

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

**1. Đại cương:**

1.1. Định nghĩa: Bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB) xảy ra khi có hẹp đáng kể các động mạch ở phía xa quai động mạch chủ, không bao gồm động mạch vành, các mạch của quai động mạch chủ và các mạch của não. Khoảng 90% gặp ở mạch máu chi dưới do nguyên nhân xơ vữa. Bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn nặng. Chú ý các bệnh kèm theo do xơ vữa mạch máu.

**1.2. Các yếu tố nguy cơ:**

Hút thuốc lá  
Đái tháo đường  
Tăng huyết áp  
Rối loạn lipid máu  
Lớn tuổi

**2. Đánh giá bệnh nhân:****2.1. Lâm sàng:**

Đau khớp khiêng khi gắng sức (đau cách hồi)  
Dị cảm  
Yếu liệt chi  
Các dấu hiệu loạn dưỡng : da lạnh, xanh, tím tái, loét, hoại tử đầu chi, teo cơ, rụng lông

Bất mạch hai chân: có thể không đều

Khám các dấu hiệu loạn dưỡng : da lạnh, xanh, tím tái, loét, hoại tử đầu chi, teo cơ, rụng lông

Nghe dọc đường đi động mạch: có thể thấy âm thổi

**2.2. Cận lâm sàng:**

- **Xét nghiệm đánh giá yếu tố nguy cơ:** bilan lipid, đường huyết
- **ECG:** nhằm tìm bằng chứng của rối loạn nhịp tim, giãn buồng tim hoặc nhồi máu cơ tim
- **Các dấu ấn viêm:** như d-dimer, CRP, homocysteine
- **Đo chỉ số cổ chân – cánh tay (ABI):**

\* Là bước đầu tiên để đánh giá BĐMNBCD. Đây là chỉ số đánh giá đơn giản và có giá trị, được tính bằng trị số huyết áp cao nhất ở cổ chân chia cho trị số huyết áp cao nhất ở cánh tay, có thể kết hợp với dụng cụ đo Doppler sóng liên tục.

\* Phương pháp này có độ nhạy là 79-95% và độ đặc hiệu 95-100%. Khi nghỉ, ABI bình thường trong khoảng 0,9-1,3. Khi ABI  $\leq 0,9$ , cho thấy BĐMNB, có thể phân độ như sau:

Nhẹ: ABI từ 0,71-0,9

Trung bình: ABI từ 0,41-0,7

Nặng: ABI  $\leq 0,4$

- **Siêu âm doppler động mạch:** là bước thứ hai để đánh giá BDMNB/CĐ, cung cấp các thông tin về giải phẫu và sinh lý của mạch máu. Khi có hẹp mạch máu điển hình, ta có các dấu hiệu sau:

Tại vị trí hẹp: Tăng vận tốc bất thường, kèm hình ảnh aliasing trên Doppler màu. Doppler phổ cho hình ảnh một pha (monophasic pattern) với trở kháng thấp vào thì tâm trương.

Sau chỗ hẹp: giảm vận tốc tâm thu và sóng trở thành hai pha (biphasic pattern) với trở kháng cao vào thì tâm trương.

- **Chụp MRA (cộng hưởng từ động mạch) hay CTA (CT scan động mạch):** được chỉ định khi cần xác định giải phẫu động mạch trước khi phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch hay khi có sự bất tương hợp giữa lâm sàng và siêu âm doppler.

Việc lựa chọn CTA hay MRA tùy thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng bệnh nhân (CTA đánh giá tốt hơn các stent kim loại và mảnh ghép stent trong lòng mạch; MRA được ưa thích ở bệnh nhân chống chỉ định với thuốc cản quang hoặc suy thận, mạch máu bị vôi hóa nhiều nhưng không nên dùng ở bệnh nhân có máy tạo nhịp tim hoặc các máy phá rung khác. MRA cũng không thích hợp ở bệnh nhân chưa ổn định hoặc không hợp tác), kỹ thuật nào sẵn có tại cơ sở y tế, khả năng thuận thực của các nhân viên y tế...

