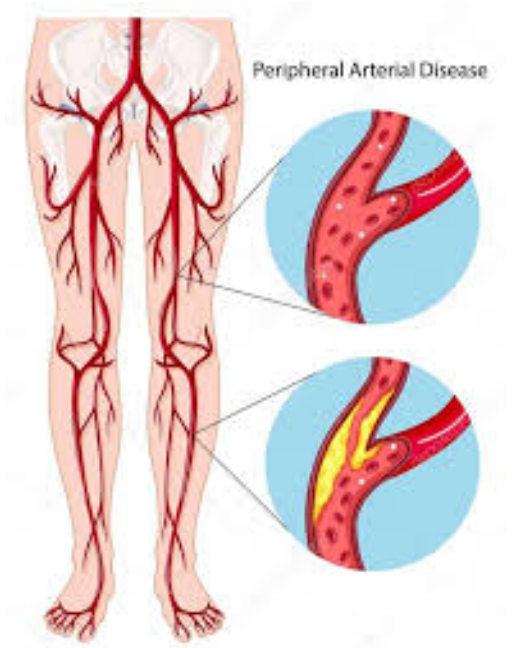
BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI KHÔNG DO XƠ VỮA: NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

ThS.BS. LÊ ANH TUẤN

Tổng quan

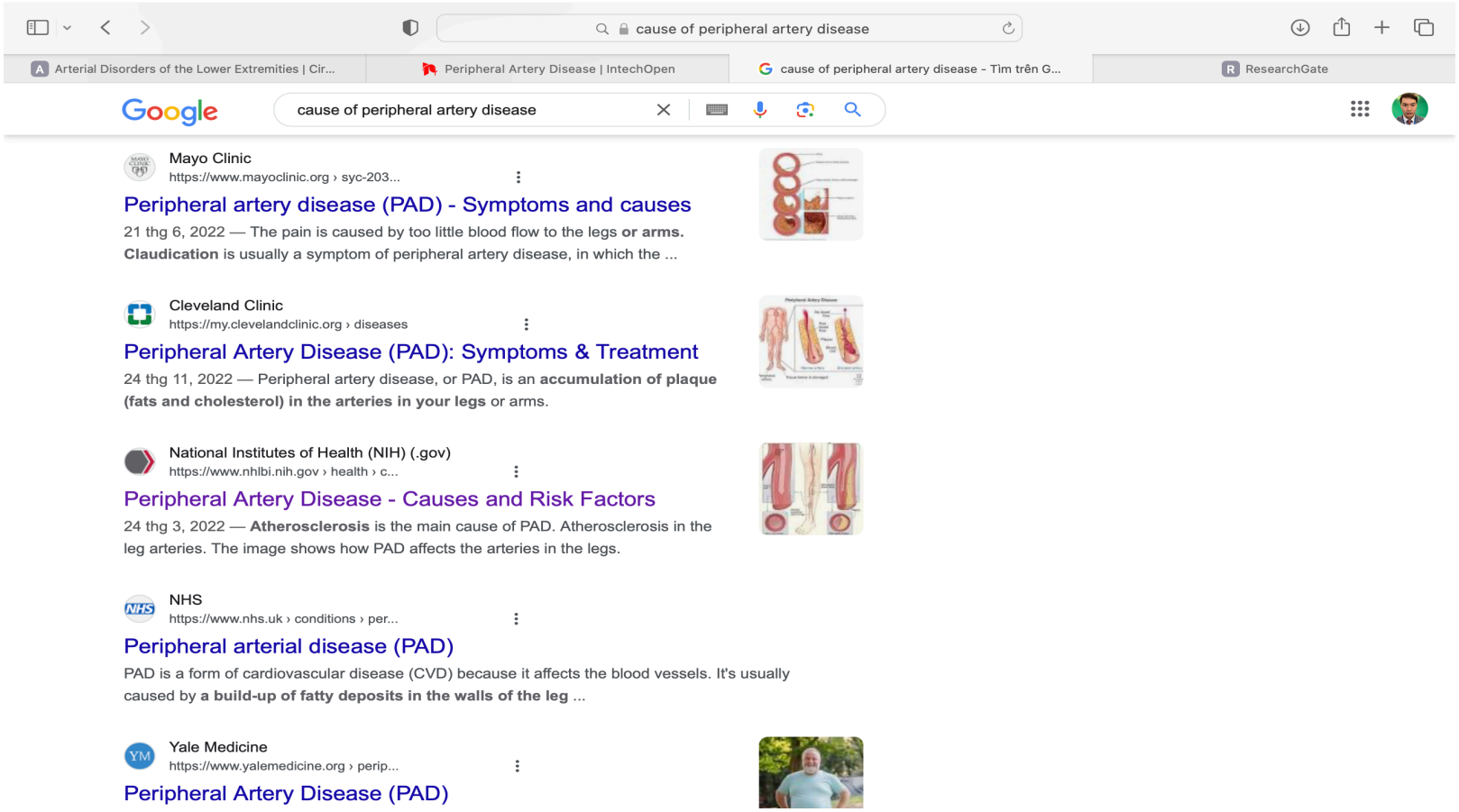
Bệnh động mạch chi dưới (bệnh ĐMCD) là nguyên nhân hàng đầu gây cắt cụt chi và là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến tử vong do tim mạch.

Theo báo cáo năm 2019 của của Tổ chức Đái tháo đường Quốc tế (IDF): bệnh ĐMCD ảnh hưởng tới hơn 200 triệu người và tỷ lệ mắc bệnh có thể tới 50% vào năm 2045.



