

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU MẠN TÍNH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP GIAI ĐOẠN 2022 – 2025

Nguyễn Thế May^{1*}, Lê Minh Sơn¹, Nguyễn Công Huy¹, Phạm Quốc Hoa¹, Hoàng Anh Công^{1,2}

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét kết quả bắc cầu động mạch điều trị bệnh lý thiếu máu mạn tính chi dưới tại bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp giai đoạn 2022–2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân thiếu máu chi dưới mạn tính được bắc cầu động mạch tại khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực và khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp, trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025.

Kết quả:

Có 35 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình $65,17 \pm 7,76$. 18 bệnh nhân (51,4%) có tiền sử tăng huyết áp và 17 bệnh nhân (48,6%) có tiền sử hút thuốc lá. Các bệnh nhân đều nhập viện ở giai đoạn muộn với 19 bệnh nhân (54,3%) ở giai đoạn III và 13 bệnh nhân (37,1%) ở giai đoạn IV. Thương tổn TASC D chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 29 bệnh nhân (82,9%). Phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi – trên gối là loại phẫu thuật được áp dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với 24 bệnh nhân (68,6%), không có trường hợp nào tử vong trong quá trình điều trị và theo dõi. Tình trạng thiếu máu chi sau mổ cải thiện rõ rệt.

Kết luận:

Đa số bệnh nhân mắc bệnh thiếu máu mạn tính chi dưới là những bệnh nhân cao tuổi, có tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc lá. Bệnh nhân thường nhập viện giai đoạn muộn, với thương tổn mạch máu nặng, phức tạp. Các phương pháp phẫu thuật cho kết quả tốt.

Từ khóa:

Thiếu máu mạn tính chi, Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp.

THE OUTCOMES OF ARTERIAL BYPASS SURGERY FOR CHRONIC LOWER LIMB ISCHEMIA AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL DURING THE PERIOD FROM 2022 TO 2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the surgical outcomes in the treatment of Chronic lower limb ischemia (CLI) at Viet-Tiep Friendship hospital during the period of 2022 to 2025.

Patients and Methods: This was a retrospective descriptive study of patients with chronic lower limb ischemia who underwent surgery at the Cardiothoracic and General Surgery Departments of Viet-Tiep Friendship Hospital, from January 2022 to May 2025.

Results: There were 35 patients included in the study. The mean age was 65.17 ± 7.76 years. Among them, 18 patients (51.4%) had a history of hypertension, and 17 patients (48.6%) had a history of smoking. All patients were admitted at a late stage, with 19 patients (54.3%) in stage III and 13 patients (37.1%) in stage IV. TASC D lesions accounted for the majority of cases, with 29 patients (82.9%). Femoral–above-knee bypass surgery was the most commonly performed procedure in the study, applied in 24 patients (68.6%). There

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp

²Đại học Y dược Hải Phòng

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com - Tel: 0936550168

Ngày nhận bài: 24/10/2025 Ngày sửa bài: 09/12/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/12/2025

were no deaths recorded during the follow-up period. Overall, postoperative ischemic symptoms showed significant improvement.

Conclusion: The majority of patients with chronic lower limb ischemia were elderly and had a history of hypertension and smoking. Patients

were often admitted at a late stage with severe and complex vascular lesions. Surgical interventions yielded favorable outcomes.

Keywords: *Chronic lower limb ischemia, Viet Tiệp Friendship hospital.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu mạn tính chi dưới (TMMTCD) là tình trạng tắc nghẽn mạn tính của các động mạch hệ thống chính, thường gặp hơn ở chi dưới. Bệnh ảnh hưởng đến hơn 200 triệu người trên toàn thế giới, chiếm khoảng 12% đến 14% dân số nói chung, và tỷ lệ mắc bệnh tăng lên gần 30% ở những bệnh nhân trên 50 tuổi. Một đánh giá có hệ thống ước tính rằng tỷ lệ mắc TMMTCD trên toàn cầu ở nhóm dân số ≥ 25 tuổi là $\approx 6\%$ vào năm 2015, tương đương khoảng 236 triệu người¹. Tại Việt Nam, bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, theo nghiên cứu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, có đến 89,4% nhập viện ở giai đoạn III-IV theo Fontaine².

