

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND VASCULAR DAMAGE IN PATIENTS WITH FEMORAL-POPLITEAL ARTERY STENOSIS

Nguyen Dinh Hien^{1*}, Le Van Truong², Luong Tuan Anh², Nguyen Manh Chien³

¹St. Paul's Hospital Hanoi - 12 Chu Van An, Ba Dinh District, Hanoi, Vietnam

²108 Military Central Hospital - 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung District, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Heart Hospital - 92 Tran Hung Dao, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam

Received: 11/02/2024

Revised: 08/03/2024; Accepted: 20/03/2024

ABSTRACT

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics and vascular lesions in patients with femoral-popliteal artery stenosis

Subjects and Methods: Prospective method, follow-up over the research period, on 70 patients with a sample size of 80 legs, at 108 Central Military Hospital from August 2017 to August 2019.

Results: In the study, males accounted for 60.0% of the sample. The average age of patients was 72.51 ± 10.41 years. The most common clinical stage was Rutherford 5 (43.8%). The average ABI in the study was 0.59 ± 0.23 . The majority of femoral-popliteal artery lesions were classified as TASC D, comprising 93.8%. The average lesion length was 11.14 ± 3.71 cm. The rate of infected ulcers was 8.8%. The prevalence of artery stenosis in the femoral-popliteal arteries and popliteal arteries was 48.8% and 45%, respectively. The prevalence of artery occlusion in the femoral-popliteal arteries and popliteal arteries was 37.5% and 32.5%, respectively.

Conclusion: Cross-sectional study on femoral-popliteal artery stenosis aids in enhancing patient diagnosis and treatment while contributing to the development of more effective intervention methods.

Keywords: Arterial anastomosis, femoral-popliteal artery.

*Corresponding author

Email address: cardiology.sp@gmail.com

Phone number: (+84) 904 163 504

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1051>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU Ở BỆNH NHÂN HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH ĐÙI-KHOEO

Nguyễn Đình Hiến^{1*}, Lê Văn Trường², Lương Tuấn Anh², Nguyễn Mạnh Chiến³

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn - 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1 Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tim Hà Nội - 92 Trần Hưng Đạo, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11 tháng 02 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 08 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 03 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương mạch máu ở bệnh nhân hẹp tắc động mạch đùi-khoeo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiền cứu, theo dõi dọc theo thời gian nghiên cứu, trên 70 người bệnh với cỡ mẫu chân nghiên cứu là 80 chân, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2017 – 08/2019.

Kết quả: Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam giới chiếm 60,0%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,51 ± 10,41 tuổi. Giai đoạn lâm sàng hay gặp nhất là Rutherford 5 (tỉ lệ 43,8%). ABI trung bình trong nghiên cứu là 0,59 ± 0,23. Tổn thương ĐM đùi khoeo đa số là TASC D, với tỉ lệ 93,8%. Chiều dài tổn thương trung bình là 11,14 ± 3,71 cm. Tỷ lệ nhiễm khuẩn loét hoại tử là 8,8%. Tỷ lệ có hẹp động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 48,8% và 45%. Tỷ lệ có tắc động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 37,5% và 32,5%.

Kết luận: Nghiên cứu cắt ngang về hẹp tắc động mạch đùi-khoeo giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, đồng thời đóng góp vào phát triển phương pháp can thiệp hiệu quả hơn.

Từ khóa: Thông động mạch, động mạch đùi-khoeo.

*Tác giả liên hệ

Email: cardiology.sp@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904 163 504

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1051>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới chỉ tình trạng một phần hoặc toàn bộ chi dưới không được cung cấp đầy đủ máu đáp ứng các hoạt động sinh lý của chi dưới trong đó có tổn thương động mạch đùi-khoeo [1].

Tại Mỹ, ước tính có khoảng 8 - 10 triệu người mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính, trong đó có khoảng 4 triệu người có cơn đau cách hồi ở chi dưới. Tỷ lệ mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính 2,5% người < 60 tuổi, 8,3% người 60-69 tuổi và lên tới 18,8% ở người >70 tuổi [2].

