

bờ tua gai, vô hóa lệch tâm và ngấm thuốc cản quang mạnh gợi ý u ác tính. Để nâng cao hiệu quả chẩn đoán, cần tích hợp công nghệ tiên tiến như CLVT liều thấp, PET/CT hoặc trí tuệ nhân tạo, đồng thời thực hiện sinh thiết mô bệnh học bắt buộc cho các ca nghi ngờ ác tính. Những cải tiến này sẽ tăng độ đặc hiệu, hỗ trợ phát hiện sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phổi, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74 (3), pp. 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2022). Global Cancer Observatory - Vietnam Population fact sheets. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/fact-sheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
3. Thuy Phuong Nguyen et al. (2020). Attributable Causes of Cancer in Vietnam. JCO Glob Oncol 6, 195-204. Doi:10.1200/JGO.19. 00239
4. Harders, S., Madsen, H., Hjorthaug, K., Arveschoug, A., Rasmussen, T., Meldgaard, P.,... & Rasmussen, F. (2012). Characterization of pulmonary lesions in patients with suspected lung cancer: computed tomography versus [18F]fluorodeoxyglucose-positron emission tomography/ computed tomography. Cancer Imaging, 12(3), 437-446. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2012.0035>
5. Li, X., Zheng, X., Zhang, T., Dong, X., & Su, J. (2022). Clinical evaluation of contrast-enhanced ct combined with pet/ct in diagnosis of mediastinal lymph node metastasis of non-small-cell lung cancer. Pakistan Journal of Medical Sciences, 38(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.38.5.5528>
6. Hoàng Văn Lương (2023), Vai trò chụp cắt lớp vi tính pha muộn trong đánh giá nốt phổi đơn độc ở bệnh nhân điều trị phẫu thuật. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 18 (7). doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i7.2065>
7. Jang, H., Bae, K., Lee, T., Lim, S., & Bang, M. (2025). Contrast-enhanced chest computed tomography for in-breast recurrence detection: clinical and imaging predictors of visibility. Diagnostics, 15(4), 407. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15040407>
8. Phạm Công Tú, Lê Thị Mỹ Linh, Trần Nguyễn Cát Tường và cộng sự (2024). Đặc điểm hình ảnh X quang và cắt lớp vi tính ngực bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8230>
9. Nguyễn Tiên Dũng (2020). "Nghiên cứu kết quả sàng lọc phát hiện ung thư phổi ở đối tượng trên 60 tuổi có yếu tố nguy cơ bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp". Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Truy cập vào <https://sdh.hmu.edu.vn/images/TVLA%20NGUYENTIENDUNG.pdf>
10. Đào Thị Cẩm Giang, Lại Văn Nông, Phạm Thị Anh Thư và cộng sự (2024). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ năm 2022-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 76, 42-47. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i76.2625>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024 – 2025

Lưu Minh Kiệt¹, Ngô Văn Truyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới là biểu hiện chính của bệnh mạch máu ngoại biên đặc trưng bởi tình trạng xơ vữa mạch máu hệ thống liên quan đến các mạch máu ngoại vi, do đó liên quan đến tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái

tháo đường típ 2 có hẹp động mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 49 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hẹp mạch vành được đo chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân – cánh tay (chỉ số ABI) trước và sau điều trị tại khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần thơ từ tháng 11/2024 đến 04/2025. **Kết quả:** Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình $67,06 \pm 9,53$, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số (73,47%). Có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$) về chỉ số ABI giữa 2 nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi có chỉ số ABI thấp hơn. Nghiên cứu cũng cho thấy chỉ số ABI thấp hơn ở nhóm chi có tổn thương nhiều mạch máu so với nhóm chi tổn thương ít mạch máu hơn ($p < 0,05$). Có sự cải thiện đáng kể về chỉ số ABI và phân loại Fontaine trước và sau điều trị. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này khẳng định vai trò

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Minh Kiệt
Email: luuminhkiet1998@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025

quan trọng của quản lý đa yếu tố (đa mục tiêu) trong điều trị bệnh động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường có bệnh mạch vành kèm theo.

