

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính

Clinical characteristics, risk factors and damage peripheral artery in type 2 diabetic patients with chronic peripheral arterial disease

Lê Ngọc Long*, Phạm Nguyên Sơn**,
Võ Thành Nhân***, Nguyễn Hồng Tốt**,

*Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng,
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
***Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ thường gặp và tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT). **Đối tượng và phương pháp:** 180 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng chụp động mạch cản quang qua da (gồm 90 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 (nhóm nghiên cứu) và 90 bệnh nhân không bị đái tháo đường (nhóm chứng)), điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính là $70,8 \pm 10,6$ tuổi, thấp hơn nhóm chứng ($74,2 \pm 11,8$ tuổi), với $p < 0,05$. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ thường gặp ở nhóm đái tháo đường týp 2 (30% so với 10% ở nhóm chứng), bệnh nhân đái tháo đường phát hiện bệnh động mạch chi dưới mạn tính ở giai đoạn muộn hơn nhóm chứng (50% đã có hoại tử tương ứng giai đoạn Rutherford 6 (tỷ lệ này ở nhóm chứng là 25,6%). 67,8% bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có tổn thương từ 3 động mạch trở lên trong đó hay gặp là tắc mạch ở các động mạch đoạn dưới gối (tỷ lệ tắc động mạch chày trước, chày sau, mào lần lượt là 50%, 47,8%, 20%), cao hơn nhóm chứng có nghĩa thống kê. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính thường có tổn thương lan tỏa nhiều động mạch đoạn dưới gối, thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ thường gặp hơn so với nhóm bệnh nhân không có đái tháo đường.

Từ khóa: Đái tháo đường, bệnh động mạch chi dưới mạn tính, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Summary

Objective: To study the clinical characteristics, risk factors and damage peripheral artery in type 2 diabetic patients with chronic peripheral arterial disease. **Subject and method:** 180 patients was confirmed chronic peripheral arterial disease by percutaneous intervention (including 90 patients with type 2 diabetes (study group) and 90 patients without diabetes (control group)), inpatient treatment at vascular

Ngày nhận bài: 5/12/2021, ngày chấp nhận đăng: 21/3/2022

Người phản hồi: Lê Ngọc Long, Email: thslonghsc@gmail.com - Trung tâm Y tế huyện Dầu Tiếng

surgery department, Cho Ray Hospital from October 2015 to October 2018. *Result:* The mean age of diabetic patients with chronic peripheral arterial disease was 70.8 ± 10.6 years old, lower than the control group (74.2 ± 11.8 years old), with $p < 0.05$. Overweight, obesity were risk factors in the study group (30% compared with 10% in the control group), diabetic patients discovered chronic peripheral arterial disease at last stage more than the control group (50% had necrosis corresponding to Rutherford stage 6 (this rate was 25.6% in the control group) 67.8% of patients with type 2 diabetes had lesions equal to 3 arteries in which the mostly occluded of the arteries below the knee (the rate occlusion of the anterior tibial, posterior tibial, and peroneal arteries, respectively, were 50%, 47.8%, 20%), statistically significant higher than the control group. *Conclusion:* Type 2 diabetic patients with chronic peripheral arterial disease often have diffuse lesions of the arteries below the knee, overweight and obesity are risk factors compared with patients without diabetes.

Keywords: Diabetes, chronic peripheral arterial disease, Cho Ray Hospital.

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hoá hydratcarbon mạn tính do hậu quả của tình trạng thiếu hụt insulin tuyệt đối hoặc tương đối. Bệnh gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong đó bệnh động mạch chi dưới mạn tính là một biến chứng thường gặp.

