

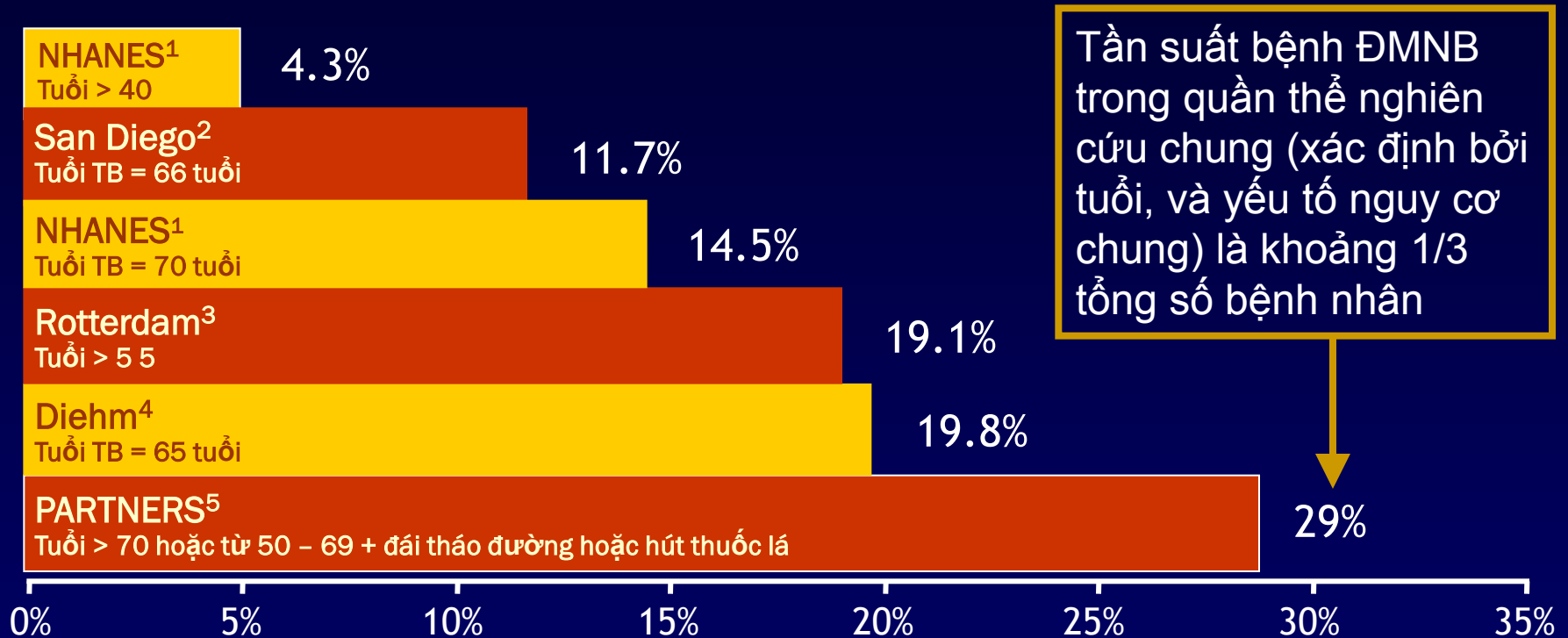
CẬP NHẬT

**KHUYẾN CÁO 2010 CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM
VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ**

BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

**PGS.TS. ĐINH THỊ THU HƯƠNG
Th.S . NGUYỄN TUẤN HẢI
Viện Tim mạch Việt nam**

TẦN SUẤT



NHANES=National Health and Nutrition Examination Study;

PARTNERS=PAD Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival [program].

1. Selvin E, Erlinger TP. Circulation. 2004;110:738-743.

2. Criqui MH, et al. Circulation. 1985;71:510-515.

3. Diehm C, et al. Atherosclerosis. 2004;172:95-105.

4. Meijer WT, et al. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 1998;18:185-192.

5. Hirsch AT, et al. JAMA. 2001;286:1317-1324.

TẦN SUẤT BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

Trong một số nghiên cứu

Tác giả	Quốc gia	Tần suất (%)	Số tham khảo
Migdalis et al (1992)	Hy Lạp	44	4
Marinelli et al (1979)	Hoa Kỳ	33	5
Walters et al (1992)	Anh	23,5	6
Bhuripanyo et al (1992)	Thái Lan	21,3	7
Janka et al (1980)	Đức	16	8
De Silva et al (1993)	Sri Lanka	5,6	9
Mohan et al (1995)	Nam Ấn Độ	3,9	6

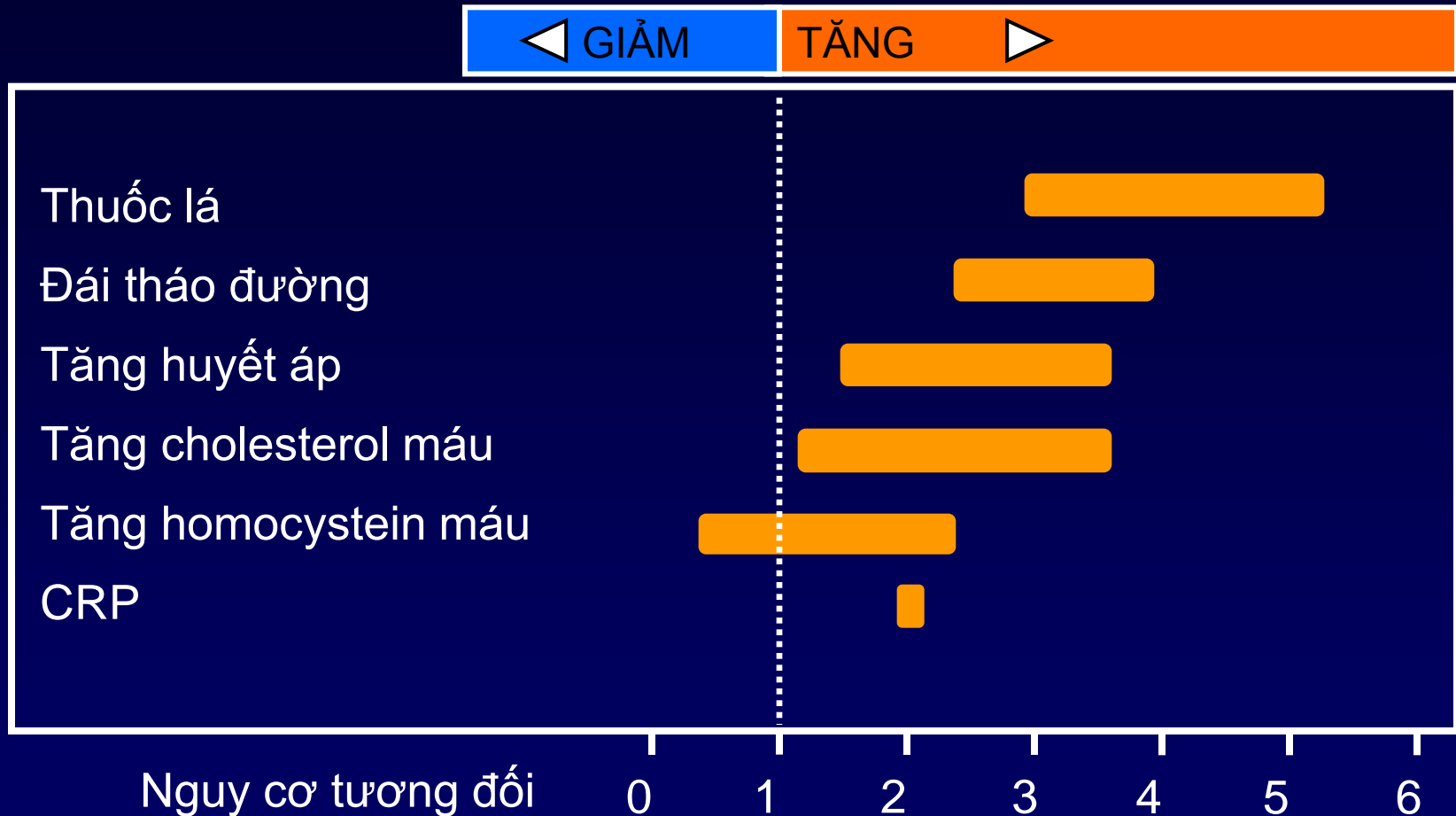
G. Premalatha, V. Mohan. Is peripheral vascular disease less common in Indians

