

KHẢO SÁT CHỈ SỐ MẮT CÁ CHÂN – CÁNH TAY Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

Bùi Cao Mỹ Ái, Võ Thành Nhân**

TÓM TẮT

Mở đầu: Tần suất bệnh động mạch vành (BĐMV) ở bệnh nhân bệnh động mạch ngoại biên đã được xác định rõ. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới (BTNĐMCD) ở bệnh nhân bệnh động mạch vành. Chỉ số mắt cá chân – cánh tay (ABI) hiện nay là một phương tiện không xâm lấn hữu ích để chẩn đoán bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới.

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số mắt cá chân – cánh tay ở bệnh nhân bệnh động mạch vành.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại khoa Tim Mạch Can Thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2008 – 12/2008. Những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch vành được mời tham gia nghiên cứu. Số liệu thu thập gồm yếu tố nguy cơ BTNĐMCD, triệu chứng bệnh, khám lâm sàng và đo ABI. $ABI \leq 0,9$ được xem là có BTNĐMCD.

Kết quả: 78 bệnh nhân (58 nam, 20 nữ) tham gia nghiên cứu. Có 10 bệnh nhân có $ABI \leq 0,9$ (12,8%). Những bệnh nhân có BTNĐMCD lớn tuổi hơn những bệnh nhân không bệnh ($p = 0,02$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân có hay không có BTNĐMCD về tỉ lệ hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, tăng huyết áp, bệnh mạch vành.

Kết luận: bệnh nhân bệnh động mạch vành có thể có kèm BTNĐMCD. Xác định BTNĐMCD bằng cách đo ABI là một phương pháp dễ thực hiện.

Từ khóa: bệnh động mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên, chỉ số mắt cá chân – cánh tay.

ABSTRACT

DIAGNOSIS OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE BY ANKLE-BRACHIAL INDEX IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Bui Cao My Ai, Vo Thanh Nhan * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 - Supplement of No 1 -2010: 379-385

Back ground: The prevalence of coronary artery disease (CAD) in patients with peripheral arterial disease (PAD) has been well defined. However, the prevalence of PAD in patients with CAD has not been defined. The ankle-brachial index (ABI) is a useful non-invasive tool to screen PAD.

Objective: To assess the prevalence of PAD in hospitalized patients with CAD by measuring the ABI.

Method: The cross – sectional study was conducted at the Department of Interventional Cardiology, Cho Ray Hospital from 9/2008 to 12/2008. Inpatients with CAD were invited to participate in this study. Data regarding to risk factors of PAD, symptoms of PAD, physical examination, and ABI were collected. An $ABI \leq 0.9$ was considered to indicate significant PAD.

Result: A total of 78 patients (include 58 men and 20 women) were recruited. Ten patients (12.8%) were found to have PAD according to ABI results. Patients with PAD were older than those without PAD ($p = 0.02$). There was no significant difference among patients with or without PAD about smoking history ($p = 1.00$), BMI ($p = 0.08$), diabetes ($p = 0.68$), hypertension ($p = 0.28$), dyslipidemia ($p = 4.37$), and CAD ($p = 0.73$).

* Bộ môn Nội, khoa Y Đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ: BS. Bùi Cao Mỹ Ái

ĐT: 0908819547

Email: myaicao@yahoo.com

Conclusion: Hospitalized patients with CAD were likely to have concomitant PAD. Identification of patients with PAD by measuring the ankle - brachial index was an easy task.

