

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương mạch máu chi dưới của bệnh nhân hẹp tắc mạn tính động mạch chậu do vữa xơ được can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Clinical characteristics and vascular lesions of patients with chronic lower limb arterial disease with iliac artery lesions undergoing endovascular intervention at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Duy Toàn¹
và Lương Tuấn Anh^{2*}

¹Bệnh viện Quân y 103,
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch chi dưới của bệnh nhân hẹp, tắc động mạch chậu mạn tính do vữa xơ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân hẹp, tắc mạn tính động mạch chậu được điều trị can thiệp nội mạch tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 03/2020 đến 09/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 72,5. Nam giới chiếm 86,7%. Tăng huyết áp (68%), hút thuốc (46%), đái tháo đường (35,3%) là các yếu tố nguy cơ hay gặp nhất. Thiếu máu chi dưới giai đoạn Fontaine IIb (32,1%), Fontaine III (44,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất. ABI trung bình 0,43. Tổn thương động mạch chậu - đùi khoeo là cao nhất (43,3%), tiếp theo là tổn thương động mạch chậu đơn thuần (31,6%). Mức độ tổn thương động mạch chậu TASC D (49,7%) và TASC C (40,1%) là hay gặp nhất. **Kết luận:** Bệnh nhân hẹp, tắc động mạch chậu mạn tính do vữa xơ có biểu hiện lâm sàng đa dạng, tổn thương mạch máu chi dưới phức tạp.

Từ khoá: Bệnh động mạch chi dưới, động mạch chậu.

Summary

Objective: To evaluate clinical characteristics and vascular lesions of patients with chronic lower limb arterial disease with iliac artery lesions. **Subject and method:** A descriptive, cross-sectional study on 150 patients with chronic iliac artery lesions treated who were treated at the 108 Military Central Hospital from March 2020 to September 2023. **Result:** Mean age was 72.5 years. Male accounted for 86.7%. Hypertension accounted for 68%, smoking accounted for 46%, diabetes accounted for 35.3%. Lower limb ischemia Fontaine IIb stage accounted 32.1%; Fontaine III accounted 44.9%. Mean ABI was 0.43. Lower limb lesion characteristics were iliac artery lesions alone (31.6%), iliac combined with femoral-popliteal arteries (43.3%). The most common level of iliac artery injury were TASC D (49.7%) and TASC C (40.1%). **Conclusion:** Patients with chronic lower limb arterial disease with iliac artery lesions have diverse clinical symptoms and complex lower limb vascular lesions.

Keywords: Lower extremities arterial disease, iliac artery.

Ngày nhận bài: 25/4/2025, ngày chấp nhận đăng: 26/5/2025

* Tác giả liên hệ: Ltanh.cttm@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là bệnh động mạch do vữa xơ phổ biến với tỷ lệ mắc 3-7% dân số, kết quả cuối cùng dẫn tới hoại tử, giảm hoặc mất chức năng chi dưới. Hẹp tắc động mạch chậu là tổn thương bắt buộc phải điều trị đầu tiên trong việc cải thiện tưới máu động mạch chi dưới. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đưa ra “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương mạch máu chi dưới của bệnh nhân hẹp tắc mạn tính động mạch chậu do vữa xơ*”, góp phần điều trị bệnh lý này hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 150 bệnh nhân có bệnh lý hẹp, tắc động mạch chậu mạn tính, đến khám và điều trị tại Khoa Chẩn đoán và Can thiệp Tim mạch (Bệnh viện TƯQĐ 108) trong thời gian 03/2020 - 09/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có triệu chứng thiếu máu chi dưới mạn tính theo TASC (2007) ⁹, với thời gian bị bệnh trên 2 tuần, có hẹp $\geq 50\%$ hoặc tắc động mạch chậu do vữa xơ trên phim chụp mạch số hóa xóa nền, BN có chỉ định và đồng ý can thiệp tái tưới máu. Loại trừ các trường hợp hẹp, tắc động mạch chậu cấp tính, không do vữa xơ.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Tuổi, giới

Tuổi và giới	Tỷ lệ %
Tuổi	
Tuổi trung bình chung	72,5 $\pm$ 11,2
Nhóm tuổi	
< 60	33 (22%)
60 - 69	53 (35,3%)
70 - 79	42 (28%)
≥ 80	22 (14,7%)
Giới	
Nam	130 (86,7)
Nữ	20 (13,3)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 72,5 $\pm$ 11,2. Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ 35,3% (tuổi cao nhất 94, thấp nhất 51). Nam giới chiếm 86,7%.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ

	Số BN (n = 150)	Tỷ lệ %
Yếu tố nguy cơ		
Hút thuốc	69	46
Tăng huyết áp	102	68
Đái tháo đường	53	35,3
Rối loạn chuyển hóa lipid	25	16,7
Đột quỵ não cũ	18	12
Bệnh mạch vành	42	28
Số yếu tố nguy cơ		
0	14	9,3
1	52	34,7
2	60	40
3	15	10
4	7	4,7
5	2	1,3
Số yếu tố nguy cơ trung bình = 1,7		

Nhận xét: Tăng huyết áp (68%), hút thuốc (46%), đái tháo đường (35,3%) là các yếu tố nguy cơ hay gặp nhất. Số yếu tố nguy cơ trung bình là 1,7.