Ins. J.Diab.Dev.Countries (1995), Vol.15,68 – 69.,

NGHIÊN CỨU TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Nhóm bệnh	Năm 2003	Năm 2004	Năm 2005	Năm 2006	Năm 2007
BĐMCD	123 1,7%	171 2,0%	190 2,2%	245 2,5%	366 3,4%
BTTMCB	789 11,2%	1164 13,5%	1638 18,8%	2076 20,8%	2601 24%
Bệnh mạch não	451	274	310	518	534

YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH MCD

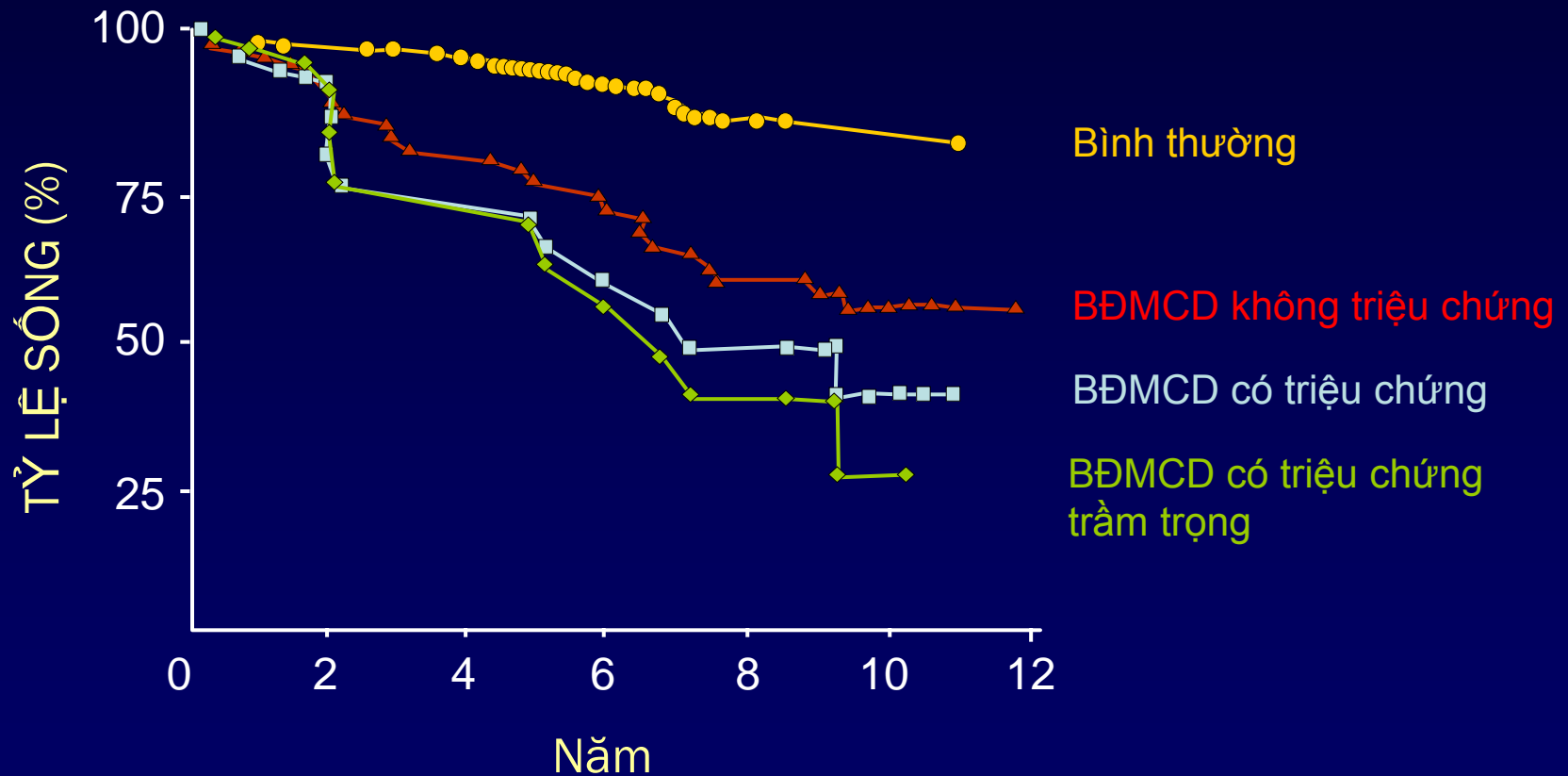


Những đối tượng có “**nguy cơ**” mắc BĐMCD

Dựa vào bằng chứng dịch tễ học,
Đối tượng có nguy cơ bị BĐMCD được xác định là:

- Người **dưới 50 tuổi**, kèm theo **ĐTĐ**, và **một yếu tố nguy cơ** phối hợp khác (thuốc lá, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, tăng homocystein máu).
- Người tuổi từ **50 – 69**, có tiền sử **hút thuốc lá hoặc ĐTĐ**.
- Người có tuổi **≥ 70 tuổi**.
- Triệu chứng ở chi dưới **liên quan đến gắng sức** (đau cách hời) hoặc **đau khi nghỉ** do giảm tưới máu.
- Khám lâm sàng phát hiện **bất thường về động mạch** chi dưới.
- **Bệnh lý động mạch do xơ vữa đã biết**: động mạch vành, động mạch cảnh hay động mạch thận.

TỶ LỆ SỐNG CÒN LÂU DÀI Ở BN BDMCD



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

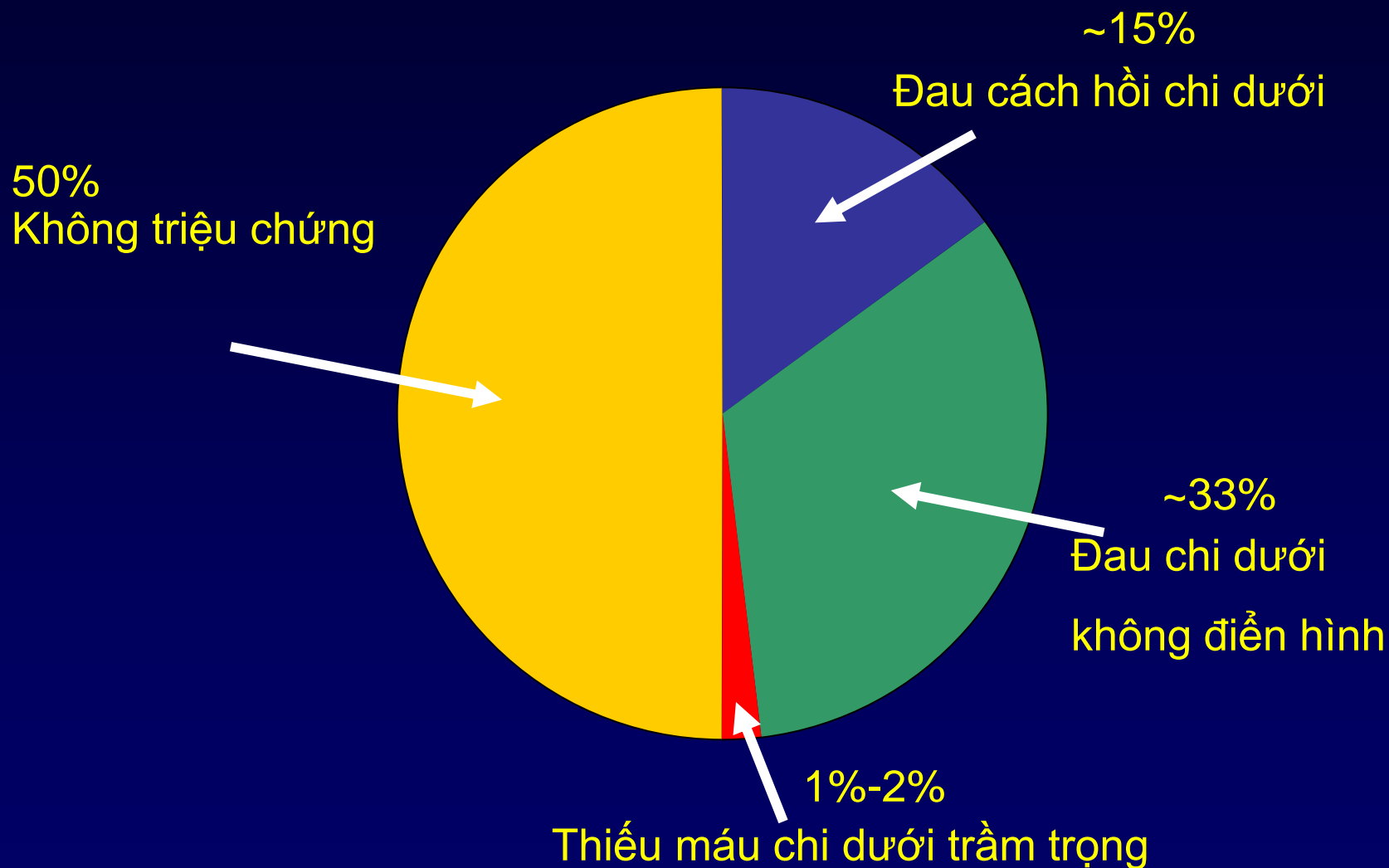
Thiếu máu chi dưới trầm trọng: Đau chi dưới khi nghỉ, vết thương/loét không liền, hoại tử.