Keywords: coronary artery disease, peripheral arterial disease, ankle-brachial index

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ vữa động mạch là một bệnh lý ảnh hưởng nghiêm trọng đến giường mạch máu toàn cơ thể. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 5,8 triệu trường hợp mới mắc bệnh động mạch vành. Tỷ lệ BTNĐMCD thay đổi tùy nghiên cứu, từ 4,6 – 29%^(4,7,10). Những bệnh nhân BTNĐMCD không triệu chứng có tỷ lệ tử vong tương đương những người có triệu chứng⁽²⁾. Nhiều nghiên cứu ngoài nước đã cho thấy tỷ lệ bệnh động mạch vành (BĐMV) ở bệnh nhân bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới (BTNĐMCD) từ 27 – 40%^(5,9), và ngược lại ở những bệnh nhân BĐMV, tỷ lệ BTNĐCD cũng khá cao, gần 40%^(1,2). Những nghiên cứu này đã sử dụng chỉ số mắt cá chân – cánh tay (Ankle – Brachial Index, ABI) làm tiêu chuẩn chẩn đoán BTNĐMCD. Hiện nay ở Việt Nam, một số cơ sở đã bắt đầu sử dụng ABI như một khảo sát không xâm lấn để sàng lọc những bệnh nhân nguy cơ cao BTNĐMCD, nhưng những nghiên cứu về ABI còn rất ít, và hầu hết tiến hành trên bệnh nhân đái tháo đường. Vì thế chúng tôi tiến hành khảo sát chỉ số ABI ở bệnh nhân bệnh động mạch vành.

BỆNH NHÂN - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả

Mục tiêu nghiên cứu

Khảo sát chỉ số mắt cá chân – cánh tay ở bệnh nhân bệnh động mạch vành nhập viện.

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân nhập khoa Tim Mạch Can Thiệp – bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2008 đến tháng 12/2008.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành qua chụp mạch vành cản quang có hẹp mạch vành có ý nghĩa (hẹp > 50% đường kính mạch vành).

Chuyên Đề Y học tuổi trẻ

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đã đoạn chi, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn, được thiết kế dựa trên các nghiên cứu tương tự ở nước ngoài, đo ABI bằng máy Doppler cầm tay (Microdop) với đầu dò 8 MHz.

Khảo sát ABI

Dụng cụ và phương pháp

Máy huyết áp thủy ngân hay đồng hồ áp kế. Bao nén khí kích thước phù hợp với đoạn chi cần khảo sát. Máy Doppler loại MicroDop, đầu dò 8MHz.

Phòng khám yên lặng, bệnh nhân nằm ngửa. Quấn bao nén khí quanh cánh tay. Đặt đầu dò (thân tạo 1 góc 38 - 520 với hướng đi của dòng máu) sao cho tín hiệu nghe được rõ nhất. Bơm bao khí đến khi mất âm thanh ở mạch, bơm thêm 20 mmHg nữa, sau đó xả từ từ vận tốc 2 mmHg/giây. Ghi nhận huyết áp trên đồng hồ ngay khi nghe âm thanh xuất hiện lại. Đây là huyết áp tâm thu cánh tay. Đo cả hai tay.

Quấn bao nén khí trên nếp cổ chân 3 cm. Đầu dò đặt ở động mạch chày sau hoặc động mạch mu chân. Trình tự đo như ở tay. Đo cả hai chân.

Cách tính ABI

$$ABI \text{ trái} = \frac{\text{Huyết áp mắt cá chân trái}}{\text{Max (huyết áp cánh tay trái, huyết áp cánh tay phải)}}$$

$$ABI \text{ phải} = \frac{\text{Huyết áp mắt cá chân phải}}{\text{Max (huyết áp cánh tay trái, huyết áp cánh tay phải)}}$$

ABI bất thường khi $\leq 0,9$.

Phương pháp phân tích số liệu

Các biến số được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16 for Windows. Các biến số

được mô tả theo tỉ lệ, tần số hoặc biểu diễn dưới dạng bảng phân phối tần suất, biểu đồ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại khoa Tim Mạch Can Thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2008 đến tháng 12/2008. Trong thời gian nghiên cứu, 78 bệnh nhân được chọn, trong đó có 58 nam (74,4%) và 20 nữ (25,6%). Tỉ số nam/nữ = 3/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,1 ± 11,5. BMI trung bình là 23,2 ± 2,9. Các YTNC của BTNĐMCD được trình bày trong bảng 1, trong đó tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ của BTNĐMCD

YTNC	Dân số chung (n = 78)
THA	53 (67,9%)
ĐTĐ	14 (17,9%)
HTL	25 (32,1%)
Suy thận mạn	7 (8,6%)
RLCH lipid	65 (83,3%)
Tăng TG	41 (52,6%)
Tăng TC	12 (15,4%)
Giảm HDL – C	46 (59,0%)
Tăng LDL – C	25 (15,4%)

Đặc điểm BDMV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36 bệnh nhân đã biết có BDMV từ trước, và 42 bệnh nhân mới phát hiện có BDMV (53,9%). Tỉ lệ HCVC là 65,4%, tỉ lệ BDMV mạn là 34,6%.

Bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới

Trong 78 bệnh nhân thuộc nghiên cứu của chúng tôi:

- Tỉ lệ đi cách hồi là 0%.
- Tỉ lệ BTNĐMCD cấp tính là 0%.
- Có 10 trong số 78 bệnh nhân có ABI ≤ 0,9 (12,8%), trong đó có 9 bệnh nhân có ABI bên phải ≤ 0,9, 4 bệnh nhân có ABI bên trái ≤ 0,9 và 3 bệnh nhân có ABI ≤ 0,9 ở cả hai bên. Như vậy tỉ lệ BTNĐMCD dựa trên bất thường ABI là 12,8%.

Bảng 2: Chỉ số mắt cá chân – cánh tay (ABI)

	Bên phải	Bên trái	p
ABI trung bình	1,09 ± 0,14	1,07 ± 0,12	0,14

ABI phải và ABI trái khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm t, p = 0,14).

Bảng 3: Liên quan giữa tuổi, BMI và ABI

Dân số chung (n = 78)	ABI		P
	≤ 0,9 (n = 10)	> 0,9 (n = 68)	
Tuổi trung bình (62,09 ± 11,45)	71,00 ± 7,57	60,78 ± 11,337	0,02
BMI trung bình (23,16 ± 2,89)	21,69 ± 3,19	23,38 ± 2,81	0,08

- Tuổi trung bình nhóm có ABI ≤ 0,9 lớn hơn nhóm ABI > 0,9 có ý nghĩa thống kê (phép kiểm t, p = 0,02).

- Sự khác biệt BMI giữa nhóm ABI ≤ 0,9 và ABI > 0,9 không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm t, p = 0,08).

Bảng 4: Liên quan giữa giới và ABI

	Dân số chung (n = 78)	ABI		P
		≤ 0,9 (n = 10)	> 0,9 (n = 68)	
Giới	Nữ (25,6%)	2 (20%)	18 (26,5%)	1,00
	Nam (74,4%)	8 (80%)	50 (73,5%)	

Sự khác biệt về giới giữa nhóm ABI ≤ 0,9 và nhóm ABI > 0,9 không có ý nghĩa thống kê (λ2, p = 1,00).

Bảng 5: Liên quan giữa các YTNC và ABI

	Dân số chung (n = 78)	ABI		P
		≤ 0,9 (n = 10)	> 0,9 (n = 68)	
THA	53 (67,9%)	5 (50%)	48 (70,6%)	0,28
ĐTĐ	14 (17,9%)	1 (10%)	13 (19,1%)	0,68
HTL	25 (32,1%)	3 (30%)	22 (32,4%)	1,00
Bệnh thận mạn	7 (8,6%)	2 (20%)	5 (7,4%)	0,21
RLCH lipid	65 (83,3%)	6 (60%)	59 (86,8%)	4,37
Tăng TG	41 (52,6%)	3 (30%)	38 (55,9%)	0,18
Tăng TC	12 (15,4%)	1 (10%)	11 (16,2%)	1,00
Giảm HDL – C	46 (59,0%)	4 (40%)	42 (61,8%)	0,30
Tăng LDL – C	25 (15,4%)	1 (10%)	11 (16,2%)	1,00

Sự khác biệt các YTNC giữa 2 nhóm ABI ≤ 0,9 và ABI > 0,9 không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm λ2).