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) chỉ tình trạng một phần hoặc toàn bộ chi dưới không được cung cấp máu đầy đủ để đáp ứng nhu cầu hoạt động của chi với thời gian > 2 tuần, biểu hiện lâm sàng từ không triệu chứng đến có triệu chứng, giai đoạn sớm như đau cách hồi, đau khi nghỉ, giai đoạn muộn thường có loét hoặc hoại tử và đôi khi phải cắt cụt chi. Theo nghiên cứu UKPDS, bệnh động mạch chi dưới mạn tính chỉ gặp ở 1,2% bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện nhưng đã tăng lên 12,5% sau 18 năm bị bệnh đồng thời việc phòng ngừa và phát hiện sớm có thể cải thiện tiên lượng bệnh [1]. Nghiên cứu trên 2174 người trên 40 tuổi tại Mỹ thấy rằng, tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới tăng từ 4,3% ở người trên 40 tuổi lên 14,5% ở người trên 70 tuổi và đái tháo đường là yếu tố nguy cơ cao (OR =

2,71, 95%CI từ 1,03 - 7,12) [2]. Tại Việt Nam, trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường týp 2, BĐMCDMT ngày càng nhiều đặc biệt nhiều bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn thậm chí phải cắt cụt chi thể. Do vậy việc sàng lọc các yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm các tổn thương động mạch chi dưới là yếu tố quan trọng để đưa ra chiến lược điều trị phù hợp, cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 180 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng chụp động mạch cản quang qua da (gồm 90 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 (nhóm nghiên cứu) và 90 bệnh nhân không bị đái tháo đường (nhóm chứng)), điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Nhóm nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán BDMCDMT theo tiêu chuẩn của TASC 2007 [3]:

Có các triệu chứng lâm sàng gợi ý: Cơn đau cách hồi chi dưới, đau khi nghỉ, loét, hoại tử chi dưới, khám thấy mạch chi dưới yếu hoặc mất.

Thời gian bị bệnh trên 2 tuần.

Chụp động mạch chi dưới cản quang có hẹp trên 50% đường kính lòng động mạch.

Chẩn đoán đái tháo đường theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ [4]:

Nồng độ glucose máu lúc đói (ít nhất sau 8 giờ không ăn) $\geq 126\text{mg/dl}$, hoặc:

Nồng độ glucose máu bất kỳ $\geq 200\text{mg/dl}$ kèm triệu chứng tăng đường huyết: Uống nhiều, tiểu nhiều, sút cân không rõ nguyên nhân, hoặc:

Nồng độ glucose máu sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose $\geq 200\text{mg/dl}$ hoặc:

HbA1c $\geq 6,5\%$.

Nhóm chứng: Bệnh nhân được chẩn đoán BDMCDMT theo tiêu chuẩn của TASC nhưng không có bệnh đái tháo đường típ 2 đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Tắc động mạch chi dưới cấp tính.

Các bệnh lý động mạch chi dưới có kèm theo tổn thương của động mạch chủ.

Bệnh nhân có chống chỉ định chụp động mạch cản quang.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, có đối chứng.

Tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu

Tiến hành hỏi bệnh, khai thác bệnh sử, yếu tố nguy cơ thường gặp, khám lâm sàng, xét nghiệm mỡ máu, đường máu, HbA1C.

Chụp động mạch chi dưới có tiêm thuốc cản quang bằng máy chụp mạch Ziehm Vision R của Cộng hòa liên bang Đức.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Một số đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện, phân loại giai đoạn bệnh theo Rutheford (1997) [5].

Yếu tố nguy cơ thường gặp bệnh động mạch chi dưới mạn tính: Hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu, thừa cân, béo phì:

Tăng huyết áp được xác định khi huyết áp tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$.

Rối loạn chuyển hóa lipid máu khi có rối loạn một trong những thành phần lipid cơ bản sau: Cholesterol toàn phần $\geq 5,2\text{mmol/L}$, HDL-C $\leq 0,9\text{mmol/L}$, LDL-C $\geq 3,1\text{mmol/L}$, triglycerid $\geq 2,3\text{mmol/L}$.

Thừa cân khi BMI $> 23\text{kg/m}^2$, Béo phì khi BMI $> 30\text{kg/m}^2$.