Từ khóa: Bệnh động mạch chi dưới, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, TREATMENT RESULTS OF LOWER EXTREMITY ARTERY DISEASE AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH CORONARY ARTERY STENOSIS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL, 2024–2025

Background: Lower extremity artery disease (LEAD) is a common manifestation of peripheral artery disease, typically associated with systemic atherosclerosis and an increased risk of cardiovascular events, particularly coronary artery disease (CAD).

Objective: To describe clinical characteristics and evaluate treatment outcomes of LEAD and related risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and concomitant CAD. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 49 T2DM patients with CAD, admitted to the Interventional Cardiology Department of Can Tho Central General Hospital from November 2024 to April 2025. The ankle-brachial index (ABI) was measured before and one month after treatment. **Results:** The mean age was 67.06 ± 9.53 years, with 73.47% aged ≥ 60 . There was a statistically significant difference in ABI values between patients aged <60 and ≥ 60 years ($p < 0.05$), with lower ABI in the older group. ABI values were also significantly lower in limbs with more extensive arterial lesions as assessed by Doppler ultrasound ($p < 0.05$). After one month of treatment, ABI and Fontaine classification improved significantly ($p < 0.001$). **Conclusion:** The study highlights the importance of a multi-factorial management strategy in treating LEAD in T2DM patients with coexisting CAD, as evidenced by significant improvements in clinical and hemodynamic outcomes.

Keywords: Lower extremity arterial disease, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới là biểu hiện chính của bệnh mạch máu ngoại biên đặc trưng bởi tình trạng xơ vữa mạch máu hệ thống liên quan đến các mạch máu ngoại vi, do đó liên quan đến tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Mặt khác, với cùng là biến chứng mạch máu lớn, những bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có biến chứng động mạch vành cũng có nguy cơ cao có bệnh động mạch chi dưới. Do đó, cần có chỉ số đánh giá mối liên hệ giữa bệnh lý động mạch chi dưới và biến chứng động mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Đo chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân – cánh tay và siêu âm doppler động mạch chi dưới là những phương pháp không xâm lấn, an toàn, đơn giản, rẻ tiền[8]. giúp người thầy thuốc có thể chẩn

đoán sớm cũng như điều trị bệnh động mạch chi dưới và các yếu tố nguy cơ liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh lý bệnh động mạch vành. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới và các yếu tố nguy cơ liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hẹp động mạch vành đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đã được can thiệp mạch vành qua da hoặc phẫu thuật bắt cầu động mạch vành và điều trị tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 11/2024 đến 04/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được xác định có đái tháo đường típ 2 khi thỏa một trong hai điều kiện sau đây:
 - + Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2, lần nhập viện hiện tại có chẩn đoán chính hoặc phụ trên bệnh án phù hợp với phân loại bệnh quốc tế-sửa đổi lần thứ 10 (ICD-10) về đái tháo đường típ 2.
 - + Bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 lần đầu dựa theo tiêu chuẩn ADA 2024[5].
- Bệnh nhân đã được can thiệp mạch vành qua da hoặc phẫu thuật bắt cầu động mạch vành, có bằng chứng về hẹp và/hoặc tắc các nhánh động mạch vành.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích và tư vấn rõ các yêu cầu và điều kiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có nguyên nhân khác gây hẹp, tắc động mạch chi dưới như u chèn ép, huyết khối do bệnh lý van tim.
- Không đo được hoặc không đo chính huyết áp cổ chân, cánh tay do phù, loét, đoạn chi, mổ bắt cầu mạch máu, cầu nối động tĩnh mạch để lọc thận nhân tạo.
- Bệnh nhân đang có tình trạng cấp cứu: suy hô hấp cấp, rối loạn huyết động.
- Bệnh nhân rối loạn tri giác hoặc có rối loạn tâm thần kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các đối tượng thỏa tiêu chuẩn đến khám và điều trị tại khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương

Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi tuyển chọn được 49 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (<60/ ≥60, trung bình ± độ lệch chuẩn), giới tính (nam/nữ), chỉ số khối cơ thể [body mass index - BMI] (< 23 kg/m² / ≥23 kg/m², trung bình ± độ lệch chuẩn), tình trạng béo bụng (có/không), tình trạng hút thuốc lá (có/không), tăng huyết áp kèm theo (có/không).

