

PHẦN II: CÁC CHUYÊN NGÀNH KHÁC

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN MÁY CẮT LỚP VI TÍNH 128 DÂY

Lê Mỹ Hạnh¹, Trần Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của hẹp tắc động mạch (ĐM) chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) trên máy cắt lớp vi tính (CLVT) 128 dãy. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân (BN) ĐTĐ được chụp CLVT động mạch chi dưới trên máy CLVT 128 dãy tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** tuổi trung bình 70,7±8,8 tuổi, ưu thế nhóm 51-70 tuổi (51,2), không có bệnh nhân <50 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 4,4/1. Vô hóa lan tỏa và đa tầng ở cả ba tầng động mạch. Vô hóa mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 48,1%. Động mạch chậu chung, đùi nông, động mạch chày trước có tỷ lệ vô hóa rất nặng cao nhất trong từng tầng động mạch tương ứng. Vô hóa dạng nốt gặp nhiều nhất ở cả ba tầng động mạch với tỷ lệ lần lượt là 97,7% ở tầng chủ - chậu, 95,4% ở tầng đùi - khoeo, 83,7% ở tầng dưới gối. Vô hóa dạng viên là dạng ít gặp nhất với tỷ lệ ở các tầng chủ - chậu, đùi - khoeo, dưới gối lần lượt là 11,6%, 14% và 9,3%. Xơ vữa mềm chiếm tỷ lệ cao, 74,4% ở tầng chủ - chậu, 83,7% ở tầng đùi - khoeo và 74,4% ở tầng dưới gối. Hẹp - tắc mạch gặp nhiều nhất ở tầng dưới gối. 67,4% bệnh nhân có tắc tầng dưới gối phải, 79,1% có tắc tầng dưới gối bên trái. Tầng chủ - chậu có hẹp mức độ nhẹ đến bình bình chiếm ưu thế (65,1% ở cả hai bên). Với tầng đùi - khoeo và dưới gối, hẹp mức độ rất nặng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai bên, đặc biệt là bên trái với tỷ lệ 52,5% ở tầng đùi - khoeo và 76,8% ở tầng dưới gối.

Từ khóa: động mạch chi dưới, hẹp tắc động mạch, chụp động mạch chi dưới

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF LOWER LIMB ARTERIAL STENOSIS AND OCCLUSION IN DIABETIC PATIENTS ON 128-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: To describe the imaging characteristics of lower limb arterial stenosis and occlusion in diabetic patients using 128-slice computed tomography (CT). **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 43 diabetic patients who underwent lower limb CT angiography with a 128-slice CT scanner at Bach Mai Hospital between

November 2024 and July 2025. **Results:** The mean age was 70.7 ± 8.8 years, predominantly in the 51–70 age group (51.2%), with no patients younger than 50. The male-to-female ratio was 4.4:1. Diffuse and multi-segmental arterial calcification was observed across all three arterial levels. Severe calcification was the most frequent pattern (48.1%). The highest rates of very severe calcification in each arterial level were found in the common iliac, superficial femoral, and anterior tibial arteries, respectively. Nodular calcification was the most common morphology: 97.7% in the aorto-iliac, 95.4% in the femoro-popliteal, and 83.7% in the below-knee levels. Rim calcification was least frequent, observed in 11.6%, 14%, and 9.3% of the respective arterial levels. Soft atherosclerotic plaques were common, seen in 74.4% of the aorto-iliac, 83.7% of the femoro-popliteal, and 74.4% of the below-knee arteries. Stenosis and occlusion were most frequent in the below-knee arteries, with right-sided occlusion in 67.4% and left-sided occlusion in 79.1% of patients. Mild-to-moderate stenosis predominated in the aorto-iliac arteries (65.1% bilaterally), whereas very severe stenosis was most common in the femoro-popliteal and below-knee arteries, particularly on the left side (52.5% and 76.8%, respectively).

