ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI D□ ỚI MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN 103

Trần Đức Hùng, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Tài Quang.
Bệnh viện 103 - HVQY

ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Các bệnh Tim mạch th- ờng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong ở các n- ớc công nghiệp, trong đó các bệnh lý về ĐM lý rất phổ biến: *bệnh mạch vành* và *mạch não* và *bệnh ĐM ngoại biên*.

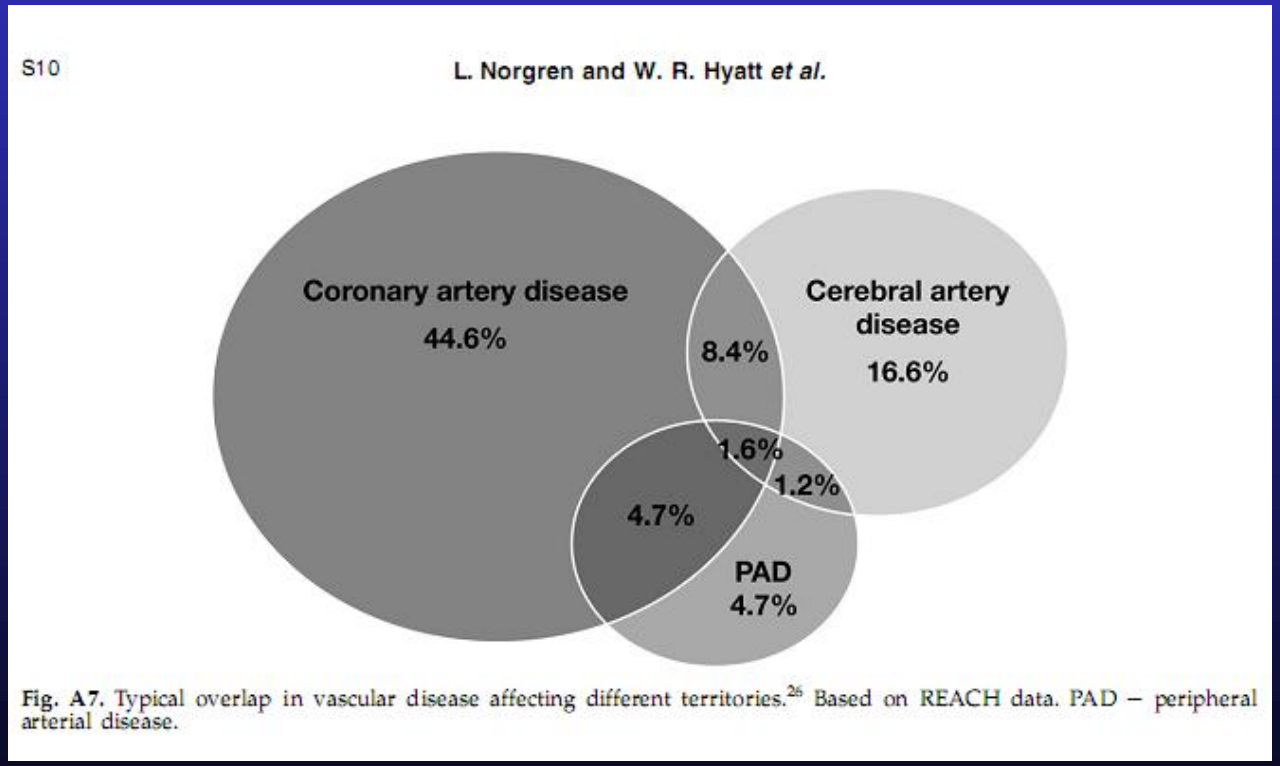


Fig. A7. Typical overlap in vascular disease affecting different territories.[26] Based on REACH data. PAD – peripheral arterial disease.