Bảng 6: Liên quan giữa BDMV và ABI

Dân số chung (n = 78)	ABI		P
	≤ 0,9 (n = 10)	> 0,9 (n = 68)	

BMV	Cấp	51 (25,6%)	6 (60%)	45 (66,2%)	0,73
	Mãn	27 (74,4%)	4 (40%)	23 (33,8%)	

Sự khác biệt ABI giữa nhóm BDMV cấp và BDMV mạn không có ý nghĩa thống kê ($\lambda_2, p = 0,73$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm của dân số nghiên cứu và mối liên quan giữa các đặc điểm này với ABI

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 78 bệnh nhân BDMV, tuổi trung bình là $62,09 \pm 11,45$. Một số nghiên cứu về BTNĐMCD trong và ngoài nước cũng tiến hành trên những đối tượng có độ tuổi tương tự^(12,17,18). Cũng có những tác giả thực hiện trên dân số có tuổi trung bình cao hơn^(4,5). Tuổi trung bình của nhóm có BTNĐMCD cao hơn nhóm không có BTNĐMCD có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự như hầu hết các kết quả nghiên cứu dịch tễ BTNĐMCD^(4,5). Nghiên cứu của Pujia ở Ý ghi nhận tuổi không có mối tương quan với BTNĐMCD⁽¹⁴⁾.

Tương tự nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước (12,3,1), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BDMV xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ nam có BTNĐMCD là 80%, nữ là 20%. Như vậy tỷ lệ nam/ nữ là 4/1. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính ở hai nhóm có và không có BTNĐMCD không có ý nghĩa thống kê. Khác với kết quả của chúng tôi một số nghiên cứu nước ngoài nhận thấy tỷ lệ BTNĐMCD ở nữ cao hơn nam, giới tính có ảnh hưởng đến BTNĐMCD^(5,16).

BMI trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là 23,16, tương tự như dân số trong nghiên cứu của Hasimu và cộng sự ở Trung Quốc⁽⁹⁾. Nghiên cứu của Christos thực hiện trên đối tượng có BMI cao hơn⁽¹²⁾. BMI trung bình giữa 2 nhóm có và không có BTNĐMCD trong nghiên cứu của chúng tôi khác nhau không có ý nghĩa thống kê, tương tự kết quả của Papamichael⁽¹²⁾. Một số nghiên cứu tìm thấy mối tương quan giữa BMI và BTNĐMCD như

nghiên cứu của Sritara ở Thái Lan nhận thấy BMI > 25kg/m² có tương quan với BTNĐMCD⁽¹⁶⁾.

Tỷ lệ HTL chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,1%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân BTNĐMCD có HTL trong nghiên cứu của chúng tôi là 30%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Dieter là 27,5%⁽²⁾, Hasimu là 42,7%⁽⁵⁾, của Bertomeu là 29,9%⁽¹⁾. Chúng tôi nhận thấy giữa nhóm bệnh và không BTNĐMCD, tỷ lệ HTL khác nhau không có ý nghĩa thống kê, tương tự kết quả của Pujia ở Ý⁽¹⁴⁾. Tuy nhiên theo ACC⁽⁸⁾ cũng như hầu hết các nghiên cứu dịch tễ khác về BTNĐMCD, HTL có liên quan chặt chẽ và là YTNC độc lập, hàng đầu của BTNĐMCD. Sự khác biệt của chúng tôi so với các nghiên cứu này có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên cỡ mẫu nhỏ, dân số nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình thấp nên thời gian tiếp xúc với thuốc lá ngắn hơn dân số của các nghiên cứu khác.

Có 67,9% bệnh nhân có tăng huyết áp. Bệnh nhân BTNĐMCD có THA là 50%. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Dieter là 85%⁽²⁾, của Bertomeu là 84,1%⁽¹⁾. Mối tương quan giữa THA và BTNĐMCD cũng được hai tác giả này ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA giữa hai nhóm bệnh và không bệnh khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tương tự như kết quả của chúng tôi, Papamichael⁽¹²⁾ không nhận thấy có mối tương quan giữa THA với BTNĐMCD có lẽ vì sự tương đồng về độ tuổi và tình trạng HTL của hai nhóm nghiên cứu.