Thiếu máu chi dưới cấp: Triệu chứng lâm sàng được mô tả bởi 6 chữ P:

- **P**ain: Đau
- **P**ulselessness: Mất mạch
- **P**allor: Nhợt
- **P**aresthesias: Dị cảm
- **P**aralysis: Mất vận động
- **P**oikilothermia: Lạnh bên chi tắc mạch.

TRIỆU CHỨNG

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG



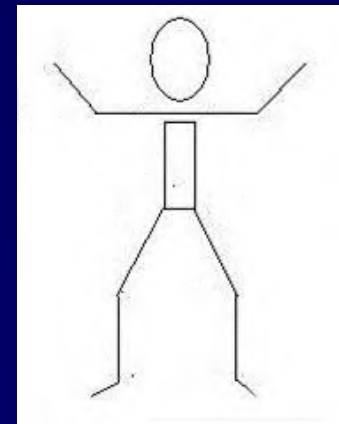
KHÁM LÂM SÀNG

Yêu cầu bắt mạch chi dưới cẩn thận và lượng hóa như sau:

- 0: Mất mạch
- 1: Mạch yếu
- 2: Mạch bình thường
- 3: Khối phình, có ranh giới



Vẽ sơ đồ động mạch chi dưới:



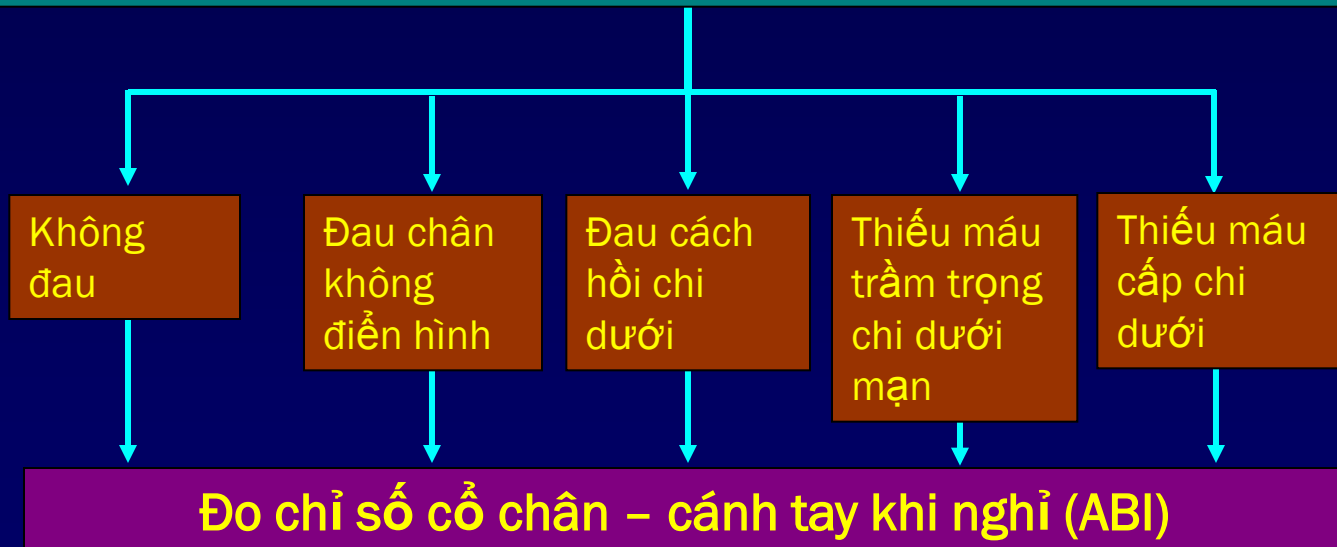
CÁC BƯỚC CHẨN ĐOÁN BĐMCD

Xác định nhóm đối tượng “có nguy cơ”, để chẩn đoán 5 biểu hiện lâm sàng chính của BĐMCD:

Hỏi tiền sử giảm khả năng đi lại và/hoặc triệu chứng giảm cấp máu chi dưới:

Đánh giá các triệu chứng về mạch máu:

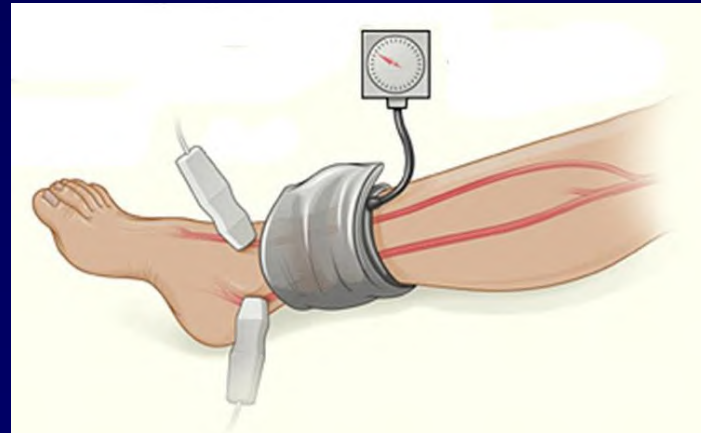
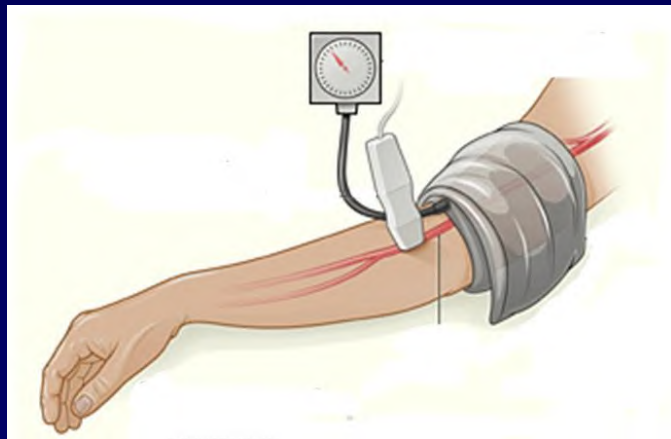
- Đau chi dưới khi đi lại
- Đau chi dưới khi nghỉ, vết thương, loét lâu lành, hoại tử



CÔNG THỨC TÍNH ABI

ABI = tỷ số giữa huyết áp tâm thu đo được ở cổ chân mỗi bên, và huyết áp tâm thu đo được ở bên cánh tay có giá trị cao hơn

$$ABI = \frac{\text{HA tâm thu đo ở cổ chân}}{\text{HA tâm thu đo ở cánh tay có trị số cao hơn,}}$$



GIÁ TRỊ CỦA ABI

- Bệnh nhân nghi ngờ có BDMCD cần được đo ABI khi nghỉ để phát hiện bệnh động mạch chi dưới.
- Tất cả các bệnh nhân mới phát hiện BDMCD, dù mức độ nặng như thế nào, cũng **cần phải đo ABI ở cả hai chân** để khẳng định chẩn đoán đồng thời ghi nhận trị số nền ban đầu.
- Kết quả đo ABI cần phải ghi lại một cách thống nhất:

