

CLINICAL AND SUBCLINICAL AND SOME ASSOCIATED FACTORS OF LOWER EXTREMITY ARTERY DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Thi Nhung¹, Ke Thi Lan Anh¹², Nguyen Ngoc Anh¹

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Viet Tiep Friendship Hospital-No. 1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 12/03/2026

Revised: 07/04/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of peripheral arterial disease (PAD) in patients with type 2 diabetes mellitus at Viet Tiep Friendship Hospital during 2023–2024, and to assess several factors associated with PAD in the study population (by comparing patients with and without PAD).

Subjects and Methods: This was a descriptive cross-sectional study with a control group, including 42 patients with type 2 diabetes mellitus and PAD, and 46 patients with type 2 diabetes mellitus without PAD. All patients were treated at the Departments of Cardiology and Nephrology–Endocrinology, Viet Tiep Friendship Hospital, from January 2023 to June 2024.

Results: The mean age was 70.6 ± 9.5 years, with the ≥ 70 -year age group accounting for the highest proportion (52.4%). Most patients with PAD (ankle–brachial index [ABI] < 0.9) had mild disease (47.6%). Among them, 57.2% were asymptomatic, while 28.6% had typical intermittent claudication. Factors such as older age, hypertension, smoking, poor glycemic control, chronic kidney disease, and atherosclerotic cardiovascular disease were associated with an increased risk of PAD in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: peripheral arterial disease, type 2 diabetes mellitus, ankle–brachial index.

*Corresponding author

Email: kelananh1980@gmail.com **Phone:** (+84) 906084336 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i6.5484



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Nhung¹, Kê Thị Lan Anh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Ánh¹

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-72A, Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp-Số 1 Phố Nhà Thương, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 07/04/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023–2024. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân nghiên cứu (so sánh giữa nhóm có và không có bệnh động mạch chi dưới).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang có đối chứng gồm 42 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới và 46 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có bệnh động mạch chi dưới, được điều trị tại khoa Tim mạch và khoa Thận - Nội tiết Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là $70,6 \pm 9,5$; nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,4%). Đa số bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới (ABI < 0,9) ở thể nhẹ (47,6%), trong đó không có triệu chứng (57,2%), cơn đau cách hồi điển hình (28,6%). Các yếu tố như tuổi cao, tăng huyết áp, hút thuốc lá, kiểm soát đường máu kém, bệnh thận mạn, bệnh tim mạch xơ vữa làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Từ khóa: bệnh động mạch chi dưới, đái tháo đường típ 2, ABI

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh chuyển hóa phổ biến với nhiều biến chứng mạch máu nghiêm trọng, trong đó bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) là một biến chứng mạch máu mạn tính thường gặp, có thể dẫn đến hoại tử hoặc cắt cụt chi nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, đồng thời bệnh là chỉ điểm bệnh động mạch toàn thân như bệnh mạch vành, đột quỵ não. Các yếu tố như tuổi cao, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, kiểm soát đường máu kém, bệnh thận mạn, bệnh tim mạch xơ vữa làm tăng nguy cơ xuất hiện BĐMCD ở bệnh nhân ĐTĐ. Tuy nhiên bệnh thường chẩn đoán ở giai đoạn muộn do triệu chứng không điển hình, dễ bỏ sót. Chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI) giúp chẩn đoán sớm BĐMCD, giúp bác sĩ có chiến lược phòng ngừa biến cố mạch máu lớn ở bệnh nhân đái tháo đường [1]. Do vậy, đề tài của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023–2024. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân nghiên cứu (so sánh giữa nhóm có và không có bệnh động mạch chi dưới).*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân (BN) đái tháo đường típ 2 có bệnh động mạch chi dưới điều trị tại khoa Tim mạch và khoa Thận – Nội tiết, bệnh viện HNVT từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo Bộ y tế năm 2020 [2]; bệnh động mạch chi dưới với ABI < 0,9 theo bộ Y tế (2022). [3]

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không thể hợp tác vì lý do: hôn mê, một số bệnh rối loạn tâm thần, già yếu lú lẫn, hoặc không có khả năng giao tiếp. BN có bất thường giải phẫu chi dưới như chấn thương, cắt cụt chi. Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra được khẳng định qua siêu âm Doppler mạch máu (ví dụ: bệnh Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud). Các nguyên nhân khác gây hẹp và tắc lòng động mạch (khối u chèn ép, hội chứng bẫy mạch khoeo, chấn thương

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu (NC) quan sát mô tả cắt ngang, phân tích có nhóm so sánh.

Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Trong suốt thời gian NC chọn được 42 bệnh nhân.

*Tác giả liên hệ

Email: kelananh1980@gmail.com Điện thoại: (+84) 906084336 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5484

Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu:

- Giá trị ABI: phân loại theo Bộ Y tế (2022) [4]
- Rối loạn lipid máu: phân loại theo Bộ Y tế (2015) [5]
- Phân loại BMI: phân loại theo Bộ Y tế (2015) [5]

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia sau khi được giải thích rõ ràng. Số liệu nghiên cứu trung thực, minh bạch, được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, được bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	06	14,3
	≥ 60	36	85,7
	Trung bình ± SD	70,6 ± 9,5; (Min: 45. Max: 90)	
Giới tính	Nam	19	45,2
	Nữ	23	54,8
BMI	Thiếu cân (< 18,5)	3	7,1
	Bình thường (18,5 – 22,9)	23	54,8
	Thừa cân (23 – 24,9)	13	31,0
	Béo phì (≥ 25)	3	7,1
	± SD (min; max)	21,8 ± 2,2 (15,8; 27,1)	
Thời gian phát hiện đái tháo đường	< 5 năm	9	21,4
	5 - < 10 năm	9	21,4
	≥ 10 năm	24	57,2
	± SD (min; max)	11,7 ± 8,1 (1; 34)	
Yếu tố nguy cơ	Tuổi ≥ 70	23	54,8
	Tăng huyết áp	37	88,1
	Rối loạn lipid máu	31	73,8
	Hút thuốc lá	10	23,8
	Kiểm soát đường máu kém	37	88,1
	Thừa cân béo phì	16	38,1
	Thời gian mắc ĐTĐ trên 10 năm	24	57,1

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình 70,6 ± 9,5, phần lớn bệnh nhân ≥ 60 tuổi (85,7%). Tỷ lệ nữ (54,8%) cao hơn nam (45,2%). BMI trung bình 21,8 ± 2,2, thừa cân/béo phì chiếm 38,1%. Thời gian mắc đái tháo đường trung bình 11,7 ± 8,1 năm. Các yếu tố nguy cơ thường gặp gồm tăng huyết áp (88,1%), kiểm soát đường máu kém (88,1%), rối loạn lipid máu (73,8%), và tuổi ≥ 70 (54,8%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Không triệu chứng	24	57,1
	Đau cách hồi	12	28,6
	Đau khi nghỉ	1	2,4
	Loét/hoại tử chi	5	11,9
Triệu chứng thực thể	Da lạnh	6	14,3
	Mạch đùi yếu/mất	5	11,9
	Mạch khoeo yếu/mất	10	23,8
	Mạch mu chân yếu/mất	29	69,0
	Mạch chày sau yếu/mất	32	76,1
Phân độ Leriche – Fontaine	Độ I	24	57,1
	Độ II	08	19,1
	Độ III	04	9,5
	Độ IV/loét, hoại tử	06	14,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng chiếm cao nhất (57,1%). Trong số các bệnh nhân có triệu chứng, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau cách hồi (28,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có loét hoặc hoại tử chi chiếm 11,9%. Về triệu chứng thực thể, dấu hiệu thường gặp nhất là giảm hoặc mất mạch ở các động mạch ngoại vi, đặc biệt là mạch chày sau (76,1%) và mạch mu chân (69,0%). Giảm hoặc mất mạch khoeo gặp ở 23,8%, mạch đùi ở 11,9%. Dấu hiệu da lạnh gặp ở 14,3% bệnh nhân. Theo phân độ Leriche-Fontaine, đa số bệnh nhân ở giai đoạn sớm, trong đó độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1%), tiếp theo là độ II (19,1%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng BDMCD ở BNNC (n=42)

Đặc điểm cận lâm sàng		n = 42	Tỷ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (min; max)
Cholesterol (mmol/l)	> 5,2	8	19,0	6,4 ± 0,7
	≤ 5,2	34	81,0	3,7 ± 0,9
Triglycerid (mmol/l)	> 1,7	19	45,2	2,9 ± 1,5
	≤ 1,7	23	54,8	1,2 ± 0,3
HDL-c (mmol/l)	< 1,0	21	50,0	0,8 ± 0,2
	≥ 1,0	21	50,0	1,3 ± 0,2
LDL -c (mmol/l)	> 1,8	28	66,7	3,1 ± 0,8
	≤ 1,8	14	33,3	1,3 ± 0,3
Glucose máu đói (mmol/L)	≥ 7	18	42,9	10,7 ± 2,9
	< 7	24	57,1	5,3 ± 0,9
HbA1c (%)	≥ 7 %	37	88,1	9,6 ± 1,7
	< 7 %	5	11,9	6,3 ± 0,3
Mức lọc cầu thận (ml/phút)	< 60	25	59,5	41,8 ± 13,2
	≥ 60	17	40,5	79,4 ± 11,7