Tỷ lệ ĐTD ở bệnh mạch vành là 17,9%. Trong nghiên cứu tần suất BTNĐMCD ở bệnh nhân BDMV của Papamichael tỷ lệ ĐTD là 29%⁽¹²⁾, của Dieter là 28%⁽²⁾, của Bertomeu là 35%⁽¹⁾. Các con số này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trong nước khác. Tỷ lệ bệnh nhân BTNĐMCD có ĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi là 10%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Dieter là 42,5%⁽²⁾ của Hasimu là 43,3%⁽⁵⁾ và của Bertomeu là 41,5%⁽¹⁾. Những tác giả này cũng nhận thấy có mối tương quan giữa ĐTD và BTNĐMCD. Tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm bệnh và không bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi

khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tương tự như kết quả của chúng tôi là kết quả của Pujia⁽¹⁴⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, RLCH lipid thường gặp nhất là giảm HDL – C (59,0%), kế đó là tăng triglycerid với tỉ lệ 52,6% và tăng LDL – C tỉ lệ thấp nhất (15,4%). Tỉ lệ RLCH lipid chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,3%, tương tự kết quả của Dieter là 83%⁽²⁾, của Bertomeu là 84,1%⁽¹⁾, đều là những nghiên cứu về BTNĐMCD ở bệnh nhân BĐMV. Tỉ lệ bệnh nhân BTNĐMCD có rối loạn chuyển hóa lipid trong nghiên cứu của chúng tôi là 60%, tỉ lệ này trong nghiên cứu của Dieter là 92,5%⁽²⁾, của Hasimu là 57,2%⁽⁵⁾ và của Bertomeu là 85,7%⁽¹⁾. Tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid ở nhóm có và không có BTNĐMCD khác nhau không có ý nghĩa thống kê, nghiên cứu của Pujia⁽¹⁴⁾ cũng có kết quả tương tự như vậy. Khác với chúng tôi là nhận định của Dieter, Hasimu và Bertomeu^(1,2,5).

Tỉ lệ bệnh thận mạn trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,6%. Hiện tại có rất ít công trình nghiên cứu dịch tễ BTNĐMCD khảo sát vấn đề này. Tỉ lệ bệnh thận mạn ở bệnh nhân BTNĐMCD là 20%. Cho đến bây giờ, có rất ít nghiên cứu dịch tễ học xem xét đến vai trò của bệnh thận mạn đối với BTNĐMCD. Theo kết quả của nghiên cứu NHANES của Selvin và cs, 24% bệnh nhân 40 tuổi trở lên có bệnh thận mạn có ABI <0,9, tỉ lệ này 3,7% ở những người có độ thanh thải creatinin > 60ml/p/1,73m², sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê⁽¹⁵⁾. Tuy nhiên, có lẽ do cỡ mẫu nhỏ, cũng như sự chọn lựa những bệnh nhân chụp và can thiệp mạch vành đa phần là những bệnh nhân có chức năng thận còn tốt để tránh biến chứng lên thận của thuốc cản quang, vì vậy nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh thận mạn giữa nhóm có và không có BTNĐMCD khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, NMCT cấp ST chênh lên chiếm tỉ lệ cao nhất (37,2%), kế đó là BĐMV mạn (34,6%). Tỉ lệ đau thắt ngực không ổn định là 2,1% và tỉ lệ NMCT cấp không ST chênh lên là 2,6%. Tỉ lệ bệnh nhân

BTNĐMCD ở bệnh nhân BĐMV cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,8%, tỉ lệ này ở BĐMV mạn là 14,8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Theo Hasimu B⁽⁵⁾, BĐMV và BTNĐMCD có tương quan với nhau, nhưng theo kết quả của Murabito trong nghiên cứu Framingham⁽¹³⁾ thì không có mối tương quan giữa hai bệnh này.