- **DSA:** DSA chỉ được chỉ định ở bệnh nhân cần được can thiệp mạch máu hoặc phẫu thuật, cho phép đánh giá được vị trí của động mạch bị tổn thương (gần: tầng chủ - chậu; xa: tầng đùi - khoeo); mức độ lan rộng của tổn thương (lan tỏa hay khu trú); mức độ phát triển của tuần hoàn bàng hệ; đặc điểm của giường động mạch phía hạ lưu (để xem xét chỉ định phẫu thuật bắc cầu nối động mạch)

### 3. Chẩn đoán

#### 3.1. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng : đau cách hồi , loét , mất mạch chi.

Cận lâm sàng: ABI, siêu âm duplex

DSA động mạch được xem là tiêu chuẩn vàng, cho phép đánh giá được vị trí của động mạch bị tổn thương (gần: tầng chủ - chậu; xa: tầng đùi - khoeo); mức độ lan rộng của tổn thương (lan tỏa hay khu trú); mức độ phát triển của tuần hoàn bàng hệ; đặc điểm của giường động mạch phía hạ lưu (để xem xét chỉ định phẫu thuật bắc cầu nối động mạch). DSA chỉ được chỉ định ở bệnh nhân cần được can thiệp mạch máu hoặc phẫu thuật.

#### 3.2. Chẩn đoán giai đoạn theo Fontaine:

Giai đoạn	Triệu chứng
I	Không triệu chứng, ABI < 0.9
II	Đau cách hồi
III	Đau thường xuyên lúc nghỉ
IV	Hoại tử khu trú

#### **Bảng 1: Giai đoạn bệnh động mạch ngoại biên chi dưới theo Fontaine**

#### 3.3. Chẩn đoán phân biệt (bảng 2):

**Bảng 2: Các chẩn đoán phân biệt của đau khớp khiêng cách hồi.**

Tình trạng	Vị trí	Tần suất	Đặc điểm	Tác động gắng sức	Tác động nghỉ ngơi	Tác động tư thế	Đặc điểm khác
Khớp khiêng cách hồi	Cơ bắp chân	3-5% người lớn	Đau chuột rút, đau căng tức	Tái tạo lại khi có gắng sức	Giảm rất nhanh	Không	Có thể có triệu chứng chi dưới không điển hình
HC chèn ép khoang mạn tính	Cơ bắp chân	Hiếm	Đau siết chặt, đau buốt	Sau gắng sức nhiều	Giảm rất chậm	Giảm khi nâng chân cao	Các vận động viên có vận cơ điển hình
Bệnh tĩnh mạch	Toàn bộ chân, nặng hơn ở bắp chân	Hiếm	Đau siết chặt, đau buốt	Sau khi đi lại	Giảm chậm	Giảm nhanh khi nâng chân cao	Tiền sử huyết khối TM sâu, dấu hiệu ở máu TM, phù
Chèn ép rễ	Đau lan xuống dưới	Phổ biến	Đau buốt nhói	Xuất hiện khi bắt đầu ngồi, đứng hoặc đi bộ	Xuất hiện cả lúc nghỉ	Cải thiện khi thay đổi tư thế	Tiền sử đau lưng, nặng hơn khi ngồi, giảm khi nằm hoặc ngồi
Nang Baker có triệu chứng	Sau gối, bắp chân	Hiếm	Sưng nề, ấn đau	Khi gắng sức	Đau khi nghỉ	Không	Không cách hồi
Viêm khớp háng	Một bên khớp háng và đùi	Phổ biến	Đau khó chịu	Sau các mức độ gắng sức	Không giảm nhanh	Cải thiện khi không mang nặng	Triệu chứng thay đổi, tiền sử viêm khớp thoái hoá
Hẹp đốt sống	Thường hai bên mông, sau cẳng chân	Phổ biến	Đau và yếu chi	Có thể giống khớp khiêng cách hồi	Giảm ở các mức độ khác nhau, cần thời gian lâu để phục hồi	Giảm khi gấp cột sống thắt lưng	Nặng thêm khi đứng hoặc uốn cột sống

### 3.4. Chẩn đoán các thể lâm sàng của bệnh động mạch ngoại biên chi dưới:

- Không triệu chứng: thường gặp ở người đái tháo đường, lớn tuổi, di chứng thần kinh làm cho vận động đi lại ít nên không bộc lộ được triệu chứng (ABI < 0.9)

- Khớp khiêng cách hồi điển hình (đau bắp chân khi đi lại và giảm khi nghỉ), khớp khiêng cách hồi không điển hình (đau bắp chân khi đi lại nhưng không giảm khi nghỉ).- Đau do thiếu máu chi dưới nặng (đau cả khi nghỉ, vết thương lâu lành hoặc hoại thư).