Đặc điểm lâm sàng trước điều trị: ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn), phân loại lâm sàng theo Fontaine (I/IIa/IIb/III/IV).

Đánh giá kết quả điều trị:

– Ghi nhận các nhóm thuốc điều trị liên quan đối tượng nghiên cứu trong toa thuốc xuất viện: liệu pháp chống kết tập tiểu cầu kép, statin, thuốc kiểm soát đường huyết.

– Đo chỉ số ABI và phân loại lâm sàng theo Fontaine của bệnh nhân tại thời điểm kết thúc liệu trình điều trị (1 tháng) và so sánh trước điều trị.

– Kết quả điều trị tổng thể: dựa vào cảm nhận của bệnh nhân: có hoặc không có sự cải thiện về triệu chứng đau cách hồi theo phân loại Fontaine. Dựa vào sự thay đổi chỉ số ABI trước và sau điều trị.

Thu thập số liệu: Thông tin nghiên cứu được thu thập theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn, thống nhất, được kiểm định.

Bệnh nhân được nghiên cứu viên chính trực tiếp tư vấn và thăm khám.

ABI là tỷ số giữa huyết áp tâm thu chi dưới cao nhất (động mạch chày sau hoặc động mạch mu chân) và huyết áp tâm thu chi trên cao nhất (động mạch cánh tay) tương ứng. Huyết áp được đo thủ công bằng máy huyết áp cơ. Việc đánh giá được thực hiện sau 10 phút nghỉ ngơi ở tư thế nằm ngửa.

Siêu âm Doppler động mạch chi dưới: BN ngồi nghỉ ngơi 5 phút, môi trường dễ chịu, có màn che chắn, bộc lộ 2 chi dưới từ cân đùi trở xuống. BN nằm ngửa 2 chân duỗi khi khảo sát: động mạch khoeo, động mạch chày trước, động mạch chày sau hai bên. Sử dụng máy siêu âm Phillips, bác sĩ thực hiện là bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh, có kinh nghiệm về siêu âm mạch máu.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng phương pháp thống kê y học, với các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu. Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 49 bệnh nhân tham gia và theo dõi đến

thời điểm kết thúc. Tỷ lệ nam nữ lần lượt là 36,73% và 63,27%. Độ tuổi trung bình người tham gia nghiên cứu $67,06 \pm 9,53$, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 73,47%. Hơn một nửa số đối tượng nghiên cứu có BMI ≥ 23kg/m² (61,22%), với BMI trung bình quần thể nghiên cứu là $23,13 \pm 1,98$ kg/m². Tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá là 32,7% và hầu hết các đối tượng nghiên cứu có tăng huyết áp (93,9%) và rối loạn lipid máu (87,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của quần thể nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng theo giới tính

Đặc điểm	Nam	Nữ	Giá trị p
ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Phải	$0,88 \pm 0,06$	$0,84 \pm 0,08$	0,13
Trái	$0,87 \pm 0,07$	$0,84 \pm 0,08$	0,14
Phân loại theo Fontaine (n, %)			
I	8 (44,4)	18 (58,1)	0,784
IIa	6 (33,3)	9 (29)	
IIb	1 (5,6)	1 (3,2)	