Keywords: lower limb arteries, arterial stenosis and occlusion, CT angiography of lower extremities

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do thiếu insulin và/hoặc rối loạn sử dụng insulin, gây tổn thương nhiều cơ quan như thận, mắt, thần kinh, tim và hệ mạch ngoại biên. Trong đó, biến chứng mạch máu lớn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật, thường biểu hiện dưới dạng nhồi máu cơ tim, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại biên (PAD).

Ở bệnh nhân đái tháo đường, tổn thương động mạch chi dưới thường lan tỏa, đa tầng và có mức độ vô hóa nặng, đặc biệt ở các động mạch dưới gối. Vô hóa thành mạch góp phần làm hẹp, tắc lòng mạch, đồng thời gây khó khăn cho can thiệp tái thông và đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị. Do đó, việc đánh giá sớm và chính xác đặc điểm tổn thương mạch máu ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng.

Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) là kỹ thuật có giá trị, cho phép đánh giá chi tiết lòng mạch,

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mỹ Hạnh

Email: hanh2431998@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

thành mạch và mức độ vôi hóa. Đặc biệt, máy CLVT ≥ 128 dãy cung cấp hình ảnh chất lượng cao, giúp mô tả chính xác đặc điểm tổn thương động mạch.

Xuất phát từ ý nghĩa đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh vôi hóa và hẹp tắc ĐM chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường trên máy cắt lớp vi tính 128 dãy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 43 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường, có bệnh án đầy đủ lưu trữ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025, được chụp CLVT động mạch chi dưới bằng máy CLVT 128 dãy và có chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trong vòng 1 tháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp chụp CLVT ngoài thời gian nghiên cứu, không có kết quả CLVT hoặc DSA phù hợp, hoặc bệnh án thiếu dữ liệu cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 14.2

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình $70,7 \pm 8,8$, nhỏ tuổi nhất là 55, lớn tuổi nhất là

89. Không có bệnh nhân < 50 tuổi. Tỷ lệ hẹp tắc động mạch chi dưới gần tương đương giữa nhóm người trung niên (51-70) và nhóm người già (trên 70 tuổi), ưu thế hơn ở nhóm tuổi trung niên (51,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 4,4/1.

3.2. Đặc điểm hình ảnh vôi hóa

Bảng 1: Vị trí vôi hóa mạch máu ở bệnh nhân ĐTD

Tầng ĐM	Đoạn mạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Chậu chung	43	100
	Chậu trong	42	97,7
	Chậu ngoài	30	69,8
Tầng đùi - khoeo	Đùi chung	36	83,7
	Đùi nông	36	83,7
	Đùi sâu	21	48,8
	Khoeo	28	65,1
Tầng dưới gối	Chày trước	37	86,1
	Mu chân	35	81,4
	Chày sau	32	74,4

Nhận xét: Tỷ lệ vôi hóa động mạch chậu chung, động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài lần lượt là 100%, 97,7% và 69,8%. Ở tầng đùi khoeo, tỷ lệ vôi hóa ở động mạch đùi chung, động mạch đùi nông là 83,7%, động mạch khoeo là 65,1%. Vôi hóa ít gặp hơn ở động mạch đùi sâu với tỷ lệ 48,8%. Tỷ lệ vôi hóa động mạch chày trước, động mạch mu chân, động mạch chày sau lần lượt là 86,1%, 81,4% và 74,4%.

Bảng 2: Mức độ vôi hóa các tầng động mạch chi dưới

Tầng ĐM	Đoạn mạch	Mức độ hẹp							
		Nhẹ		Vừa		Nặng		Rất nặng	
		BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ
ĐM chủ chậu	ĐM chậu chung	11	25,6	13	30,2	14	32,6	5	11,6
	ĐM chậu trong	15	34,8	12	27,9	14	32,6	2	4,7
	ĐM chậu ngoài	26	60,4	11	25,6	6	14,0	0	0
ĐM đùi khoeo	ĐM đùi chung	27	62,8	11	25,6	5	11,6	0	0
	ĐM đùi nông	18	41,8	14	32,6	6	14,0	5	11,6
	ĐM đùi sâu	33	76,7	5	11,6	3	7,0	2	4,7
ĐM mu chân	ĐM khoeo	32	74,4	9	21,0	1	2,3	1	2,3
	ĐM chày trước	10	23,3	7	16,3	13	30,2	13	30,2
	ĐM mu chân	16	37,2	17	39,5	8	18,6	2	4,7
	ĐM chày sau	18	41,8	7	16,3	10	23,3	8	18,6