Điều trị bệnh lý TMMTCD bao gồm điều trị nội khoa, can thiệp nội mạch, điều trị ngoại khoa hoặc cắt cụt chi với bệnh nhân tới ở giai đoạn muộn, khi chi đã hoại tử hoặc phục hồi lưu thông mạch thất bại. Ngày nay, can thiệp tim mạch với ưu điểm ít biến chứng, kết quả ngắn hạn tốt đã được chỉ định rộng rãi để điều trị bệnh lý này. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đã triển khai bước đầu can thiệp mạch phối hợp với phẫu thuật để điều trị các bệnh lý mạch máu phức tạp. Tuy nhiên, giai đoạn nghiên cứu chịu ảnh hưởng của dịch bệnh

Covid 19, sự thiếu thốn về vật tư, thiết bị y tế cũng như việc chưa hoàn thiện về kỹ thuật can thiệp nên phẫu thuật bắc cầu động mạch vẫn được chỉ định phổ biến cho các bệnh nhân thiếu máu mạn tính chi dưới. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp giai đoạn 2022 - 2025”.

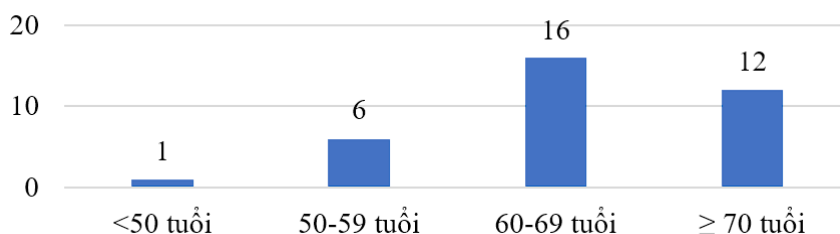
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu mạn tính chi dưới và được phẫu thuật tái thông mạch máu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 5 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2025 có 35 bệnh nhân được chẩn đoán TMMTCD tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu. Các đặc điểm về tuổi được trình bày ở biểu đồ 1:



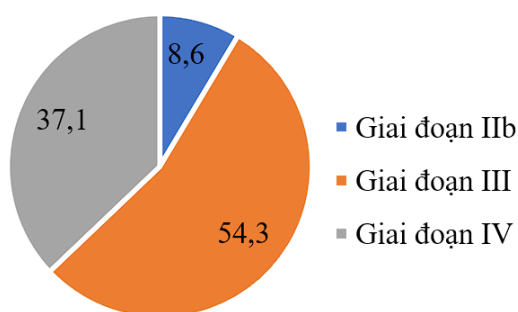
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tỉ lệ nhóm tuổi (N=35)

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,17 \pm 7,76$ tuổi. Nhóm Bệnh nhân 60-69 tuổi chiếm đa số với 45,7%, nhóm trên 70 tuổi chiếm 34,3%. Các yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử bệnh lý và sử dụng thuốc lá (N=35)

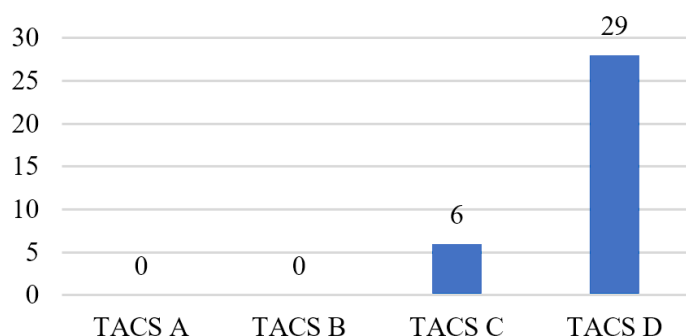
Yếu tố nguy cơ	Số Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	10	28,6
Tăng huyết áp	18	51,4
Rối loạn lipid máu	2	5,7
Hút thuốc lá	17	48,6

Giai đoạn thiếu máu chi theo Leriche và Fontaine được trình bày ở biểu đồ 2.