Nhận xét: Về đặc điểm lâm sàng, có sự tương đồng về chỉ số ABI ở hai giới. Trong đó, chỉ số ABI trung bình bên phải là $0,88 \pm 0,06$ ở nam và $0,84 \pm 0,08$ ở nữ, chỉ số ABI trung bình bên trái là $0,87 \pm 0,07$ ở nam và $0,84 \pm 0,08$ ở nữ. Quần thể nghiên cứu thuộc phân loại Fontaine không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng theo nhóm tuổi

Đặc điểm	<60 tuổi	≥60 tuổi	Giá trị p
ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)			
Phải	$0,89 \pm 0,06$	$0,84 \pm 0,08$	0,02
Trái	$0,89 \pm 0,06$	$0,83 \pm 0,08$	0,02
Phân loại theo Fontaine (n, %)			
I	7 (53,8)	19 (52,8)	0,432
IIa	3 (23,1)	12 (33,3)	
IIb	0 (0)	2 (5,6)	

Nhận xét: Có sự khác biệt về chỉ số ABI giữa 2 nhóm đối tượng <60 tuổi và ≥60 tuổi. Chỉ số ABI trung bình bên phải là $0,89 \pm 0,06$ ở nhóm <60 tuổi và $0,84 \pm 0,08$ ở nhóm ≥60 tuổi, chỉ số ABI trung bình bên trái là $0,89 \pm 0,06$ ở nhóm <60 tuổi và $0,83 \pm 0,08$ ở nhóm ≥60 tuổi. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi về phân loại Fontaine.

Bảng 3. Mối tương quan giữa chỉ số ABI với số động mạch chi dưới tổn thương khảo sát trên siêu âm Doppler động mạch chi dưới

Đặc điểm	ABI (trung bình ± độ lệch chuẩn)	Chi số p
Chi dưới phải		
Xơ vữa	$0,88 \pm 0,06$	0,002

Tổn thương 1 động mạch	0,82 ± 0,09	
Tổn thương 2 động mạch	0,78 ± 0,05	
Tổn thương ≥3 động mạch	0,71 ± 0,01	
Chỉ dưới trái		
Xơ vữa	0,88 ± 0,07	<0,001
Tổn thương 1 động mạch	0,81 ± 0,07	
Tổn thương 2 động mạch	0,77 ± 0,08	
Tổn thương ≥3 động mạch	0,64 ± 0,01	

Nhận xét: Chỉ số ABI thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở nhóm chi có tổn thương nhiều mạch máu so với nhóm chi tổn thương ít mạch máu hơn.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Một số nhóm thuốc của đối tượng nghiên cứu

Nhóm thuốc	Tần suất	Tỷ lệ %
Kháng kết tập tiểu cầu kép		
Aspirin + Ticagrelor	28	57,14
Aspirin + Clopidogrel	21	42,86
Statin		
Atorvastatin 40mg	18	36,7
Rosuvastatin 20mg	31	63,3
Thuốc viên kiểm soát đường huyết		
Có dùng thuốc viên	45	91,8
Không dùng	5	8,2
Insulin		
Có dùng	16	32,7
Không dùng	33	67,3

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ghi nhận trong tổng số người tham gia nghiên cứu có 28 đối tượng sử dụng liệu pháp kết hợp ticagrelor và aspirin chiếm 57,14% và 21 người điều trị kết hợp aspirin và clopidogrel chiếm 42,86%. Tỷ lệ sử dụng rosuvastatin 20mg nhiều hơn so với atorvastatin 40mg trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ sử dụng insulin chiếm 32,65% và có 91,84% đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc viên hạ đường huyết.

