

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thục*, Trần Hoài Ân và cs*

TÓM TẮT

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu ở tất cả các bệnh nhân có viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính và bệnh lý mạch vành kèm theo điều trị tại BVTW Huế từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2017. Số bệnh nhân có bệnh lý viêm tắc động mạch chi dưới kết hợp bệnh lý mạch vành là 105 trường hợp trên tổng số 447 trường hợp viêm tắc động mạch chi dưới được điều trị, chiếm tỷ lệ 23,4% (nam: 68,7% , nữ: 31,2%). Trong nhóm này, tuổi trung bình là $75,5 \pm 9,8$. 50% số bệnh nhân mắc đái tháo đường và 59,4% số bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo. Tỷ lệ bệnh nhân hẹp cả 3 thân động mạch vành là 28,1%, 2 thân là 43,7% và 1 thân là 28,1%. Tất cả các bệnh nhân đều có viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính từ giai đoạn 3 trở lên. Số bệnh nhân được phẫu thuật cầu nối mạch máu chi dưới chiếm 50% trường hợp. Tỷ lệ cầu nối lưu thông tốt sau phẫu thuật là 93,7

Từ khóa: Viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh lý mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường....

SUMMARY

A retrospective review was performed for all patients with chronic lower limbs

ischemia and coronary artery diseases from January 2015 to December 2017.

In total 447 chronic lower limbs ischemia cases were treated, the number of coronary diseases was 105, 23,4%, in which 68,7% male and 31,2% female. Mean age was $75,5 \pm 9,8$. 50% patients were diabetes mellitus and 59,4% patients were hypertension. 28,1% cases injured three branches coronary artery, two branches was

43,7% and one branch was 28,1%. All patients were lower limbs ischemia stage 3 and over. 50% cases were done bypass to treat lower limbs ischemia.

Keyword: lower limbs artery diseases, coronary artery diseases, hypertension, diabetes mellitus....

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý động mạch ngoại biên và bệnh lý động mạch vành có mối liên quan rõ rệt trong dân số. Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng này là do độ tuổi, tình trạng béo phì, tăng huyết áp, lối sống tĩnh tại ít vận động, đái tháo đường, hút thuốc lá... chiến lược điều trị cho những bệnh nhân kết hợp cả hai tình trạng này thường gặp nhiều thử thách và đôi khi đưa đến những tình huống khó xử trên lâm sàng[1][2]. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xem xét tỷ lệ bệnh nhân bị viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới có bệnh lý mạch vành kèm theo, mối liên quan của các yếu tố nguy cơ và sự tác động của bệnh lý mạch vành đến tiên lượng của bệnh nhân viêm tắc động mạch mạn tính giai đoạn trước trong và sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm tất cả các bệnh nhân bị viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới điều trị tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2017.

Số liệu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án

* Khoa Ngoại lồng ngực tim mạch BVTW Huế
 Người chịu trách nhiệm khoa học: BS Nguyễn Thục
 Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018
 Phân Biệt Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng
 GS.TS. Lê Ngọc Thành

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Tuổi: trên 45

- Có tiền sử về một hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch máu ngoại biên bao gồm: đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá

- Tính chỉ số huyết áp cổ chân và cánh tay (ABI)

- Siêu âm tim đánh giá tình trạng vận động thành tim, đo phân suất tổng máu thất trái

- Siêu âm Doppler mạch máu 2 chi dưới để đánh hệ động mạch 2 chi dưới, các bệnh lý mạch máu khác kèm theo cũng như giúp xác định vị trí làm cầu nối trong một số trường hợp, kiểm tra cầu nối sau phẫu thuật.

- Chụp mạch vành và mạch chi để chẩn đoán xác định bệnh lý viêm tắc động mạch 2 chi dưới và bệnh lý mạch vành

III. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi

Tuổi trung bình: $75,5 \pm 9,8$, lớn nhất 88 tuổi, nhỏ nhất 55 tuổi.