Thực tế ảnh hưởng của XVĐM lên giường mạch máu toàn cơ thể chứ không chỉ riêng MV. Vì thế dù có mối tương quan hay không trong các nghiên cứu khác nhau, thì chúng ta cũng ghi nhận có một tỉ lệ BTNĐMCD ở bệnh nhân BĐMV. Vấn đề tìm mối tương quan và chứng minh nó cần phải có những nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu lớn mà trong khuôn khổ nghiên cứu của chúng tôi cũng như những nghiên cứu vừa nêu trên chưa đạt được điều đó.

Bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 78 đối tượng BĐMV như đã mô tả ở trên. Về triệu chứng học, tỉ lệ đi cách hời trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là 0%, tỉ lệ thiếu máu cục bộ chi dưới cấp tính cũng là 0%. Điều này cho thấy mặc dù tỉ lệ các YTNC trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những nghiên cứu khác nhưng ảnh hưởng của các YTNC này lên BTNĐMCD chưa thể hiện trên lâm sàng rõ ràng, cũng có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ nên việc phát hiện ra những bệnh nhân BĐMV có kèm triệu chứng của BTNĐMCD hoặc thiếu máu cục bộ chi dưới cấp còn hạn chế.

Khi khảo sát ABI, chúng tôi nhận thấy ABI trung bình bên phải là 1,09 và bên trái là 1,07.

So sánh ABI trung bình của một số nghiên cứu

Bảng 7: So sánh ABI trung bình của một số nghiên cứu

	ABI trung bình (phải)	ABI trung bình (trái)
Chúng tôi	1,09 ± 0,14	1,07 ± 0,12
Võ Thị Dẽ (16): dân số bình thường	1,04 ± 0,07	1,04 ± 0,06
dân số nguy cơ	0,94 ± 0,23	0,94 ± 0,21

Papamichael (3)	0,93 ± 0,17	0,93 ± 0,16
-----------------	-------------	-------------

Cũng như những nghiên cứu dịch tễ khác sử dụng ABI làm tiêu chí đánh giá BTNĐMCD, nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân có ABI ≤ 0,9, trong đó có 4 bệnh nhân có ABI bên trái ≤ 0,9 và 9 bệnh nhân có ABI phải ≤ 0,9, 3 bệnh nhân có ABI ≤ 0,9 ở cả hai bên. Tỷ lệ BTNĐMCD trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,8%, tương tự kết quả của những nghiên cứu dịch tễ khác trên nhóm đối tượng bình thường hoặc có nguy cơ XVĐM^(5,17,18).

Khi so sánh với những nghiên cứu tiến hành trên đối tượng BĐMV, tỷ lệ bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi hơi thấp hơn của Papamichael⁽¹²⁾, Dieter⁽²⁾ và nghiên cứu của Bertomeu⁽¹⁾. Lý giải sự khác biệt này, chúng tôi thử so sánh dân số nghiên cứu của chúng tôi với dân số của ba nghiên cứu trên, thì nhận thấy rằng:

- Nghiên cứu của Bertomeu có cỡ mẫu lớn hơn nhiều so với chúng tôi. Dân số nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 42 – 81, nghiên cứu của Bertomeu có tuổi từ 40 – 101 và tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu này hơi cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (66 ± 11,9 so với 62,09 ± 11,45). Trong 39,8% đối tượng có ABI ≤ 0,9 trong nghiên cứu của Bertomeu, có 57% tuổi > 80. Ngoài ra, tỷ lệ THA, ĐTĐ và rối loạn chuyển hóa lipid trong nghiên cứu này cũng cao hơn của chúng tôi, lần lượt là 79,3% so với 67,9%, 35% so với 17,9% và 84,1% so với 83,3%.

- So với nghiên cứu Papamichael, tuổi trung bình của hai dân số gần tương đương nhau (60 ± 10 so với 62 ± 0,9), nhưng cỡ mẫu của Papamichael gấp đôi của chúng tôi, ngoài ra thì tỷ lệ HTL, ĐTĐ và BMI trung bình trong dân số nghiên cứu của Papamichael đều hơi cao hơn của chúng tôi, các con số này lần lượt là 42% so với 32,1%, 29% so với 17,9% và 26,6 ± 3,8 so với 23,16 ± 2,89.

