ, cứ mỗi 1% tăng HBA₁C sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐM ngoại biên lên 26%.

1.3.6. Bệnh lý phối hợp

Tác giả Hirsch AT và cộng sự (n= 6979), bệnh ĐM ngoại biên có bệnh tim mạch chiếm 16% mẫu nghiên cứu.

Suy tim: Nghiên cứu MAGGIC cho thấy có mối liên quan giữa suy tim bảo tồn phân suất tống máu và bệnh mạch máu ngoại biên, đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi.

Suy thận mạn: Nghiên cứu CRIC cho thấy bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3 đến giai đoạn 5 tăng nguy cơ bệnh ĐM ngoại biên.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD): là yếu tố nguy cơ cao của bệnh lý tim mạch. Tỷ lệ mắc bệnh ĐM ngoại biên trên nhóm COPD so với nhóm không COPD là 8,8% so với 1,8%.

1.5. Chẩn đoán tắc động mạch chi dưới

1.5.1. Triệu chứng lâm sàng

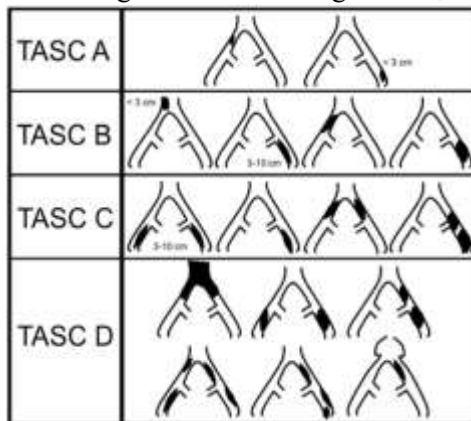
Bảng 1.2. Phân giai đoạn lâm sàng theo Fontaine và Rutherford

Phân loại Fontaine		Phân loại Rutherford			
Giai đoạn	Triệu chứng	Độ	Mức	Triệu chứng	
I	Không triệu chứng	↔	0	0	Không triệu chứng
			I	1	Đau cách hồi nhẹ
II	Con đau cách hồi	↔	I	2	Đau cách hồi vừa
			I	3	Đau cách hồi nặng
III	Đau do thiếu máu khi nghỉ	↔	II	4	Đau do thiếu máu khi nghỉ
IV	Loét hoặc hoại tử	↔	III	5	Hoại tử tổ chức ít
			III	6	Hoại tử tổ chức nhiều

1.5.2. Triệu chứng cận lâm sàng

1.5.2.5. Chụp đa lát cắt hệ động mạch chi dưới

Phân loại tổn thương TASC II của tầng chủ-chậu như sau:



Hình 1.10. Phân loại theo TASC II

“Nguồn: Norgren L, 2007”

1.6. Điều trị

1.6.1. Điều trị nội

1.6.1.1. Điều trị các yếu tố nguy cơ

- Ngưng thuốc lá
- Kiểm soát tình trạng rối loạn chuyển hóa mỡ
- Kiểm soát huyết áp
- Kiểm soát đường huyết

1.6.1.2. Điều trị triệu chứng

- Tập luyện
- Điều trị bằng thuốc: cilostazol là thuốc được công nhận trong điều trị triệu chứng đau cách hồi và cải thiện chức năng sống.
- Kháng tiểu cầu

1.6.2.2. Can thiệp nội mạch

Nong tạo hình lòng mạch qua da: Phương pháp nong bóng là dùng bóng để mở rộng vị trí tắc của ĐM thông qua đường tiếp cận từ ngoài đi vào lòng mạch, qua chỗ tắc bằng dây dẫn và đưa bóng theo dây dẫn.

Đặt giá đỡ nội mạch: Giá đỡ nội mạch có nhiều loại, nhưng chủ yếu chia làm 03 loại:

- Giá đỡ nội mạch tự bung (SE):
- Giá đỡ nội mạch bung bằng bóng (BE):
- Giá đỡ nội mạch có màng phủ (CS):

Lựa chọn giá đỡ nội mạch tùy thuộc vào tổn thương và đặc tính của mạch máu.

Biến chứng can thiệp: Thủng, Tắc mạch cấp, Chảy máu và tụ máu, Giả phình, Suy thận cấp.

Tái hẹp của tổn thương sau can thiệp.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch mạn tính chi dưới được điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Triệu chứng của thiếu máu mạn tính chi dưới:

- Đau cách hồi ảnh hưởng sinh hoạt (Rutherford độ 2, 3).
- Đau khi nghỉ (Rutherford độ 4).
- Loét khó lành, hoại tử (Rutherford độ 5, 6).

+ Tổn thương đơn thuần ĐM chậu TASC II A, B có hoặc không tổn thương ĐM đùi kèm theo.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tắc ĐM chậu TASC II A, B có độ Rutherford 1 hoặc hoại tử chi.
- Tắc ĐM chậu TASC II A, B có nguy cơ phẫu thuật ASA IV, V.
- Tắc ĐM chậu TASC II A, B tiến hành phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch (hybrid).
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, so sánh trước sau can thiệp và theo dõi dọc.