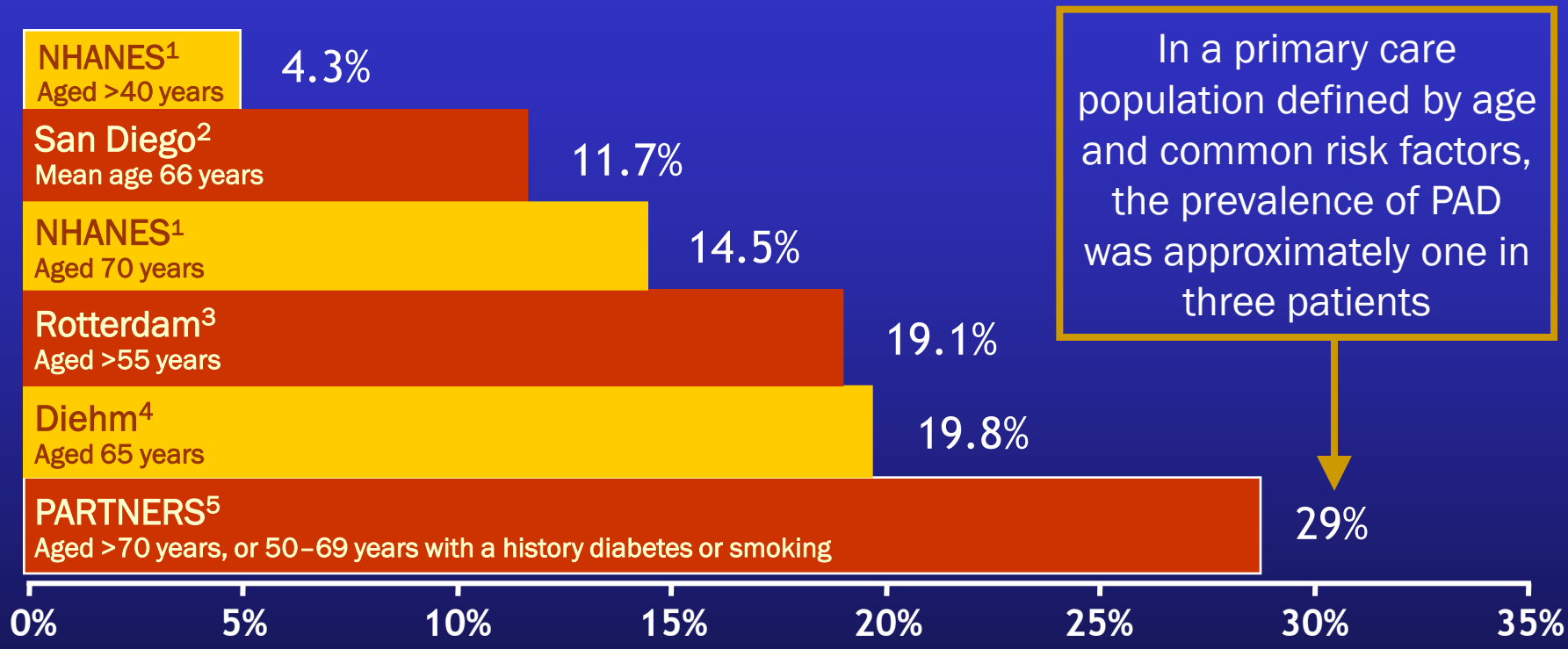
Circulation. 2004;110:738-743

ĐẶT VẤN ĐỀ

- *Bệnh ĐM chi d- ới* là bệnh lý phổ biến nhất trong nhóm bệnh ĐM ngoại biên. Tại Mỹ, có khoảng *8,4 triệu* ng- ời mắc.
- Bệnh ĐM chi d- ới mạn tính có nguyên nhân phổ biến nhất là do *mảng vữa xơ* phát triển gây hẹp dần hoặc tắc nghẽn hoàn toàn lòng mạch → giảm t- ới máu chi khi vận động hoặc khi nghỉ.