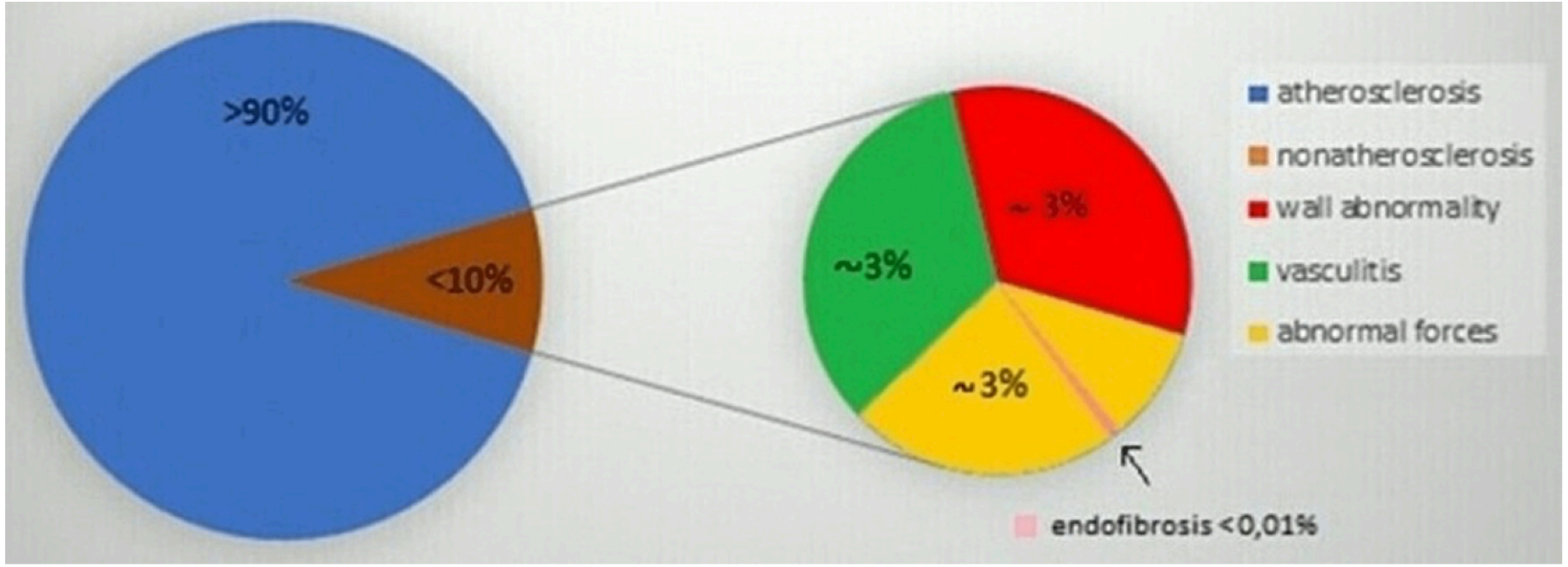
Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. Diabetes Res Clin Pract 2019;157:107843.

Bệnh động mạch chi dưới



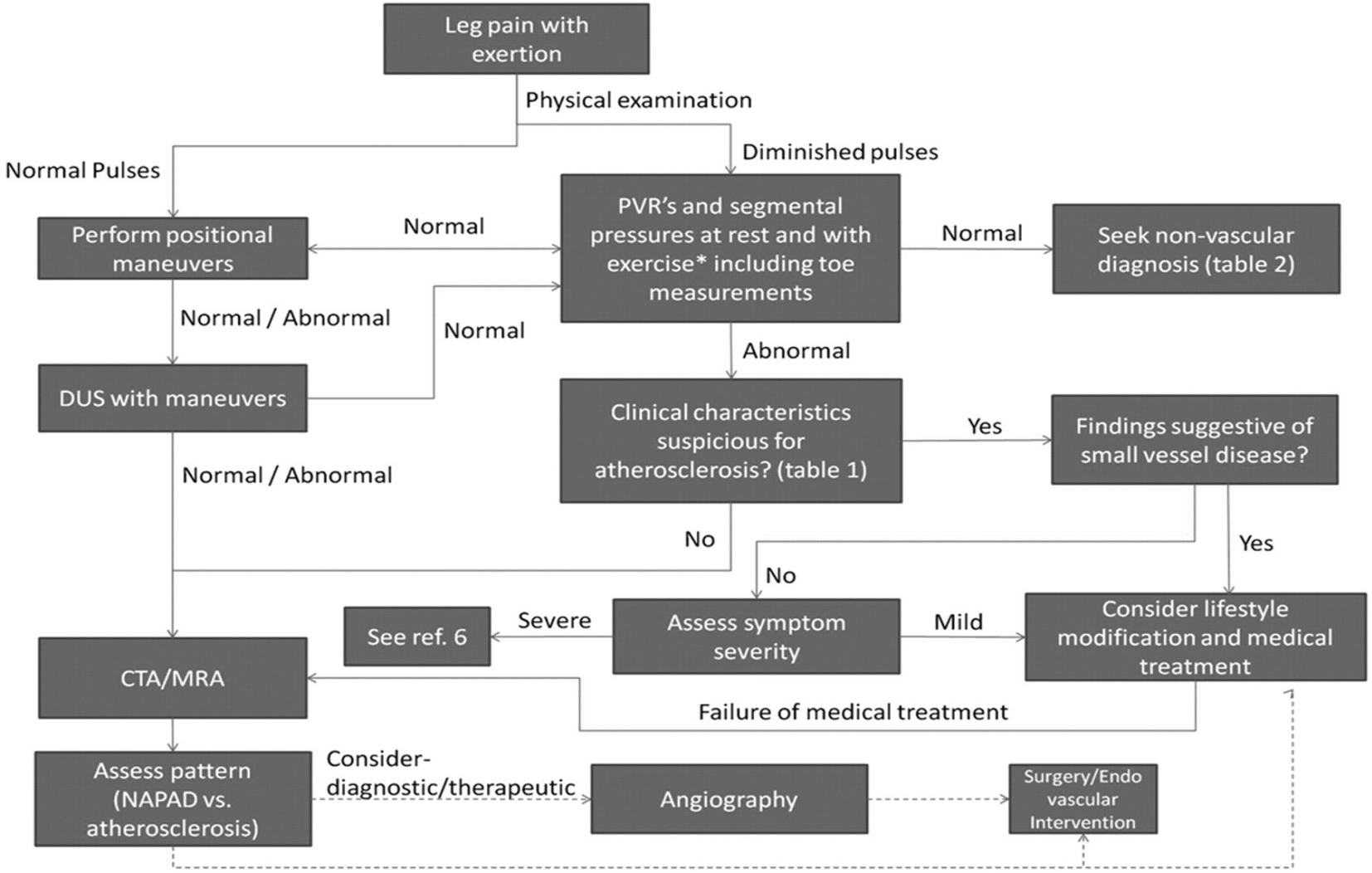
- Các thông tin về bệnh động mạch chi dưới thường nói về nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh là do vấn đề xơ vữa.
- Chúng ta cần lưu tâm về một số nguyên nhân khác ít phổ biến nhưng cũng gây bệnh cảnh trầm trọng

Nguyên nhân gây bệnh động mạch chi dưới



10.7759/cureus.31406

Tiếp cận chẩn đoán đau chân khi gắng sức



Ido Weinberg. Circulation. Nonatherosclerotic Arterial Disorders of the Lower Extremities, Volume: 126, Issue: 2, Pages: 213-222, DOI: (10.1161/CIRCULATIONAHA.111.060335)

© 2012 American Heart Association, Inc.