2.2.2 Cỡ mẫu của nghiên cứu

Cỡ mẫu để ước lượng một tỉ số nguy hại.

Công thức:

$$n_{\text{Biếncổ}} \geq \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\log_e HR)^2} \quad N_{\text{Tổng}} = \frac{n}{\text{Prev}}$$

Trong đó:

- Sai lầm loại 1 (α) = 0,05.
- Sai lầm loại 2 (β) = 0,2
- Tỉ số nguy hại (HR) = 0.49 (*)
- Tỉ lệ hiện mắc (Prev) = 0,57 (*)

(*): theo nghiên cứu của tác giả Sixt và cộng sự (2013), đánh giá kết quả can thiệp động mạch chậu (n=1712), ghi nhận tỉ số nguy hại (HR) là 0,49; tỷ lệ hiện mắc của nhóm TASC II A, B trong là 57% mẫu nghiên cứu [**Error! Reference source not found.**].

- Thế vào công thức:

$$n_{\text{Biếncổ}} \geq \left(\frac{1.96 + 0.84}{\frac{1}{2} \log_e \frac{1 + 0.51}{1 - 0.51}} \right)^2 + 3 = 31 \quad N_{\text{Tổng}} = \frac{n}{\text{Prev}} = 55$$

Cần có ít nhất là 31 biến cố hoặc 55 đối tượng.

- Dự trừ mất mẫu 20% \Rightarrow có 80% đối tượng tham gia đủ nghiên cứu.

$$n_{\text{Hiệu chỉnh}} = \frac{n_{\text{Chưa hiệu chỉnh}}}{\text{Tỉ lệ tham gia}}$$

$$n_{\text{Hiệu chỉnh}} = \frac{55}{0.8} = 69$$

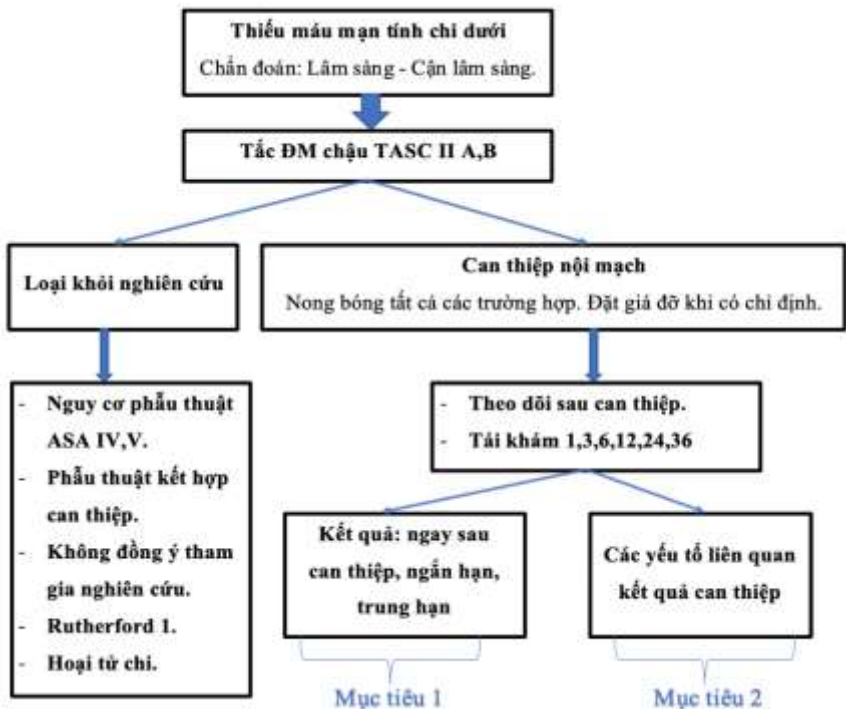
- Từ đó, nghiên cứu có cỡ mẫu cần tối thiểu là 69 trường hợp.

2.2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Lấy mẫu toàn bộ từ 10/2016 đến tháng 3/2019, theo dõi tất cả các TH đến tháng 9/2020 tại Khoa Phẫu thuật Mạch máu, BV Chợ Rẫy, Tp.HCM.

2.3. Quy trình nghiên cứu

2.3.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.3.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 3: Tiến hành can thiệp nội mạch

Chuẩn bị bệnh nhân

- Làm vệ sinh vùng bẹn: cạo lông, tắm xà phòng.
- Kháng sinh dự phòng trước mổ: Cefazoline 1g/ lọ, 2 lọ tiêm tĩnh mạch
- Lập đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể lập đường tĩnh mạch trung tâm trong những ca có suy tim, cần theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Tư thế bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm ngửa, tư thế dạng hai tay, gắn điện cực theo dõi nhịp tim, máy đo huyết áp và kiểm soát đường truyền tĩnh mạch.
- Tư thế chân duỗi thẳng, để lộ vùng bụng, bẹn và đùi cẳng chân.

Phương pháp vô cảm

- Gây tê tại chỗ: đối với những bệnh nhân can thiệp dưới 03 giờ
- Gây tê tủy sống.
- Gây mê nội khí quản: khi bệnh nhân có chống chỉ định gây tê tủy sống, cuộc mổ kéo dài hơn 03 giờ.