Đặc điểm cận lâm sàng		n = 42	Tỷ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ (min; max)
ABI	BĐMCD thể nhẹ ($0,8 \leq ABI < 0,9$)	20	47,6	
	BĐMCD thể trung bình ($0,5 \leq ABI < 0,8$)	18	42,9	
	BĐMCD thể nặng ($0,3 \leq ABI < 0,5$)	3	7,1	
	Thiếu máu chi mạn tính đe dọa cắt cụt chi (ABI < 0,3)	1	2,4	
Siêu âm Doppler mạch chi dưới	Có mảng xơ vữa, không hẹp mạch	10	23,8	
	Xơ vữa, gây hẹp < 50%	12	28,6	
	Xơ vữa, gây hẹp $\geq 50\%$	9	21,4	
	Hẹp $\geq 70\%$ /tắc hoàn toàn	11	26,8	

Nhận xét: Rối loạn lipid máu khá phổ biến, trong đó LDL-c > 1,8 mmol/L chiếm 66,7%, Triglycerid tăng chiếm 45,2% và HDL-c thấp gặp ở 50% bệnh nhân. Kiểm soát đường máu còn kém với 88,1% bệnh nhân có HbA1c $\geq 7\%$, mặc dù glucose máu đói ≥ 7 mmol/L chỉ gặp ở 42,9%. Theo chỉ số ABI, phần lớn bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới mức độ nhẹ và trung bình (47,6% và 42,9%). Siêu âm Doppler cho thấy đa số bệnh nhân có tổn thương xơ vữa động mạch với các mức độ hẹp khác nhau, trong đó hẹp $\geq 70\%$ hoặc tắc hoàn toàn chiếm 26,8%.

Bảng 4. Mối liên quan một số yếu tố với bệnh động mạch chi dưới

BĐMCD		Có BĐMCD	Không có BĐMCD	95% CI	OR	p
Yếu tố nguy cơ		n (%)	n (%)			
Tuổi	≥ 70	23 (54,8)	15 (32,6)	1,01 - 5,95	2,50	0,04
	< 70	19 (45,2)	31 (67,4)			
THA	THA	37 (88,1)	30 (65,2)	1,30 - 12,02	3,95	0,01
	Không THA	5 (11,9)	16 (34,8)			
Hút thuốc lá	Có	10 (23,8)	3 (6,5)	1,14 - 17,61	4,48	0,02
	Không	32 (76,2)	43 (93,5)			
BMI	≥ 23	16 (38,1)	19 (41,3)	0,37 - 2,06	0,87	0,76
	< 23	26 (61,9)	27 (58,7)			
Thời gian phát hiện ĐTD	≥ 10	24 (57,1)	22 (47,8)	0,63 - 3,37	1,46	0,38
	< 10	18 (42,9)	24 (52,2)			
HbA1c	$\geq 7\%$	37 (88,1)	32 (69,6)	1,05 - 9,98	3,24	0,04
	< 7%	5 (11,9)	14 (30,4)			
Rối loạn lipid máu	Có	38 (90,5)	41 (89,1)	0,29 - 4,64	1,16	0,84
	Không	4 (9,5)	5 (10,9)			
Mức lọc cầu thận	< 60 ml/p	25 (59,5)	15 (32,6)	1,27 - 7,27	3,04	0,01
	≥ 60 ml/ph	17 (40,5)	31 (67,4)			

BĐMCD		Có BĐMCD	Không có BĐMCD	95% CI	OR	p
Yếu tố nguy cơ		n (%)	n (%)			
Bệnh mạch vành	Có	16 (38,1)	3 (6,5)	2,34 - 33,2	8,82	0,00
	Không	26 (61,9)	43 (93,5)			
Đột quy não	Có	11	3	1,31 - 19,8	5,09	0,01
	Không	31	43			