Bệnh động mạch chi dưới không do xơ vữa
Nonatherosclerotic peripheral artery diseases - NAPAD

- Tỷ lệ mắc bệnh: hiện nay vẫn chưa có thống kê chính xác vì các báo cáo thường nhỏ lẻ và ở dạng chùm ca bệnh.
- Bệnh lý này ít được các bác sỹ nghĩ tới do đều có các triệu chứng đau cách hồi, đau khi nghỉ và mất các mô mềm như bệnh động mạch chi dưới do xơ vữa.
- Sinh lý bệnh của NAPAD phức tạp với sự bất thường phổ biến nhất của thành động mạch, các lực tác động bên ngoài và bên trong, co thắt, viêm mạch máu và huyết khối.
- Trên lâm sàng, NAPAD nghi ngờ ở những đối tượng: những bệnh nhân trẻ tuổi và những bệnh nhân lớn tuổi với một vài yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch, một vài đặc điểm xơ vữa động mạch hoặc phân phối tổn thương bất thường.

10.1055/s-0034-1393963

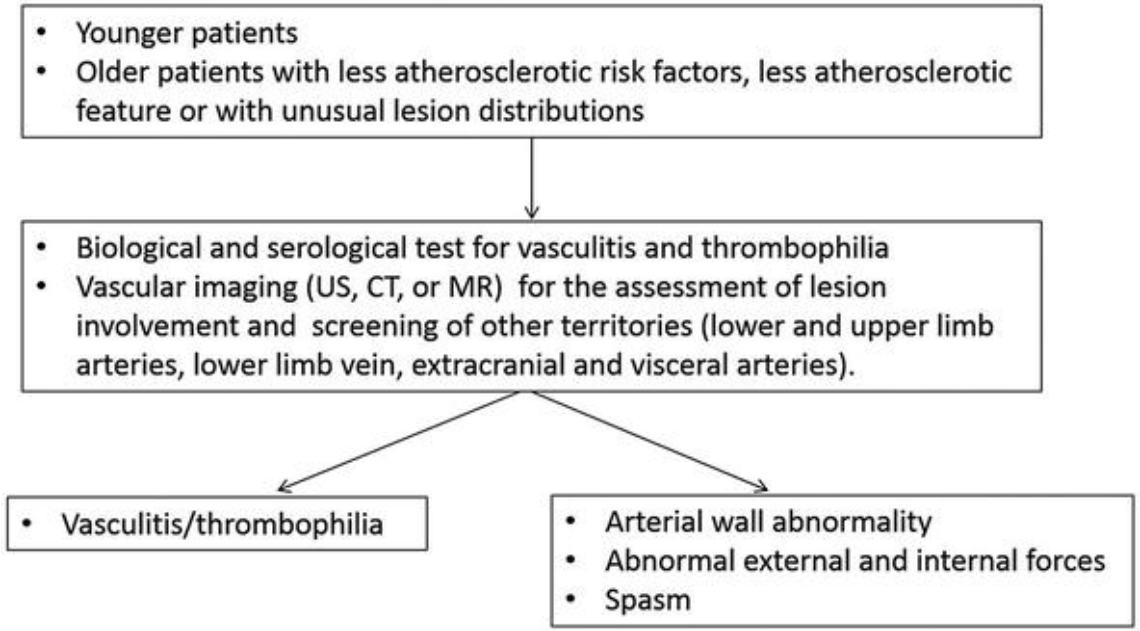
Các nhóm bệnh lý NAPAD

- Các bất thường cấu trúc thành mạch
- Bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch
- Co thắt mạch
- Viêm mạch
- Các bệnh lý tăng đông gây tắc mạch
- Dị dạng bẩm sinh hệ động mạch
- Tổn thương mạch máu do chấn thương/ tổn thương cơ học

Chẩn đoán NAPAD

Chẩn đoán nguyên nhân NAPAD dựa vào:

- Khả năng lâm sàng mắc cao
- Xét nghiệm sinh hoá, huyết thanh học và bilan viêm mạch và tăng đông.
- Các phương thức chẩn đoán hình ảnh mạch máu để đánh giá tổn thương



NAPAD do các bất thường thành mạch

Loạn sản xơ cơ (Fibromuscular dysplasia - FMD)

- FMD là một bệnh không viêm gây ra hẹp động mạch, phình mạch, lóc thành động mạch và tắc nghẽn động mạch.
- Xảy ra phổ biến nhất ở phụ nữ từ 20 đến 60 tuổi (90% các trường hợp)
- FMD thường gây tổn thương ở ĐM thận, ĐM cảnh và ĐM mạc treo.
- Ở chi dưới, FMD gây tổn thương các động mạch chậu, ĐM đùi và ĐM khoeo.