- Trong 100 đối tượng BĐMV mạn thuộc nghiên cứu của Dieter, tỷ lệ THA, ĐTĐ đều cao hơn dân số của chúng tôi, lần lượt là 71% so với 67,9% và 28% so với 17,9%. BMI trung bình ở

từng nhóm có và không có BTNĐMCD cũng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Có lẽ do những khác biệt về cỡ mẫu cũng như YTNC nói trên nên tỷ lệ BTNĐMCD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ba nghiên cứu này, mặc dù đều tiến hành trên bệnh nhân BĐMV đang nằm viện. Dù có sự khác biệt với các nghiên cứu khác trên đối tượng BĐMV, nhưng điều quan trọng đó chính là có một tỷ lệ BTNĐMCD không có triệu chứng ở bệnh nhân BĐMV. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cứ 100 bệnh nhân BĐMV thì có 12,8 người sẽ mắc BTNĐMCD, và ở những nghiên cứu khác, với cỡ mẫu lớn hơn, tỷ lệ này còn cao hơn nữa. Với sự gia tăng của BĐMV trong dân số chung, thì số người có BTNĐMCD đi kèm sẽ cao hơn, làm tăng gánh nặng trong gia đình và xã hội.

Chỉ số mắt cá chân – cánh tay (ABI)

Khảo sát ABI là một phương pháp đơn giản, dễ thực hiện để chẩn đoán BTNĐMCD, công cụ gọn nhẹ, và có thể tầm soát bệnh mà không mất nhiều chi phí cho bệnh nhân như các cận lâm sàng khác. Điều này cũng được 93% trong số 276 bác sĩ lâm sàng trong nghiên cứu của Hayoz⁽⁶⁾ thừa nhận. Điểm cắt để chẩn đoán bệnh có khác nhau tùy tác giả, như Pujia⁽¹⁴⁾ chọn điểm cắt là < 0,95 để chẩn đoán BTNĐMCD, trong khi đa phần các tác giả chọn điểm cắt ≤ 0,9 hoặc < 0,9. Theo Sorenson và cs, ABI < 0,9 có độ nhạy và đặc hiệu đến 95% trong chẩn đoán BTNĐMCD⁽²⁾. Khi thực hiện đo ABI, trên mỗi bệnh nhân chúng tôi mất trung bình khoảng 10 phút cho các thao tác đo huyết áp 2 chi trên và 2 chi dưới với 2 lần đo cho mỗi chi, không tính khoảng thời gian bệnh nhân nghỉ ngơi trước khi đo. Cũng có những bệnh nhân rất khó dò tìm được động mạch chày sau, do phù chân, vì thế thời gian đo kéo dài hơn. Có lẽ với thời lượng như vậy, việc sàng lọc BTNĐMCD tại phòng khám ngoại chẩn là một vấn đề khó, nhưng đối với những bệnh nhân nội trú, đặc biệt trên những bệnh nhân mà nguy cơ XVĐM rõ ràng, thì việc sàng lọc BTNĐMCD sẽ giúp phát hiện sớm và góp phần

làm thoái lui bệnh bằng các biện pháp điều trị đơn giản khi bệnh còn ở giai đoạn nhẹ

KẾT LUẬN

Với nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 78 bệnh nhân bệnh động mạch vành điều trị nội trú tại khoa Tim Mạch Can Thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2008 đến tháng 12/2008, chúng tôi có được những kết quả sau:

- Tỷ lệ bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới ở bệnh nhân bệnh động mạch vành là 12,8% , trong đó tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đi cách hời là 0%. Tỷ lệ tắc động mạch chi dưới cấp tính là 0%.