Nhận xét: Tuổi ≥ 70 , tăng huyết áp, hút thuốc lá, HbA1c $\geq 7\%$, mức lọc cầu thận < 60 ml/phút, bệnh mạch vành và đột quy não có liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh động mạch chi dưới ($p < 0,05$). Trong đó, bệnh mạch vành có mức liên quan mạnh nhất (OR = 8,82), tiếp theo là đột quy não (OR = 5,09) và hút thuốc lá (OR = 4,48). Ngược lại, BMI ≥ 23 , thời gian mắc đái tháo đường ≥ 10 năm và rối loạn lipid máu không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với bệnh động mạch chi dưới ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các ĐTNC là $70,6 \pm 9,5$, tập trung chủ yếu ở nhóm từ 70 tuổi trở lên chiếm 52,4%. Kết quả này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây, như NC của Huỳnh Lâm Thiện Quốc là $65,04 \pm 9,82$ tuổi[6], của Nông Thùy Linh là $71,14 \pm 11,44$ tuổi [7], cho thấy tuổi là yếu tố có liên quan đến BĐMCD do sự tiến triển xơ vữa động mạch theo thời gian.

Thời gian mắc đái tháo đường trung bình là $11,7 \pm 8,1$ năm, trong đó nhóm từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nông Thùy Linh là $10,96 \pm 8,83$ năm, của Hồ Thị Hoài Thương là $11,38 \pm 8,49$ năm[8]. Mặc dù béo phì và đái tháo đường có mối liên quan chặt chẽ tuy nhiên đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có BMI trong giới hạn bình thường, chiếm 58,4%. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đái tháo đường ở Việt Nam nói riêng cũng như các nước châu Á nói riêng, đồng thời các bệnh nhân thường có xu hướng tìm đến khám và điều trị ở giai đoạn bệnh muộn hơn.

Biểu hiện lâm sàng của BĐMCD ở bệnh nhân ĐTD rất đa dạng, từ không có triệu chứng đến các biểu hiện nặng như đau cách hồi, đau khi nghỉ, loét hoặc hoại tử chi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng chiếm 57,1%, tương tự với kết quả từ nghiên cứu PARTNERS cho thấy khoảng 50% bệnh nhân có ABI < 0,9 không có triệu chứng lâm sàng [9]. Điều này có thể do bệnh nhân đái tháo đường thường kèm biến chứng thần kinh ngoại biên làm giảm cảm nhận đau, khiến các triệu chứng thiếu máu chi không điển hình. Tỷ lệ đau cách hồi chỉ chiếm 28,6%, thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước như của Nông Thùy Linh (45,5%). Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu, đối tượng lựa chọn trong các nghiên cứu khác nhau.

Thăm khám thực thể cũng cho thấy sự bất thường chủ yếu ở các mạch chi dưới như mạch chày trước (69%), mạch chày sau (76,1%), trong khi động mạch đùi hầu như không có bất thường. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường với tổn thương ở vi mạch và các tầng mạch máu dưới gối, khác với tổn thương mạch ngoại biên do tăng huyết áp [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 88,1% bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém. Điều này là yếu tố thuận lợi thúc đẩy xơ vữa mạch máu và tổn thương thành mạch. Đồng thời có đến 76,2% bệnh nhân có bất thường ít nhất một thành phần lipid, đặc biệt là tăng LDL-c (66,7%) và giảm HDL-c (50%). Đây là các yếu tố liên quan trong hình thành và tiến triển mảng xơ vữa, gây hẹp lòng mạch.

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu mắc BDMCD ở mức độ nhẹ ($0,8 \leq \text{ABI} < 0,9$), chiếm 47,6%. Đây là mức độ tổn thương có thể chưa gây ra triệu chứng rõ rệt, góp phần giải thích vì sao tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng trong nghiên cứu cao. Tỷ lệ hẹp có ý nghĩa trên siêu âm Doppler ($\geq 50\%$) chiếm 21,4%, và hẹp nặng/tắc là 26,8%.

Một số yếu tố liên quan đến bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Khi tìm mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với khả năng mắc BDMCD, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân tuổi cao, tăng huyết áp, hút thuốc lá, kiểm soát đường máu kém, có bệnh thận mạn hoặc mắc các biến chứng tim mạch xơ vữa khác đi kèm như bệnh mạch vành, mạch não là các yếu tố thuận lợi cho BDMCD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi ≥ 70 làm tăng nguy cơ mắc BDMCD ở bệnh nhân đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, như nghiên cứu NHANES và Framingham, khi tỷ lệ mắc bệnh BDMCD tăng theo tuổi, đặc biệt sau 65 tuổi. Điều này có thể do quá trình lão hóa làm giảm tính đàn hồi của mạch máu, đồng thời tuổi cao đồng nghĩa với thời gian mắc đái tháo đường và các bệnh đồng mắc cao hơn, làm tăng nguy cơ xơ vữa và phát triển BDMCD [4].