Nhận xét: Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa mức độ vừa và nặng chiếm ưu thế tại ĐM chậu chung và chậu trong (30,2% và 32,6%). Ở tầng đùi - khoeo, ĐM đùi nông có tỷ lệ vôi hóa rất nặng cao nhất (11,6%). Ở tầng dưới gối, ĐM chày trước có tỷ lệ vôi hóa nặng và rất nặng cao nhất (30,2%).



Hình 1: Vôi hóa mức độ rất nặng ĐM chậu ngoài và vôi hóa mức độ nặng ĐM đùi nông (mũi tên trắng)

(Bệnh nhân Nguyễn Văn B. Mã BN 0002617372)

Bảng 3: Dạng vôi hóa thành mạch máu

Tầng ĐM	Dạng vôi hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tầng chủ	Nốt	42	97,7

- chậu	Cung nhỏ	36	83,7
	Cung lớn	25	58,1
	Viền	5	11,6
Tầng đùi - khoeo	Nốt	41	95,4
	Cung nhỏ	25	58,1
	Cung lớn	14	32,6
Tầng dưới gối	Viền	6	14,0
	Nốt	36	83,7
	Cung nhỏ	21	48,8
	Cung lớn	4	9,3
	Viền	4	9,3

Nhận xét: Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa dạng nốt chiếm ưu thế (97,7%), dạng viền ít gặp nhất (11,6%). Tại tầng đùi - khoeo, dạng nốt cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (95,4%). Ở tầng dưới gối, cung lớn và viền đều hiếm gặp (9,3%).



Hình 2: Vôi hóa dạng nốt ĐM chậu ngoài trái và vôi hóa dạng cung nhỏ ĐM chậu ngoài bên phải

(BN Nguyễn Thọ V. Mã BN 0002324668)



Hình 3: Vôi hóa dạng cung lớn và vôi hóa dạng viền

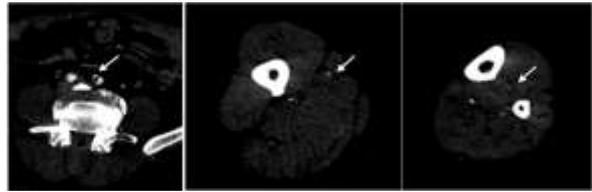
(Bệnh nhân Nguyễn Xuân T. Mã BN 0002795885)

3.3. Đánh giá xơ vữa mềm ở bệnh nhân ĐTD

Bảng 4: Đánh giá xơ vữa mềm ở BN ĐTD

Tầng ĐM	Xơ vữa mềm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chủ - chậu	Có	32	74,4
	Không	11	25,6
Tầng đùi - khoeo	Có	36	83,7
	Không	7	16,3
Tầng dưới gối	Có	32	74,4
	Không	11	25,6

Nhận xét: Xơ vữa mềm có ở 74,4% động mạch tầng chủ chậu. Tầng đùi - khoeo có tỉ lệ xơ vữa mềm nhiều hơn với 83,7%. 74,4% các trường hợp có xơ vữa mềm tầng dưới gối.