Đánh giá tổn thương động mạch chi dưới khi chụp động mạch cản quang qua da:

Vị trí giải phẫu động mạch bị tổn thương: tầng chậu gồm động mạch chậu chung, chậu trong, chậu ngoài, tầng đùi khoeo gồm động mạch đùi chung, đùi nông, đùi sâu khoeo, tầng dưới gối gồm động mạch chày trước, chày sau, mào.

Mức độ hẹp: (%) = $(D1 - D2) / D1 \times 100\%$. Trong đó: D1 là đường kính động mạch bình thường ngay trước chỗ hẹp, D2 là đường kính động mạch chỗ hẹp nhất.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ lựa chọn những bệnh nhân có tắc hoàn toàn động mạch và nhóm hẹp động mạch

với mức độ hẹp trên 50% và thống kê thành 2 nhóm là tắc và hẹp.

Số lượng động mạch tổn thương được tính bằng tổng số động mạch bị hẹp hoặc tắc của các tầng khi chụp động mạch cản quang.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu thu được được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu được trình bày dưới

dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{x} \pm SD$) và tỷ lệ phần trăm (%). So sánh các giá trị trung bình bằng test t-student, so sánh các giá trị phần trăm bằng test χ^2 . Sự khác biệt giữa các giá trị có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng y đức Bệnh viện Chợ Rẫy.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm nghiên cứu (n = 90)	Chung (n = 180)	p
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$, năm) (Min - max)		74,2 $\pm$ 11,8 (43 - 97)	70,8 $\pm$ 10,6 (48 - 92)	72,5 $\pm$ 11,3 (43 - 97)	<0,05
Giới	Nữ (n, %)	25 (27,8)	40 (44,4)	65 (36,1)	<0,05
	Nam (n, %)	65 (72,2)	50 (55,6)	115 (63,9)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có BDMCDMT là 70,8 tuổi, thấp hơn nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm đái tháo đường týp 2, tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau (xấp xỉ 1,2/1), ở nhóm chứng, tỷ lệ gặp ở nam cao hơn nữ (xấp xỉ 3/1), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Một số yếu tố nguy cơ thường gặp của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm nghiên cứu (n = 90)	Chung (n = 180)	p
Tăng huyết áp (n, %)	57 (63,3)	61 (67,8)	118 (65,6)	>0,05
Hút thuốc lá (n, %)	37 (41,1)	18 (20,3)	55 (30,6)	<0,01
Rối loạn lipid (n, %)	70 (78,7)	76 (86,4)	146 (81,1)	>0,05
Thừa cân, béo phì (n, %)	9 (10)	29 (32,2)	38 (21,1)	<0,001

Nhận xét: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ thường gặp của BDMCDMT (cả nhóm đái tháo đường và nhóm chứng). 32,2% bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có thừa cân, béo phì cao hơn nhóm chứng (chỉ chiếm 10%), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

Bảng 3. Đặc điểm giai đoạn bệnh theo Rutherford

Giai đoạn Rutherford	Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm nghiên cứu (n = 90)	p
Giai đoạn 0, 1, 2 (n, %)	0	0	

Giai đoạn 3 (n, %)	19 (21,1)	9 (10)	<0,05
Giai đoạn 4 (n, %)	31 (34,4)	14 (15,6)	<0,01
Giai đoạn 5 (n, %)	17 (18,9)	22 (24,4)	>0,05
Giai đoạn 6 (n, %)	23 (25,6)	45 (50,0)	<0,001

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào được phát hiện bệnh động mạch chi dưới ở giai đoạn sớm (chưa có triệu chứng hoặc triệu chứng đau cách hồi nhẹ tương ứng với Rutherford 0, 1, 2). Hầu hết bệnh nhân nhập viện đều ở giai đoạn muộn trong đó nhóm đái tháo đường nhập viện ở giai đoạn Rutherford 6 cao hơn nhóm chứng, khác biệt ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Đặc điểm vị trí tổn thương khi chụp động mạch cản quang qua da