Bảng 3. Mối liên quan giữa giới và các yếu tố nguy cơ

	Giới				p 1-2
	Nam (n = 130) (1)		Nữ (n = 20) (2)		
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Hút thuốc	68	52,3	1	5	<0,001
Tăng huyết áp	90	69,2	12	60	>0,05
Đái tháo đường	45	34,6	8	40	>0,05
Rối loạn chuyển hóa lipid	21	16,2	4	20	>0,05
Đột quỵ não cũ	17	13,1	1	5	>0,05
Bệnh mạch vành	38	29,1	4	20	>0,05

Nhận xét: Hút thuốc là yếu tố nguy cơ khác biệt duy nhất giữa hai giới ($p < 0,001$).

Bảng 4. Giai đoạn lâm sàng theo phân loại Fontaine

Giai đoạn lâm sàng	Số chân bệnh (n = 187)	Tỷ lệ %
Fontaine I	0	0
Fontaine IIa	4	2,1
Fontaine IIb	60	32,1
Fontaine III	84	44,9
Fontaine IV	39	20,9

Nhận xét: Triệu chứng thiếu máu giai đoạn Fontaine IIb (32,1%) và Fontaine III (44,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất, không gặp bệnh nhân nào ở giai đoạn Fontaine I.

Bảng 5. Chỉ số ABI

ABI	Số chân bệnh (n = 187)	Tỷ lệ %
0,4	78	41,7
> 0,4 - 0,75	63	33,7
> 0,75 - 0,9	43	23
> 0,9	3	1,6
Trung bình	$0,43 \pm 0,21$	

Nhận xét: Chỉ số ABI trung bình $0,43 \pm 0,21$, nhóm ABI $\leq 0,4$ chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,7%, tiếp theo đến nhóm 0,4-0,75 tỷ lệ 33,7%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa chỉ số ABI và giai đoạn lâm sàng

Giai đoạn lâm sàng	Số chân bệnh (n = 187)	ABI trung bình	p
Fontaine I (1)	0		
Fontaine IIa (2)	4	$0,71 \pm 0,28$	p 2-3 > 0,05
Fontaine IIb (3)	60	$0,65 \pm 0,19$	p 3-4 < 0,05
Fontaine III (4)	84	$0,4 \pm 0,17$	p 4-5 > 0,05
Fontaine IV (5)	39	$0,42 \pm 0,25$	p 5-2 < 0,05

Nhận xét: ABI khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa giai đoạn Fontaine III, IV (thiếu máu chi dưới trầm trọng) so với Fontaine IIa, IIb (đau cách hồi).

3.2. Đặc điểm tổn thương mạch máu

Bảng 7. Tổn thương động mạch chi dưới

Tổn thương ĐM	Số chân bệnh (n = 187)		
	Số ĐM	Tỷ lệ %	p
ĐM chậu đơn thuần (1)	59	31,6	$p_{1-2} < 0,05$
ĐM chậu-đùi khoeo (2)	81	43,3	$p_{2-3} < 0,05$
ĐM chậu-đùi khoeo-dưới gối (3)	39	20,9	$p_{3-4} < 0,05$
ĐM chậu-dưới gối (4)	8	4,3	$p_{4-1} < 0,01$

Nhận xét: Tổn thương động mạch chậu - đùi khoeo là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%), tiếp theo là tổn thương động mạch chậu đơn thuần (31,6%).

Bảng 8. Mức độ tổn thương động mạch chậu theo TASC

	Số ĐM (n = 187)	Tỷ lệ %
Tổn thương TASC A	2	1,1
Tổn thương TASC B	17	9,1
Tổn thương TASC C	75	40,1
Tổn thương TASC D	93	49,7

Nhận xét: Tổn thương TASC D (49,7%) và TASC C (40,1%) là hay gặp nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $72,5 \pm 11,2$. Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ 35,3% (tuổi cao nhất 94, thấp nhất 51). tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước^{1, 3, 6}.

Giới: Nam giới chiếm 86,7%, nhiều hơn nữ giới. Điều này phù hợp với yếu tố nguy cơ hút thuốc thường gặp hơn^{2, 5}.