- Đau do thiếu máu chi cấp 5P: đau (Pain), vô mạch (Pulselessness), tím tái (Palor), tê (Paresthesia), yếu liệt chi (Paralysis). ( xem bài tắc mạch chi cấp tính)

## 4. Các biện pháp điều trị:

### 4.1. Mục tiêu điều trị:

Ngừa nhồi máu cơ tim, đột quỵ, tử vong

Bảo vệ chi: ngừa đoạn chi

Cải thiện chức năng và chất lượng sống

### 4.2. Điều trị các yếu tố nguy cơ:

1. Ngưng thuốc lá

2. Kiểm soát đường huyết

### 3. Ức chế HMG-CoA Reductase (Statin)

4. Kiểm soát huyết áp: không có chống chỉ định với chẹn beta

5. Kháng tiểu cầu

#### 4.3. Điều trị triệu chứng và cải thiện chức năng:

**4.3.1. Tập luyện:** Tập luyện theo giám sát là việc làm quan trọng nhằm gia tăng khả năng đi bộ, cải thiện được mức độ nặng của đau khớp khiêng cách hồi. Chế độ luyện tập có thể sử dụng đi trên thảm lăn hoặc đi bộ trên đường đủ cường độ để tạo ra khớp khênh cách hồi, sau đó sẽ nghỉ cho đến khi hết đau và tập lại và mỗi đợt tập luyện kéo dài 30-60 phút. Mỗi đợt tập luyện tiến hành 3 lần trong tuần và trong 3 tháng.

**4.3.2. Điều trị bằng thuốc:** Cho đến hiện nay, chỉ có cilostazol và naftidrofuryl là những thuốc được công nhận trong điều trị đau khớp khiêng cách hồi và cải thiện chức năng. Ngoài ra, một số thuốc hiện nay không có chứng cứ đầy đủ trong điều trị như pentoxifylline, các thuốc dẫn mạch chẹn alpha giao cảm, dẫn mạch trực tiếp paraverine thì không được khuyến cáo.

##### - Cilostazol:

Đây là thuốc thuộc nhóm ức chế phosphodiesterase III với tác dụng dẫn mạch, chuyển hoá và kháng tiểu cầu.

Liều sử dụng trung bình của cilostazol là 100mg 2 lần/ngày. Thuốc có hiệu quả gia tăng khả năng đi bộ hơn 50-70 m so với giả dược và cải thiện chất lượng sống.

Tác dụng phụ của thuốc này bao gồm nhức đầu, tiêu chảy và hồi hộp.

##### - Naftidrofuryl:

Thuốc thuộc nhóm đối kháng 5-hydroxytryptamine type 2 và có tác dụng cải thiện chuyển hoá cơ và giảm kết tập hồng cầu và tiểu cầu.

Liều sử dụng trong các thử nghiệm là 600 mg/ngày. Tác dụng phụ của thuốc là các rối loạn nhẹ đường tiêu hoá.