Circulation. 2004;110:738-743

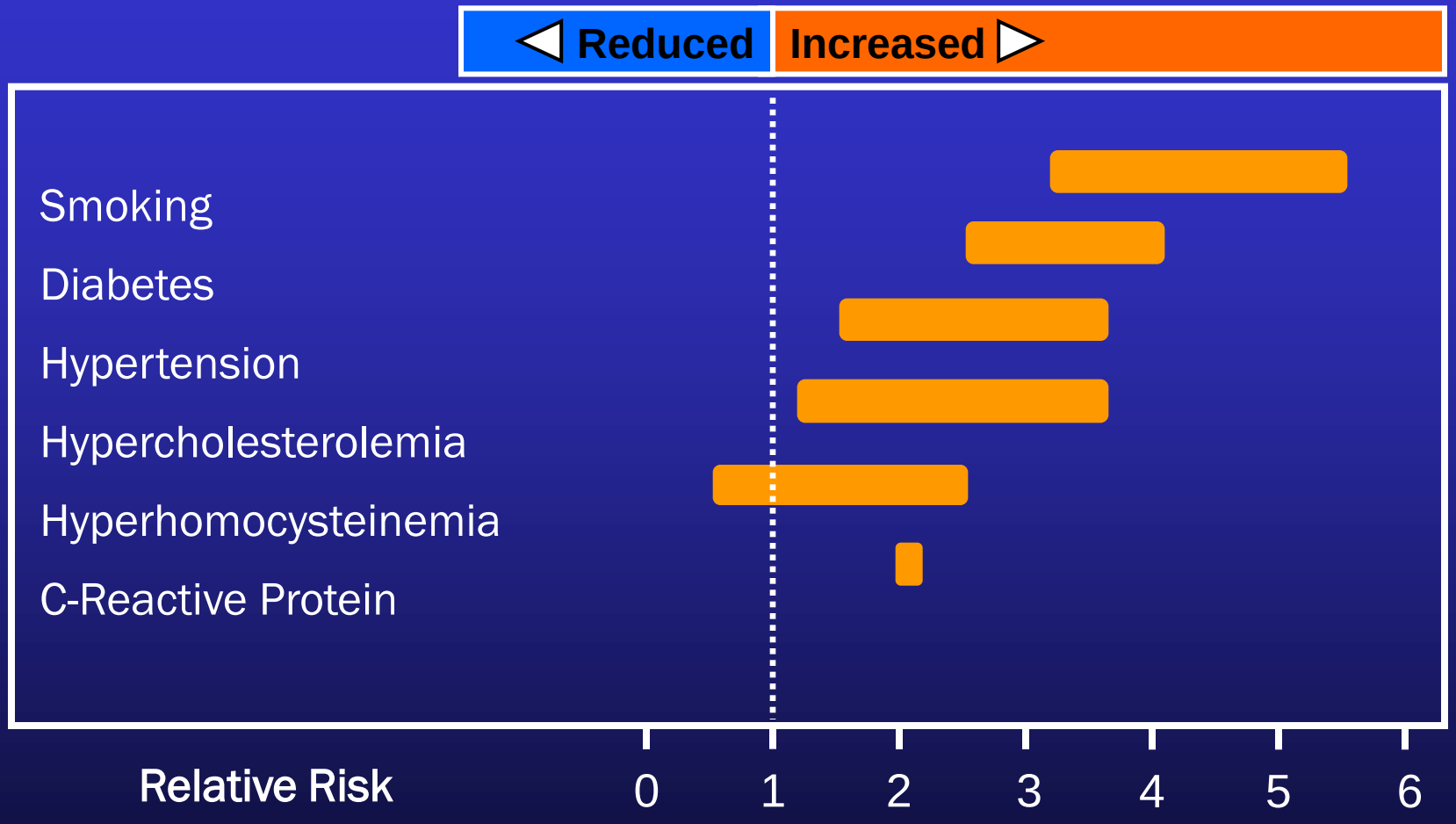
TỶ LỆ BỆNH ĐM NGOẠI VI



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.

YẾU TỐ NGUY CƠ PAD



Hirsch AT, et al. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47:e1-e192.

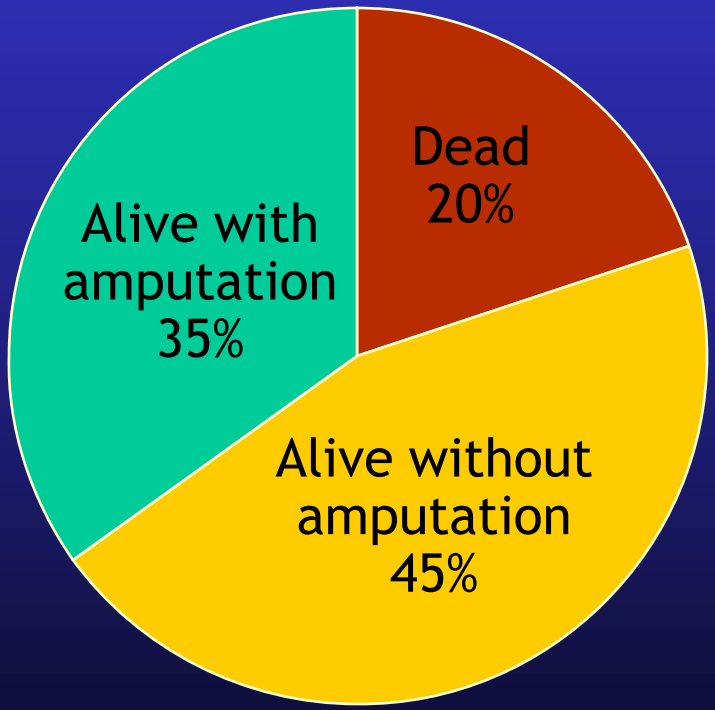
LÂM SÀNG BỆNH ĐM CHI D□ỚI MẠN TÍNH

- Biểu hiện lâm sàng: *không có triệu chứng*, *cơn đau cách hồi*, nặng hơn nữa là biểu hiện *hoại tử tổ chức*.

Critical Limb Ischemia (CLI)

Fate of Patients With CLI After Initial Treatment

Summary of 6-month outcomes from 19 studies



Critical limb ischemia is defined as ischemic rest pain, nonhealing wounds, or gangrene.

Dormandy JA, Rutherford RB. *J Vasc Surg*. 2000;31:S1-S296.

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Giảm triệu chứng thiếu máu chi, giúp làm lành vết th- ơng.
- Ngăn chặn sự tiến triển của bệnh.
- Giảm các biến cố tim mạch.

ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP

Never amputate without consulting an interventionalist!

Claudio Rabbia
Department of Vascular and Interventional Radiology
Molinette Hospital, Turin - Italy

ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP

Infrapopliteal Angioplasty

- Dotter (Circulation 1964;30:654-70)
- Poor results initially
- 1980s - Coronary wires and balloons
- 1990s - 0.018 wires and balloons
  - Limb salvage / Critical Limb Ischemia
- 2000s - dedicated 0.014 balloons / stents
  - Claudicants

Tsetis, BJR 2004;77(924):1007-15
Krankenberg, Cath Cardiovasc Interv 2005;64(1):12-7

Infrapopliteal Angioplasty at SGH

- Registry started in January 2005
- Almost exclusively for limb salvage
- Close collaboration with vascular surgery
- Angioplasty first approach for CLI

Technical Success

Above knee angioplasty		99.5%
– SFA	(232/234)	99.1%
– Pop	(167/167)	100%
Infrapopliteal angioplasty		80.4%
– Peroneal/TP trunk	(263/299)	88.0%
– Anterior tibial	(214/282)	75.9%
– Posterior tibial	(131/175)	74.9%

DIAGNOSTIC RADIOLOGY
Singapore General Hospital

Số l- ợng các thủ thuật chính theo từng loại tại VTMVN (tính từ năm 1997 - 2009)