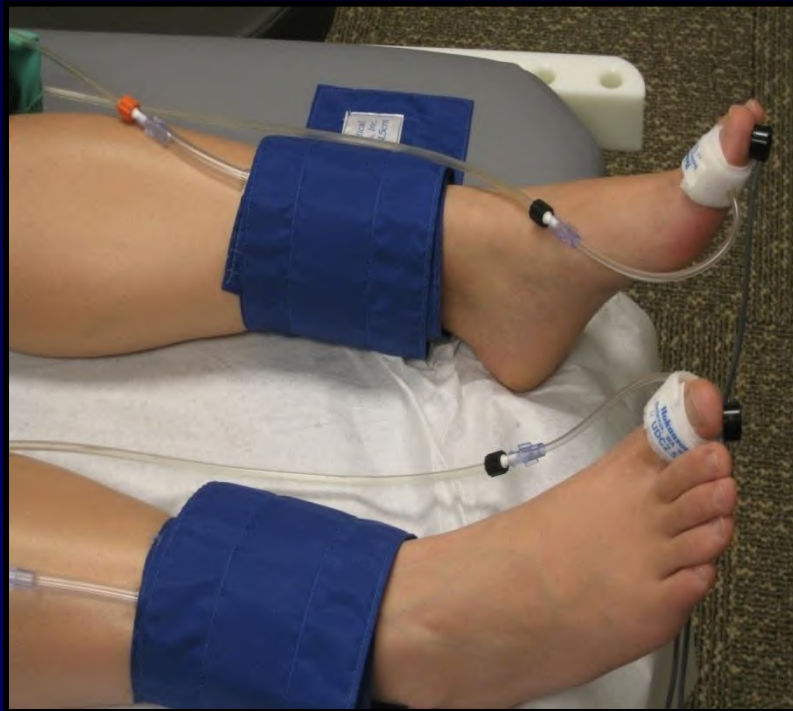
ĐM cứng nếu $ABI > 1,4$;

Bình thường nếu ABI giữa 1 – 1,4;

Ranh giới nếu ABI từ 0,91 – 0,99;

Bệnh lý nếu $ABI \leq 0,9$.

CHỈ SỐ NGÓN CHÂN – CÁNH TAY (TBI)



- TBI là tỷ số của áp lực đầu ngón chân và trị số cao hơn của HA tâm thu ở cánh tay.
- TBI được sử dụng khi không đo được ABI do động mạch bàn chân bị cứng.
- **$TBI \leq 0.7$ có giá trị chẩn đoán BDMCD.**

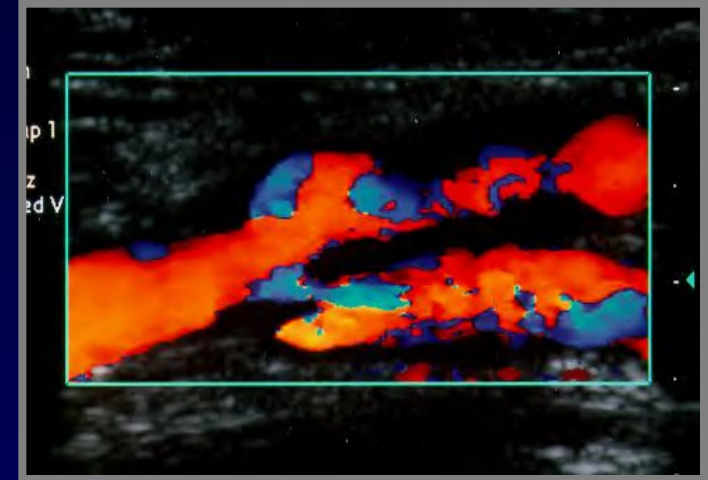
Đo ABI gắng sức: trên thảm chạy

- Được chỉ định khi giá trị ABI bình thường hoặc giới hạn, nhưng BN có triệu chứng đau cách hồi chi dưới;
- ABI giảm sau gắng sức giúp chẩn đoán BDMCD;
- Đánh giá khả năng gắng sức (triệu chứng của BN có thể không tương hợp với khả năng thực hiện gắng sức).



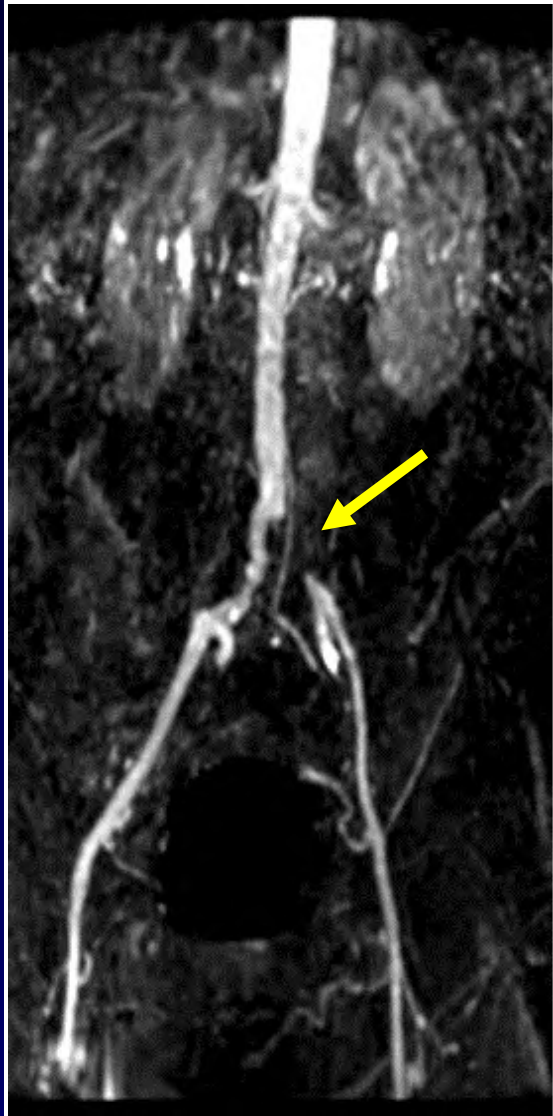
SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH

- Siêu âm Doppler có giá trị trong chẩn đoán vị trí tổn thương giải phẫu, đánh giá mức độ hẹp động mạch.
- Siêu âm Doppler giúp theo dõi lâu dài cầu nối động mạch đùi – khoeo bằng tĩnh mạch hiển (không phải bằng đoạn mạch nhân tạo).
- Siêu âm Doppler còn được chỉ định trong các trường hợp:
 - (a) Can thiệp động mạch qua da
 - (b) Phẫu thuật bắc cầu nối, và
 - (c) Lựa chọn vị trí nối khi phẫu thuật bắc cầu.



Tuy nhiên, chưa có bằng chứng đủ mạnh chứng minh vai trò của siêu âm Doppler trong theo dõi lâu dài kết quả can thiệp động mạch qua da.

CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG MẠCH (MRA)



- MRA có giá trị trong chẩn đoán vị trí giải phẫu và đánh giá mức độ hẹp động mạch của BDMCD lựa chọn bệnh nhân bị BDMCD làm can thiệp tái tưới máu động mạch qua da.
- MRA + gadolinium: không có thuốc cản quang có i ốt: chỉ định được với BN suy thận.
- 10% BN không thực hiện được MRA: sợ buồng kín; cây máy tạo nhịp; béo phì.

CHỤP CẮT LỚP ĐA DÂY ĐỘNG MẠCH (CTA)



- CTA có thể được cân nhắc chỉ định để chẩn đoán vị trí tổn thương giải phẫu, và xác định tình trạng hẹp khít động mạch ở BN bị BDMCD.
- CTA có thể được chỉ định thay cho MRA trong trường hợp BN BDMCD có chống chỉ định với MRA.

ĐIỀU TRỊ BĐMCD

MỤC TIÊU

TẠI CHỖ: Vị trí chi bị tổn thương

TOÀN THÂN: về bệnh suất, tử suất tim mạch chung

- Cải thiện khả năng đi bộ:
 - Tăng khoảng cách đi được.
 - Cải thiện chất lượng cuộc sống (QoL)
- Dự phòng tiến triển đến thiếu máu chi trầm trọng và cắt cụt chi.

- Giảm tỷ lệ mắc NMCT và đột quỵ không tử vong.
- Giảm tỷ lệ tử vong tim mạch do NMCT và đột quỵ.

CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ CẢI THIỆN TIỀN LƯỢNG CHUNG

MỚI

NGỪNG HÚT THUỐC LÁ

Bệnh nhân BDMCD có tiền sử hút thuốc hoặc đang hút thuốc: cần hỏi về tình trạng sử dụng thuốc lá ở tất cả các lần thăm khám → cho lời khuyên và lập kế hoạch để bỏ thuốc lá → tư vấn để bỏ thuốc lá bằng các liệu pháp tâm lý và điều trị thay thế → sử dụng 1 hoặc phối hợp các thuốc sau (nếu không chống chỉ định):

Varenicline,

Bupropion,

Chế phẩm thay thế nicotin.

ĐIỀU TRỊ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- **THA:** điều trị THA theo khuyến cáo đang hiện hành (*).
Chẹn beta giao cảm có hiệu quả trong điều trị THA và không chống chỉ định với BN BDMCD
- **Rối loạn lipid:** Điều trị bằng statin cho tất cả bệnh nhân BDMCD nhằm làm giảm LDL – cholesterol xuống ngưỡng < 100 mg/dL.
- **ĐTĐ:** kiểm soát tốt đường huyết để giảm HbA1C < 7%, nhằm làm giảm các biến cố vi mạch và cải thiện tình trạng tim mạch.

(*) Khuyến cáo của Hội Tim mạch quốc gia về chẩn đoán và điều trị THA ở người lớn.

CHỐNG NGỪNG TẬP TIỂU CẦU

- Chỉ định trong điều trị BĐMCD không triệu chứng với $ABI \leq 0,9 \rightarrow$ Giảm nguy cơ NMCT, đột quỵ, tử vong do nguyên nhân mạch máu khác.
- **Aspirin (75 - 325 mg/ng)**: an toàn và hiệu quả trong chỉ định điều trị BĐMCD do xơ vữa.
- **Clopidogrel (75 mg /ng)**: an toàn và hiệu quả trong chỉ định thay thế Aspirin để điều trị BĐMCD do xơ vữa
- Hiệu quả chưa rõ ràng về điều trị thuốc chống ngưng tập tiểu cầu đối với BĐMCD do xơ vữa không triệu chứng và ABI từ 0,91 – 0,99.

**ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TRIỆU CHỨNG
ĐAU CÁCH HỒI CHI DƯỚI**

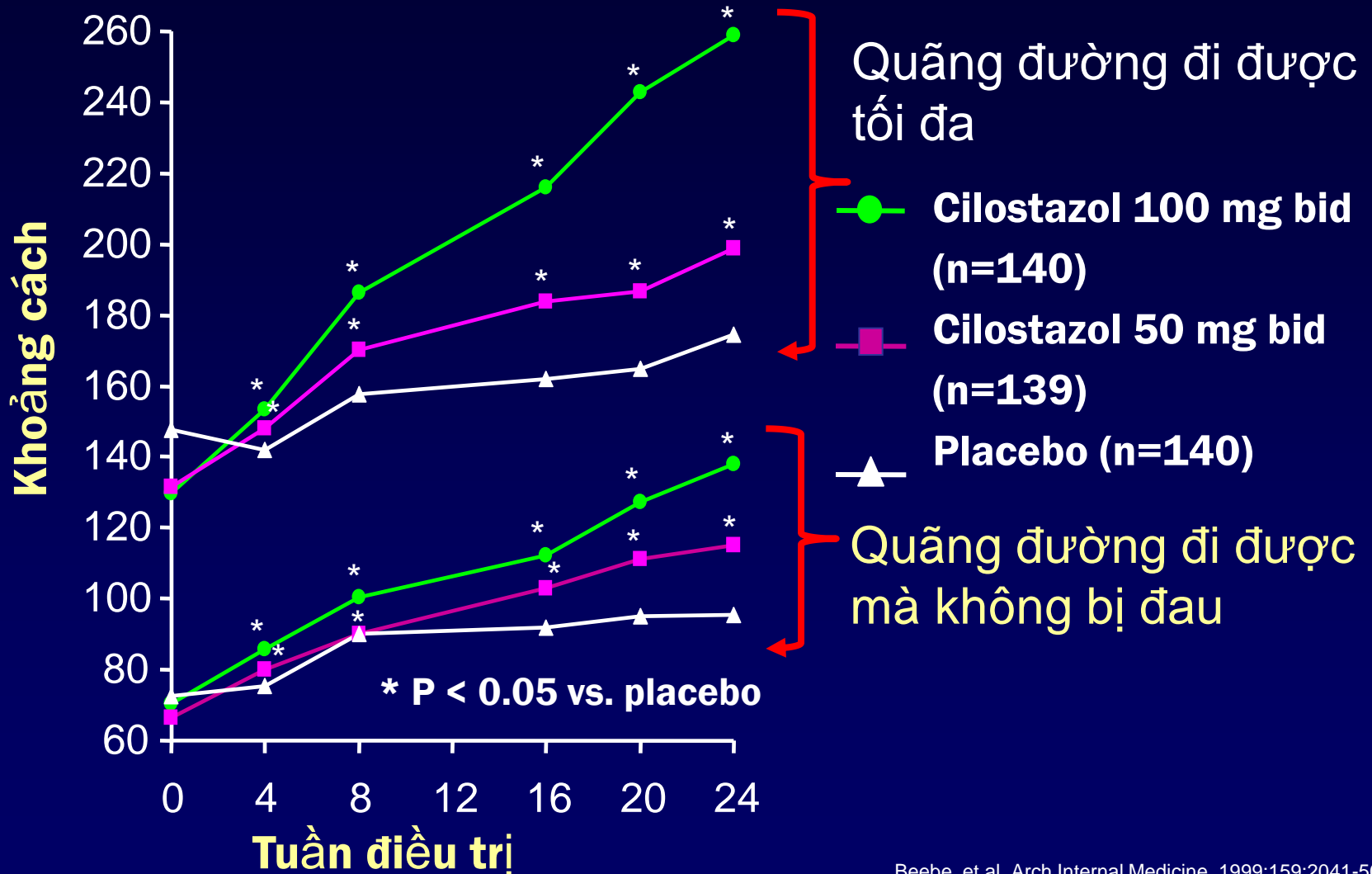
TẬP VẬN ĐỘNG VÀ PHCN CÓ GIÁM SÁT

- Tần suất: 3–5 lần tập (có giám sát)/tuần
- Thời gian: 35–50 phút/lần tập.
- Kiểu tập: thắm chạy, hoặc đi bộ tới khi gần đạt tới ngưỡng tối đa của đau cách hồi.
- Thời gian kéo dài: ≥ 6 tháng
- Kết quả: cải thiện 100%–150% khoảng cách đi bộ tối đa, và cải thiện chất lượng cuộc sống.