Bảng 5. Đặc điểm chỉ số ABI và phân loại Fontaine của quần thể nghiên cứu trước và sau điều trị 1 tháng

Đặc điểm	Trước điều trị	Sau điều trị	Giá trị p
ABI (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)			
Chi phải	0,85 ± 0,08	0,90 ± 0,04	<0,001
Chi trái	0,85 ± 0,08	0,89 ± 0,05	<0,001
Phân loại Fontaine (n, %)			
I	26 (53,1)	36 (73,5)	0,001
IIa	15 (30,6)	6 (12,2)	
IIb	2 (4,1)	1 (2,0)	

Nhận xét: Các bệnh nhân trong quần thể nghiên cứu sau khi được điều trị, ghi nhận có sự cải thiện đáng kể về chỉ số ABI và phân loại Fontaine. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong quần thể nghiên cứu hiện tại, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân là người cao tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Ngoài ra tỷ lệ người thừa cân/béo phì chiếm số lượng nhiều hơn với BMI trung bình là $23,13 \pm 1,98 \text{ kg/m}^2$. Ritti-Dias và cộng sự khi nghiên cứu đặc điểm đau cách hồi do BDMCD đã chỉ ra độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,7 \pm 9,4$ và tỷ lệ nam giới là 65,2%, các tác giả cũng ghi nhận BMI trung bình là $27,6 \pm 5,1 \text{ kg/m}^2$ [7].

Kết quả cũng ghi nhận tỷ lệ cao bệnh nhân tăng huyết áp (93,9%), rối loạn lipid máu (87,8%) và thừa cân/béo phì (61,2%). Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu là 32,7%, thấp hơn một số nghiên cứu khác. Có thể lý giải do quần thể nghiên cứu chủ yếu là nữ giới. Nghiên cứu của Lae Boupakhom và cộng sự [2] ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu lần lượt là 80%, 46,7%, 35,6% với tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau.

4.1. Về đặc điểm lâm sàng. Kết quả cho thấy sự tương đồng với các báo cáo trước đây. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về chỉ số ABI giữa hai nhóm tuổi, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phan Quang Hải khi so sánh ABI của hai nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi và dưới 70 có sự khác biệt rõ rệt [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số ABI có tương quan với mức độ tổn thương động mạch chi dưới trên siêu âm Doppler. Trị số ABI thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) ở cả hai nhóm chi có tổn thương nhiều mạch so với nhóm có tổn thương ít mạch hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Xuân Thủy [3]. Tổn thương theo Fontaine của nhóm nghiên cứu đa số thuộc giai đoạn I và II, tức không có triệu chứng hoặc chỉ có cơn đau cách hồi nhẹ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc giai đoạn I và II lần lượt là 46,3% và 43,8% theo phân loại Fontaine [4].

4.3. Về kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh lý mạch vành kèm theo bệnh động mạch chi dưới đã cho thấy kết quả điều trị tích cực sau 1 tháng theo dõi. Các chỉ số huyết động như chỉ số ABI của hai chi đều cải thiện rõ rệt, chỉ số ABI trung bình ở chi phải tăng từ $0,85 \pm 0,08$ lên $0,90 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), trong khi chi trái cũng có xu hướng tăng tương tự. Đồng thời phân loại lâm sàng theo Fontaine cũng chuyển biến tích cực, với tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I tăng đáng kể từ 53,1% lên 73,5%.

Điều này chứng tỏ rằng can thiệp nội khoa tích cực, bao gồm điều trị đa yếu tố, có thể mang lại hiệu quả lâm sàng trong thời gian ngắn ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao này. Các kết quả trên hoàn toàn phù hợp với xu hướng chung trong nhiều nghiên cứu gần đây. Trong một nghiên cứu của Bonaca (2019), điều trị tích cực bằng kháng kết tập tiểu cầu kép và thuốc statin liều cao cho thấy giúp làm giảm nguy cơ tái phát các biến cố tim mạch và cải thiện tuổi thọ ngoại biên ở bệnh nhân BDMCD, đặc biệt là ở nhóm có bệnh mạch vành đi kèm[6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này khẳng định vai trò quan trọng của quản lý đa yếu tố (đa mục tiêu) trong điều trị bệnh động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường có bệnh mạch vành kèm theo. Việc phối hợp thuốc chống kết tập tiểu cầu, statin liều cao, kiểm soát đường huyết tích cực mang lại cải thiện rõ rệt về mặt lâm sàng và huyết động, điều đã được chứng minh nhất quán trong các nghiên cứu quốc tế từ trước đến nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Quang Hải, Lâm Văn Nút (2024), "Đánh giá chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay (chỉ số ABI) ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện Xuân Lộc năm 2019", Tạp chí Y học Việt Nam. 545(1).