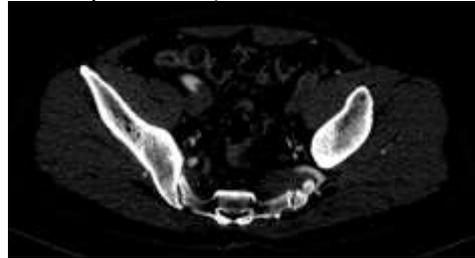
Hình 4: Xơ vữa mềm ĐM chậu chung, chày trước trái và đùi nông phải

(Bệnh nhân Đoàn Văn G. mã BN 0002662779)

Bảng 5: Phân bố vị trí có hẹp và tắc ĐM chi dưới ở BN ĐTD

Tầng ĐM	Bên	Số BN hẹp ĐM	Tỉ lệ (%)	Số BN tắc ĐM	Tỉ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Bên phải	30	69,8	7	16,3
	Bên trái	30	69,8	10	23,3
Tầng đùi - khoeo	Bên phải	36	83,7	13	30,2
	Bên trái	33	76,7	13	30,2
Tầng dưới gối	Bên phải	39	90,7	29	67,4
	Bên trái	37	86,1	34	79,1

Nhận xét: Ở tầng chủ - chậu, hẹp ĐM cân đối hai bên (69,8%). Ở tầng đùi - khoeo, hẹp bên phải chiếm 83,7%, cao hơn bên trái. Ở tầng dưới gối, hẹp bên phải chiếm 90,7%, trong khi bên trái là 86,1%. Về tắc mạch, tầng chủ - chậu ghi nhận 18,6% bên phải và 25,6% bên trái; tầng đùi - khoeo tắc mạch tương đương hai bên với 30,2%. Ở tầng dưới gối, tắc mạch chiếm 67,4% bên phải và 79,1% bên trái.



Hình 5: Tắc hoàn toàn ĐM đùi ngoài trái

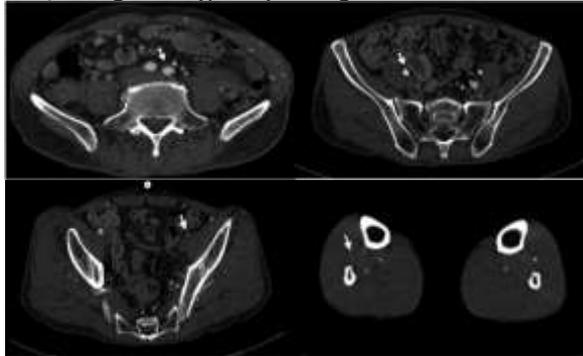
(BN Nguyễn Văn H. Mã BN 0002403311)

Bảng 6: Mức độ hẹp ĐM chi dưới ở BN ĐTD

Tầng ĐM	Bên	Mức độ hẹp	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Bên phải	Nhẹ	20	46,5
		TB	8	18,6
		Nặng	5	11,6
	Bên trái	Rất nặng	10	23,3
		Nhẹ	22	51,1
		TB	6	14,0
Tầng đùi - khoeo	Bên phải	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	10	23,3
		Nhẹ	8	18,6
	Bên trái	TB	6	14,0
		Nặng	9	20,9
		Rất nặng	20	46,5
Tầng dưới gối	Bên phải	Nhẹ	12	27,9
	Bên trái	Vừa	3	7,0

Tầng dưới gối	Bên phải	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	23	53,5
		Nhẹ	7	16,3
		TB	1	2,3
	Bên trái	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	30	69,8
		Nhẹ	5	11,6
		TB	1	2,3
		Nặng	4	9,3
		Rất nặng	33	76,8

Nhận xét: Ở tầng chủ - chậu, hẹp chủ yếu mức độ nhẹ-trung bình (phải: 46,5% nhẹ, 18,6% trung bình; trái: 51,1% nhẹ, 14% trung bình), hẹp rất nặng tương đương hai bên (23,3%). Ở tầng đùi - khoeo, hẹp rất nặng chiếm ưu thế, đặc biệt bên trái 52,5%, cao hơn rõ rệt so với tầng chủ - chậu; hẹp trung bình chỉ 14% (phải) và 7% (trái). Ở tầng dưới gối, hẹp rất nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (trái 76,8%, phải 69,8%), tổn thương nặng-rất nặng >80% hai bên, trong khi hẹp nhẹ-trung bình rất ít.