Vị trí		Nhóm chứng (n = 90)		Nhóm nghiên cứu (n = 90)		p
		Hẹp	Tắc	Hẹp	Tắc	
Tầng chậu	ĐM chậu chung (n, %)	14 (15,6)	12 (13,3)	26 (28,9)	3 (3,3)	<0,05
	ĐM chậu ngoài (n, %)	15 (16,7)	9 (10,0)	8 (8,9)	4 (4,4)	>0,05
	ĐM chậu trong (n, %)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tầng đùi khoeo	ĐM đùi chung (n, %)	1 (1,1)	2 (2,2)	5 (5,6)	2 (2,2)	>0,05
	ĐM đùi nông (n, %)	14 (15,6)	42 (46,7)	21 (23,3)	31 (34,4)	>0,05
	ĐM đùi sâu (n, %)	2 (2,2)	4 (4,4)	2 (2,2)	0 (0,0)	
	ĐM khoeo (n, %)	14 (15,6)	20 (22,2)	15 (16,7)	18 (20,0)	>0,05
Tầng dưới gối	ĐM chày trước (n, %)	7 (7,8)	29 (32,2)	8 (8,9)	45 (50,0)	<0,05
	ĐM chày sau (n, %)	4 (4,4)	20 (22,2)	5 (5,6)	43 (47,8)	<0,001
	ĐM mắt (n, %)	5 (5,6)	13 (14,4)	19 (21,1)	18 (20,0)	<0,01

Nhận xét: Tổn thương các động mạch tầng dưới gối (động mạch đùi nông, khoeo, chày trước, chày sau) chiếm đa số ở cả 2 nhóm. Ở nhóm đái tháo đường gặp tổn thương tắc các động mạch tầng dưới gối cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Số lượng các động mạch bị tổn thương

Số lượng động mạch tổn thương	Nhóm chứng (n = 90)	Nhóm nghiên cứu (n = 90)	p
1 động mạch (n, %)	24 (26,7)	13 (14,4)	<0,05
2 động mạch (n, %)	26 (28,9)	16 (17,8)	>0,05

≥ 3 động mạch (n, %)	40 (44,4)	61 (67,8)	<0,01

Nhận xét: Nhóm đái tháo đường có BDMCDMT thường tổn thương nhiều động mạch hơn so với nhóm chứng đặc biệt là tổn thương từ 3 động mạch trở lên.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,5 tuổi, cao nhất là 97 tuổi, thấp nhất là 43 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Đức Hùng và cộng sự (2016) trên 118 bệnh nhân mắc BDMCDMT, tuổi trung bình 70,8 tuổi [6] nhưng cao hơn nghiên cứu của Edward B Jude (2001) [7] và của Thomas Muller (2016) [8]. Khi so sánh 2 nhóm có và không có đái tháo đường týp 2 chúng tôi thấy rằng, ở bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính có đái tháo đường, tuổi trung bình là 70,8 thấp hơn nhóm chứng (74,2 tuổi), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Edward B. Jude và cộng sự, tác giả thấy rằng nhóm đái tháo đường có tuổi phát hiện bệnh thấp hơn nhóm không đái tháo đường ($63,83 \pm 10,4$ tuổi so với $65,31 \pm 11,11$ tuổi) [7]. Qua đó thấy rằng, bệnh nhân đái tháo đường týp 2 thường có tổn thương động mạch chi dưới sớm hơn so với nhóm không đái tháo đường. Điều này cũng đặt ra thách thức cho công tác khám, sàng lọc và phát hiện sớm bệnh động mạch chi dưới ở nhóm người cao tuổi đặc biệt ở nhóm đái tháo đường týp 2 nhằm có biện pháp điều trị sớm, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Tỷ lệ nam giới mắc bệnh động mạch chi dưới mạn tính cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/1 ở nhóm không có đái tháo đường nhưng đã giảm xuống 1,2/1 ở

nhóm có đái tháo đường týp 2. Kết quả tương tự nghiên cứu của Edward B Jude và cộng sự (2001) [7].