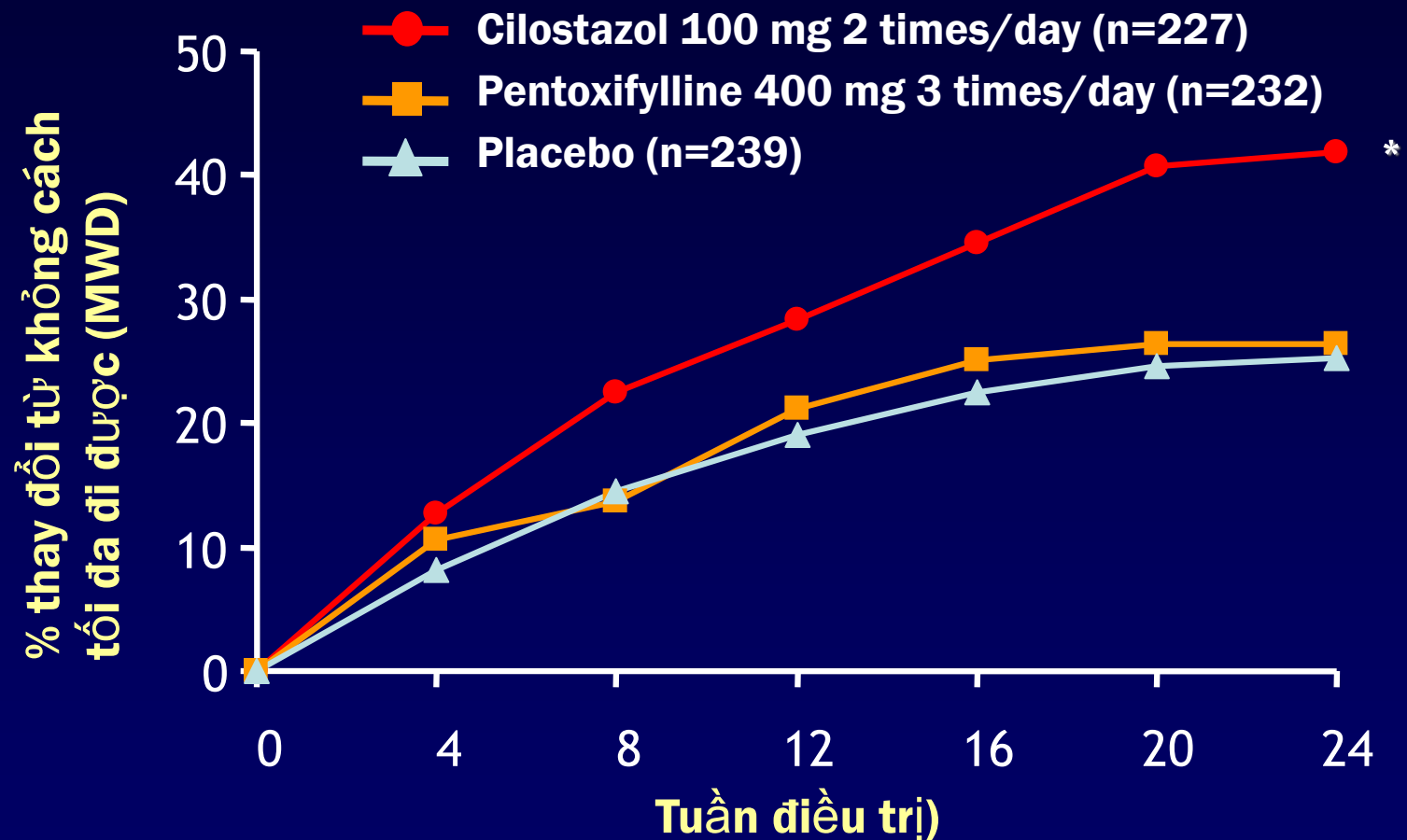
CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐAU CÁCH HỒI

- **Cilostazol (100 mg uống x 2 lần/ngày)** được chỉ định điều trị bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi nhằm cải thiện triệu chứng, làm tăng quãng được đi được (chống chỉ định trong trường hợp suy tim).
- **Pentoxifylline (400 mg x 3 lần/ngày)** có thể được cân nhắc điều trị xen kẽ với cilostazol nhằm cải thiện quãng đường đi được, nhưng hiệu quả điều trị chưa rõ ràng.

Hiệu quả của cilostazol cải thiện quãng đường đi bộ



Hiệu quả của Cilostazol so với Pentoxifylline:



MWD=maximal walking distance.

*P<0.001 vs pentoxifylline.

Reprinted from Dawson DL, et al. Am J Med. 2000;109:523-530 with permission from Elsevier.

ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỞI MÁU CHO BỆNH NHÂN MẮC BDMCD

TASC A: chỉ định can thiệp qua da

TASC B: thường chỉ định can thiệp ĐM qua da, nhưng còn thiếu các khuyến cáo dựa trên bằng chứng.

TASC C: thường chỉ định phẫu thuật bắc cầu, nhưng còn thiếu các khuyến cáo dựa trên bằng chứng.

TASC D: chỉ định phẫu thuật

TASC: Trans-Atlantic Inter-Society Consensus

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỞI MÁU

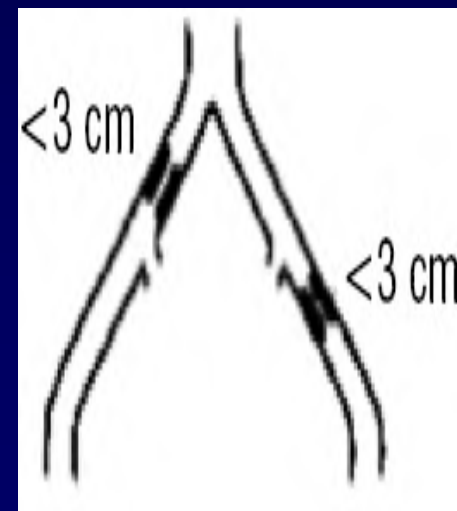
- **Can thiệp động mạch qua da**
 - Nong động mạch bằng bóng qua da (Percutaneous transluminal angioplasty: PTA)
 - Đặt giá đỡ (Stents) trong lòng động mạch.
- **Phẫu thuật bắc cầu:**
 - Tái cấu trúc ĐM chủ - chậu/chủ - đùi.
 - Cầu nối động mạch đùi – khoeo (trên gối và dưới gối).
 - Cầu nối động mạch đùi – động mạch chày.

BỆNH LÝ ĐM TÀNG CHỦ - CHẬU:

Nong bằng bóng + đặt/không đặt stent

- Tỷ lệ thành công của thủ thuật cao (90%)
- Hiệu quả lâu dài tốt ($\geq 70\%$ sau 5 năm)
- Yếu tố làm giảm hiệu quả điều trị:
 - Tổn thương trên đoạn dài
 - Hẹp nhiều vị trí.
 - Vôi hóa không đồng tâm.
 - Hạ lưu tưới máu kém.

Chỉ định can thiệp tối ưu: tổn thương
tàng chủ - chậu thuộc TASC A

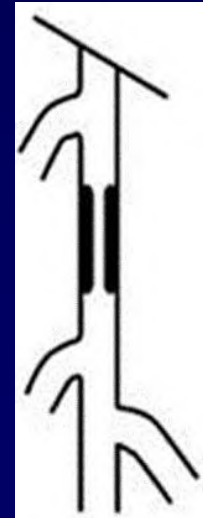


BỆNH LÝ ĐM TÀNG ĐÙI - KHOEO:

Can thiệp tái tưới máu

- Tỷ lệ thành công của thủ thuật cao.
- Có sự khác biệt về kết quả điều trị:
 - 30%–80% sau 1 năm
- Vai trò của can thiệp đặt stent với bệnh lý ĐM tầng đùi – khoeo vẫn đang được nghiên cứu.

Chỉ định can thiệp tối ưu: tổn thương tầng đùi – khoeo thuộc TASC A



CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TÁI TƯỚI MÁU VỚI BỆNH NHÂN BDMCD CÓ ĐAU CÁCH HỒI

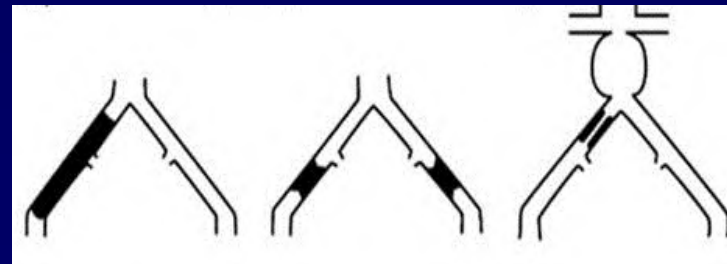
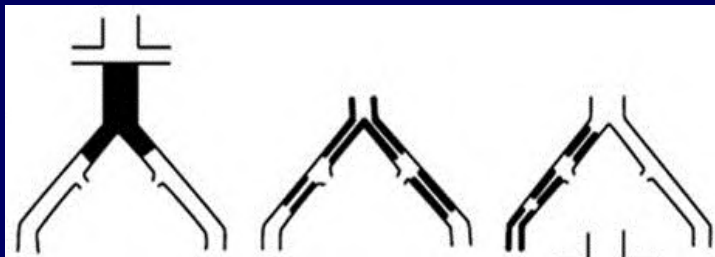
- Can thiệp ĐM qua da được chỉ định cho những BN có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, mà các triệu chứng này có thể được cải thiện với điều trị tái tưới máu, VÀ ...
 - a. Điều trị nội khoa hay tập luyện PHCN không đủ hiệu quả
 - b. Cán cân lợi ích/nguy cơ phù hợp (VD tổn thương khu trú tầng chủ - chậu).
- Đặt stent với tổn thương hẹp hoặc tắc ĐM chậu chung, chậu ngoài là chỉ định hàng đầu và hiệu quả.
- Đặt stent ĐM không phải là chỉ định đầu tiên đối với các tổn thương ĐM đùi, khoeo hay ĐM chày.

BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH TÀNG CHỦ - CHẬU:

Bắc cầu nối ĐMC – 2 ĐM chậu/ĐMC – 2 ĐM đùi

- Hiệu quả lâu dài tốt:
 - 85%–90% sau 5 năm
- Yêu cầu phải gây mê toàn thân
- Tỷ lệ tử vong: 1%-3%

Tổn thương phù hợp với phẫu thuật:
TASC D

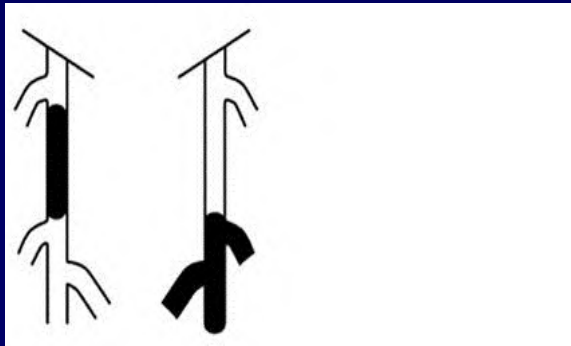


BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH TÀNG ĐÙI - KHOEO:

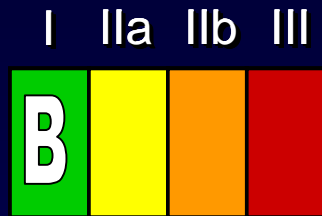
Phẫu thuật bắc cầu

- Hiệu quả thành công sau 5 năm đạt: 60%-80%
- Tỷ lệ cứu vãn chi sau 5 năm đạt: 70% .
- Tử vong: 1%-3%

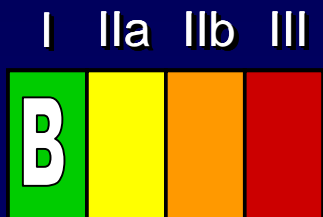
Tổn thương phù hợp với phẫu thuật:
TASC D



ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BN BDMCD CÓ ĐAU CÁCH HỒI



- **Phẫu thuật bắc cầu nối** ĐM được chỉ định cho những BN có **suy giảm rõ rệt** khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, **không đáp ứng với điều trị nội khoa** và tập PHCN, mà các triệu chứng này có thể được **cải thiện với điều trị tái tưới máu**.



- Với BN BDMCD thiếu máu chi dưới trầm trọng, có cả tổn thương tầng chủ - chậu, và tầng đùi - khoeo, cần **ưu tiên xử trí các tổn thương tầng chủ - chậu** trước tiên.

MỚI

CAN THIỆP HOẶC PHẪU THUẬT VỚI BỆNH NHÂN CÓ THIẾU MÁU CHI DƯỚI TRẦM TRỌNG (TMCDTT)

- Bệnh nhân TMCDTT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và đùi - khoeo, cần được ưu tiên điều trị tầng động mạch chủ - chậu trước.
- Nên chỉ định can thiệp **ngon bóng** để cải thiện tưới máu động mạch phía xa ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng có **tiên lượng sống dưới 2 năm** hoặc không thể làm phẫu thuật bắc cầu nối ĐM bằng tĩnh mạch tự thân.
- Nên chỉ định **phẫu thuật bắc cầu** để cải thiện tưới máu động mạch phía xa ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng có **tiên lượng sống trên 2 năm** và có khả năng làm phẫu thuật bắc cầu nối ĐM bằng tĩnh mạch tự thân.

TIÊU HUYẾT KHỐI TRONG ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CHI DƯỚI TRÂM TRỌNG CẤP HOẶC MẠN

- Điều trị tiêu huyết khối qua catheter là phương pháp hiệu quả để điều trị bệnh nhân TMCCD có thời gian dưới 14 ngày.
- Dụng cụ hút huyết khối được cân nhắc sử dụng với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới do tắc nghẽn động mạch ngoại vi.
- Tiêu huyết khối qua đường catheter và hút huyết khối có thể cân nhắc chỉ định với bệnh nhân TMCCD có thời gian trên 14 ngày.

THIẾU MÁU CẤP CHI DƯỚI

- BN thiếu máu cấp chi dưới có thể cứu vãn, cần được **đánh giá nhanh chóng** đặc điểm tổn thương giải phẫu để có thể lựa chọn phương pháp can thiệp hay phẫu thuật phù hợp.
- BN thiếu máu cấp chi dưới không phục hồi, **không cần thiết phải đánh giá** đặc điểm giải phẫu mạch, hay nỗ lực tái tưới máu.

ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CẤP CHI DƯỚI

BDDMCD TRẦM TRỌNG
ABI <0.4, sóng mạch dẹt, mất mạch bàn chân

↓
**Chống đông lập tức bằng
Heparin hoặc Heparin TLPT thấp**

↓
Hội chẩn chuyên khoa mạch máu cấp cứu:
Chiến lược chẩn đoán
Kế hoạch can thiệp/phẫu thuật

↓
Đánh giá nguyên nhân:

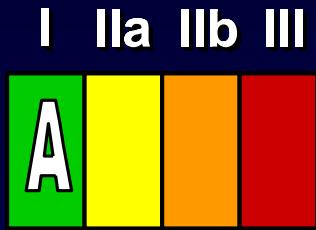
Thuyên tắc từ xa (tim, ĐMC, nguồn gốc khác)
BĐMCD tiến triển và huyết khối tại chỗ (Tiền sử đau cách hồi)
Huyết khối gây tắc cầu nối ĐM
Chấn thương ĐM
Hội chứng bầy mạch khoeo, HKTM xanh tím,
Tình trạng tăng đông

ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CẤP CHI DƯỚI

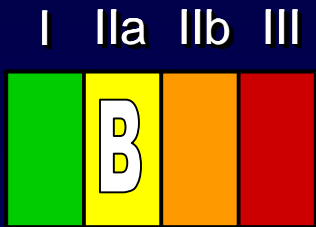
ĐÁNH GIÁ NGUYÊN NHÂN



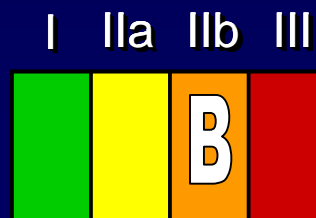
ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CẤP CHI DƯỚI



Điều trị tiêu huyết khối qua catheter là phương pháp hiệu quả để điều trị bệnh nhân TMCCD (Rutherford categories I và IIa) có thời gian dưới 14 ngày.



Dụng cụ hút huyết khối thường xuyên được sử dụng với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới do tắc nghẽn động mạch ngoại vi.



Tiêu huyết khối qua đường catheter và hút huyết khối có thể cân nhắc chỉ định với bệnh nhân TMCCD (Rutherford category IIb) có thời gian trên 14 ngày.

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT CHO BỆNH NHÂN MẮC BDMCD

- Điều trị **chống ngưng tập tiểu cầu cả đời**.
- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới tầng đùi – khoeo – cẳng bàn chân cần được **theo dõi định kỳ: triệu chứng lâm sàng, khám hệ động mạch, đo ABI khi nghỉ, và siêu âm Doppler mạch máu**.
- Siêu âm Doppler mạch được chỉ định sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và hàng năm.

TÓM LẠI

- Tần suất bệnh ĐMNB trong quần thể nghiên cứu chung (xác định bởi tuổi, và yếu tố nguy cơ chung) là khoảng 1/3 tổng số bệnh nhân.
- Cần lưu ý phát hiện triệu chứng TMCD ở những BN có nguy cơ tim mạch.
- Tùy vị trí, mức độ tổn thương mà lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp: can thiệp mạch, phẫu thuật bắc cầu, hút huyết khối, tiêu sợi huyết, điều trị nội khoa, đoạn chi...
- Cilostazol kết hợp với Aspirin làm giảm tỷ lệ phải điều trị tái thông mạch máu, và giảm biến cố tim mạch lớn ở các BN bị BDMCD đã được can thiệp tái tưới máu.