Hình 6: Hẹp ĐM ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng, ở tầng chủ - chậu và tầng dưới gối

(BN Nguyễn Kim H. Mã BN 0002353504)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: Nghiên cứu cho thấy toàn bộ 43 bệnh nhân đều trên 50 tuổi, chủ yếu ở nhóm 51-70 tuổi (51,2%) và trên 70 tuổi (48,8%), với tuổi trung bình 70,7±8,8; không có trường hợp nào dưới 50 tuổi. Kết quả này phù hợp với dịch tễ học khi PAD hiếm gặp trước 60 tuổi và có thể ảnh hưởng ~20% người ≥80 tuổi, gánh nặng cao nhất ở nhóm 70-74 tuổi [3]. Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy PAD ở bệnh nhân ĐTD tập trung chủ yếu ở lứa tuổi trên 50, phù hợp với đặc điểm tiến triển mạn tính của bệnh.

- Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 81,4% và nữ 18,6% (tỉ lệ nam/nữ ≈ 4,4/1), cho thấy nam giới chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân ĐTD có hẹp/tắc động

mạch chi dưới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của Nông Thùy Linh và Vũ Bích Nga ghi nhận 3,4/1 [1]. Nguyên nhân có thể liên quan đến yếu tố nguy cơ hút thuốc, khi tỉ lệ hút thuốc ở nam giới Việt Nam là 42,3% so với 1,7% ở nữ (WHO).

4.2. Đặc điểm hình ảnh vôi hóa

4.2.1. Vị trí vôi hóa mạch máu ở BN ĐTD.

Nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2023) ghi nhận vôi hóa động mạch chi dưới ở nhiều tầng, cao nhất tại tầng chủ - chậu (86,3%), tiếp theo đùi - khoeo (77,3%) và dưới gối (70,1%) [2]. Bourron (2014) trên 198 bệnh nhân ĐTD typ 2 cho thấy vôi hóa dưới gối liên quan đến tuổi, giới nam, tiền sử tim mạch và là vị trí trọng điểm của vôi hóa [7]. Kết quả của chúng tôi trên 43 bệnh nhân cũng cho thấy vôi hóa lan tỏa, rất cao ở tầng chủ - chậu (100% chậu chung, 97,7% chậu trong), đồng thời gặp nhiều ở đùi - khoeo (đùi chung và đùi nông 83,7%) và dưới gối (chày trước 86,1%, mu chân 81,4%, chày sau 74,4%). Kết quả này tương đồng với Trần Minh Hoàng khi vôi hóa tập trung chủ yếu ở tầng chủ - chậu, nhưng khác với Bourron do khác biệt về quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu, khi nghiên cứu của chúng tôi chọn bệnh nhân có hẹp/tắc nặng được chụp hoặc can thiệp DSA.

4.2.2. Mức độ vôi hóa mạch máu ở BN ĐTD.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vôi hóa động mạch chi dưới mức độ nặng và rất nặng chiếm tỉ lệ cao (48,8% và 7,0%), trong khi mức độ ít chỉ 27,9%. Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa vừa và nặng chiếm ưu thế (30,2% và 32,6%); ở tầng đùi - khoeo, động mạch đùi nông có tỉ lệ vôi hóa rất nặng cao nhất (11,6%); ở tầng dưới gối, động mạch chày trước thường gặp vôi hóa nặng và rất nặng (30,2%). Kết quả này khẳng định gánh nặng vôi hóa lớn và lan tỏa, làm giảm đàn hồi thành mạch và gia tăng nguy cơ tắc nghẽn, phù hợp với nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (78,3% đoạn mạch có vôi hóa) [2]. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh vai trò tiên lượng của vôi hóa: Lee S (2024) xác định ngưỡng điểm vôi hóa dưới gối 188 Agatston liên quan thiếu máu chi mạn tính [4]; Yue Dong (2023) cho thấy vôi hóa ở bệnh nhân ĐTD liên quan tử vong cao và kết quả can thiệp nội mạch kém [6]. Do đó, cần đánh giá kỹ mức độ vôi hóa trên CLVT để tiên lượng và định hướng điều trị.