4.2. Đặc điểm tổn thương động mạch chi dưới và một số yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2

Khi tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ thường gặp bệnh động mạch chi dưới nói chung (cả nhóm đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường), chúng tôi nhận thấy, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ cao nhất với 81,1%, tiếp đến là tăng huyết áp với 65,6%. Ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu đều làm tổn thương tế bào nội mô thành động mạch, thúc đẩy quá trình vữa xơ mạch máu, giảm độ đàn hồi động mạch gây nên bệnh động mạch chi dưới. Kết quả này tương tự với kết quả của Liistro F (2013) [9] và Trần Đức Hùng (2016) [6]. Tuy nhiên, khi so sánh 2 nhóm bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới có và không có đái tháo đường thì chúng tôi nhận thấy, thừa cân, béo phì mới là yếu tố nổi trội ở nhóm đái tháo đường týp 2 (32,2% ở nhóm đái tháo đường so với 10% ở nhóm không đái tháo đường). Điều này có thể lý giải do thừa cân béo phì thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nên tỷ lệ này cao hơn ở nhóm BDMCDMT có đái tháo đường.

Khi đánh giá đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tình trạng loét, hoại tử bàn chân ở nhóm đái tháo đường cao hơn nhóm chứng. Khi phân loại giai đoạn bệnh theo Rutherford, tất cả các bệnh nhân có bệnh động mạch chi dưới đều nhập viện giai đoạn muộn, Rutherford giai đoạn 0, 1, 2, không gặp ở cả 2 nhóm,

Rutheford giai đoạn 6 (tổn thương thường gặp là tắc mạch nên triệu chứng lúc vào viện thường là loét, hoại tử bàn chân) gặp nhiều hơn ở nhóm đái tháo đường trong khi Rutheford giai đoạn 3, 4 (tổn thương chủ yếu là hẹp động mạch gây ra triệu chứng lâm sàng là đau cách hồi hoặc đau khi nghỉ) lại gặp nhiều hơn ở nhóm không bị đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Kim Cao (2018), tỷ lệ bệnh nhân có BDMCDMT với Rutheford giai đoạn 4, 5, 6 là 84,3% [10]. Do vậy khi chụp động mạch chi dưới cản quang, tổn thương các động mạch chủ yếu là các động mạch đoạn xa, hình thái tổn thương thường gặp là tắc động mạch. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Trần Đức Hùng (2016) [6]. Nhóm đái tháo đường típ 2 thường tổn thương các động mạch tầng dưới gối (xa trung tâm) và tổn thương có tính lan tỏa (nhiều động mạch) hơn so với nhóm không đái tháo đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng ở nhóm đái tháo đường nhiều mạch máu bị tổn thương hơn so với không đái tháo đường: Tổn thương ≥ 3 động mạch (67,8% so với 44,4%, $p < 0,01$), tổn thương 1 động mạch thường gặp ở nhóm không đái tháo đường (26,7% so với 14,4%) phù hợp với nghiên cứu của Brian G DeRubertis và cộng sự, tổn thương 1 mạch máu thường gặp ở nhóm không đái tháo đường (28,7% so với 16,5%, $p > 0,05$), tổn thương 2 mạch máu trở lên thường gặp ở nhóm đái tháo đường (81 ca/62 ca) [11], sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân đái tháo đường bị BDMCDMT thường nhập viện muộn hơn, có tỷ lệ loét bàn chân nhiều hơn. Tăng đường huyết làm tổn thương mạch máu lan tỏa, giảm khả năng chịu đựng với tình trạng thiếu máu của chi, là nguy cơ dẫn đến tình trạng tổn thương mô, vết thương khó lành dễ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng nặng,