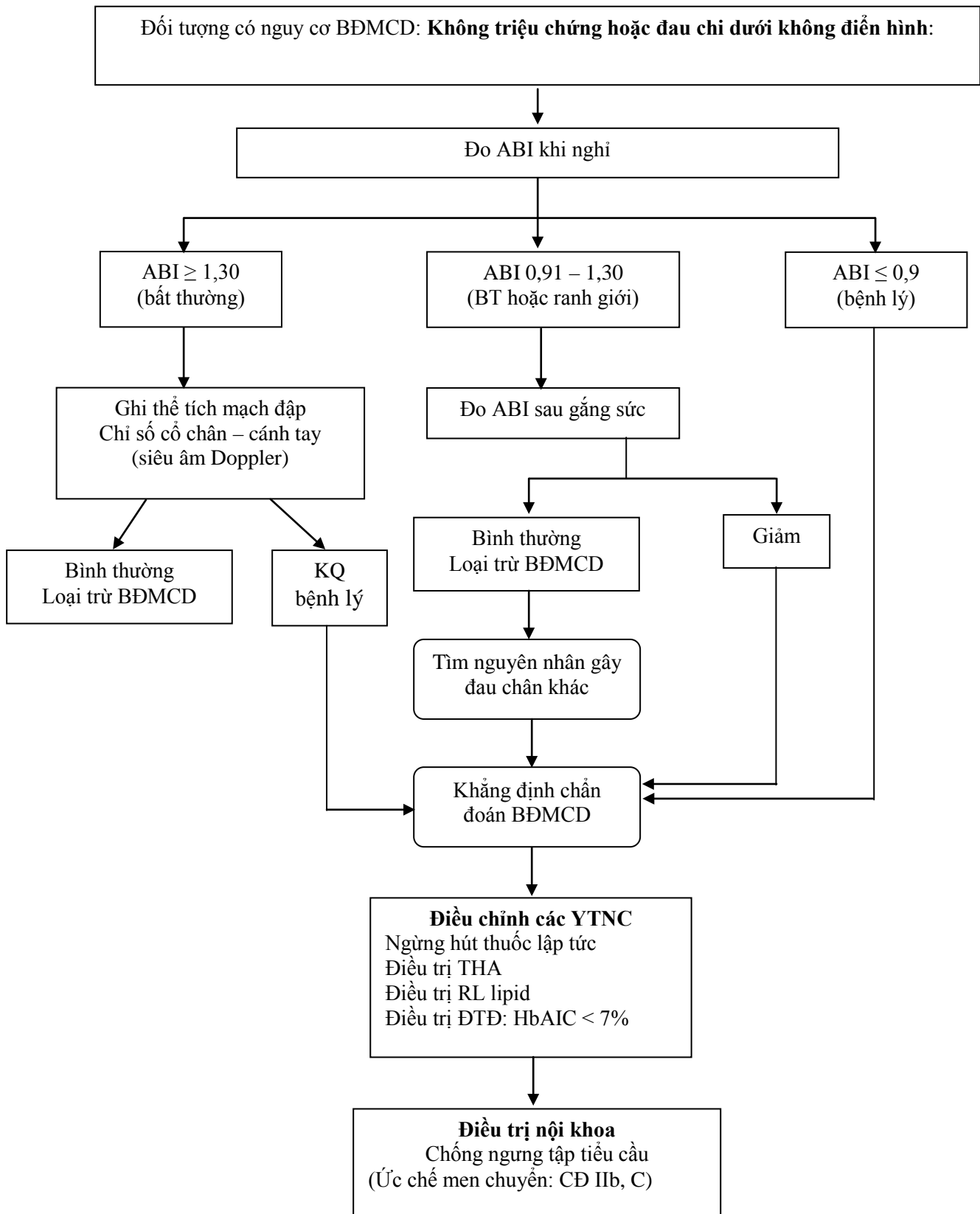
#### 4.3.3. Điều trị tái thông: can thiệp mạch máu và phẫu thuật mạch máu

Theo AHA/ACC và TASC II, tái thông được đề xuất cho những trường hợp sau:

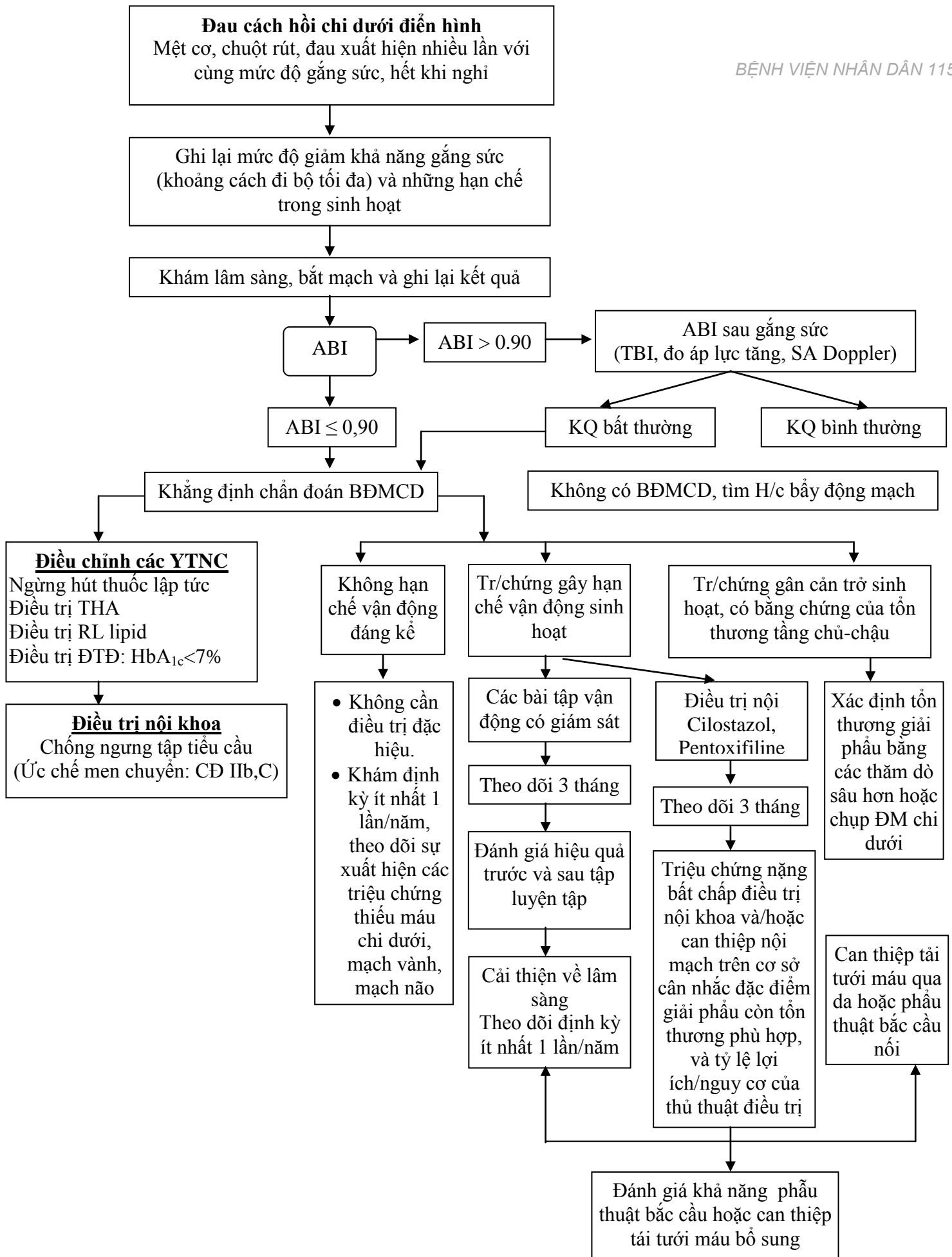
- Cần can thiệp sớm với những bệnh nhân có thiếu máu đe dọa chi như đau khi nghỉ, loét chân do thiếu máu, hoại thư.
- Bệnh nhân không đáp ứng với trị liệu phục hồi chức năng gắng sức và thuốc.
- BN bị giới hạn hoạt động bởi đau khớp khiêng cách hồi.

Lựa chọn tái thông bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật phụ thuộc vào tuổi, bệnh kèm, dạng tổn thương (theo phân loại tổn thương TASC).