Điều trị bệnh động mạch đùi-khoeo ngoài việc thay đổi lối sống, tập luyện, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, sử dụng các thuốc nhằm giảm sự phát triển và bất ổn của mảng xơ, phòng tránh các biến cố tim mạch, tăng cường tuần hoàn vi mạch thì tái thông động mạch bị hẹp, tắc bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch vẫn là mục tiêu điều trị cơ bản. Từ những năm 1980, đã hình thành và phát triển phương pháp điều trị tái thông động mạch bị hẹp, tắc bằng can thiệp nội mạch. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như: thủ thuật nhẹ nhàng, chỉ cần gây tê tại chỗ, có thể tiến hành trên các bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh phối hợp. Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển của các dụng cụ can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ thành công của thủ thuật, giảm tỷ lệ tái hẹp sau can thiệp.

Tại Việt Nam, cùng với các bệnh do xơ động mạch, bệnh động mạch chi dưới mạn tính ngày càng có xu hướng gia tăng, trong đó có hẹp tắc động mạch đùi-khoeo chiếm tỷ lệ phổ biến. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu làm bằng chứng nhằm đánh giá tình trạng bệnh lý hẹp tắc động mạch đùi-khoeo. Xuất phát từ những nhu cầu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương mạch máu ở bệnh nhân hẹp tắc động mạch đùi-khoeo”**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh thiếu máu chi dưới do hẹp tắc động mạch đùi-khoeo (có kèm theo hoặc không tổn thương động mạch chậu, động mạch dưới gối) dựa trên triệu chứng lâm sàng, ABI, siêu âm Doppler mạch máu và chụp cắt lớp vi tính đa dãy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- Hẹp-tắc động mạch chi dưới cấp
- Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra (ví dụ: bệnh Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud...).
- Các bệnh lý của ĐM chủ (phình, tách ĐM chủ).
- Các nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch (khối u chèn ép, các bệnh lý van tim gây huyết khối, chấn thương...).
- Bệnh nhân có các chống chỉ định của chụp ĐM cản quang.
- Bệnh nhân có các bệnh toàn thân nặng: suy gan, suy thận nặng, nhiễm trùng toàn thân, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não.
- Tổn thương giải phẫu phức tạp không phù hợp với can thiệp nội mạch.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu

Nghiên cứu trên 70 người bệnh, với cỡ mẫu chân nghiên cứu là 80 chân.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08/2017 - 08/2019.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=70)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	42	60,0
Nữ	28	40,0
Tuổi		
<60 tuổi	11	15,7
60-69 tuổi	16	22,9
70-79 tuổi	21	30,0
≥80 tuổi	22	31,4
Tuổi trung bình	72,51 ± 10,41	
Số lượng yếu tố nguy cơ		
0 yếu tố	9	12,9
1 yếu tố	24	34,3
2 yếu tố	20	28,6
3 yếu tố	11	15,7
4 yếu tố	5	7,1
5 yếu tố	1	1,43
Số yếu tố nguy cơ trung bình	1,74 ± 1,18	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam giới chiếm 60,0%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,51 ± 10,41 tuổi. Nhóm ≥80 tuổi và 70-79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Số yếu tố nguy cơ ở mỗi BN thường gặp là 1 yếu tố (tỉ lệ 34,3%) và 2 yếu tố (tỉ lệ 28,6%). Số yếu tố nguy cơ trung bình ở mỗi BN là 1,74 ± 1,18.

Bảng 2. Giai đoạn lâm sàng (n=80)

Đặc điểm	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
Giai đoạn lâm sàng		
Rutherford 1	0	0
Rutherford 2	3	3,8
Rutherford 3	8	10,0
Rutherford 4	26	32,5
Rutherford 5	35	43,8
Rutherford 6	8	10,0

Đặc điểm	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
ABI	0,59 ± 0,23	
≤ 0,4	20	25,0
>0,4 – 0,75	34	42,5
>0,75 – 0,90	16	20,0
>0,90	10	12,5
Mức độ tổn thương TASC 2000		
TASC A	0	0,0
TASC B	0	0,0
TASC C	5	6,3
TASC D	75	93,8

Nhận xét: Giai đoạn lâm sàng hay gặp nhất là Rutherford 5 (tỉ lệ 43,8%), tiếp theo là Rutherford 4 (tỉ lệ 32,5%). Nhóm giá trị ABI từ > 0,4 - 0,75 (tỉ lệ 42,5%) là nhóm có tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. ABI trung bình trong nghiên cứu là 0,59 ± 0,23. Tổn thương ĐM đùi khoeo đa số là TASC D, với tỉ lệ 93,8%.