Kỹ thuật thực hiện:

- Sát trùng lại bằng Betadine, trải khăn lỗ.
- Tê tại chỗ bằng lidocaine 2% tại vị trí động mạch đùi phải hoặc trái vùng bẹn, chọc kim 18 qua hướng dẫn của siêu âm, sau đó đưa guidewire ngắn và luồn sheath vào ĐM cần can thiệp.
- Tiến hành chụp mạch xác định thương tổn trực tiếp qua ống dẫn hoặc qua ống thông.

- Tiếp tục đưa dây dẫn qua vị trí tổn thương (dựa vào định vị tổn thương trên màn hình), sau đó đưa bóng (ballon) vào trong lòng ĐM, nong với áp lực tương ứng trong bảng hướng dẫn. Thời gian từ 1 đến 3 phút.

- Sau khi nong, chụp kiểm tra, kết thúc can thiệp khi đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu <30% đường kính ban đầu, không có bóc tách.

- Tiến hành đặt giá đỡ trong trường hợp đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu >30% đường kính ban đầu, có bóc tách.

- Sau đó rút dây dẫn và ống dẫn, băng ép vết thương.

- Trong quá trình can thiệp sử dụng kháng đông heparine liều từ 50 đến 100mg/kg cân nặng.

Xử trí các biến chứng can thiệp: nghiên cứu viên sẽ ghi nhận các tổn thương lúc can thiệp, đặc điểm cuộc can thiệp, phối hợp xử trí các biến chứng xảy ra lúc can thiệp: vỡ mạch máu, bóc tách, huyết khối, tụ máu đường vào, biến dạng giá đỡ.

2.4. Phương pháp đánh giá kết quả

2.4.1. Đánh giá kết quả ngay sau can thiệp (kết thúc can thiệp đến khi BN xuất viện)

♦ Đánh giá về kỹ thuật:

- **Thành công:** đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu < 30%, không có bóc tách hoặc có bóc tách nhưng được đặt giá đỡ ngay sau đó, không xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ khi chụp DSA ngay sau can thiệp.

- **Thất bại:** đường kính lòng mạch hẹp tồn lưu > 30%, có bóc tách, xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ khi chụp DSA ngay sau can thiệp, phải can thiệp hoặc mổ mở bổ sung, có biến chứng đoạn chi hoặc tử vong trong can thiệp.

♦ **Đánh giá về lâm sàng**

- **Thành công:** Cải thiện ít nhất 01 phân loại Rutherford so với trước can thiệp (đối với nhóm bệnh đau cách hồi và đau khi nghỉ) và cải thiện ít nhất 2 phân loại Rutherford so với trước can thiệp (đối với nhóm bệnh có loét mất mô).

- **Thất bại:** Không cải thiện phân loại Rutherford so với trước can thiệp (đối với nhóm bệnh đau cách hồi và đau khi nghỉ) và cải thiện ít hơn 2 phân loại Rutherford so với trước can thiệp (đối với nhóm bệnh có loét mất mô), có biến chứng đoạn chi hoặc tử vong liên quan chi can thiệp.

♦ **Tai biến**

2.4.2. Đánh giá kết quả theo dõi: giai ngắn hạn (sau xuất viện đến tháng thứ 12), giai đoạn trung hạn (sau tháng 12 đến lần theo dõi cuối cùng):

♦ **Lưu thông mạch máu:** trong thực hành lâm sàng, mạch máu được can thiệp xem là còn lưu thông khi có 1 trong 3 tiêu chí sau:

(1). Hình ảnh học cho thấy có dòng chảy qua tổn thương sau can thiệp như DUS, CTA, MRA hoặc DSA được xem là tiêu chí tốt nhất, phù hợp nhất.

(2). Sờ thấy mạch sau can thiệp khi so với trước can thiệp.

(3). ABI cải thiện > 0.15 sau can thiệp so với trước can thiệp.

- **Lưu thông mạch máu nguyên phát:** những trường hợp được can thiệp tái thông tốt và không bị tái hẹp trong quá trình theo dõi.

- **Lưu thông mạch máu nguyên phát có hỗ trợ:** những trường hợp sau can thiệp ghi nhận có tái hẹp cần can thiệp lại để phòng ngừa tắc động mạch trong quá trình theo dõi.

- **Lưu thông mạch máu thứ phát:** những trường hợp sau can thiệp ghi nhận có tắc động mạch cần can thiệp lại hoặc phẫu thuật trong quá trình theo dõi.

♦ **Tử vong**

♦ **Biến chứng:** giả phình, rò Động – Tĩnh mạch, biến dạng giá đỡ, nhồi máu cơ tim, đột quy não, đoạn chi.

2.9. Vấn đề y đức trong nghiên cứu:

BN hoàn toàn có quyền từ chối tham gia. Tất cả thông tin thu thập được đảm bảo tính bí mật, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2020, chúng tôi nhận được 133 trường hợp vào phân tích và có kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là $70,2 \pm 11,0$ tuổi (nhỏ nhất: 47 tuổi; lớn nhất: 97 tuổi). Đa phần các đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 60-80 tuổi chiếm 61,7% (82/133). Đa phần các đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm tỉ lệ 85,0% (113/133).