Yếu tố nguy cơ: Thường gặp nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường. Yếu tố nguy cơ khác biệt giữa hai giới là hút thuốc, thường gặp ở nam giới ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bechter-Hugl (2014), khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân hẹp tắc mạn tính ĐM chậu, thấy có sự khác nhau giữa hai giới về tỷ lệ hút thuốc lá ($p = 0,014$), tăng huyết áp ($p = 0,032$)^{7, 8}.

Giai đoạn lâm sàng: Triệu chứng thiếu máu giai đoạn Fontaine IIb (32,1%) và Fontaine III (44,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ giai đoạn Fontaine IV là 20,9%, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn lâm sàng Fontaine I. Tỷ lệ đau cách hồi trong nghiên cứu Cvetic (2019) là 100%⁹. Các nghiên cứu nước ngoài có tỷ lệ bệnh nhân đau cách hồi là chủ yếu (Fontaine IIa, IIb), sự khác biệt này là do bệnh nhân được phát hiện triệu chứng và được điều trị sớm hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số ABI trung bình $0,43 \pm 0,21$, nhóm ABI $\geq 0,4$ chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,7%, tiếp theo đến nhóm 0,4-0,75 tỷ lệ 33,7%. Chỉ số ABI tương đồng với một số nghiên cứu trong nước và thường thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài. Theo nghiên cứu của Cvetic (2019) ABI trung bình là $0,66 \pm 0,35$ ⁹, còn ABI trung bình trong nghiên cứu của Phan Quốc Hùng (2016) là $0,30 \pm 0,21$ ².

4.2. Đặc điểm tổn thương mạch máu chi dưới

Tăng tổn thương: Tổn thương động mạch chậu - đùi khoeo là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%),

tiếp theo là tổn thương động mạch chậu đơn thuần (31,6%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Duy Tân (2021) với tỷ lệ tổn thương động mạch chậu đơn thuần là cao nhất (44,7%)⁴, nghiên cứu của Lê Thế Anh (2022) với tỷ lệ tắc chậu - đùi khoeo là 37,5% và tắc chậu đơn thuần là 33,3%⁵, điều này có lẽ do tương đồng về yếu tố nguy cơ và tình trạng tổn thương mạch máu chi dưới của bệnh nhân khi đến bệnh viện trong toàn quốc.

Mức độ tổn thương: Tổn thương TASC D (49,7%) và TASC C (40,1%) là hay gặp nhất. Kết quả này có khác biệt với một số các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Leville (2006) thấy tổn thương động mạch chậu có tỷ lệ TASC D (41,6%), TASC C (33,7%), TASC B (24,7%)⁶.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân hẹp, tắc động mạch chậu mạn tính do vữa xơ có chỉ định can thiệp nội mạch có biểu hiện lâm sàng đa dạng, tổn thương mạch máu chi dưới phức tạp và thường gặp tổn thương đa tầng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Quốc Hùng, Trần Quyết Tiến, Phạm Minh Ánh (2014) *Kết quả điều trị sớm và trung hạn tắc hẹp động mạch chủ chậu mạn tính bằng can thiệp nội mạch*. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 68, tr. 208-213.
2. Phan Quốc Hùng (2016) *Nghiên cứu hiệu quả phục hồi lưu thông mạch máu trong điều trị hẹp tắc động mạch chủ - chậu mạn tính*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. 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, Hà Nội.
4. Nguyễn Duy Tân, Trần Quyết Tiến (2021) *Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý tắc, hẹp động mạch chủ - chậu và chi dưới*. Tạp chí Y học Việt Nam. 498, tr. 198-202.
5. Lê Thế Anh, Phạm Thái Giang, Lê Văn Trường (2022) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh chụp mạch của bệnh nhân có tổn thương vữa xơ động mạch chậu mạn tính*. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 517, số 1, tr. 265-269.
6. Leville CD, Kashyap VS, Clair DG, Bena JF, Lyden SP, Greenberg RK, O'Hara PJ, Sarac TP, Ouriel K (2006) *Endovascular management of iliac artery occlusions: Extending treatment to TransAtlantic Inter-Society Consensus class C and D patients*. J Vasc Surg 43(1):32-39. doi: 10.1016/j.jvs.2005.09.034.
7. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group (2007) *Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. Eur J Vasc Endovasc Surg 33(1): 1-75.
8. Bechter-Hugl B, Falkensammer J, Gorny O, Greiner A, Chemelli A, Fraedrich G (2014) *The influence of gender on patency rates after iliac artery stenting*. J Vasc Surg 59(6):1588-1596.
9. Cvetic V, Sagic D, Koncar I et al (2019) *Endovascular treatment of different types of iliac occlusions Results from an observational study*. PLoS One 14(10): 0222893.