Biểu đồ 2. Đặc điểm giai đoạn thiếu máu chi theo Leriche - Fontaine (N=35)

Đa phần các bệnh nhân đều nhập viện ở giai đoạn muộn với 54,3% (19BN) ở giai đoạn III và 37,1% (13BN) ở giai đoạn IV. Phân loại TASC II trước phẫu thuật được trình bày ở biểu đồ 3.



Biểu đồ 3. Phân loại TASC II trước phẫu thuật (N=35)

Thương tổn TASC D chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 29 bệnh nhân (82,9%). Phân bố đối tượng theo loại cầu nối thực hiện được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Phân bố đối tượng theo loại cầu nối thực hiện (N=35).

Loại cầu nối	Số bệnh nhân (n)	Mạch nhân tạo (n)	Tĩnh mạch hiển (n)	Tỷ lệ (%)
Cầu nối ĐM chủ - đùi	3	3	0	8,6
Cầu nối ĐM đùi – trên gối	24	6	18	68,6
Cầu nối ĐM đùi – dưới gối	3	1	2	8,6
Cầu nối ĐM đùi - đùi	5	5	0	14,3

Phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi – trên gối là loại phẫu thuật được áp dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với 24 BN (68,6%).

Kết quả sớm sau mổ được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật (N=35).

Kết quả		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt		29	82,9
Biến chứng	Nhiễm trùng	1	2,9
	Chảy máu	0	0
	Tắc cầu nối	3	8,6
	Rò bạch huyết	2	5,7
	Tử vong trong 30 ngày	0	0
	Tổng biến chứng	6	17,1

Đa số các bệnh nhân hậu phẫu có kết quả tốt, tắc cầu nối là biến chứng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu với 03 bệnh nhân (8,6%). Kết quả bảo tồn chi thể sau mổ được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả bảo tồn chi thể sau mổ (N=35)

Kết quả bảo tồn chi		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không cắt cụt		24	68,6
Cắt cụt chi	Ngón chân	5	45,5
	Bàn chân	2	18,2
	Cẳng chân	3	27,3
	Đùi	1	9,0
	Tổng cắt cụt chi	11	31,4

Phần lớn bệnh nhân bảo tồn được chi thể sau mổ với 24 bệnh nhân (68,6%), cắt cụt chi thực hiện ở 11 bệnh nhân (31,4%). Trong đó đa phần là cắt cụt nhỏ ở ngón chân với 5 bệnh nhân (45,5% số bệnh nhân cắt cụt chi).

Bệnh nhân trong nghiên cứu khám lại trong thời gian 10 -15 ngày sau mổ, được siêu âm doppler mạch đánh giá lại cầu nối sau mổ. Triệu chứng đau và kết quả siêu âm mạch được trình bày ở bảng sau:

Bảng 5. Kết quả khám lại sau mổ (N=35)

Dấu hiệu lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đau chân	Giảm	32	91,4
	Không đổi	3	6,8
Siêu âm doppler mạch	Thông tốt	33	94,3
	Hẹp	2	5,7

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,17 \pm 7,76$ tuổi. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức của Nguyễn Quốc Hưng là $69,6 \pm 10,7$ tuổi². Theo biểu đồ 1, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 60-69 tuổi với 45,7%. Theo Criqui và cộng sự, tỷ lệ mắc bệnh tăng thêm 10% ở nhóm 60-70 tuổi⁴. Với sự già hóa dân số toàn cầu, bệnh sẽ ngày càng phổ biến hơn trong tương lai. Tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh cũng tăng lên và thương tổn bệnh cũng ngày càng phức tạp.