3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp

Có 90 bệnh nhân (67,7) hút thuốc lá. Các bệnh kèm theo phổ biến trong mẫu nghiên cứu lần lượt là tăng huyết áp (56,4), rối loạn mỡ máu (41,4), bệnh mạch cảnh (37,6), đái tháo đường (35,3), tiền sử tai biến mạch máu não (12,8), và bệnh phổi mạn tính (12,0). Các bệnh kèm theo ít gặp là bệnh mạch vành (4,5), rung nhĩ (3,0), tiền sử nhồi máu cơ tim (2,3), suy tim (2,3), bệnh gan mạn tính (2,3), và bệnh thận mạn tính (1,5).

3.3. Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp

Có 60 bệnh nhân (45,1) có đau cách hồi, 45,9% loét khó lành, 27,1% hoại tử, 18,8% nhiễm trùng.

Đa số bệnh nhân có chân bệnh chính trước can thiệp được phân độ Rutherford III (54 trường hợp, 40,6) và V (50 trường hợp, 37,6), không có trường hợp nào độ 0 hoặc I, số trường hợp độ VI là 12 (9,0).

Chỉ số ABI trung bình của chân chính trước can thiệp là $0,3 \pm 0,2$, thấp nhất là 0, cao nhất là 0,9. Đa số được phân loại nặng theo ABI ($<0,40$) (88 trường hợp, 66,2).

Bảng 3.7. Phân loại TASC II của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nong bóng n=46(%)	Giá đỡ n=87(%)	Tổng cộng N=133(%)
Phân loại TASC II			
A	34 (73,9)	32 (36,8)	66 (49,6)
B	12 (26,1)	55 (63,2)	67 (50,4)

- Có 66 bệnh nhân (49,6) được phân độ A theo TASC II và 67 bệnh nhân (50,4) được phân độ B theo TASC II.

3.5. Đặc điểm can thiệp của đối tượng nghiên cứu

3.5.1. Phương pháp vô cảm, thời gian can thiệp, liều dùng cản quang

Có 119 bệnh nhân (89,5) được vô cảm bằng phương pháp tê tại chỗ khi can thiệp, số còn lại được gây mê nội khí quản (10,5).

Thời gian can thiệp trung bình là $150,0 \pm 51,5$ phút, lượng cản quang sử dụng trung bình là $50,9 \pm 10,2$ ml. 100% bệnh nhân được sử dụng heparin duy trì sau can thiệp.

Số ngày nằm viện trung bình của mẫu nghiên cứu trung bình là $16,5 \pm 6,7$ ngày, số ngày nằm viện trung bình sau can thiệp là $4,7 \pm 2,7$ ngày.

3.5.2. Đặc điểm chi can thiệp

Vị trí đường vào can thiệp cho các đối tượng nghiên cứu nhiều nhất là ĐM đùi đối bên chiếm 45,9% (61/133), tiếp đến là ĐM đùi

cùng bên chiếm 42,1% (56/133), ít hơn là từ ĐM cánh tay chiếm 9,8% và ĐM khoeo 2,2%.

ĐM can thiệp các đối tượng nghiên cứu nhiều nhất là ĐM chậu ngoài chiếm 44,4% (59/133), tiếp đến là ĐM chậu chung chiếm 38,3% (51/133), cả 2 ĐM chậu chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ 17,3% (23/133). Can thiệp ĐM đùi đi kèm chiếm 57,1% (76/133).

Có 2 phương pháp can thiệp nội mạch là nong bóng chiếm 34,6% (46/133) và giá đỡ chiếm 65,4% (87/133).

Đối với phương pháp sử dụng nong bóng N=46(%): đường kính bóng trung bình là $6,5 \pm 0,7$ mm, chiều dài bóng được chọn nhiều nhất là 100 mm, chiếm 41,3% và 120 mm, chiếm 30,4%, ít hơn là 80 mm chiếm 15,2% và 150 mm chiếm 13,1%.

Đối với phương pháp sử dụng giá đỡ N=87(%): có 2 loại giá đỡ tự bung (93,1) và bung bằng bóng (6,9), đường kính trung bình giá đỡ là $7,3 \pm 0,6$ mm, chiều dài giá đỡ được chọn nhiều nhất là chiều dài 100mm (38,9) và 80 mm (30,0), tiếp đến là 120 mm (21,1), ít hơn là 150mm (8,9) và 60 mm (1,1). Hầu hết chỉ sử dụng 1 giá đỡ chiếm 98,9%, có 1 trường hợp sử dụng 2 giá đỡ (1,1).