- Tuổi trung bình của nhóm có bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới lớn hơn nhóm không có bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới có ý nghĩa thống kê.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, hút thuốc lá, BMI, tỷ lệ bệnh động mạch vành giữa nhóm có và không có bệnh tắc nghẽn động mạch chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertomeu V, Morillas P et al (2008). Prevalence and prognostic influence of peripheral arterial disease in patients >or=40 years old admitted into hospital following an acute coronary event, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 36(2):189-96.
2. Dieter RS, Tomasson J, Gudjonsson T, Brown RL, Vitcenda M, Einerson J, et al (2003). Lower extremity peripheral arterial disease in hospitalized patients with coronary artery disease, *Vasc Med*, 8(4):233 - 236.
3. Đặng Văn Phước, Võ Thành Nhân (2003). Can thiệp mạch vành cấp cứu trong nhồi máu cơ tim cấp, *Kỷ yếu tóm tắt báo cáo khoa học Thành Phố Hồ Chí Minh tháng 4-2003*.
4. Gofin R, Kark JD, Friedlander Y, Lewis BS, Witt H, Stein Y, et al (1987). Peripheral vascular disease in a middle-aged population sample. The Jerusalem Lipid Research Clinic Prevalence Study, *Isr J Med Sci*,23(3):157 - 67.
5. Hasimu B, Li J, Nakayama T, Yu J, Yang J, Li X, et al (2006). Ankle brachial index as a marker of atherosclerosis in Chinese patients with high cardiovascular risk, *Hypertens Res*, 29(1):23 - 8.
6. Hayoz D, Bounameaux H, Canova CR (2005). Swiss Atherothrombosis Survey: a field report on the occurrence of symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease, *J Intern Med*, 258(3):238-43.
7. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW et al (2001). Peripheral Arterial Disease Detection, Awareness, and Treatment in Primary Care, *JAMA*, 286:1317-1324.

8. Hirsch AT, Haskal ZJ et al (2006). Management of patients with peripheral arterial disease, *Circulation*, 113(11): e463-654.
9. Li XY, Wang J, He Y, Fan L (2003). The relation between peripheral arterial occlusive disease and cardiovascular diseases in elderly population: a cross-section study in Wanshoulu area, Beijing, *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 83(21):1847 - 1851.
10. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE (1998). Peripheral arterial disease in the elderly: The Rotterdam Study, *Arterioscler Thromb Vasc Biol*,18(2):185-92.
11. Murabito JM, Evans JC, Larson MG, Nieto K, Levy D, et al (2003). The Ankle-Brachial Index in the Elderly and Risk of Stroke, Coronary Disease, and Death. The Framingham Study, *Arch Intern Med*, 163:1939 - 1942.
12. Papamichael CM, Lekakis JP, Stamatiopoulos KS, Papaioannou TG, Alevizaki MK, Cimponeriu AT (2000). Ankle-Brachial Index as a Predictor of the Extent of Coronary Atherosclerosis and Cardiovascular Events in Patients With Coronary Artery Disease. *Am J Cardiol*, 86:615- 618.
13. Prineas RJ, Harland WR, Janzon L, Kannel W (1982). Recommendations for use of non-invasive methods to detect atherosclerotic peripheral arterial disease—in population studies. American Heart Association Council on Epidemiology, *Circulation*, 65(7):1561A - 1566A.
14. Pujia A, Gnasso A, Mancuso G, Spagnuolo M, Cosco C, Cortese C (1993). Asymptomatic arteriopathy of the lower limbs. Prevalence and risk factors in a population of southern Italy, *Minerva Cardioangiol*, 41(4):133 - 138.
15. Selvin E, Erlinger TP (2004). Prevalence of and Risk Factors for Peripheral Arterial Disease in the United States, *Circulation*, 110:738 - 743.
16. Sritara P, Sritara C, Woodward M, Wangsuphachart S, Barzi F, Hengprasith B (2007). Prevalence and risk factors of peripheral arterial disease in a selected Thai population, *Angiology*, 58(5):572 - 578.
17. Trần Bảo Nghi (2005). Khảo sát vai trò của ABI trong chẩn đoán bệnh lý động mạch ngoại biên chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường, www.thongnhathospital.org.vn/nckh/2005_42_HNKH.pdf
18. Võ Thị Dẽ (2000). Khảo sát chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay bằng kỹ thuật Doppler, Luận văn thạc sĩ y học.