Tăng huyết áp và hút thuốc lá là những yếu tố nguy cơ gặp ở khoảng một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu với lần lượt 18 và 17 bệnh nhân (51,4% và 48,6%). Cùng với đái tháo đường và rối loạn lipid máu, các yếu tố nguy cơ này liên quan mật thiết đến quá trình hình thành, phát triển của xơ vữa động mạch và kết quả phẫu thuật. Vì vậy bệnh nhân cần được điều trị ổn định các bệnh lý nội khoa trước mổ và đặc biệt là phải bỏ thuốc lá.

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn các trường hợp nhập viện ở giai đoạn thiếu máu muộn với 54,3% (19 bệnh nhân) ở giai đoạn III và 37,1% (13 bệnh nhân) ở giai đoạn IV. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Hưng² với 89,4% số bệnh nhân ở giai đoạn III và IV, nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thành Đạt⁵ và cộng sự với 63,4%. Điều này cho thấy chỉ khi ở giai đoạn thiếu máu nặng, các triệu chứng trầm trọng hoặc loét, hoại tử chi bệnh nhân mới buộc phải đến khám và điều trị.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tổn

thương mạch máu nhiều tầng với 100% số bệnh nhân thuộc phân loại TASC C và TASC D theo phân loại TASC II. Trong đó tổn thương TASC D chiếm đa số 29 bệnh nhân (82,9%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Thành Đạt⁵ với 34/41 bệnh nhân (82,9%) số bệnh nhân có thương tổn TASC D. Kết quả này cho thấy phẫu thuật bắc cầu động mạch thường được áp dụng với những thương tổn nhiều tầng, phức tạp.

Phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi - trên gối là loại phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với 24 bệnh nhân (68,6%). Phẫu thuật bắc cầu chủ đùi áp dụng ít hơn với 03 bệnh nhân (8,6%) có bệnh lý tăng chủ chậu do đây là bệnh lý ít gặp⁶. Phẫu thuật bắc cầu ngoài giải phẫu (phẫu thuật bắc cầu ĐM đùi – đùi) được chỉ định trên 03 bệnh nhân có bệnh lý nền nặng, thể trạng kém, không phù hợp cho phẫu thuật bắc cầu theo giải phẫu. Trong thời gian nghiên cứu không ghi nhận trường hợp phẫu thuật kết hợp với can thiệp hay nong ĐM chi.

Phẫu thuật bắc cầu ĐM chủ đùi hoặc ĐM đùi – đùi trong nghiên cứu được sử dụng mạch nhân tạo. Còn với phẫu thuật ĐM đùi – trên gối hay ĐM đùi – dưới gối, tĩnh mạch hiển được ưu tiên sử dụng với 20/27 trường hợp. Theo Sharrock⁷ và cộng sự, sử dụng tĩnh mạch hiển cho kết quả sớm và lâu dài cao hơn đáng kể so với nhóm sử dụng mạch nhân tạo ở những bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu đùi – trên gối hay đùi – dưới gối. Tuy nhiên, mạch nhân tạo vẫn được sử dụng với phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ - đùi, đùi – đùi hoặc trên những bệnh nhân không còn tĩnh mạch hiển phù hợp để làm cầu nối.

Kết quả tốt ghi nhận ở 29 bệnh nhân trong nghiên cứu (82,9%). Sau mổ có 03 bệnh nhân tắc cầu nối ở nhóm bắc cầu đùi – trên gối và đùi – dưới gối. Trong đó, 02 bệnh nhân sử dụng tĩnh mạch hiển và 01 trường hợp sử dụng mạch nhân tạo. 02 bệnh nhân đã được mổ lại tái thông cầu nối, sau mổ bệnh nhân ổn định, 01 trường hợp thiếu máu không hồi phục đã được chỉ định cắt cụt đùi. 02 bệnh nhân rò bạch huyết đã được xử lý khâu ép vết mổ đùi và rút dần dần lưu áp lực âm. Nghiên cứu ghi nhận 01 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, kết quả cấy dịch vết mổ dương tính, sau điều trị tình trạng bệnh nhân ổn định và ra viện.