## 5. Quy trình chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới:



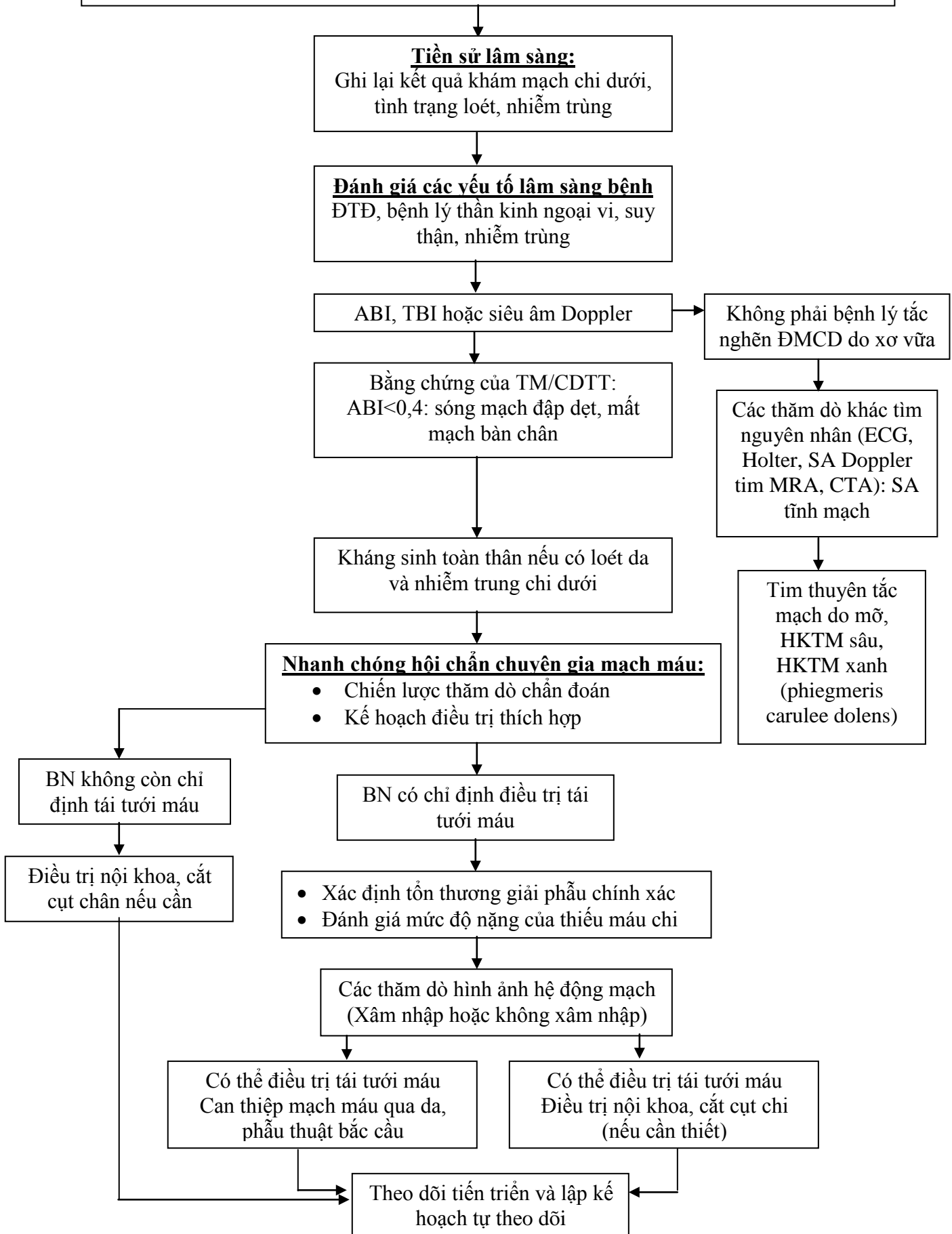
Hình 1: Chẩn đoán BDMCD không triệu chứng hoặc không điển hình



**Hình 2: đau cách hồi điển hình**

**Thiếu máu trầm trọng chi dưới mãn tính**

Đau khi nghỉ, vết thương loét không lành  
 Cần xác định chính xác nguyên nhân gây ra tình trạng thiếu máu chi  
 Nguy cơ: Cắt cụt chi



**Hình 3: thiếu máu trầm trọng chi dưới mãn tính**

## 6. Theo dõi:

- Đo chỉ số ABI: 1 lần/năm.

- Siêu âm Doppler động mạch chi dưới: 1 – 2 lần/năm.

- Bilan tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm Doppler tim được thực hiện khi bắt đầu điều trị. Theo dõi định kỳ theo chỉ định chuyên khoa.

- Theo dõi hàng năm: đường máu, lipid máu, protein niệu, độ thanh thải creatinin, microalbumin niệu, HbA1C ở bệnh nhân đái tháo đường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Creager M.A, Libby.P: Peripheral Artery Disease. In Bonow.RO et al: Braunwald's heart disease-A Textbook of cardiovascular medicine, 9th, 2012: 1338-1358.
2. Mohler. ER: Medical management of claudication. Uptodate 9-2013
3. Mohler. ER: Clinical features, diagnosis, and natural history of lower extremity peripheral artery disease. Uptodate 9-2013
4. Beckam.JA & Creager M.A : Peripheral Artery Disease: Clinical Evaluation. In Creager M.A et al: Vascular Medicine- A Companion to Braunwald's Heart Disease. 2nd. 2013: 231-241.
5. Gornik.HL: Medical Treatment of Peripheral Artery Disease. In Creager M.A et al: Vascular Medicine- A Companion to Braunwald's Heart Disease. 2nd. 2013: 242-258.
6. Neschis.DG, Golden.MA: Indications for surgery in the patient with lower extremity claudication. Uptodate 9-2013 .