3.6. Kết quả ngay sau can thiệp

3.6.1. Kết quả điều trị ngay sau can thiệp

Bảng 3.10. Kết quả điều trị ngay sau can thiệp mạch máu

Đặc điểm	Nong bóng n=46(%)	Giá đỡ n=87(%)	Tổng cộng N=133(%)
Kỹ thuật			
Thành công	46 (100)	84 (96,6)	130 (97,7)
Thất bại	0 (0)	3 (3,4)	3 (2,3)
Lâm sàng			
Thành công	28 (60,9)	55 (63,2)	83 (62,4)
Thất bại	18 (39,1)	32 (36,8)	50 (37,6)

Kết quả điều trị ngay sau can thiệp mạch máu có 130/133 trường hợp can thiệp thành công kỹ thuật chiếm 97,7% (KTC 95%: 93,6-99,2), thất bại chiếm 2,3% (KTC 95%: 0,8-6,4). Có 3 trường hợp thất bại do 1 trường hợp bị huyết khối cần phẫu thuật bổ sung, 2 trường hợp phải đoạn chi.

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào lâm sàng thì sau can thiệp có 62,4% (KTC 95%: 53,9-70,2) trường hợp thành công và 37,6% (KTC 95%: 29,8-46,1) trường hợp thất bại.

3.6.2. Tai biến

Các tai biến xuất hiện bao gồm: đoạn chi lớn 2 trường hợp (1,5); huyết khối, tụ máu đường vào, suy thận cấp, NMCT và phẫu thuật bổ sung 1 trường hợp (0,8).

3.7. Kết quả theo dõi

3.7.1. Kết quả Rutherford, ABI và lưu thông mạch máu

Phân độ Rutherford có tiến triển theo thời gian sau điều trị, nhóm không triệu chứng ngay sau xuất viện chỉ có 1 trường hợp thì đến giai đoạn ngắn hạn và trung hạn tăng lên 17 và 16 trường hợp, tương tự cho nhóm độ I. Ngược lại độ II trở lên giảm dần theo thời gian theo dõi từ 55 trường hợp còn 42 và 36, tương tự cho độ III, IV và V.

ABI tăng theo thời gian từ sau khi xuất viện đến gian đoạn trung hạn. Mức độ nặng giảm dần từ 8 trường hợp còn 6 trường hợp, mức độ nhẹ tăng từ 29 trường hợp lên 75 trường hợp. (ABI ở giai đoạn ngắn hạn là 131 trường hợp do không tính 2 trường hợp đoạn chi, trung hạn 114 trường hợp do không tính 9 trường hợp tử vong và đoạn chi).

Bảng 3.12. Lưu thông mạch máu

Đặc điểm	Ngắn hạn N=133(%)			Trung hạn N=115 (%)		
	Nong bóng n=46(%)	Giá đỡ n=87(%)	Tổng cộng N=133(%)	Nong bóng n=46(%)	Giá đỡ n=87(%)	Tổng cộng N=133(%)
Có lưu thông	41 (89,1)	79 (90,8)	120(90,2)	34 (73,9)	65 (74,7)	99(86,1)
Không lưu thông	5 (10,9)	8 (9,2)	13(9,8)	5 (10,9)	11 (12,6)	16(13,9)

3.8. Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị tắc ĐM chậu TASC II A, B

3.8.1.3. Phân tích hồi quy Cox đa biến mỗi liên quan giữa các yếu tố với lưu thông mạch máu

Những bệnh nhân có đái tháo đường nguy cơ không lưu thông mạch máu tăng 3,04 lần (KTC 95%: 1,20-7,72) so với nhóm không có đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những bệnh nhân có suy thận mạn nguy cơ không lưu thông mạch máu tăng 13,12 lần (KTC 95%: 1,25-137,1) so với nhóm không có suy thận mạn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Những bệnh nhân có vôi hóa nặng nguy cơ không lưu thông mạch máu tăng 8,62 lần (KTC 95%: 2,66-27,92) so với nhóm không có vôi hóa nặng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.8.2. Các yếu tố liên quan đến tử vong chung

3.8.2.3. Phân tích hồi quy Cox đa biến mỗi liên quan giữa các yếu tố với nguy cơ tử vong: Những bệnh nhân có vôi hóa nặng nguy cơ tử vong tăng 3,01 lần (KTC 95%: 1,33-6,82) so với nhóm không có, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $70,2 \pm 11,0$ tuổi (nhỏ nhất: 47 tuổi; lớn nhất: 97 tuổi) (Bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước cũng như y văn. Đào Danh Vĩnh nghiên cứu điều trị tắc ĐM chậu mạn tính bằng can thiệp có tuổi trung bình $70,2 \pm 9,5$, Phan Quốc Hùng có tuổi trung bình riêng nhóm can thiệp $64,4 \pm 13,3$, Galaria và cộng sự, tuổi trung bình 64 ± 11 . Nam giới chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu (113 trường hợp, 85%) cũng phù hợp với các tác giả khác.

4.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp

Hút thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ cao cho các bệnh lý mạch máu ngoại biên, nghiên cứu ghi nhận có 90 bệnh nhân (67,7%) hút thuốc lá, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp (Bảng 3.2). Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu của tác giả khác. Nghiên cứu Tetteroo và cộng sự có mẫu 279 bệnh nhân, hút thuốc được ghi nhận 252 bệnh nhân (90,3%), Pulli và cộng sự có mẫu 114 bệnh nhân, hút thuốc được ghi nhận 89 bệnh nhân (78%), Timaran và cộng sự có mẫu 189 bệnh nhân, hút thuốc được ghi nhận 159 bệnh nhân (84%).