2. Boupakham, L., Nguyễn Quang Bày, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có loét bàn chân tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam. 534(1).
3. Trần Xuân Thủy, Đinh Thị Thu Hương (2021), "Một số yếu tố liên quan đến chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay ở bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới", Tạp chí Y học Việt Nam. 500(1).
4. Nguyễn Thị Huyền Trang, Nguyễn Trung Dũng, Nguyễn Quang Bày (2024), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế bằng siêu âm Doppler mạch máu", Tạp chí Y học Việt Nam. 536(1).
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee (2023), "2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024", Diabetes Care. 47(Supplement 1), pp. S20-S42.
6. Bonaca M. P., Bauersachs R. M., Anand S. S., et al. (2020), "Rivaroxaban in Peripheral Artery Disease after Revascularization", New England Journal of Medicine. 382(21), pp. 1994-2004.
7. Ritti-Dias R. M., Sant'anna F. D. S., Braghieri H. A., et al. (2021), "Expanding the Use of Six-Minute Walking Test in Patients with Intermittent Claudication", Annals of Vascular Surgery. 70, pp. 258-262.
8. Yang Z. H. B., Zhang H. Ji G, Zhang L (2023), "Association of Lower Extremity Vascular Disease, Coronary Artery, and Carotid Artery Atherosclerosis in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus", Computational and Mathematical Methods in Medicine. 2023(1), p. 9850737.

VAI TRÒ CỦA ¹⁸F-FDG PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU HÀ NỘI

Đặng Duy Cường¹, Nguyễn Văn Thắng¹,
Cù Thị Minh Ngọc¹, Nguyễn Văn Tiến²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của ¹⁸F-FDG PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ở bệnh nhân ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 5/2020 - 5/2024. Bệnh nhân được chụp PET/CT để chẩn đoán giai đoạn trước khi điều trị. **Kết quả:** Giữa kích thước tổn thương của u nguyên phát và SUV có mối tương quan thuận với $p < 0,0001$, hệ số

tương quan $r = 0,768$. Kích thước u càng lớn, SUV càng cao. Giá trị SUV trung bình ở nhóm u có kích thước dưới 2 cm là 2,5; từ 2 đến 5 cm là 6,02; trên 5 cm là 13,1 và xâm lấn da vú là 8,23. Độ hấp thu ¹⁸F-FDG tại u không chỉ giúp phân biệt tổn thương lành tính hay ác tính mà còn phản ánh đặc trưng sinh học nội tại của khối u. Do đó rất nhiều trường hợp SUV không chỉ có giá trị chẩn đoán ung thư mà có thể còn có giá trị tiên lượng thời gian sống thêm, kết quả đáp ứng xạ trị, hóa trị. Trong chẩn đoán hạch di căn, độ nhạy và độ đặc hiệu của PET/CT tương ứng là 60% và 90,9%. Tỷ lệ phát hiện di căn xa là 8/50 (16%), vị trí di căn xa thường gặp là xương, phổi, gan, hạch di căn, SUV ở các nhóm di căn có sự khác biệt với $P < 0,001$, di căn xương có SUV cao nhất. Sau khi chụp PET/CT giai đoạn I, II, III, IV là 8%; 48%, 28%, 16% tương ứng, so với 10%; 56%; 32%; 2% trước khi chụp PET/CT. 22/50 bệnh nhân (44%) thay đổi giai đoạn sau chụp PET/CT. Hướng điều trị của 9/50 (18%) bệnh nhân đã được thay đổi sau khi chụp PET/CT. **Kết luận:**

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Duy Cường

Email: kungfuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025