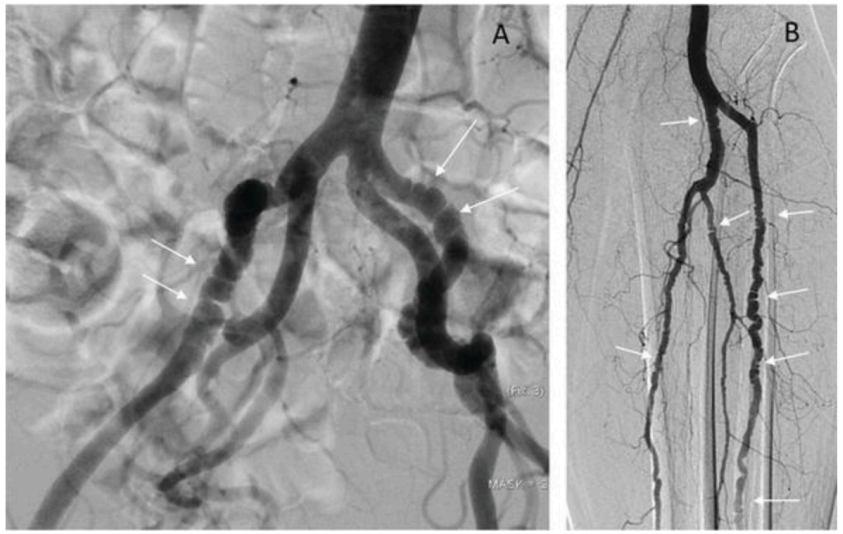


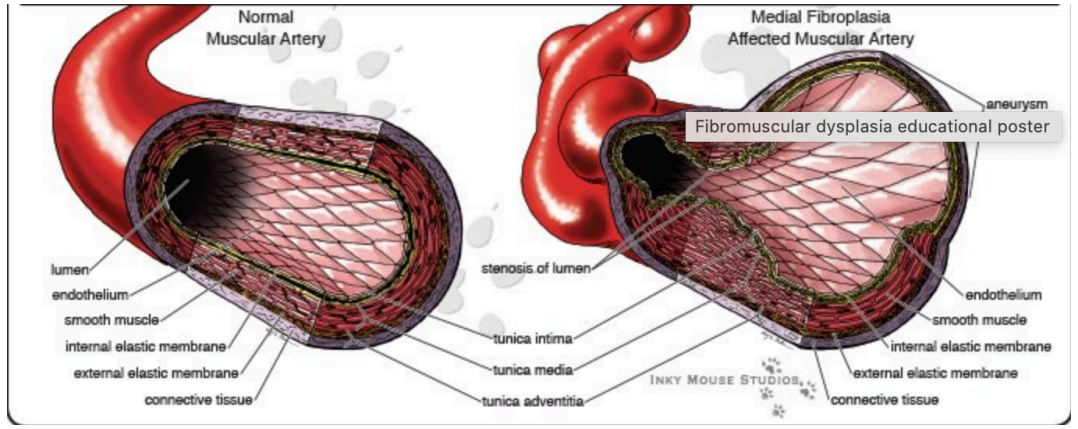
Figure 2.
Fibromuscular dysplasia. (A) String-of-beads appearance in bilateral external iliac arteries (arrows). (B) Multiple string-of-beads appearances in the left crural artery (arrows).

NAPAD do các bất thường thành mạch

Loạn sản xơ cơ (Fibromuscular dysplasia - FMD)

- **Theo giải phẫu bệnh, FMD chia 3 type:**

1. Intimal
2. Medial
3. Perimedial



- **Phân loại bằng chụp động mạch xác định :**

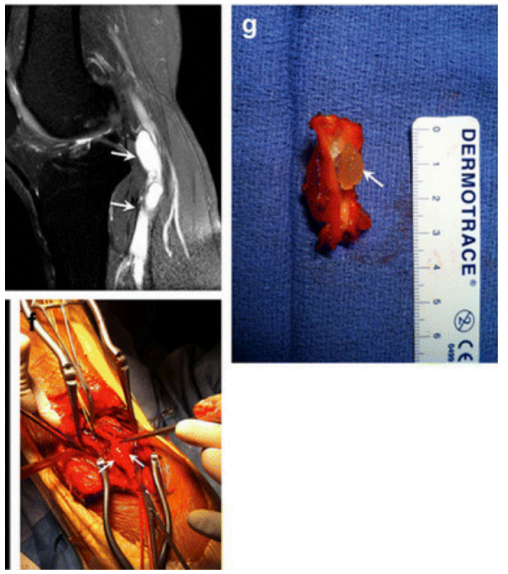
1. Tổn thương đa ổ với đa vị trí hẹp và gọi là tổn thương dạng chuỗi hạt - “string-of-beads”
2. Tổn thương dạng ống
3. Tổn thương dạng ổ

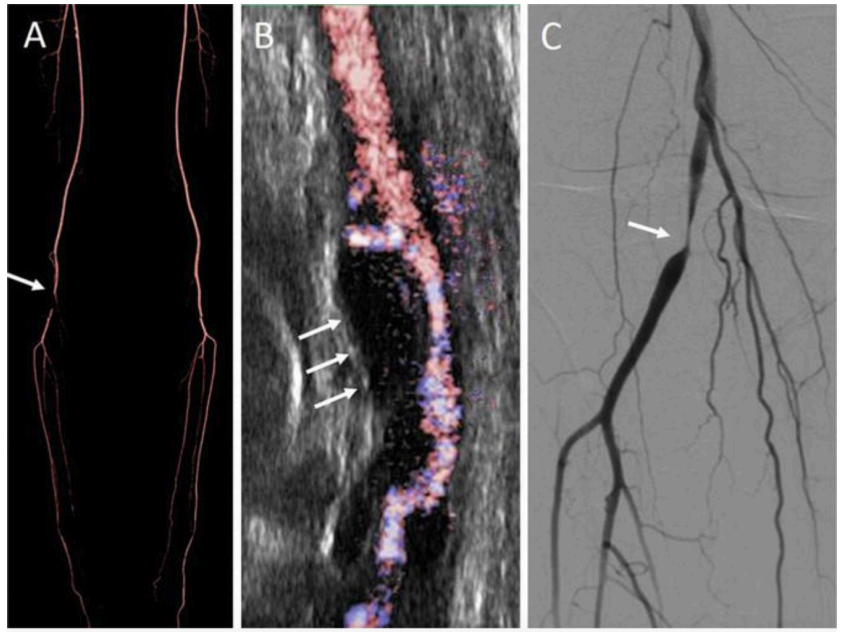
. Dấu hiệu “string-of-beads” là hình ảnh điển hình của FMD, liên quan tới tổn thương trung mạc mạch máu.

NAPAD do các bất thường thành mạch

Bệnh lý nang thành mạch (Adventitial cystic disease)

- ACD là bệnh lý đặc trưng bởi một lớp nhầy xung quanh ngoại mạc mạch máu.
- Thường gặp ở tuổi trung niên và hay gặp ở nam giới (tỷ lệ nam: nữ là 5-15/1)
- Vị trí tổn thương: thường ở ĐM khoeo, ít gặp hơn ở ĐM chậu ngoài và ĐM đùi
- Siêu âm Doppler là lựa chọn hàng đầu để chẩn đoán
- Chụp ĐM: thành mạch tổn thương trơn nhẵn và thu hẹp từ bên ngoài





10.1007/s13244-016-0513-6

NAPAD do các bất thường thành mạch

Midaortic syndrome (MAS)

- MAS là bệnh lý hiếm gặp do bởi sự co thắt của động mạch chủ bụng hoặc đoạn xa động mạch chủ xuống và phát sinh do rối loạn phát triển phôi.
- Ngoài MAS vô căn, MAS liên quan tới u xơ thần kinh, FMD, Mucopolysaccharidosis, hội chứng Alagille và hội chứng của William do nguyên nhân gene.
- Type giải phẫu phổ biến nhất của MAS: 60% trên ĐM thận, 25% ngang chỗ chia ĐM thận và 15% dưới chỗ chia ĐM thận.