4.3. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi có 60 bệnh nhân (45,1%) biểu hiện triệu chứng đau cách hồi. Khi so sánh với một số tác giả khác, triệu chứng đau cách hồi chiếm tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu chúng tôi như Galaria và cộng sự (n=276) triệu chứng đau cách hồi chiếm 77%, Sullivan và cộng sự (n=288) triệu chứng đau cách hồi chiếm 72,2%. Bên cạnh đó, triệu chứng đau khi nghỉ, ghi nhận có 73 bệnh nhân (54,9%) (Bảng 3.3). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Van và cộng sự.

Phân độ Rutherford nặng nhất là độ V, VI, lần lượt chiếm 37,6% và 9% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cũng phù với một số tác giả khác, Pulli và cộng sự có mẫu 114 bệnh nhân, phân độ Rutherford III (104 trường hợp, 91,5%), Shigeo Ichihashi và cộng sự có mẫu 288 bệnh nhân, phân độ Rutherford III (165 trường hợp, 59%).

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Phân loại tổn thương TASC II A, B: Có 66 bệnh nhân (49,6%) được phân loại A theo TASC II và 67 bệnh nhân (50,4%) được phân loại B theo TASC II (Bảng 3.7). Tỷ lệ phân loại tổn thương tương đương ở 2 nhóm tổn thương TASC II A và B. So sánh kết quả với các tác giả khác có TASC II A VÀ B lần lượt chiếm: 32% và 37%, 26,9% và 30,1%, 50,4% và 48,7%. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ phân bố hai nhóm tổn thương TASC II A và B ở các tác giả khác cũng tương đương nhau, điều này tương tự như trong nghiên cứu chúng tôi.

4.5. Đặc điểm can thiệp của đối tượng nghiên cứu

4.5.1. Phương pháp vô cảm, thời gian can thiệp, liều dùng cản quang

Phương pháp vô cảm gồm mê nội khí quản, tê tủy sống, tê tại chỗ... Phương pháp nào cũng có những ưu và khuyết điểm riêng. Tuy nhiên, việc chọn lựa phương pháp nào dựa vào thời gian phẫu thuật, loại phẫu thuật nhằm đảm bảo được cuộc phẫu thuật thành công tốt đẹp. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm những bệnh nhân lớn tuổi, có yếu tố nguy cơ kèm bệnh phối hợp. Do đó, chúng tôi có 119 bệnh nhân (89.5%) được vô cảm bằng phương pháp tê tại chỗ khi can thiệp, số còn lại được gây mê nội khí quản (Bảng 3.8). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác như Timaran và cộng sự, Sullivan và cộng sự, có tỷ lệ vô cảm bằng phương pháp tê tại chỗ lần lượt là 79%, 100%.

4.5.2. Đặc điểm chi can thiệp

Vị trí đường vào can thiệp phổ biến nhất trong nghiên cứu chúng tôi là ĐM đùi đối bên (61 trường hợp, 45,9%), tiếp theo là ĐM đùi cùng bên (56 trường hợp, 42,1%). Ngoài ra có 13 trường hợp được

tiếp cận từ ĐM cánh tay xuống (9,8%) và 3 trường hợp tiếp cận từ ĐM khoeo lên (2,2%). Theo chúng tôi có 3 lý do để chọn lựa vị trí đường vào. Thứ nhất, xảy ra trên nhóm bệnh nhân cần can thiệp 2 chi, tiếp cận vị trí đường vào ĐM đùi đối bên để vừa can thiệp chi ưu tiên vừa can thiệp luôn tầng ĐM chậu cùng bên vị trí đường vào nhằm giúp giảm thiểu máu nuôi chi không ưu tiên. Thứ hai, xảy ra trên nhóm bệnh nhân có tắc, hẹp ĐM chậu ngoài. Đặt ống dẫn dài cong từ ĐM đùi đối bên qua chậu chung chi ưu tiên, giúp đi dây dẫn qua chỗ tắc xuôi dòng, kiểm soát được đầu dây dẫn tránh vào ĐM chậu trong và giúp khả năng vào lại lòng thật đầu xa an toàn. Nếu tiếp cận từ ĐM đùi cùng bên, dây dẫn dễ đi dưới nội mạc mạch máu lên hết ĐM chậu chung, gây bóc tách chậu chung và ĐM chủ bụng dưới thân, vị trí vào lại lòng thật ở ĐM chậu chung thường khó khăn. Tỷ lệ can thiệp ĐM chậu ngoài chiếm 44,4%. Thứ ba, bệnh nhân có kèm can thiệp ĐM đùi khoeo. Vị trí đường vào ĐM đùi đối bên giúp can thiệp ĐM chậu kèm theo can thiệp luôn ĐM đùi. Nếu không thuận lợi, tiếp tục chọc xuôi dòng ĐM đùi chung để can thiệp tiếp ĐM đùi khoeo. Như vậy, vị trí ĐM đùi sẽ giảm tổn thương khi can thiệp cả hai ĐM chậu và ĐM đùi. Tỷ lệ can thiệp ĐM đùi chiếm 63,2% mẫu nghiên cứu.