Chụp ĐMV:	12195
Can thiệp ĐMV:	5350
Can thiệp mạch ngoại vi:	150
Nong van hai lá:	5407
Can thiệp TBS:	2131
Điều trị RF:	1750
Cấy máy tạo nhịp:	2195

MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

- *Nghiên cứu những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng của các BN bị bệnh động mạch chi d- ới mạn tính tại Khoa Tim mạch Bệnh viện 103.*
- *Đánh giá những kết quả b- ớc đầu trong điều trị bệnh động mạch chi d- ới mạn tính bằng ph- ơng pháp can thiệp mạch.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

ĐỐI T□ỢNG & PH□ƯƠNG PHÁP NC

1. Đối t- ơng nghiên cứu

33 BN bệnh động mạch chi d- ới mạn tính điều trị tại Khoa Tim mạch Bệnh viện 103 từ tháng 1/2009 đến 7/2010

2. Ph- ơng pháp nghiên cứu

- *+ Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, cắt ngang, mô tả.*
- *+ Nội dung nghiên cứu:*

✓ *Các BN đ- ợc khám, làm các xét nghiệm th- ờng qui.*

✓ *Đo chỉ số ABI, SÂ mạch máu.*

✓ *Tiến hành chụp động mạch cản quang, can thiệp mạch máu nếu có chỉ định.*

✓ *Lập bảng nghiên cứu.*

✓ *Xử lý số liệu: theo ph- ơng pháp thống kê y học.*

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

ĐẶC ĐIỂM VỀ TUỔI CỦA ĐỐI T□ỢNG NGHIÊN CỨU

Nhóm tuổi	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
< 40	1	3,0
40 – 49	7	21,2
50 – 59	7	21,2
60 – 69	9	27,3
70 – 79	5	15,2
80 - 89	4	12,1
Tổng	33	100

Tuổi TB của nhóm nghiên cứu là: 60 ± 15,9. Tuổi thấp nhất là 37, tuổi cao nhất là 87.

ĐẶC ĐIỂM VỀ GIỚI CỦA ĐỐI T□ỢNG NGHIÊN CỨU

Giới	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Nam	25	75,7
N-	8	24,3
Tổng	33	100

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG (1)

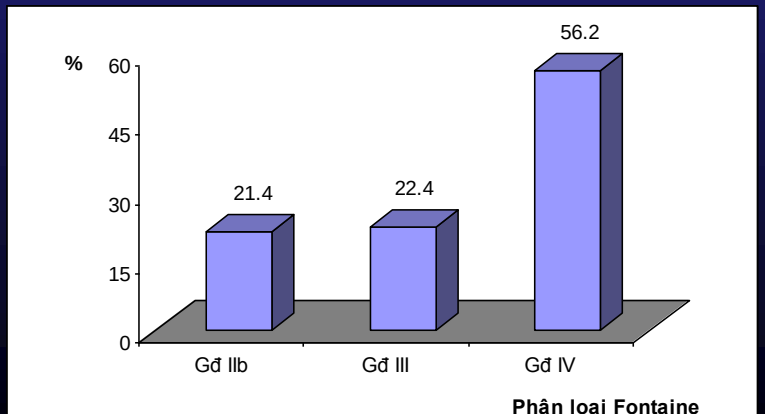
Yếu tố nguy cơ	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá, thuốc lào	23	69,7
Đái tháo đ- ờng	7	21,2
THA	14	42,4
Rối loạn lipid máu	9	27,3

Đái tháo đ- ờng	*14,0%*
Rối loạn mỡ máu	*11,2%*
Hút thuốc lá	*68,2%*
THA	*32,7%*

Nguyễn Hữu Tuấn.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG (2)

Phân độ Fontaine	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Độ I	0	0
Độ IIa	1	3,0
Độ IIb	12	36,4
Độ III	13	39,4
Độ IV	7	21,2



Nguyễn Hữu Tuấn.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG (1)

CHỈ SỐ ABI = 0,49 ± 0,15

KẾT QUẢ CHỤP ĐM

Vị trí tổn th- ơng	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Động mạch chậu	11	22,9
Động mạch kheo	7	14,6
Động mạch chầy tr- ớc	16	33,3
Động mạch chầy sau, mác	14	29,2
Tổng số vị trí tổn th- ơng	48	100

Tổn th- ơng ĐM chậu: 72 % type C, D, dưới gối 80% type C, D

KẾT QUẢ CAN THIỆP MẠCH (1)

Kỹ thuật	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Nong bằng bóng	12	46,1
Nong và đặt stent	14	53,9
Tổng số	26	100

✓*Nong bằng bóng áp dụng cho tổn th- ơng ở các động mạch nhỏ ở d- ới đầu gối*

✓*Đặt stent: ĐM chậu, ĐM đùi, kheo.*

KẾT QUẢ CAN THIỆP MẠCH (2)

THAY ĐỔI CHỈ SỐ ABI

	Tr- ớc can thiệp	**Sau can thiệp**	**p**
Chỉ số ABI	0,49 0,15	0,68 0,14	0,04

KẾT QUẢ CAN THIỆP MẠCH (3)