4.2.3. Dạng vôi hóa thành mạch ở BN ĐTD.

Trong nghiên cứu trên 43 bệnh nhân, vôi hóa dạng nốt chiếm ưu thế ở cả ba tầng (97,7% chủ - chậu, 95,4% đùi - khoeo, 83,7% dưới gối), trong khi cung lớn và cung nhỏ giảm dần từ đoạn gần đến xa (58,1% → 32,6% → 9,3%).

Vôi hóa dạng viền ít gặp (9,3–14%), gợi ý đa số là vôi hóa nội mạc hơn là vôi hóa áo giữa. Vôi hóa viền ở tầng đùi – khoeo liên quan kết quả can thiệp kém, song trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này thấp (14%). So với một số nghiên cứu khác ghi nhận vôi hóa viền phổ biến hơn sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Các tổng quan gần đây nhấn mạnh vôi hóa viền lớp áo giữa làm tiên lượng bệnh xấu hơn, do đó cần lưu ý khi đánh giá trên CLVT để định hướng điều trị phù hợp.

4.3. Đặc điểm hình ảnh hẹp tắc ĐM chi dưới

4.3.1. Đánh giá xơ vữa mềm ở BN ĐTD.

Trong 43 BN nghiên cứu, xơ vữa mềm xuất hiện phổ biến ở cả ba tầng mạch, cao nhất ở đùi – khoeo (83,7%), trong khi chủ - chậu và dưới gối đều 74,4%, cho thấy tổn thương lan tỏa, không chỉ khu trú ở đoạn xa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của Trần Minh Hoàng về tổn thương đa tầng [2], cũng như các nghiên cứu quốc tế. Ci He và cs. ghi nhận mảng xơ vữa, đặc biệt là xơ vữa mềm/hỗn hợp, gặp nhiều hơn ở bệnh nhân ĐTD và ưu thế ở đoạn xa [5], phù hợp với tỉ lệ 74,4% xơ vữa mềm dưới gối trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt về tầng ưu thế (đùi – khoeo so với dưới gối) có thể liên quan khác biệt đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

4.3.2. Đánh giá phân bố vị trí hẹp tắc ĐM ở BN ĐTD. Nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2023) cho thấy tổn thương hẹp tắc ĐM ở bệnh nhân ĐTD thường lan tỏa, nhiều tầng, trong đó dưới gối chiếm tỉ lệ cao nhất với 19,8% ở ĐM chày trước và 18,7% ở chày sau [2]. Kết quả của chúng tôi trên 43 bệnh nhân cũng cho thấy tầng dưới gối là nghiêm trọng nhất, với hẹp động mạch 90,7% (phải) và 86,1% (trái), tắc mạch 67,4% (phải) và 79,1% (trái). Tầng đùi – khoeo có tỉ lệ hẹp 83,7% (phải) và 76,7% (trái), tắc mạch cân bằng hai bên (30,2%). Ở tầng chủ - chậu, hẹp động mạch chiếm 69,8%, tắc mạch thấp hơn (16,3% phải, 23,3% trái). Các kết quả trên khẳng định hẹp tắc động mạch ở bệnh nhân ĐTD lan tỏa nhiều tầng, nhưng nghiêm trọng nhất ở dưới gối do khẩu kính nhỏ, dễ bị bít tắc bởi mảng xơ vữa. Điều này phù hợp với nhận định của Alnima và cs., nhấn mạnh cần đánh giá kỹ tầng dưới gối khi bệnh nhân ĐTD có loét hoặc thiếu máu chi [8].