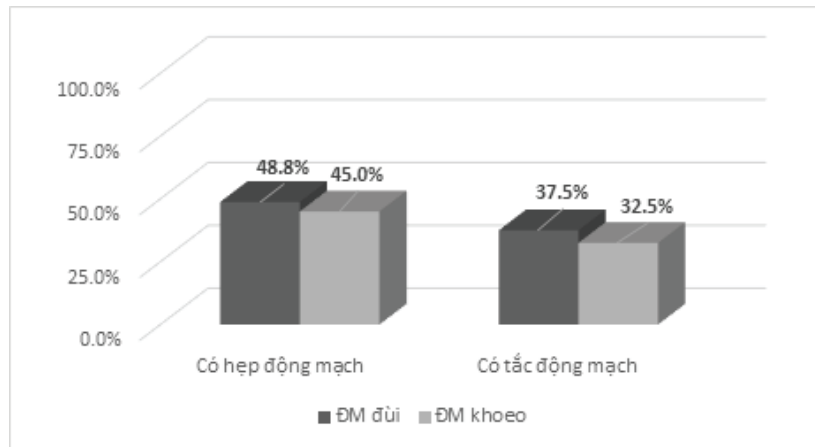
Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Chiều dài tổn thương	Số chân (n=80)	Tỷ lệ %
Số ĐM tổn thương		
1 ĐM tổn thương	22	27,5
2 ĐM tổn thương	10	12,5
3 ĐM tổn thương	16	20,0
4 ĐM tổn thương	12	15,0
5 ĐM tổn thương	9	11,3
Chiều dài tổn thương động mạch		
Tổn thương ngắn	12	15,0
Tổn thương trung bình	8	10,0
Tổn thương dài	60	75,0
Chiều dài tổn thương trung bình	11,14 ± 3,71	
Nhiễm khuẩn loét hoại tử		
Không	73,0	91,3
Có	7,0	8,8

Nhận xét: Nghiên cứu nhiều gặp tổn thương duy nhất 1 ĐM đùi khoeo (tỉ lệ 27,5%), tiếp đến tỉ lệ có tổn thương 3 ĐM đùi khoeo là 20,0%. Tổn thương ĐM đa số là tổn thương dài, tỉ lệ tổn thương dài ĐM là 75,0%. Chiều dài tổn thương trung bình là 11,14 ± 3,71 cm. Tỷ lệ nhiễm khuẩn loét hoại tử là 8,8%.



Hình 1. Tỷ lệ hẹp và tắc động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo



Nhận xét: Kết quả cho thấy, tỷ lệ có hẹp động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 48,8% và 45%. Tỷ lệ có tắc động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 37,5% và 32,5%. Tổng thương ở ĐM đùi có tỷ lệ cao hơn tổng thương ở ĐM khoeo.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới trong BDMCDMT được giải thích là do nam giới phơi nhiễm nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh hơn nữ giới, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Đức Dũng [3], Dương Văn Nghĩa [4] và Trần Đức Hùng [5]. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $72,51 \pm 10,41$.

Các nghiên cứu khẳng định tỉ lệ mắc BDMCDMT nói chung tăng dần theo tuổi. Nghiên cứu của Selvin và cs (2004) thấy tỉ lệ BDMCDMT trong cộng đồng trên 40 tuổi ở Mỹ là 4,3% và tăng theo tuổi; với tỉ lệ 0,9% ở lứa tuổi 40–49 tuổi; 2,5% ở lứa tuổi 50–59 tuổi; 4,7% ở lứa tuổi 60–69 tuổi và 14,5% ở lứa tuổi 70 trở lên [6].

Các yếu tố nguy cơ trong BDMCDMT nói chung thấy kết quả là khá tương đồng, các yếu tố nguy cơ chính của BDMCDMT là ĐTĐ, hút thuốc lá, THA, tuổi, bệnh tim mạch và tăng lipid máu. Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với nhóm tuổi dưới 65 là ĐTĐ, với nhóm tuổi trên 65 là hút thuốc lá. Đối với số lượng yếu tố nguy cơ của mỗi BN trong BDMCDMT, theo nghiên cứu của

Selvin (2004) thì 95% BN có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ, 72% BN có 2 yếu tố nguy cơ trở lên [1].

Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định một số yếu tố nguy cơ quan trọng gắn liền với BDMCDMT, bao gồm đái tháo đường (ĐTĐ), hút thuốc lá, tuổi tác, bệnh tim mạch, và tăng lipid máu. Đặc biệt, ĐTĐ và hút thuốc lá được nhấn mạnh là hai yếu tố quan trọng nhất, với tác động khác nhau đối với các nhóm tuổi khác nhau.

Các nghiên cứu về BDMCDMT cũng cho thấy tỉ lệ BN thiếu máu chi dưới trầm trọng và có loét hoại tử chi dưới cũng chiếm đa số. Nghiên cứu của Lê Đức Dũng (2012) thấy tỉ lệ thiếu máu chi dưới trầm trọng là 57,7% [3].

Đáng chú ý, tỷ lệ mắc BDMCDMT được nghiên cứu thấy tăng dần theo tuổi, với tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 70 trở lên. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá và quản lý BDMCDMT trong nhóm người cao tuổi. Ngoài ra, thông tin về tỷ lệ biến chứng như tổn thương động mạch và tỷ lệ BN thiếu máu chi dưới trầm trọng cũng đóng vai trò quan trọng trong việc hiểu biết về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

So sánh với các nghiên cứu từ các quốc gia khác cũng là một phần quan trọng của nghiên cứu này. Sự khác biệt trong tỷ lệ tổn thương và biến chứng của BDMCDMT có thể phản ánh sự đa dạng về yếu tố nguy cơ và phản ứng điều trị trong các cộng đồng khác nhau. Điều này làm nổi bật sự cần thiết của việc tiếp tục nghiên cứu và thảo luận về BDMCDMT để cung cấp cơ sở khoa học

cho việc phòng tránh và điều trị hiệu quả.

Kết quả cho thấy, tỷ lệ có hẹp động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 48,8% và 45%. Tỷ lệ có tắc động mạch ở ĐM đùi và ĐM khoeo lần lượt là 37,5% và 32,5%. Tổng thương ở ĐM đùi có tỷ lệ cao hơn tổn thương ở ĐM khoeo. So sánh với các nghiên cứu khác của các tác giả nước ngoài. Nghiên cứu của Ryu và cs (2012) thấy tỉ lệ tắc ĐM chiếm 51% [7]infrapopliteal angioplasty has shown results that are comparable to those of surgical bypass in patients with critical limb ischemia (CLI. Nghiên cứu của Mustapha và cs (2016) thấy tỉ lệ hẹp ĐM là 52%, tỉ lệ tắc là 48%, tỉ lệ ĐM bị canxi hoá là 61% [8].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang về hẹp tắc động mạch đùi-khoeo (BĐMCDMT) không chỉ cung cấp thông tin quan trọng về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân mà còn giúp cải thiện quá trình chẩn đoán và điều trị, đồng thời đóng góp vào phát triển phương pháp can thiệp hiệu quả hơn. Thông qua việc xác định các yếu tố nguy cơ quan trọng, nghiên cứu này cung cấp thông tin cho việc đánh giá nguy cơ mắc BĐMCDMT mà còn tạo ra cơ sở để điều trị hiệu quả cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Polonsky TS, McDermott MM, Lower Extremity Peripheral Artery Disease Without Chronic Limb-Threatening Ischemia: A Review. *JAMA*, 325(21), 2188–2198, 2021

- [2] Zemaitis MR, Boll JM, Dreyer MA, Peripheral Arterial Disease. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2023
- [3] Lê Đức Dũng, 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 chuyên khoa cấp II, Học viện Quân Y, 2012
- [4] Dương Văn Nghĩa, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tuổi động mạch ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Học viện quân y, 2008
- [5] Trần Đức Hùng, 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, 2016
- [6] Selvin E, Erlinger TP, Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. *Circulation*, 110(6), 738–743, 2004
- [7] Ryu H, Kim JS, Ko Y, Clinical Outcomes of Infrapopliteal Angioplasty in Patients With Critical Limb Ischemia. *Korean circulation journal*, 42, 259–65, 2012
- [8] Mustapha JA, Finton SM, Diaz-Sandoval LJ, Percutaneous Transluminal Angioplasty in Patients With Infrapopliteal Arterial Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Circ Cardiovasc Interv*, 9(5), e003468, 2016