3.2. Giới

Nam: 72 chiếm 68,7%, Nữ: 33 chiếm 31,3%

3. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ của bệnh lý viêm tắc động mạch 2 chi dưới

Yếu tố nguy cơ	n	%
Đái tháo đường	52	50
Tăng huyết áp	62	59,4
Rối loạn lipid máu	81	78
Thuốc lá	67	64

Tất cả các yếu tố nguy cơ của bệnh lý viêm tắc động mạch 2 chi dưới đều xuất hiện trong nhóm nghiên cứu

4. Chỉ số ABI và mức độ nghiêm trọng của viêm tắc động mạch hai chi dưới

Bảng 3.2: Liên quan giữa ABI và viêm tắc động mạch 2 chi dưới

ABI	n	%
Nhẹ (0.89 – 0.7)	3	2,9
Trung bình (0.69 – 0.4)	12	11,4
Nghiêm trọng (<0.4)	90	85,7
Bình thường (>0.9)	0	0
Tổng	105	100

85,7% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tình trạng viêm tắc động mạch 2 chi dưới nghiêm trọng với ABI < 0.4.

3.5. Các dấu hiệu của bệnh mạch vành

Bảng 3.3: Các triệu chứng của bệnh lý mạch vành

Triệu chứng	n	%
Dấu hiệu thiếu máu cơ tim trước đây	100	22.1
ECG bình thường	223	50
Thay đổi ST – T	64	14.3
Block cành trái	23	5.3
Rối loạn nhịp nhĩ, thất	37	8,3
Tổng	447	100

100 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 22,1% có tiền sử thiếu máu cơ tim mà điển hình là cơn đau thắt ngực

3.6. Số lượng nhánh động mạch vành bị tổn thương

Bảng 3.4: Số lượng các nhánh động mạch vành tổn thương

Số lượng	n	%
Một nhánh	29	28,12
Hai nhánh	47	43,75
Ba nhánh	29	28,12
Tổng	105	100

28,12% số bệnh nhân trong nghiên cứu tổn thương cả 3 thân động mạch vành.

3.7. Các nhánh động mạch vành bị tổn thương

Bảng 3.5: Các nhánh động mạch vành bị tổn thương

Nhánh động mạch vành	n	%
Thân chung	15	14,2
Liên thất trước	85	81,2
Nhánh mũ	42	40,6
Vành phải	66	62,8

Tổn thương động mạch liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất 81,2%

3.8. Mức độ hẹp động mạch vành

Bảng 3.6: Mức độ hẹp của các nhánh động mạch vành

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Thân chung	5(33,3%)	1(6,6%)	9(60,1%)
Liên thất trước	39(45%)	24(27,5%)	24(27,5%)
Mũ	12(28,5%)	21 (50%)	9(21,5%)
Vành phải	9(15,7%)	27(47,4%)	21(36,9%)

27,5% số bệnh nhân trong nghiên cứu hẹp nặng nhánh liên thất trước.

3.9. Phân suất tổng máu thất trái

Bảng 3.7: Phân suất tổng máu thất trái

EF	n	%
Bình thường	48	45,7
Giảm nhẹ	33	31,4
Giảm vừa	12	11,4
Giảm nặng	12	11,4
Tổng	105	100

45,7% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có phân suất tổng máu trong giới hạn bình thường

3.10. Can thiệp mạch vành trước phẫu thuật mạch máu ngoại biên

Bảng 3.8: Tái tưới máu động mạch vành trước phẫu thuật tái lập lưu thông động mạch ngoại biên

Phương pháp can thiệp	n	%
Can thiệp mạch vành qua da	42	79,2
Phẫu thuật cầu nối chủ vành	11	20,8
Tổng	53	100

Can thiệp mạch vành qua da chiếm ưu thế vượt trội với tỷ lệ 79,2%

3.11. Giai đoạn viêm tắc động mạch 2 chi dưới mãn tính

Bảng 9: Giai đoạn viêm tắc động mạch mạn tính (theo Lerich – Fontain)