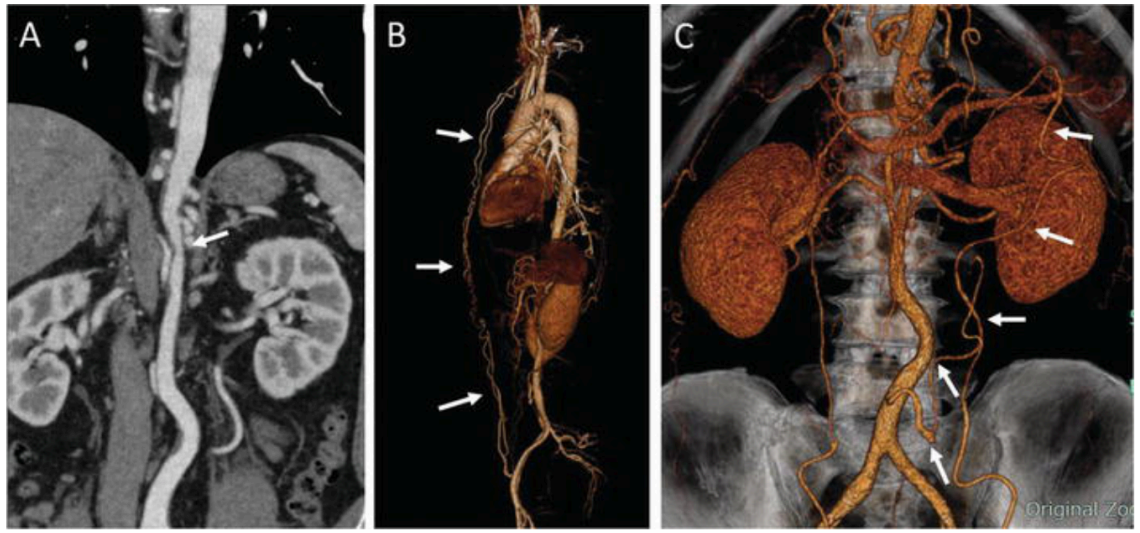


Figure 4.
Idiopathic midaortic syndrome. A 51-year-old male presenting renovascular hypertension. Although the ABI was 0.70/0.67 (right/left), intermittent claudication was absent. (A) Enhanced CT showing suprarenal abdominal aortic coarctation below the origin of the superior mesenteric artery (arrow). (B) Lateral view demonstrates Winslow's pathway which is a collateral vessel developing from the subclavian arteries, internal thoracic (mammary) arteries, superior epigastric arteries, inferior epigastric arteries into the external iliac arteries (arrows). (C) Anteroposterior view AP view reveals the Arc of Riolan which is a mesenteric meandering artery between the superior and inferior mesenteric arteries (arrows).

NAPAD do các bất thường thành mạch

Midaortic syndrome (MAS)

- Thường gặp ở trẻ nhỏ và thanh niên
- Biểu hiện:chủ yếu là tăng huyết áp. Dấu hiệu đau cách hồi cũng được ghi nhận nhưng hiếm gặp hơn. Theo Sen (1963), hồi cứu chùm 16 ca bệnh MAS, đau cách hồi chỉ xuất hiện ở 2 bệnh nhân.
- Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật.
- Nong bóng động mạch chủ cũng được sử dụng đề điều trị cầu nối trước phẫu thuật.
- Stent tự nở hiện nay được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất.

https://doi.org/10.1136/hrt.25.5.610

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

Endofibrosis

- Endofibrosis thường gây hẹp động mạch chậu ngoài ở các vận động viên trẻ môn xe đạp, vận động viên chạy bộ, vận động viên ba môn phối hợp và vận động viên trượt băng.
- Rối loạn này được đặc trưng bởi sự dày lên của nội mạc và sau đó là sự thu hẹp lòng động mạch bởi các sợi collagen, mô sợi và sự tăng sinh của cơ trơn.
- Cơ chế bệnh sinh được cho là liên quan đến sự kéo căng mạch lặp đi lặp lại khi gập hông quá mức, nén từ bên ngoài do phì đại cơ thắt lưng chậu, xoắn mạch lặp đi lặp lại khi gắng sức và stress lực xé khi cung lượng tim cao. Rối loạn này tiến triển dần dần và dẫn đến tắc, thường xảy ra duy nhất ở bên trái (85%).
- Vị trí tổn thương: động mạch chậu ngoài (85%), động mạch đùi chung (5%) và động mạch đùi nông (<5%).