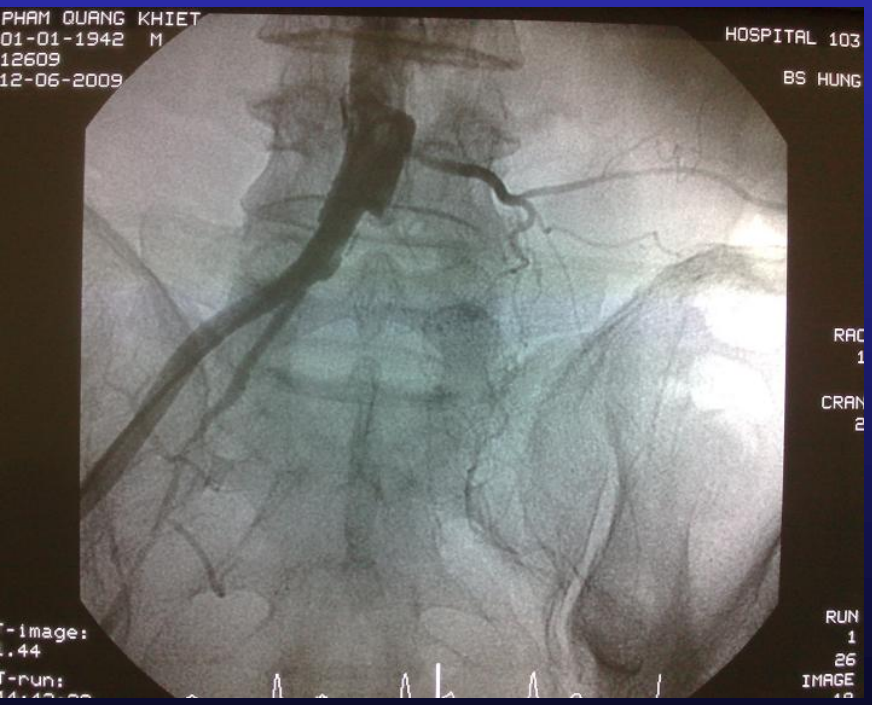
Kết quả	Số l- ợng	Tỷ lệ (%)
Giảm triệu chứng đau	19	73,1
Liền vết loét	4	15,4
Không cải thiện các triệu chứng (cắt cụt)	3	11,5
Tổng số	26	100

Girma Tefera (2003): Tỷ lệ thành công KT 90%, cải thiện LS: 75% cắt cụt sau PTA 6 tuần là 20%.

Vascular and Endovascular Surgery Volume 37, Number 2, 2003

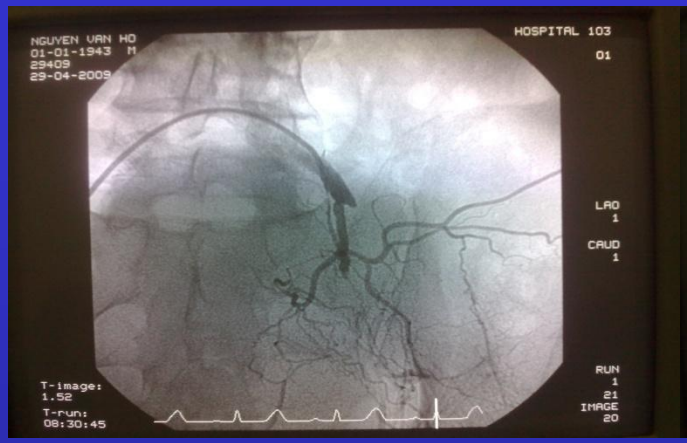
MỘT SỐ HÌNH ẢNH

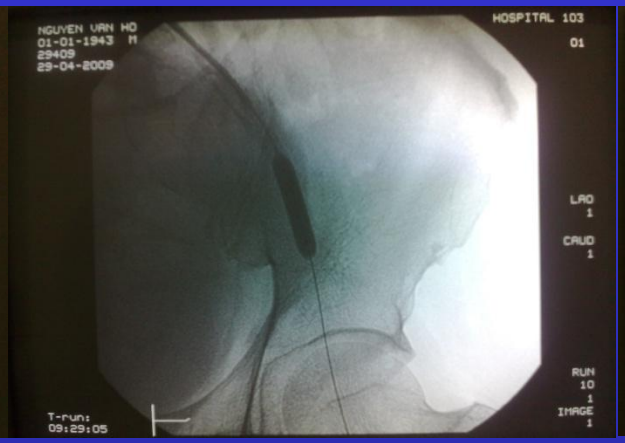
- Can thiệp động mạch chậu gốc trái

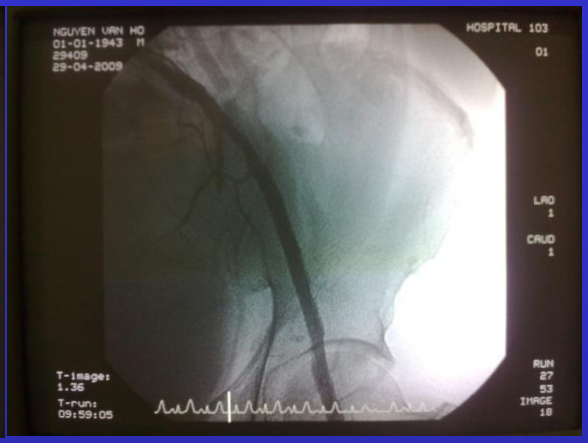


MỘT SỐ HÌNH ẢNH

- Can thiệp ĐM đùi nông trái







Trước can thiệp

Sau can thiệp

Trước can thiệp

sau can thiệp 2 tháng

sau can thiệp 4 tháng

KẾT LUẬN

Qua nghiên cúu 33 BN bệnh động mạch chi d- ới mạn tính tại Bệnh viện 103 từ tháng 1/2009 đến 7/2010, kết quả cho thấy:

- *BN nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, có nhiều yếu tố nguy cơ nh- : Hút thuốc lá, thuốc lào, THA và đa số đều nhập viện ở giai đoạn muộn, có đau cách hồi vừa, nặng hoặc hoại tử chi.*
- *Điều trị bằng can thiệp b- ớc đầu đã cải thiện tốt các triệu chứng đau cho bệnh nhân, sau can thiệp có thể liền các vết loét.*

Xin chân thành cảm ơn!

PHÂN LOẠI THEO FONTAINE

Giai đoạn	*Lâm sàng*
I	Không triệu chứng
IIa	đau cách hồi nhẹ
IIb	đau cách hồi vừa đến nặng
III	đau chi khi nghỉ
IV	Loét hoặc hoại tử chi

- đau cách hồi nhẹ: đau cách hồi chi d- ới, với khoảng cách đi đ- ợc ≥ 500m.
- đau cách hồi vừa đến nặng: đau cách hồi chi d- ới, với khoảng cách đi đ- ợc ≤ 200m.
- đau chi khi nghỉ: đau chân kể cả khi nghỉ ngơi, th- ờng đau về đêm, giảm ở t- thế ngồi.

PHÂN LOẠI THEO FONTAINE, RUTHERFORD

Table D1. Classification of peripheral arterial disease: Fontaine's stages and Rutherford's categories

Fontaine		Rutherford		
Stage	Clinical	Grade	Category	Clinical
I	Asymptomatic	0	0	Asymptomatic
IIa	Mild claudication	I	1	Mild claudication
IIb	Moderate to severe claudication	I	2	Moderate claudication
		I	3	Severe claudication
III	Ischemic rest pain	II	4	Ischemic rest pain
IV	Ulceration or gangrene	III	5	Minor tissue loss
		III	6	Major tissue loss

Table III. Morphological stratification of infrapopliteal lesions.

TASC Classifications
TASC Type A
Single stenosis shorter than 1 cm
TASC Type B
Multiple focal tibial or peroneal stenosis each <1 cm
One or two focal stenosis, each <1 cm at tibial bifurcation
Short tibial or peroneal stenosis in conjunction with femoropopliteal PTA
TASC Type C
Stenosis 1–4 cm in length
Occlusion 1–2 cm in length
Extensive stenosis of the tibial trifurcation
TASC Type D
Tibial or peroneal occlusion >2 cm
Diffusely diseased tibial or peroneal vessels