4.3.3. Đánh giá mức độ hẹp tắc ĐM ở BN ĐTD. Nghiên cứu trên 43 bệnh nhân cho thấy mức độ hẹp động mạch chi dưới tăng dần từ đoạn gần đến đoạn xa. Ở tầng chủ - chậu, hẹp nặng và rất nặng chiếm 34,9%; ở tầng đùi – khoeo, hẹp rất nặng chiếm ưu thế (46,5% bên

phải, 53,5% bên trái) với tổng tỉ lệ nặng–rất nặng trên 60%; tại tầng dưới gối, hẹp rất nặng vượt trội (69,8% bên phải, 76,8% bên trái), với tổng nặng–rất nặng >80%. Kết quả này tương đồng với Trần Minh Hoàng (2023) [2] và Ci He [5], đều khẳng định tổn thương đa tầng, nặng nhất ở đoạn xa, đặc biệt dưới gối. Tỉ lệ hẹp nặng cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu nhỏ và chọn lọc bệnh nhân có chỉ định chụp CLVT và DSA. Như vậy, cần đặc biệt chú ý đánh giá tưới máu cẳng – bàn chân ở bệnh nhân ĐTD, kết hợp siêu âm Doppler và CLVT khi chỉ số ABI không chính xác do vôi hóa, nhằm lập chiến lược tái thông kịp thời, giảm nguy cơ hoại tử và cắt cụt chi.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm chung: Tuổi trung bình 70,7±8,8 tuổi, ưu thế nhóm 51-70 tuổi (51,2), không có bệnh nhân <50 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ = 4,4/1.

- Vôi hóa ĐM chi dưới có tính chất lan tỏa, đa tầng, mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (48,1%). Vôi hóa dạng nốt là hình thái thường gặp nhất ở cả ba tầng mạch, trong khi vôi hóa dạng viền ít gặp nhất.

- Tổn thương hẹp – tắc ĐM cũng xuất hiện đa tầng, trong đó tầng dưới gối là vị trí nặng nhất với tỉ lệ tắc cao (67,4% bên phải và 79,1% bên trái). Ở tầng chủ - chậu, hẹp chủ yếu mức độ nhẹ – trung bình; ngược lại, tầng đùi – khoeo và dưới gối thường có hẹp rất nặng, đặc biệt bên trái (52,5% và 76,8%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần chú trọng tầm soát và đánh giá sớm bệnh mạch máu chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt ở người cao tuổi và nam giới.

Nên áp dụng CLVT ≥128 thường quy trong đánh giá hẹp – tắc động mạch chi dưới do có khả năng mô tả chi tiết hình thái và mức độ vôi hóa và hẹp lòng mạch.

Tầng ĐM dưới gối cần được quan tâm đặc biệt trong chẩn đoán và điều trị, vì đây là vị trí có tổn thương nặng nhất, nguy cơ cao dẫn tới thiếu máu chi trầm trọng và cắt cụt chi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nông Thùy Linh và Vũ Bích Nga** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, (46), tr. 123-128, doi: 10.47122/vjde.2021.46.12.
2. **Trần Minh Hoàng, Nguyễn Thị Phương Loan và Nguyễn Thị Thùy Tiên** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong hẹp tắc động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường", Tạp chí Y học Việt Nam, 529(1B), doi: 10.51298/vmj.v529i1B.6380.