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

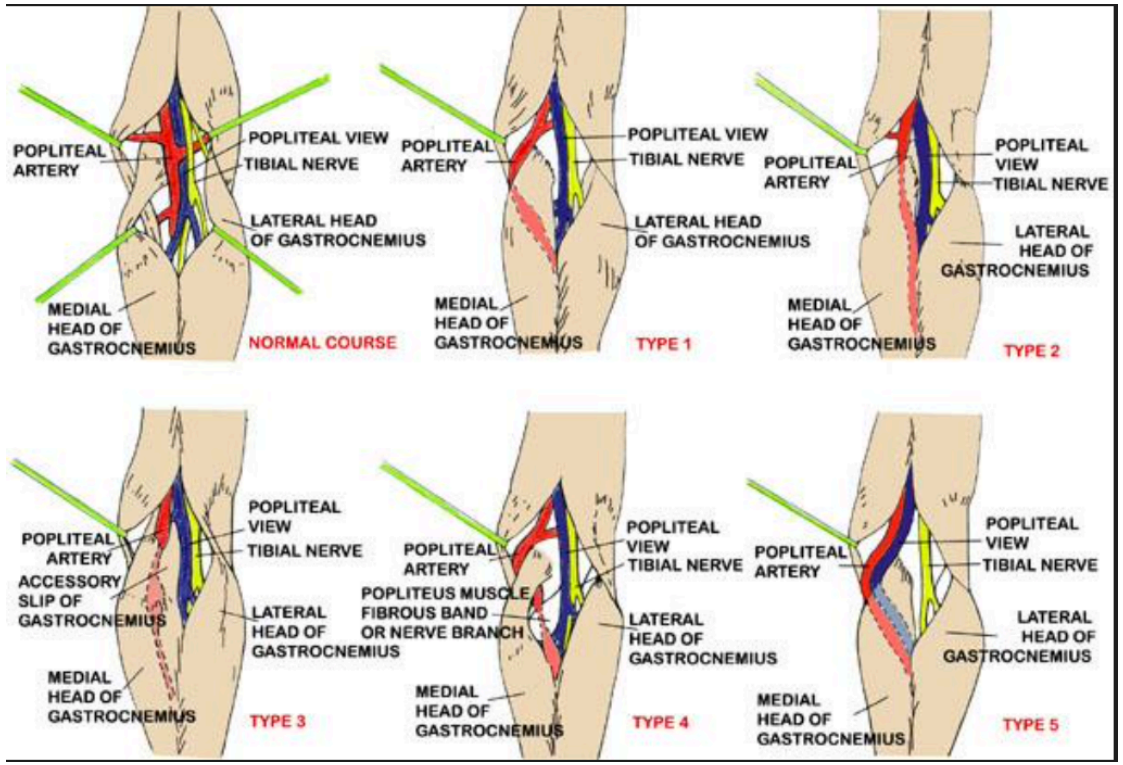
Endofibrosis

- Các triệu chứng bao gồm đau cách hồi và cảm giác sưng tấy hoặc dị cảm ở gốc chi tại thời điểm gắng sức tối đa.
- Khám thực thể có thể bình thường khi nghỉ ngơi, mặc dù có thể nghe thấy tiếng thổi ở hố chậu cùng bên hoặc vùng bẹn.
- Chẩn đoán hình ảnh: xác định áp lực mắt cá chân trước và sau khi tập thể dục bằng bài tập chạy bộ tối đa, triệu chứng hạn chế gắng sức; siêu âm Doppler và chụp động mạch, tốt nhất là khi chân ở tư thế gấp vào hông (tư thế đạp xe), sẽ phát hiện tình trạng hẹp đồng tâm và động mạch chậu bị ảnh hưởng dài hơn.
- Siêu âm nội mạch có vai trò hỗ trợ chẩn đoán và đo chênh áp do tổn thương.
- Mặc dù không có thử nghiệm quy mô lớn nào để hướng dẫn điều trị, nhưng hầu hết đều báo cáo tái thông mạch máu bằng phẫu thuật có hiệu quả điều trị.
- Gần đây, nong bóng qua da và đặt stent đã chứng minh có hiệu quả.

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

Hội chứng bẫy mạch khoeo

- Bệnh lý do động mạch khoeo ở hố khoeo bị chèn ép bởi các cấu trúc gân cơ và dây chằng liền kề hoặc xung quanh.
- Xảy ra cả hai bên (30–67%).
- Đa phần ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 4:1)
- Hay gặp ở người trẻ (độ tuổi 25-40)
- Phân loại: 6 type dựa vào sự chèn ép ĐM khoeo trên giải phẫu.
- Chụp CT và MRI là công cụ hữu ích để chẩn đoán bệnh.



https://www.orthobullets.com/knee-and-sports/3107/popliteal-artery-entrapment-syndrome

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

Hội chứng bẫy mạch khoeo (PAES)

- Điều trị PAES type I đến V bằng phẫu thuật giải quyết tình trạng chèn ép bằng cách cắt bỏ hoặc dịch chuyển các bộ phận gây chèn ép.
- PAES chức năng (type VI), một phần đầu trong của cơ bụng chân được cắt bỏ hoặc chuyển vị trí để giảm áp lực lên các cấu trúc mạch máu.
- Trường hợp nặng: cần phải phẫu thuật tạo hình động mạch hoặc phẫu thuật bắc cầu điều trị tắc hoặc phình động mạch, tốt nhất là ghép tĩnh mạch tự thân.

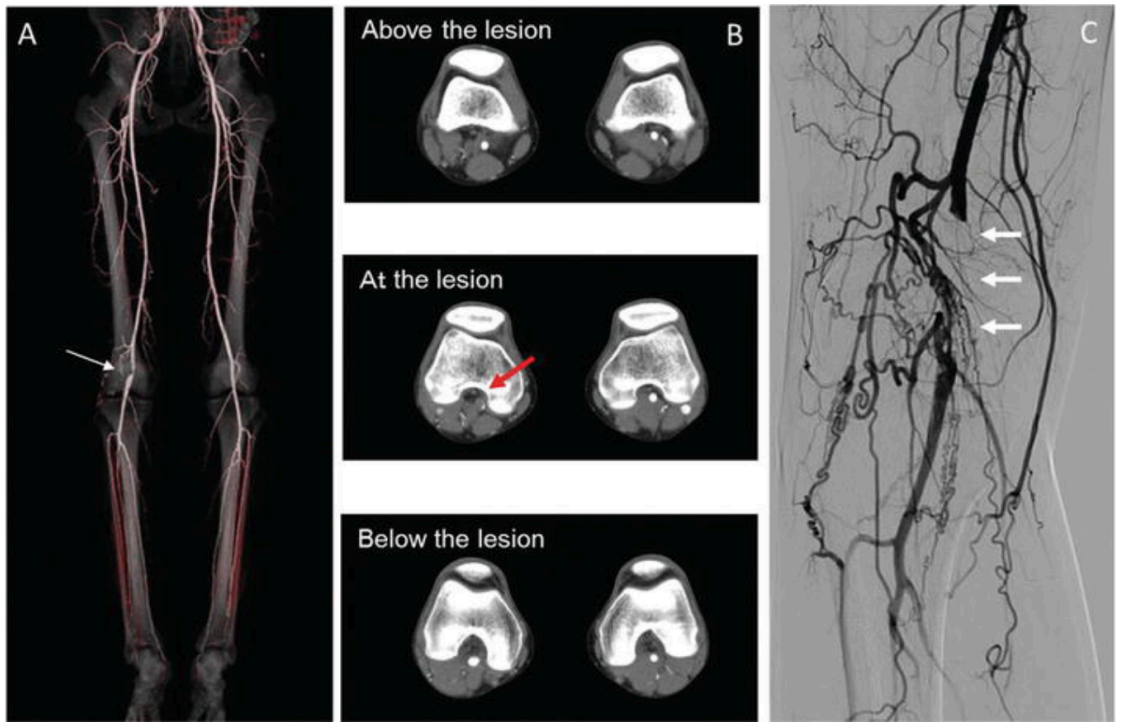


Figure 5.
Popliteal artery entrapment syndrome. A 30-year-old male presenting moderate claudication. (A) Enhanced CT revealed tight stenosis and post-stenotic dilatation in the right popliteal artery (arrow). (B) Horizontal view of the CT showing compressed popliteal artery by the surrounding muscle (arrow). (C): Subsequent angiography revealed the progression to occlusion (arrows).