Hút thuốc lá và đái tháo đường là hai yếu tố có liên quan đến BDMCD. Thuốc lá gây tổn thương nội mô mạch máu, giảm khả năng giãn mạch và tăng kết tập tiểu cầu, làm thúc đẩy xơ vữa.

Mức HbA1c cao phản ánh kiểm soát đường huyết kém, là một yếu tố thúc đẩy tổn thương nội mạc mạch máu, tăng quá trình viêm, góp phần gây hẹp, tắc động mạch. Đồng thời, các rối loạn chuyển hóa trong bệnh thận mạn làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu, đồng thời đây cũng là nhóm bệnh nhân dễ có vôi hóa mạch. Ngoài ra, cần lưu ý rằng một số yếu tố như bệnh mạch vành và tiền sử đột quỵ có OR cao trong phân tích đơn biến, nhưng số lượng bệnh nhân trong các nhóm này còn hạn chế, dẫn đến khoảng tin cậy rộng và làm giảm độ ổn định của ước lượng. Do đó, các kết quả này cần được diễn giải thận trọng và chỉ mang tính gợi ý. Ngoài ra, do nghiên cứu mới dừng lại ở phân tích đơn biến, chưa thực hiện hồi quy logistic đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu, nên chưa thể khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ độc lập. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phân tích đa biến là cần thiết để làm rõ hơn mối liên quan này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ xuất hiện các yếu tố lâm sàng như thời gian phát hiện đái tháo đường, tiền sử rối loạn lipid máu, tình trạng thừa cân béo phì khá cao ở nhóm có BDMCD, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa thấy được sự khác biệt.

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình bệnh nhân là $70,6 \pm 9,5$ tuổi, nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,4%).

Tỷ lệ đau cách hồi điển hình thấp (28,6%), có đến 57,2% bệnh nhân không có triệu chứng.

Có 76,2% bệnh nhân rối loạn lipid máu, chỉ 11,9% bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c ($< 7\%$), tỷ lệ không kiểm soát tốt HbA1c là 88,1%.

Đa số bệnh nhân mắc BDMCD thể nhẹ ($0,8 \leq \text{ABI} < 0,9$) chiếm 47,6%;

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa với BDMCD gồm: tuổi cao, tăng huyết áp, hút thuốc lá, tổn thương thận, bệnh động mạch toàn thân và kiểm soát đường huyết kém ($\text{HbA1c} \geq 7\%$) làm tăng nguy cơ mắc BDMCD ở bệnh nhân đái tháo đường.

Các yếu tố như rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì, thời gian mắc đái tháo đường kéo dài cũng ảnh hưởng, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác biệt.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] H. L. Gornik et al (2024). 2024 ACC/AHA Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, vol. 149, no. 24, pp. e1313-e1410. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.02.013>
- [2] Bộ Y tế (2020), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
- [3] Bộ Y tế, Chương trình mục tiêu quốc gia (2022).
- [4] Bộ Y tế (2022), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch ngoại biên. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
- [5] Bộ Y tế (2015), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nội tiết - Chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
- [6] H. L. T. Quốc, N. T. Diễm, T. L. T. Bảo, et al. (2023), and T. Đ. V. Long, “Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường type 2,” *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, no. 60, pp. 65-71. 10.58490/ctump.2023i60.1885
- [7] T. L. Nông and B. N. Vũ (2021), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường type 2,” *Vietnam J. Diabetes Endocrinol.*, no. 46, pp. 123-128. 10.47122/vjde.2021.46.12
- [8] T. H. T. Hồ (2023), “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý động mạch ngoại biên chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.” *Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/4413>
- [9] A. T. Hirsch and W. R. Hiatt (2001), “PAD awareness, risk, and treatment: new resources for survival--the USA PARTNERS program,” *Vasc. Med.*, vol. 6, no. 3 Suppl, pp. 9-12. 10.1177/1358836X0100600i103
- [10] T. Thiruvoipati (2015), “Peripheral artery disease in patients with diabetes: Epidemiology, mechanisms, and outcomes,” *World Journal of Diabetes*, vol. 6, no. 7. p. 96. 10.4239/wjd.v6.i7.961