- X. Qiu, B. Hu, J. Ke và các cộng sự.** (2025), "Global, regional, and national trends in peripheral arterial disease among older adults: findings from the global burden of disease study 2021", *Aging Clin Exp Res*, 37(1), tr. 150, doi: 10.1007/s40520-025-03037-0.
- S. Lee, M. Tanaka, S. Patel và các cộng sự.** (2024), "Clinical Utility of Infrapopliteal Calcium Score for the Evaluation of Severity of Peripheral Artery Disease", *J Vasc Interv Radiol*, 35(3), tr. 370-376.e2, doi: 10.1016/j.jvir.2023.11.023.
- C. He, J. G. Yang, Y. M. Li và các cộng sự.** (2014), "Comparison of lower extremity atherosclerosis in diabetic and non-diabetic patients using multidetector computed tomography", *BMC Cardiovasc Disord*, 14, tr. 125, doi: 10.1186/1471-2261-14-125.
- Y. Dong, Y. Liu, P. Cheng và các cộng sự.** (2023), "Lower limb arterial calcification and its clinical relevance with peripheral arterial disease", *Front Cardiovasc Med*, 10, tr. 1271100, doi: 10.3389/fcvm.2023.1271100.
- O. Bourron, C. E. Aubert, S. Liabeuf và các cộng sự.** (2014), "Below-knee arterial calcification in type 2 diabetes: association with receptor activator of nuclear factor κ B ligand, osteoprotegerin, and neuropathy", *J Clin Endocrinol Metab*, 99(11), tr. 4250-8, doi: 10.1210/jc.2014-1047.
- T. Alnima, R. I. Meijer, H. M. H. Spronk và các cộng sự.** (2023), "Diabetes- versus smoking-related thrombo-inflammation in peripheral artery disease", *Cardiovasc Diabetol*, 22(1), tr. 257, doi: 10.1186/s12933-023-01990-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XƠ GAN RƯỢU CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Công Long^{1,3}, Nguyễn Thị Nhã^{2,4}, Bùi Phương Thảo^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan rượu có đái tháo đường từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 57,13 ± 8,05, 100% là nam giới, có tiền sử uống rượu trên 20 năm, 50% bệnh nhân có điểm AUDIT > 20 điểm. Triệu chứng lâm sàng suy chức năng gan bao gồm mệt mỏi, chán ăn (66,1%); vàng da (45,6%); nôn, đại tiện phân máu (38,2%), cổ trướng (57,4%), thiếu máu (55,8%). Đa số bệnh nhân có chỉ số hemoglobin, tiểu cầu, prothrombin giảm. Tại thời điểm nhập viện, 55,9% người bệnh có đường máu $\geq 11,1$ mmol/l, chỉ có 1 bệnh nhân đường máu < 3,9mmol/l. Giá trị trung bình các enzym của gan xu hướng tăng: ALT: 81,52 ± 170,39 U/l, AST: 132,4 ± 189,19U/l, GGT: 471,54 ± 427,07U/l. Hình ảnh nội soi đa phần giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó giãn độ III chiếm 58,8%. Về các biến chứng xơ gan, phổ biến nhất là cổ trướng 70,6%, xuất huyết tiêu hóa 38,2%; hội chứng não gan 19,1%; hội chứng gan thận 4,4%, và nhiễm trùng dịch cổ trướng 3,0%. **Kết luận:** Người bệnh xơ gan rượu có đái tháo đường đa phần nhập viện vì có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đi kèm các biến

chứng của xơ gan. **Từ khóa:** xơ gan rượu, đái tháo đường, hạ đường huyết.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AND DIABETES MELLITUS AT GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

Objective: To investigate the clinical and subclinical characteristics of patients with alcoholic cirrhosis and diabetes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 68 patients diagnosed with alcoholic cirrhosis and diabetes from August 2024 to May 2025. **Results:** The average age was 57.13±8.05, and 100% were male. They had a history of alcohol use for over 20 years, and 50% of patients had an AUDIT score > 20 points. Clinical symptoms of liver dysfunction included fatigue, loss of appetite (66.1%); jaundice (45.6%); vomiting, bloody stools (38.2%), ascites (57.4%), and anemia (55.8%). The majority of patients had reduced hemoglobin, platelets, and prothrombin levels. At the time of admission, 55.9% of patients had a blood glucose level ≥ 11.1 mmol/L, while only 1 patient had a blood glucose level < 3.9 mmol/L. The average values of liver enzymes tended to increase: ALT: 81.52±170.39 U/L, AST: 132.4±189.19 U/L, GGT: 471.54±427.07 U/L. Endoscopy images showed mostly esophageal varices, with grade III varices accounting for 58.8%. Regarding complications of cirrhosis, the most common were ascites (70.6%), gastrointestinal bleeding (38.2%); hepatic encephalopathy (19.1%); hepatorenal syndrome (4.4%), and spontaneous bacterial peritonitis (3.0%). **Conclusion:** Patients with alcoholic cirrhosis and diabetes were mostly hospitalized for hyperglycemia or hypoglycemia

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Hoà Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhã

Email: nguyennhatb1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025