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

Hội chứng bẫy mạch khoeo (PAES)

- Điều trị PAES type I đến V bằng phẫu thuật giải quyết tình trạng chèn ép bằng cách cắt bỏ hoặc dịch chuyển các bộ phận gây chèn ép.
- PAES chức năng (type VI), một phần đầu trong của cơ bụng chân được cắt bỏ hoặc chuyển vị trí để giảm áp lực lên các cấu trúc mạch máu.
- Trường hợp nặng: cần phải phẫu thuật tạo hình động mạch hoặc phẫu thuật bắc cầu điều trị tắc hoặc phình động mạch, tốt nhất là ghép tĩnh mạch tự thân.

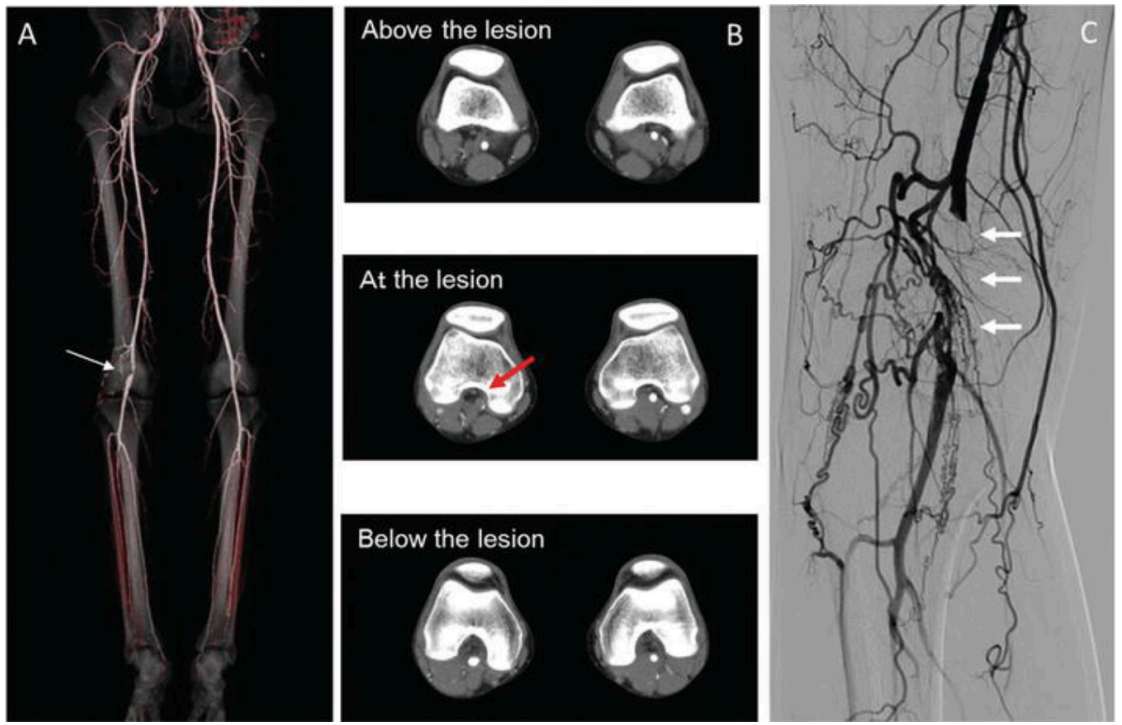
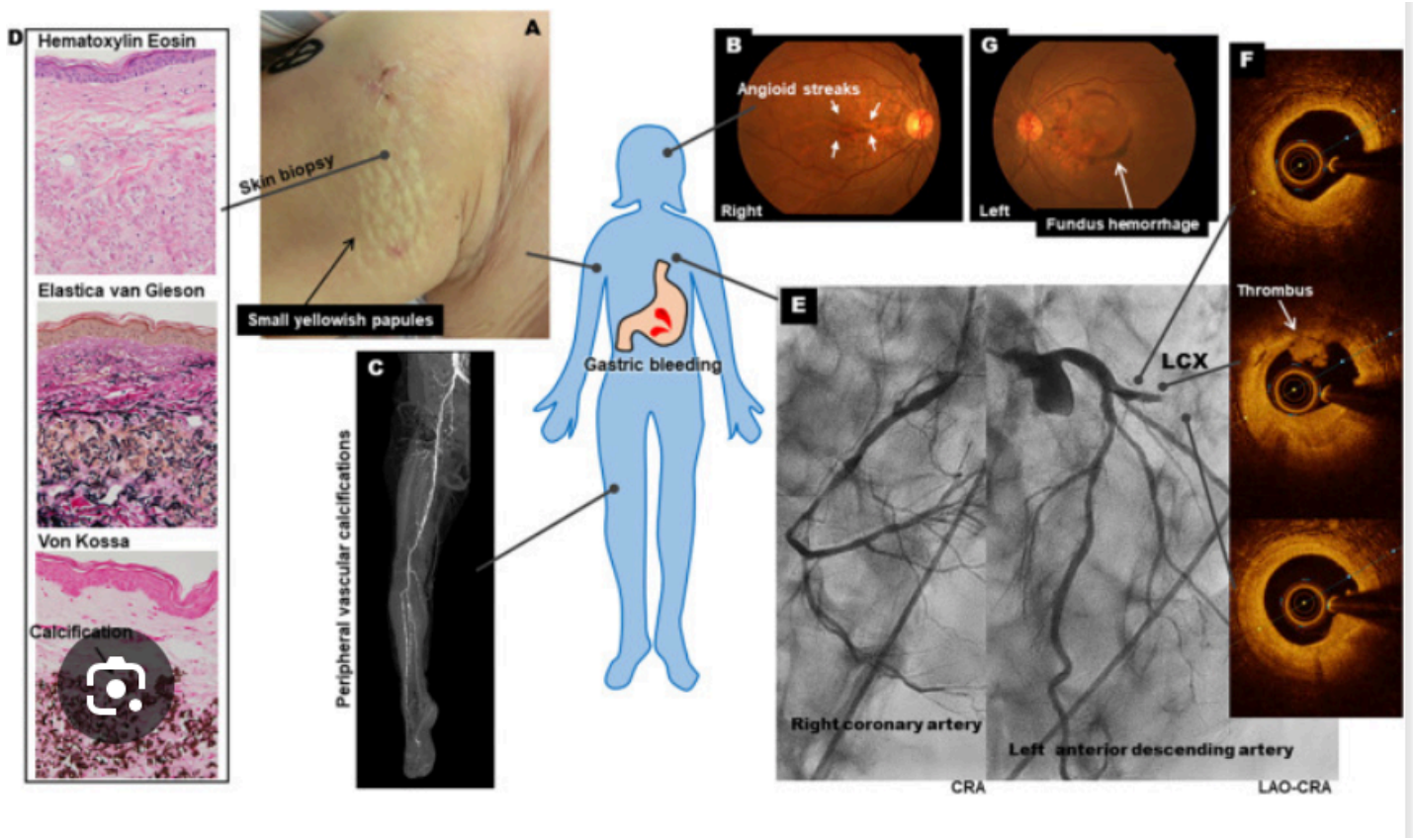


Figure 5.
Popliteal artery entrapment syndrome. A 30-year-old male presenting moderate claudication. (A) Enhanced CT revealed tight stenosis and post-stenotic dilatation in the right popliteal artery (arrow). (B) Horizontal view of the CT showing compressed popliteal artery by the surrounding muscle (arrow). (C): Subsequent angiography revealed the progression to occlusion (arrows).