4.6. Kết quả ngay sau can thiệp

4.6.1. Thành công, thất bại can thiệp

Thành công về kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao hơn thành công về lâm sàng ở giai đoạn này là do: nhóm loét mất mô (Rutherford 5,6), chiếm 46,6% mẫu nghiên cứu, phải cải thiện ít nhất 2 phân độ sau can thiệp so với trước can thiệp mới được xem là thành công. Tuy nhiên, ngay sau can thiệp hầu hết các vết loét không thể cải thiện liền. Đó cũng chính là lý do mà thành công về lâm sàng thấp hơn so với thành công về kỹ thuật.

Khi so sánh với các tác giả khác, ghi nhận tỷ lệ thành công về kỹ thuật như sau: Maurel chiếm 96%, Ichihashi chiếm 99%, Soga chiếm 98% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, các tác giả khác cũng có tỷ

lệ thành công về kỹ thuật cao. Điều này thể hiện được hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tái thông ĐM chậu TASC II A, B.

4.6.2. Tai biến

Các tai biến chiếm 6 trường hợp (4,5%), bao gồm: đoạn chi lớn (2 trường hợp, 1,5%), huyết khối (1 trường hợp, 0,8%), tụ máu đường vào (1 trường hợp, 0,8%), suy thận cấp (1 trường hợp, 0,8%), NMCT (1 trường hợp, 0,8%). Khi so sánh các tác giả khác chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự.

4.7. Kết quả theo dõi

4.7.1. Kết quả Rutherford, ABI

Phân độ Rutherford có chiều hướng giảm độ, trước can thiệp tập trung ở nhóm III, IV, V và VI còn sau can thiệp chủ yếu ở II, III và IV đối với giai đoạn ngắn hạn và không triệu chứng, I và II đối với gian đoạn trung hạn.

4.7.2. Lưu thông mạch máu nguyên phát

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 13 trường hợp không lưu thông mạch máu ở giai đoạn ngắn hạn và 16 trường hợp đối với giai đoạn trung hạn. Tỷ lệ lưu thông mạch máu ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn là 90,2% và 86,1% (Bảng 3.12).

Các yếu tố tiên lượng có thể làm thất bại can thiệp gồm tăng huyết áp, tăng cholesterol máu, suy thận mạn, tưới máu đầu xa kém, tắc ĐM chậu ngoài, nữ giới, hút thuốc lá, loét, hoại tử, ĐTD và hiện diện cầu nối đầu xa. Bên cạnh đó, tỷ lệ thất bại của nong bóng hoặc đặt giá đỡ tăng ĐM chậu tại thời điểm 3 năm là 36% nếu có hẹp động mạch đùi nông (>50% đường kính) không được điều trị. Tắc ĐM đùi nông thì có thể theo dõi nhưng hẹp ĐM đùi nông thì cần can thiệp kèm theo khi can thiệp tăng ĐM chậu.

4.7.3. Biến chứng

Đoạn chi: Tỷ lệ đoạn chi lớn ở trung hạn chiếm 0,8% (1 trường hợp). Qua đây cho thấy, tất cả các trường hợp đoạn chi trong nghiên

cứ chúng tôi ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn đều do sự chậm trễ, lưỡng lự và tâm lý lo sợ của thân nhân, bệnh nhân.

Đột quy não: Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ĐQN ở ngắn hạn và trung hạn lần lượt chiếm 2,3% (3 trường hợp) và 2,3% (3 trường hợp). Tất cả điều hút thuốc lá, có 2 trường hợp có THA và 1 trường hợp có hẹp trung bình ĐM cảnh trong hai bên, 01 trường hợp có RLMM. Trong 2 TH có THA, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân uống thuốc không thường xuyên, tự ý thay đổi thuốc theo toa và có kèm uống thuốc bắc. Còn TH có hẹp ĐM cảnh trong 2 bên được phát hiện khi can thiệp ĐM chi và có chỉ định bóc nội mạc ĐM cảnh sau khi can thiệp chi ổn.

Tử vong: Tỷ lệ tử vong do tắc mạch trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn một số tác giả khác. Tác giả Soares và cộng sự (2018), nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp ĐM chậu (N=46), ghi nhận tỷ lệ tử vong chiếm 4,3% mẫu nghiên cứu. Tác giả Kasemi và cộng sự (2016), đánh giá kết quả can thiệp ĐM chậu trong 7 năm, ghi nhận tỷ lệ tử vong chiếm 4,5% mẫu nghiên cứu.

Tái hẹp: Tái hẹp chiếm tỷ lệ thấp ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn lần lượt chiếm 4,5% (6 trường hợp) và 12% (16 trường hợp). Tất cả các trường hợp này có chỉ định phục hồi lưu thông mạch máu chi. Tuy nhiên, bệnh nhân không muốn can thiệp, chỉ muốn dùng thuốc.

Theo tác giả Kang G., không phải trường hợp tái hẹp nào cũng tiến hành điều trị tái thông mạch máu mà phụ thuộc vào có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nặng hay không. Tuy nhiên, những bệnh nhân phát hiện đường kính hẹp tồn lưu sau can thiệp lớn hơn 70% tiến triển nhanh hoặc có biểu hiện triệu chứng thiếu máu chi trầm trọng thì cần điều trị tái thông.