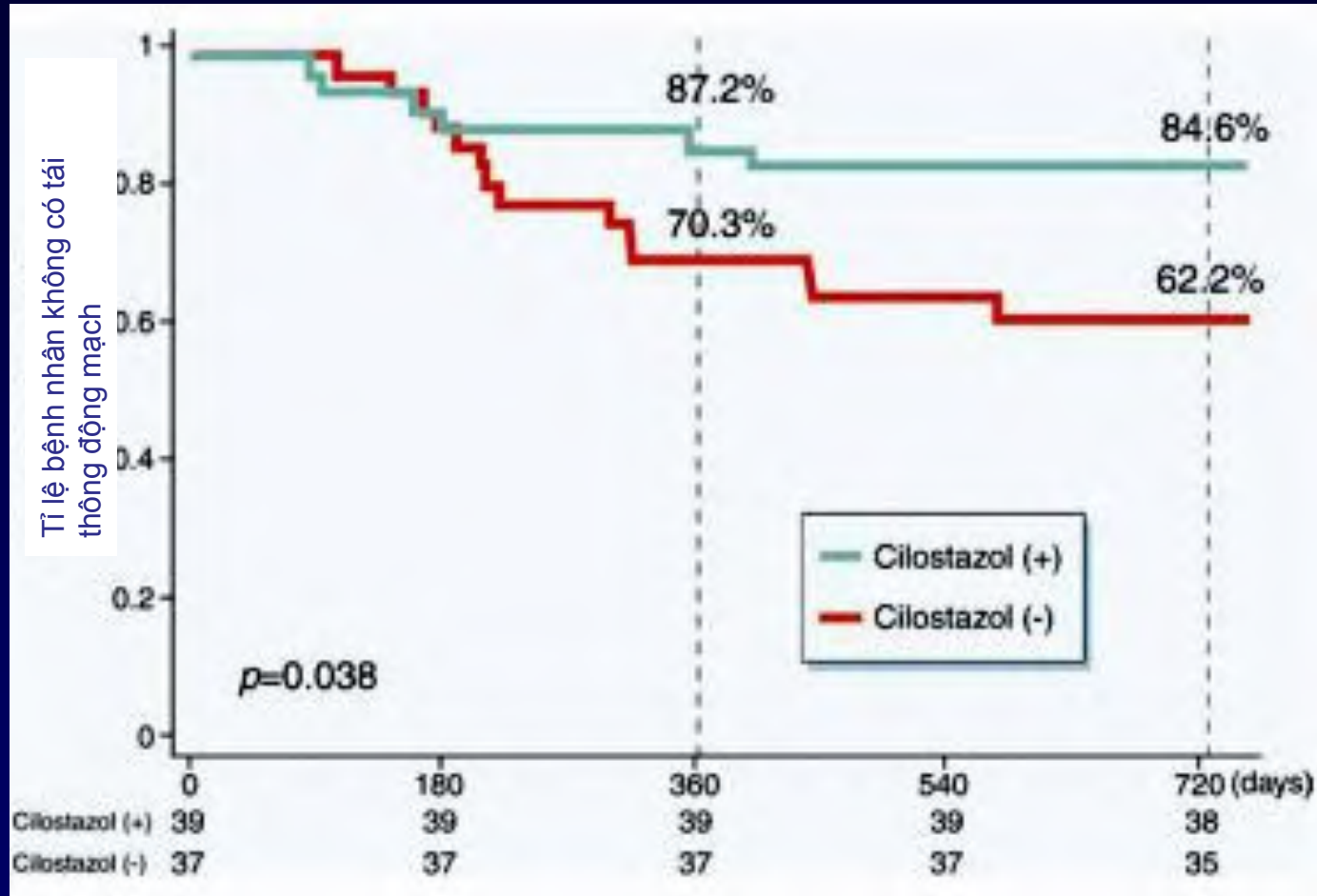


Cảm ơn sự theo dõi của quý đồng nghiệp

www.foreverfriends.com

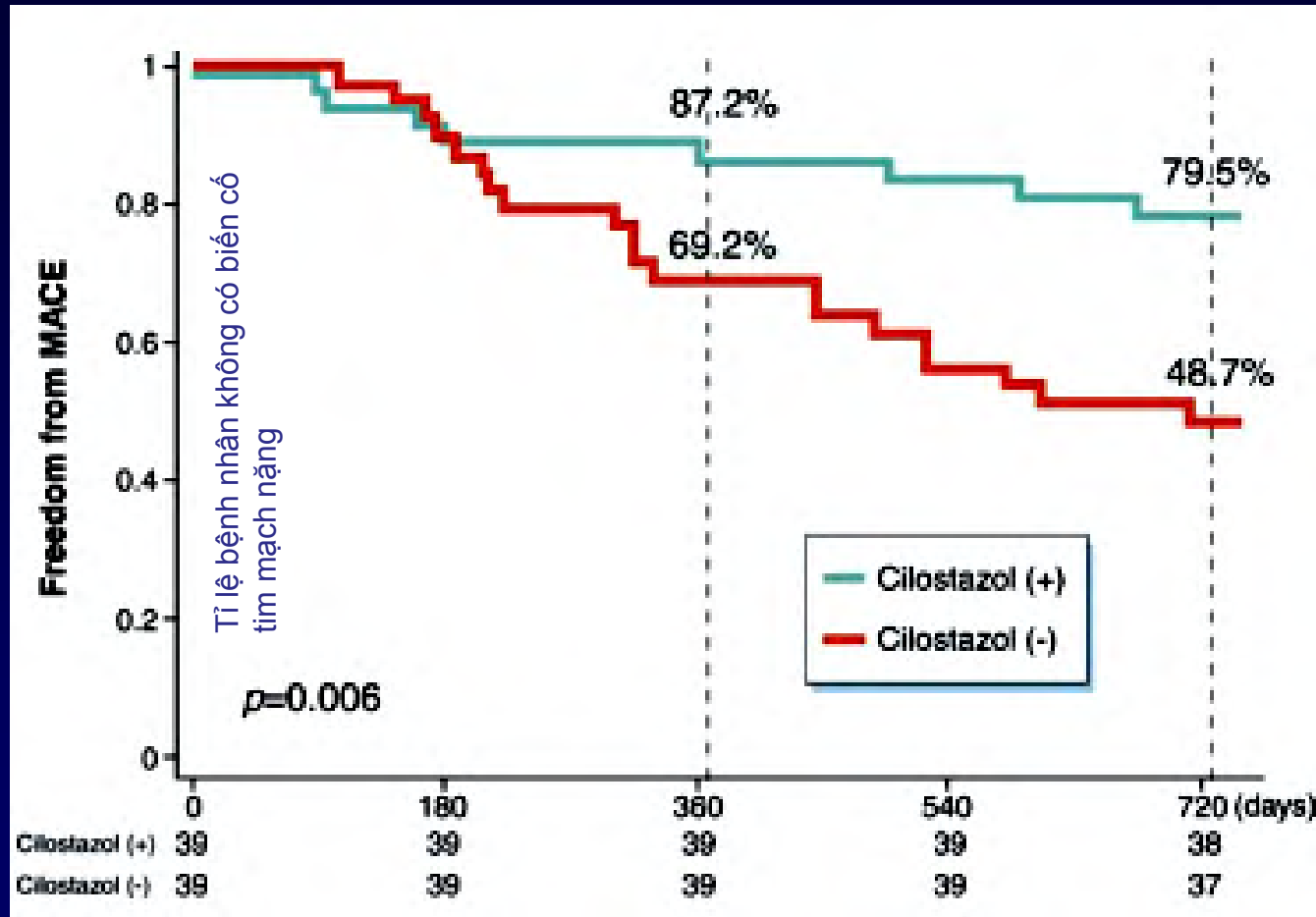
Forever Friends is Trademark of Flamingo Cards

Phối hợp điều trị cilostazol sau can thiệp tái tưới máu ĐM chi dưới



Cilostazol làm giảm tỷ lệ bệnh nhân buộc phải tái thông mạch máu sau 2 năm

Phối hợp điều trị cilostazol sau can thiệp tái tưới máu ĐM chi dưới



Biến cố tim mạch nặng bao gồm: chết, NMCT không tử vong, đột quỵ, tái thông mạch máu qua da hay phẫu thuật, đoạn chi

Cilostazol làm giảm tỉ lệ bệnh nhân có biến cố tim mạch nặng sau 2 năm

XIN CHÂN THÀNH

CƠM ƠN!