loét hoặc hoại tử bàn chân. Hơn nữa, quá trình tầm soát và phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm còn chưa được quan tâm nhiều. Mặt khác bản thân bệnh nhân cũng chưa chú ý về bệnh lý này. Bên cạnh đó, ở bệnh nhân đái tháo đường, tình trạng tổn thương mạch máu diễn tiến nhanh hơn, nặng nề hơn kèm theo đó là tổn thương thần kinh, chính vì vậy bệnh nhân đến với tuyến chuyên khoa khi triệu chứng đã muộn, rõ rệt và có nhiều biến chứng đáng tiếc như loét hoặc hoại tử chi do thiếu máu. Do vậy, nghiên cứu này góp phần cung cấp thông tin để nâng cao vai trò công tác phát hiện sớm và dự phòng bệnh động mạch chi dưới cho bệnh nhân.

5. Kết luận

Nghiên cứu 180 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng chụp động mạch cản quang qua da, trong đó 90 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và 90 bệnh nhân không bị đái tháo đường điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tuổi trung bình của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có BDMCDMT là $70,8 \pm 10,6$ tuổi, thấp hơn nhóm chứng ($74,2 \pm 11,8$ tuổi), với $p < 0,05$.

Thừa cân, béo phì lại là yếu tố nguy cơ thường gặp ở nhóm đái tháo đường típ 2 (30% so với 10% ở nhóm chứng),

Bệnh nhân đái tháo đường phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn hơn nhóm chứng (50% đã có hoại tử tương ứng giai đoạn Rutheford 6 (tỷ lệ này ở nhóm chứng tương ứng là 25,6%).

67,8% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tổn thương từ 3 động mạch trở lên trong đó hay gặp là tắc mạch ở các động mạch đoạn dưới gối (tỷ lệ tắc động mạch chày

trước, chày sau, mức lần lượt là 50%, 47,8%, 20%), cao hơn nhóm chứng có nghĩa thống kê.

Tài liệu tham khảo

1. Adler AI, Stevens RJ, Neil A et al (2002) *UKPDS 59: hyperglycemia and other potentially modifiable risk factors for peripheral vascular disease in type 2 diabetes*. Diabetes Care 25(5): 894-899.
2. Selvin E, Erlinger TP (2004) *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.
3. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA et al (2007) *In ter-Society Consensus for the management of peripheral arterial disease (Tasc II)*. Eur J Vasc Endovasc Surg 33(1): 1-40.
4. American Diabetes Association (2018) *Standards of medical care in diabetes*. Diabetes care 41(1): 13- 15.
5. [Rutherford](#) RB, [Baker](#) JD, [Ernst](#) C, [Johnston](#) KW, [Porter](#) JM, [Ahn](#) S, [Jones](#) DN (1997) *Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: Revised version*. J Vasc Surg 26(3): 517-538.
6. Trần Đức Hùng (2016) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp nội mạch ở bệnh động mạch chi dưới mạn tính*. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
7. Jude EB, Oyibo SO, Chalmers N et al (2001) *Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients: A comparison of severity and outcome*. Diabetes care 24(8): 1433-1437.
8. Mueller T, Hinterreiter F, Poelz W et al (2016) *Mortality rates at 10 years are higher in diabetic than in non-diabetic patients with chronic lower extremity peripheral arterial disease*. Vasc Med 21(5): 445-452.
9. Liistro F, Porto I, Angioli P et al (2013) *Drug-eluting balloon in peripheral intervention for below the knee angioplasty evaluation (DEBATE-BTK): A randomized trial in diabetic patients with critical limb ischemia*. Circulation 128(6): 615-621.
10. Lê Kim Cao (2018) *Đánh giá kết quả sớm can thiệp nội mạch điều trị tắc hẹp ĐM chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường*. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
11. DeRubertis BG, Pierce M, Ryer EJ et al (2008) *Reduced primary patency rate in diabetic patients after percutaneous intervention results from more frequent presentation with limb-threatening ischemia*. Journal of vascular surgery 47(1): 101-108.