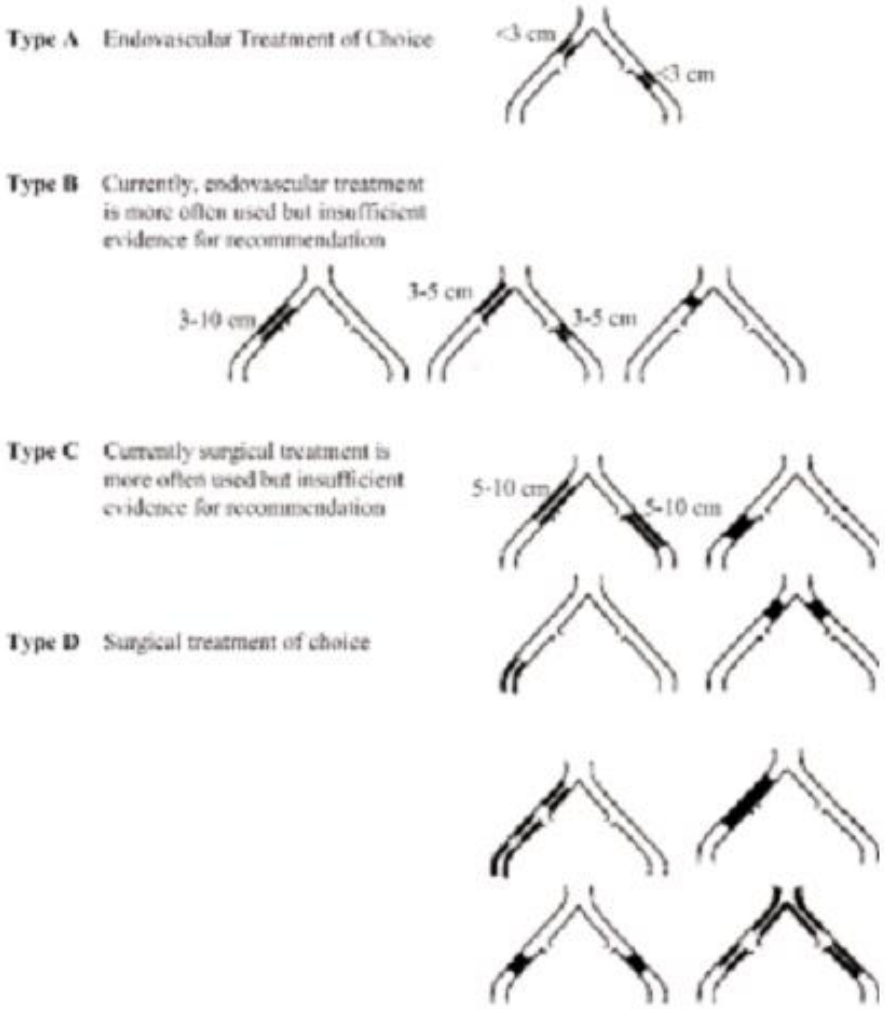
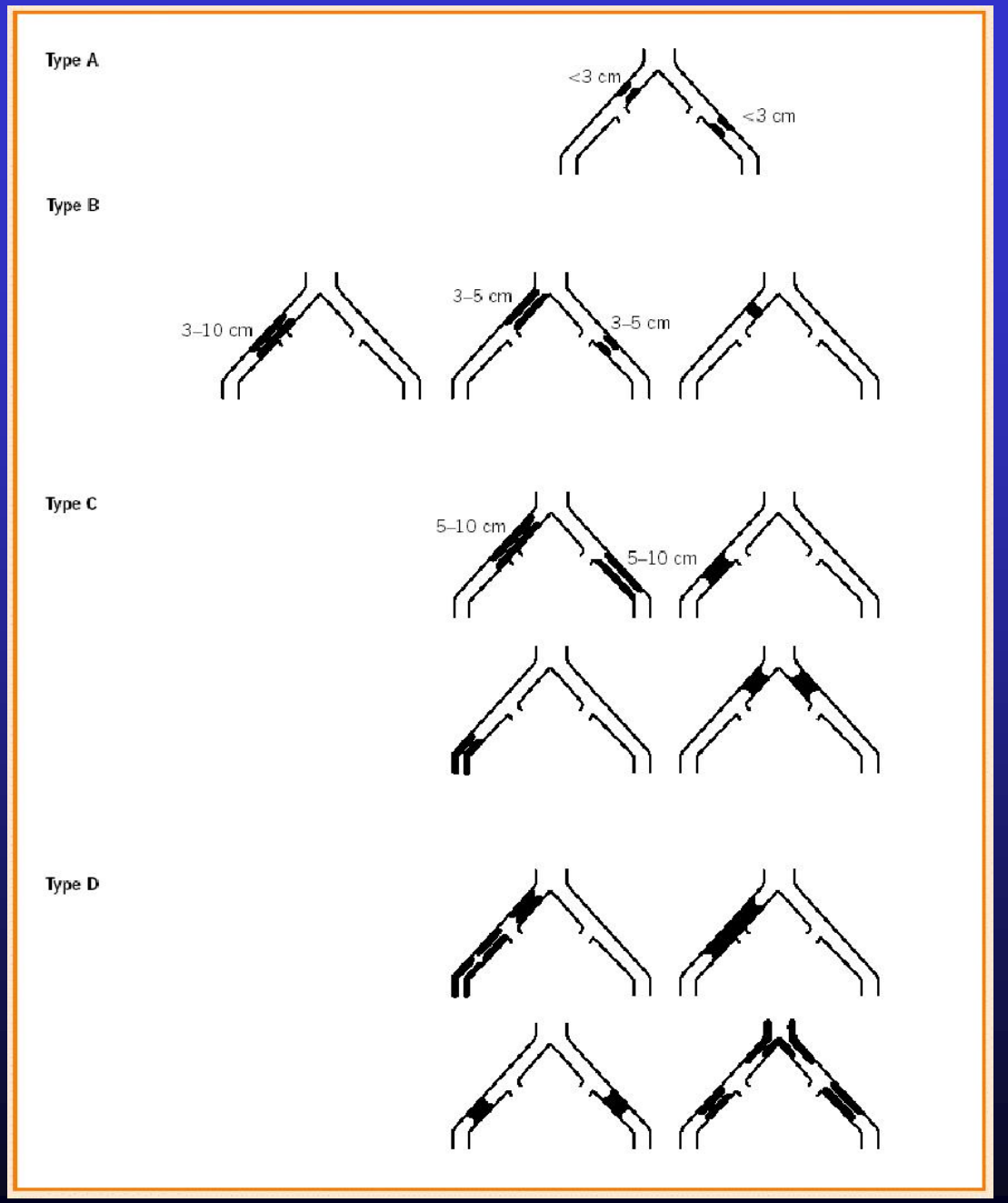


Figure 8. Summary of preferred options in interventional management of iliac lesions. Reprinted from J Vasc Surg, 31, Dormandy JA, Rutherford RB, for the TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC) Working Group, Management of peripheral arterial disease (PAD), S1-S296, Copyright 2000, with permission from Elsevier (1).