Giai đoạn	n	%
3	33	31,4
4	72	68,6

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều viêm tắc động mạch mạn tính từ giai đoạn 3 trở lên

3.12. Vị trí tổn thương động mạch ngoại biên

Bảng 10: Phân loại vị trí tổn thương động mạch ngoại biên

Vị trí	n	%
Chủ	3	1,6
Chậu đùi	36	20
Đùi khoeo	99	55
Các động mạch cẳng chân	42	23,3

Tổn thương động mạch tại vị trí tầng đùi khoeo chiếm tỷ lệ lớn nhất

3.13. Phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tắc động mạch hai chi dưới mạn tính

Bảng 11: Phẫu thuật điều trị viêm tắc động mạch 2 chi dưới mạn tính

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cầu nối chủ đùi	3	4,3
Cầu nối đùi khoeo	36	52,1
Cầu nối đùi chày sau	6	8,6
Cầu nối chéo đùi	3	4,3
Cầu nối nách đùi	3	4,3
Cắt hạch giao cảm thắt lưng	18	26,4

Phẫu thuật cầu nối đùi khoeo chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%

3.14. Phương pháp điều trị nội khoa

Có 33 trường hợp điều trị nội khoa với Aspirin, ức chế ngưng tập tiểu cầu....

3.15. Tử vong trong quá trình điều trị

3 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,8%.

3.16. Tắc cầu nối sau phẫu thuật bắc cầu

3 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2.8%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới là bệnh lý do xơ động mạch được xác định từ vị trí chia đôi của động mạch chủ bụng xuống phía dưới. Mảng xơ vữa là nguyên nhân thường gặp nhất (> 90%) gây ra bệnh lý này. Tình trạng xơ động mạch gây tắc nghẽn được khẳng định về mặt giải phẫu bệnh bởi nghiên cứu của Tổ chức y tế thế giới. Tỷ số giữa áp lực động mạch ở cổ chân và cánh tay thì tâm thu, ABI được xem là một chỉ số có giá trị để chẩn đoán những trường hợp viêm tắc động mạch không có triệu chứng[3][4][5]. Nhiều nghiên cứu

Edinburgh Artery Study (1992), Framingham Study(1970–1996), The San Diego Study (1992)

và The Rotterdam Study (1998) sử dụng chỉ số ABI để chỉ ra tình trạng viêm tắc động mạch chi dưới mạn tính không có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao hơn rất nhiều so với những trường hợp có triệu chứng[6]. ABI là một phương tiện chẩn đoán rất hữu ích để đánh giá tình trạng viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới[7].

Nghiên cứu Sandiago phát hiện ra tỷ lệ tử vong cao do các bệnh lý tim mạch ở nhóm bệnh nhân có chỉ số ABI dưới 0,8[7]. The Cardiovascular Health Study và the Edinburgh Artery Study, sử dụng phân tích đa chiều trong nghiên cứu tiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân với thời gian nghiên cứu đủ dài cho thấy nguy cơ tử vong chung và tử vong do nguyên nhân tim mạch cao hơn ở nhóm bệnh nhân có ABI < 0,9[8],[9]. Nguy cơ tử vong do và không do nguyên nhân tim mạch cao hơn ở những bệnh nhân có ABI thấp kết hợp với các nguy cơ khác như đái tháo đường, tăng huyết áp[10]... Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều trên 45 tuổi và có một hoặc nhiều hơn các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch máu ngoại biên sử dụng ABI như một chỉ số để chẩn đoán, 100% bệnh nhân có viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam là 68,7%, nữ 31,3%. Sự ảnh hưởng của giới tính đến bệnh lý viêm tắc động mạch hai chi dưới chưa cho thấy có ý nghĩa về mặt thống kê. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm tắc động mạch ở nam giới cao hơn ở nữ giới mặc dù không nhiều. 16% ở nam và 13% ở nữ theo Schroll và Munk[6]. 14% ở nam và 13% ở nữ theo Cardiovascular Health study[8]. Vogt và cs chỉ ra có một sự khác biệt lớn sau tuổi 70[11]. Tuy nhiên Meijer và cs trong nghiên cứu Rotterdam cho thấy rằng tỷ lệ ở nữ là 20,5% và nam là 16,9%.[12] Bệnh lý viêm tắc động mạch 2 chi dưới kết hợp bệnh mạch vành rất thường gặp trên lâm sàng. 95% các trường hợp vào viện vì