Kết quả nghiên cứu có 24 (68,6%) bệnh nhân bảo tồn được chi thể sau mổ. Cắt cụt chi được thực hiện trên 11 (31,4%) bệnh nhân, trong đó đa phần là cắt cụt nhỏ ở ngón chân và bàn chân (63,7% số bệnh nhân cắt cụt). Các trường hợp cắt cụt chi trong nghiên cứu đều là cắt cụt thì 2 sau khi phẫu thuật tái thông mạch ổn định. Điều này do các bệnh nhân cắt cụt chi đều có tình trạng hoại tử, có thể gây nhiễm trùng vị trí mở mạch làm miệng nối. Mặt khác sau mổ tái lập tuần hoàn, tình trạng chi thể được theo dõi tiếp, đặc biệt là tình trạng hoại tử chi để xác định ranh giới cắt cụt.

Trong quá trình theo dõi, khám lại sau mổ, triệu chứng lâm sàng được cải thiện ở phần lớn các bệnh nhân với 91,4% giảm triệu chứng đau sau mổ. Kết quả này không có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Hưng với 93,2% số bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau sau mổ². Kết quả siêu âm mạch khi tái khám cho thấy cầu nối thông tốt ghi nhận ở 94,3% số bệnh nhân. Có 2 bệnh nhân (5,7%) hẹp cầu nối sau mổ, các trường hợp này đều ở nhóm phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi – trên gối và đùi – dưới gối trong đó có 1 bệnh nhân sử dụng mạch nhân tạo và 1 trường hợp sử dụng tĩnh mạch hiển. Cả 2 bệnh nhân đã được chỉ định nhập viện điều trị nội khoa, sau điều trị triệu chứng bệnh nhân đã được cải thiện.

5. KẾT LUẬN

Thiếu máu mạn tính chi dưới là bệnh lý ngày càng phổ biến. Bệnh thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh nền. Bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn muộn. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vẫn có nhiều giá trị với kết quả tốt, tỷ lệ bảo tồn chi thể cao. Kết quả sớm sau phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là khả quan với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc và các cán bộ, nhân viên khoa Phẫu thuật Lồng ngực – Tim mạch và khoa Ngoại tổng hợp, phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đã tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mandaglio-Collados D, Marín F, Rivera-Caravaca JM. Peripheral artery disease: Update on etiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Medicina Clínica*. 2023;161(8):344-350.
2. Nguyễn Quốc Hưng, Nguyễn Hữu Ước, Dương Ngọc Thắng. Kết quả điều trị ngoại khoa thiếu máu mạn tính chi dưới do xơ vữa động mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020 – 2022.. *Tạp chí y học Việt Nam* tập 532- số 2 tháng 10/ 2023.
3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*. 2007;45(1):S5-S67.
4. Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of Peripheral Artery Disease. *Circulation Research*. 2015;116(9):1509-1526.
5. Lê Thành Đạt, Liêu Vĩnh Đạt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới bằng phẫu

thuật bắc cầu động mạch tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2019-2021. Tạp chí y dược học Cần Thơ- Số 43/2021

6. Leriche R, Morel A. The Syndrome of Thrombotic Obliteration of the Aortic Bifurcation. *Annals of Surgery*. 1948;127(2):193-206.

7. Sharrock M, Antoniou SA, Antoniou GA. Vein Versus Prosthetic Graft for Femoropopliteal Bypass Above the Knee: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Angiology*. 2019;70(7):649-661.