4.8. Các yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị tắc ĐM chậu TASC II A, B

4.8.1. Các yếu tố liên quan lưu thông mạch máu nguyên phát trong điều trị tắc động mạch chậu TASC II A, B

Trong đó, có 3 yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến nguy cơ không lưu thông mạch máu sau can thiệp tầng ĐM chậu TASC II A, B, gồm: nhóm ĐTĐ tăng 3,04 lần (KTC 95%: 1,20-7,72) so với nhóm không có ĐTĐ, $p < 0,05$; nhóm suy thận mạn tăng 13,12 lần (KTC 95%: 1,25-137,1) so với nhóm không có suy thận mạn, $p < 0,05$; Nhóm vôi hóa nặng tăng 8,62 lần (KTC 95%: 2,66-27,92) so với nhóm không có vôi hóa nặng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cũng tương tự một số tác giả khác:

Tác giả Kumakura H và cộng sự (2015), nghiên cứu thu thập số liệu từ 1993 đến 2013, đánh giá kết quả điều trị ĐM chậu trong đó can thiệp ĐM chậu (N=658), ghi nhận nhóm vôi hóa ĐM tăng 2,41 lần (KTC 95%: 1,11-5,22) so với nhóm không có vôi hóa ĐM, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tác giả Soga và cộng sự (2012), nghiên cứu đa trung tâm (N=2147), ghi nhận ĐTĐ, suy thận mạn là những yếu tố độc lập ảnh hưởng kết quả lưu thông mạch máu.

Qua đây cho thấy, các yếu tố ĐTĐ, suy thận mạn và vôi hoá ĐM có ảnh hưởng đến kết quả lưu thông mạch máu ở giai đoạn ngắn hạn cũng như trung hạn.

4.8.2. Các yếu tố liên quan đến tử vong chung

Sau khi phân tích mô hình hồi quy Cox đa biến, ghi nhận chỉ còn yếu tố vôi hoá ĐM nặng liên quan tới tử vong, tăng 3,01 lần so với không vôi hoá ĐM nặng ($p < 0,001$; KTC 95%: 1,33 – 6,82). Lý do có sự liên quan giữa yếu tố vôi hoá ĐM và tử vong sau can thiệp vẫn chưa được nhiều tác giả ghi nhận. Theo chúng tôi, có thể các trường hợp này nằm trong bệnh cảnh bệnh mạch máu toàn thân, tiến triển của xơ vữa ĐM dẫn đến tắc chứ không đơn thuần là bệnh mạch máu ngoại biên. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy bệnh mạch máu toàn thân

có có làm tăng tỷ lệ tử vong, các yếu tố nguy cơ tim mạch và tái hẹp sau can thiệp.

KẾT LUẬN

1. Kết quả phương pháp can thiệp phục hồi lưu thông mạch máu tắc động mạch chậu mạn tính TASC II A, B

Nhóm tuổi trung bình của nghiên cứu $70,2 \pm 11,0$ và phân bố nhóm tuổi ở cả hai tổn thương TASC A, B tương đương nhau (Chi square có $p = 0,3 > 0,05$); nam giới chiếm 85%.

Phân độ Rutherford III và V chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu, lần lượt 40,6% và 37,6%. ABI mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao, 66,2%.

Tỷ lệ thành công về kỹ thuật chiếm 97,7%. Tỷ lệ lưu thông mạch máu nguyên phát ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn chiếm 90,2% và 86,1%.

Biến chứng can thiệp ít xảy ra, chiếm 4,4%; Tử vong do tắc mạch ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn lần lượt chiếm 2,3% và 1,5%.

Tóm lại, can thiệp nội mạch điều trị tổn thương TASC II A, B cho kết quả cao và cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn ngắn hạn và trung hạn.

2. Các yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp can thiệp nội mạch điều trị tắc ĐM chậu TASC II A, B

Các yếu tố liên quan tỉ lệ không lưu thông mạch máu nguyên phát:

Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến kết quả lưu thông mạch máu nguyên phát như sau:

- Đái tháo đường, suy thận mạn và Vôùi hoá ĐM nặng.

Các yếu tố liên quan tử vong chung:

Vôùi hoá ĐM nặng liên quan tới tử vong.

KIẾN NGHỊ

- Tổn thương ĐM chậu TASC II A ưu tiên nong bóng.
- Tổn thương ĐM chậu TASC II B ưu tiên đặt giá đỡ.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN

1. Lê Đức Tín, Lâm Văn Nút, Phạm Minh Ánh (2019), “Đánh giá kết quả đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 23(6), tr. 1-6.
2. Lê Đức Tín, Phạm Minh Ánh, Đỗ Kim Quế (2021), “Đánh giá kết quả ngắn hạn nong bóng và đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu TASC II A, B.”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 507(1), tr. 282 -288.
3. Lê Đức Tín, Phạm Minh Ánh, Đỗ Kim Quế (2021), “Đánh giá kết quả trung hạn đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu mạn tính tổn thương TASC II A, B.”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 507(1), tr. 258 -263.