Type A
<3 cm
<3 cm
Type B
3–10 cm
3–5 cm
3–5 cm
Type C
5–10 cm
5–10 cm
Type D

Phân loại hình thái tổn th- ơng ĐM chậu, ĐM đùi-chày theo thoả thuận giữa các Hiệp hội xuyên Đại Tây D- ơng (1)

Tổn th- ơng	*Tổn th- ơng*	
	ĐM chậu	***ĐM đùi-chày***
Type A	Một vị trí tổn th- ơng duy nhất <3cm ở động mạch chậu chung hoặc động mạch chậu ngoài.	Một chỗ hẹp <3cm
Type B	- Một tổn th- ơng từ 3-10cm, không v- ợt quá động mạch đùi chung. - Có 2 vị trí tổn th- ơng ở động mạch chậu chung và/ hoặc động mạch chậu ngoài <5cm, không v- ợt quá động mạch đùi chung. - Tắc động mạch đùi chung 1 bên.	- Một chỗ hẹp từ 3-10cm, không liên quan đến đoạn xa của động mạch khoeo. - Hẹp mạch dài trên 3cm mà canxi hoá nhiều - Có nhiều chỗ tổn th- ơng, mỗi tổn th- ơng< 3cm (hẹp hoặc tắc) - Một hoặc nhiều tổn th- ơng nh- ng không có sự thông suốt của động mạch chày để cải thiện t- ới máu đoạn xa khi làm phẫu thuật cầu nối đoạn .

Phân loại hình thái tổn th- ơng ĐM chậu, ĐM đùi-chày theo thoả thuận giữa các Hiệp hội xuyên Đại Tây D- ơng (2)

Type C	- Hẹp 2 bên, đoạn hẹp 5-10cm ở M chậu chung hoặc ĐM chậu ngoài, không v□ợt quá động mạch đùi chung. - Tắc M chậu ngoài 1 bên, không v□ợt quá ĐM đùi chung. - Hẹp động mạch chậu ngoài v□ợt quá động mạch đùi chung. - Tắc cả 2 bên ĐM chậu chung.	- Một tổn th□ơng > 5cm (hẹp hoặc tắc) - Nhiều tổn th□ơng, mỗi tổn th□ơng dài 3-5cm, canxi hoá nhiều hoặc ít.
Type D	- Hẹp nhiều nơi, lan toả của 1 bên động mạch chậu chung, chậu ngoài và đùi chung, th□ơng trên 10cm - Tắc 1 bên, đoạn dài gồm cả động mạch chậu chung và động mạch chậu ngoài. - Tắc cả 2 bên ĐM chậu ngoài. - Bệnh lý lan toả của ĐM chủ và cả 2 ĐM chậu chung. - Hẹp ĐM chậu ở BN có ph nh ĐM chủ bụng hoặc tổn th□ơng ở các động mạch này đòi hỏi phẫu thuật.	Tắc hoàn toàn ĐM đùi chung hoặc đùi nông hoặc tắc hoàn toàn ĐM khoeo và tắc chỗ ngã ba đoạn gần.

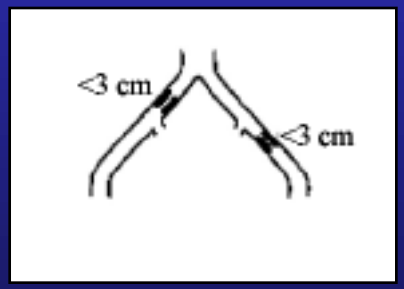
Endovascular Treatment for Claudication

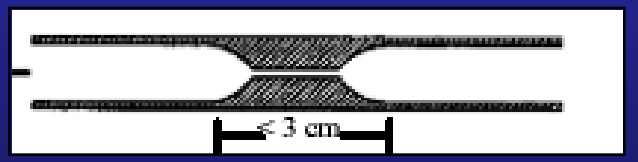
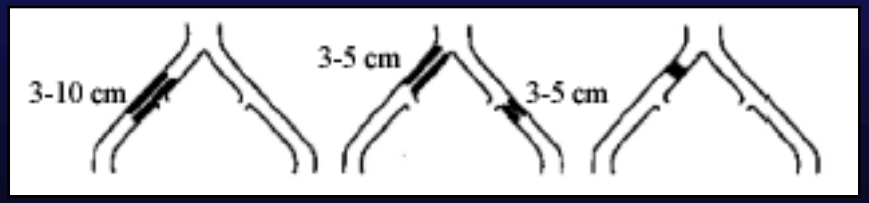
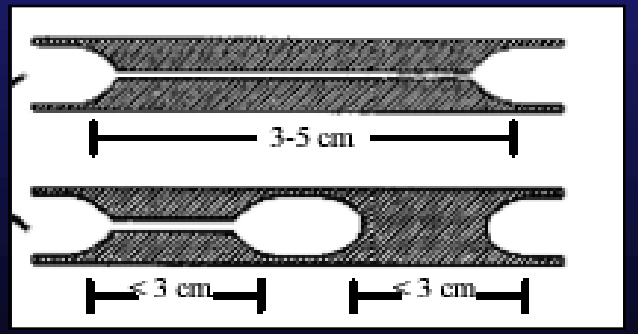
Endovascular intervention is recommended as the preferred revascularization technique for TASC type A iliac and femoropopliteal lesions.

Iliac

Femoropopliteal

TASC A:
(PTA recommended)





TASC B: (insufficient data to recommend)