viêm tắc động mạch 2 chi dưới khi có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có bệnh lý mạch vành kết quả chụp mạch vành đều có thương tổn. Tiêu chuẩn chụp mạch vành cho bệnh nhân bao gồm: trên 50 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tiền sử bản thân và gia đình có bệnh lý mạch vành, đau thắt ngực, có dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên ECG và phân suất tổng máu thất trái thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 23,4% số bệnh nhân vào viện vì viêm tắc động mạch 2 chi dưới mãn tính có bệnh lý mạch vành kèm theo. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Norman R Hertzler là 25%.[13]

Theo nghiên cứu của Overwhelming, bệnh lý mạch vành là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sớm và muộn ở những bệnh nhân được phẫu thuật tái lập lưu thông mạch máu[13]. Tỷ lệ tử vong trong quá trình điều trị của chúng tôi là 2,8%. Đa số là trong giai đoạn chuẩn bị phẫu thuật mạch máu. Cả 3 bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tổn thương nặng 3 thân động mạch vành, phân suất tổng máu thất trái thấp, tử vong trong bối cảnh ngưng tuần hoàn hô hấp đột ngột, xét nghiệm các men tim tại thời điểm cấp cứu đều tăng cao. Những yếu tố này giúp chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân nhồi máu cơ tim. Kinh nghiệm của Clerverland clinic cho thấy nhồi máu cơ tim chiếm đến 67% nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân thay động mạch chủ bụng để điều trị thiếu máu mãn tính 2 chi dưới. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong sớm giữa nhóm bệnh nhân có những dấu hiệu của bệnh mạch vành với nhóm không có dấu hiệu của bệnh mạch vành là có ý nghĩa thống kê. [14],[15],[16],[17]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 22,1% số bệnh nhân có triệu chứng của thiếu máu cơ tim trước đó. Trong đó, triệu chứng nổi bật nhất là cơn đau thắt ngực. 50% bệnh nhân không có những dấu hiệu rõ rệt về thiếu máu cơ tim trên

ECG và 27,9% số bệnh nhân có những đặc điểm giúp nghĩ đến thiếu máu cơ tim trên ECG bao gồm: biến đổi ST_T, block cành trái, rối loạn nhịp Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng khoảng 23% số bệnh nhân vào viện vì viêm tắc động mạch 2 chi dưới có bệnh lý mạch vành kèm theo. Trong đó, tỷ lệ hẹp nặng động mạch vành lần lượt là : thân chung: 60,1%, LAD: 27,5%, LCx: 21,5% và RCA: 36,9%. Về chiến lược điều trị, những trường hợp hẹp động mạch vành mức độ nhẹ hoặc vừa phải, phân suất tổng máu thất trong giới hạn bình thường chúng tôi ưu tiên phẫu thuật mạch máu để cứu chi bệnh nhân. Những trường hợp hẹp nặng động mạch vành, phân suất tổng máu thất trái thấp, can thiệp mạch vành qua da sẽ được ưu tiên lựa chọn, sau đó mới đến phẫu thuật cầu nối chủ vành. Phẫu thuật tái lập lưu thông mạch máu ngoại biên sẽ được thực hiện sau đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp can thiệp mạch vành qua da là 42 chiếm tỷ lệ 79,2%, số trường hợp phẫu thuật cầu nối chủ vành là 11, chiếm tỷ lệ 20,8%. Không có trường hợp nào tử vong sau can thiệp hoặc phẫu thuật cầu nối chủ vành.

V. KẾT LUẬN

Có một mối liên quan rõ ràng và mạnh mẽ giữa bệnh viêm tắc động mạch mạn tính 2 chi dưới và bệnh mạch vành trong nghiên cứu. Vì vậy chụp động mạch vành được khuyến cáo ở những bệnh nhân viêm tắc động mạch 2 chi dưới mạn tính nói riêng và bệnh động mạch ngoại biên nói chung khi bệnh nhân có những yếu tố nguy cơ cũng như những dấu hiệu của bệnh mạch vành. Những xét nghiệm cận lâm sàng ít xâm nhập: điện tim gắng sức.... nên được thực hiện để xác định sự cần thiết phải chụp mạch vành trong những trường hợp không có triệu chứng của thiếu máu cơ tim hoặc không có dấu hiệu bất thường trên ECG thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew Cassar, Don Poldermans, Charanjit S. Rihal, and Bernard J. Gersh (2010), The management of combined coronary artery diseases and peripheral vascular disease, *European Heart Journal*, 31, 1565–1572
2. Moatasem S Amer, Heba M Tawfik, Manar MA Maamoun, Ayman M Abd Elmoteleb (2013), Relationship between Peripheral Artery Disease and Cardiac Function in Elderly Patients with Ischemic Heart Disease, *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, Vol. 51, Page 285– 288.
3. Sharmistha Sarangi, Banumathy Srikant, Dayasagar V. Rao, Laxmikant Joshi, G. Usha (2012), Correlation between peripheral arterial disease and coronary artery disease using ankle brachial index—a study in Indian population, *Indian Heart Journal* 6401, 2–6.
4. Halperin JL (2002), Evaluation of patients with peripheral vascular disease, *Thromb Res* ;106:303–11.
5. World Health Organization Study Group, Classification of atherosclerotic lesions – report of a study group, *WHO Tech Rep Ser* 1958;143:1–20.
6. Lanzer P, *Peripheral Vascular Disease—The Textbook of Peripheral, Vascular Medicine* (ed.). Eric J Topol 388–96
7. Leng GC, Fowkes FGR, Lee AJ. Use of the ankle brachial pressure index to predict cardiovascular events and death – a Cohort study. *BMJ* 1996;313:1440–4.
8. Newman AB, Siscovick BS, Manolio TA, Ankle arm index as a marker of atherosclerosis – the Cardiovascular Health Study, *Circulation* 1993;88:837–45.
9. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, Macintyre CC, Ruckby CV, Prescott RJ. Edinburgh, Artery Study – prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol* 1991;20:384–92.
10. Brevetti G, Oliva G, Silvestro A, Francesco S, Chiariello M, Prevalence, risk factors and cardiovascular comorbidity of symptomatic peripheral arterial disease in Italy. *Atherosclerosis* 2004;175:131–8.
11. Vogt MT, Wolfson SK, Kuller LH. Lower extremity arterial disease and the aging process – review. *J Clin Epidemiol* 1992;45:529–42.
12. Meijer WT, Hoes AW, Dominique R, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE, Peripheral arterial disease in the elderly – the Rotterdam Study, *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998;18:185–92.
13. NORMAN R. HERTZER et al, coronary artery disease in peripheral vascular patients: A Classification of 1000 Coronary Angiograms and Results of Surgical Management, *Ann. Surg.* Vol. 199 * No. 2* February 1984
14. Diehl JT, Cali RF, Hertzner NR, Beven EG (1983), Complications of abdominal aortic reconstruction. *Ann Surg* ; 197:49-56.
15. Hertzner NR (1980), Fatal myocardial infarction following abdominal aortic aneurysm resection. Three hundred forty-three patients followed 6-11 years postoperatively. *Ann Surg*; 192:667-673.
16. Hertzner NR (1981), Fatal myocardial infarction following lower extremity revascularization. Two hundred seventy-three patients followed six to eleven postoperative years. *Ann Surg*; 193:492-498.
17. Hertzner NR, Lees CD (1981), Fatal myocardial infarction following carotid endarterectomy. Three hundred thirty-five patients followed 6-11 years after operation, *Ann Surg*; 194:212-218.