NAPAD do bất thường các lực tác động bên ngoài và bên trong lòng mạch

1. Pseudoxanthoma elasticum
2. Neoplasma
3. Kén Baker



Pseudoxanthoma Elasticum (#PXE) là một căn #bệnh_hiếm, có tính #di_truyền, gây ra sự phân mảnh và khoáng hóa các sợi đàn hồi ở một số mô (phát sinh phổ biến nhất là ở da và mắt), tiếp đến là xơ vữa động mạch trong mạch máu.
Nguyên nhân gây ra PXE là bởi #đột_biến_gene lặn tự phát ở gene #ABCC6trên nhánh ngắn của #nhiễm_sắc_thể_16.
Người mắc phải PXE thường có nguy cơ đối mặt với các căn bệnh và triệu chứng nguy hiểm như: Bệnh động mạch vành, nhồi máu cơ tim, xuất huyết tiêu hóa, phình động mạch nội sọ, suy giảm trí tuệ tiến triển, rối loạn tâm thần và co giật.

NAPAD do co thắt mạch

- Nguyên nhân co thắt mạch

1. Vô căn
2. Dùng một số thuốc gây co mạch: cocaine, amphetamine, ergotamine…

- Dấu hiệu đặc trưng của co thắt mạch do thuốc là hẹp đối xứng hai bên, đột ngột ở bất kỳ đoạn nào của động mạch chi dưới.
- Co thắt mạch có thể điều trị bằng cách:

1. Ngừng dùng thuốc gây nghiện
2. Dùng thuốc giãn mạch

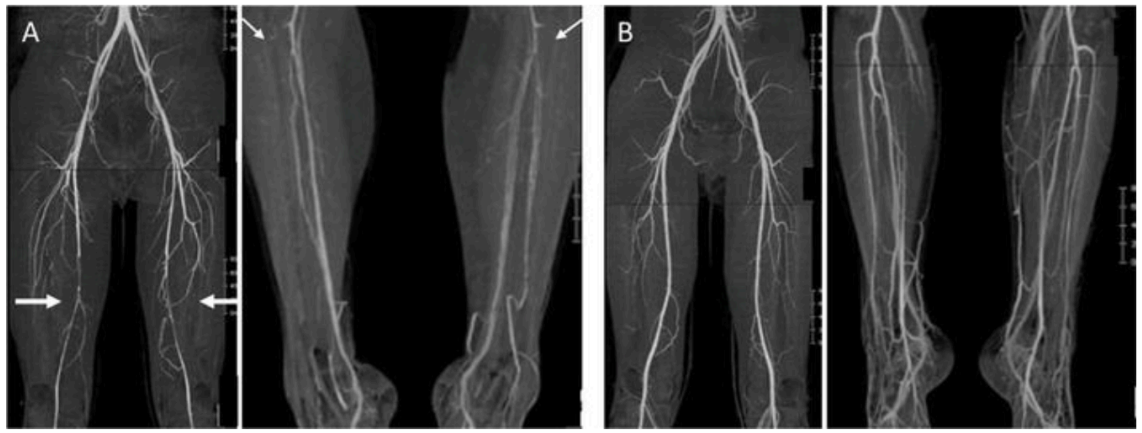


Figure 6.
Idiopathic vasospasm (Ref. 24). A 28-year-old male presenting claudication with subsequent acute limb ischemia. (A) Diagnostic enhanced CT angiogram showing tight narrowings in the bilateral femoropopliteal segments (large arrows) and disruptions in the bilateral anterior tibial arteries (small arrows). Also, the proximal segment in the superficial femoral artery seems to be spastic. (B) After initiation of medical treatment during hospitalization, complete recovery of the disruptive lesions is observed though the crural arteries are superimposed on the veins.

NAPAD do co thắt mạch

- Nguyên nhân co thắt mạch

1. Vô căn
2. Dùng một số thuốc gây co mạch: cocaine, amphetamine, ergotamine…

- Dấu hiệu đặc trưng của co thắt mạch do thuốc là hẹp đối xứng hai bên, đột ngột ở bất kỳ đoạn nào của động mạch chi dưới.
- Co thắt mạch có thể điều trị bằng cách:

1. Ngừng dùng thuốc gây nghiện
2. Dùng thuốc giãn mạch

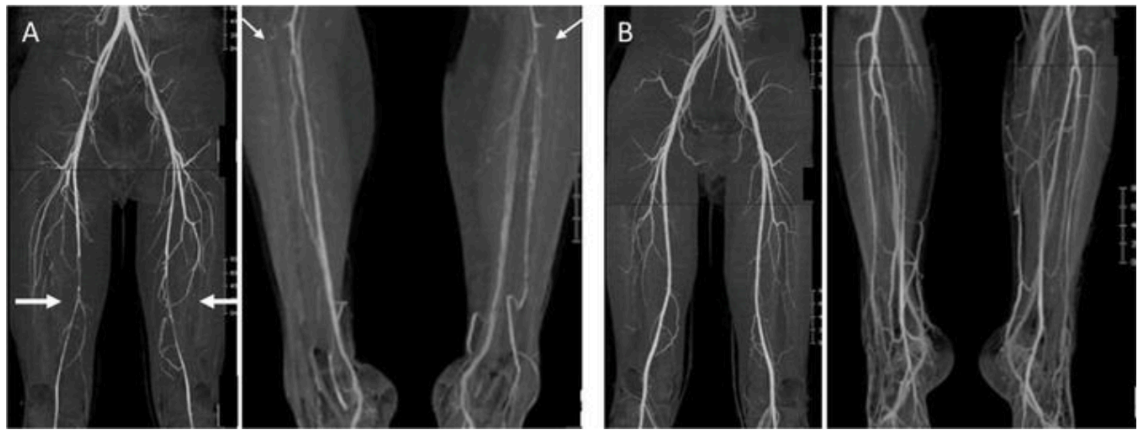
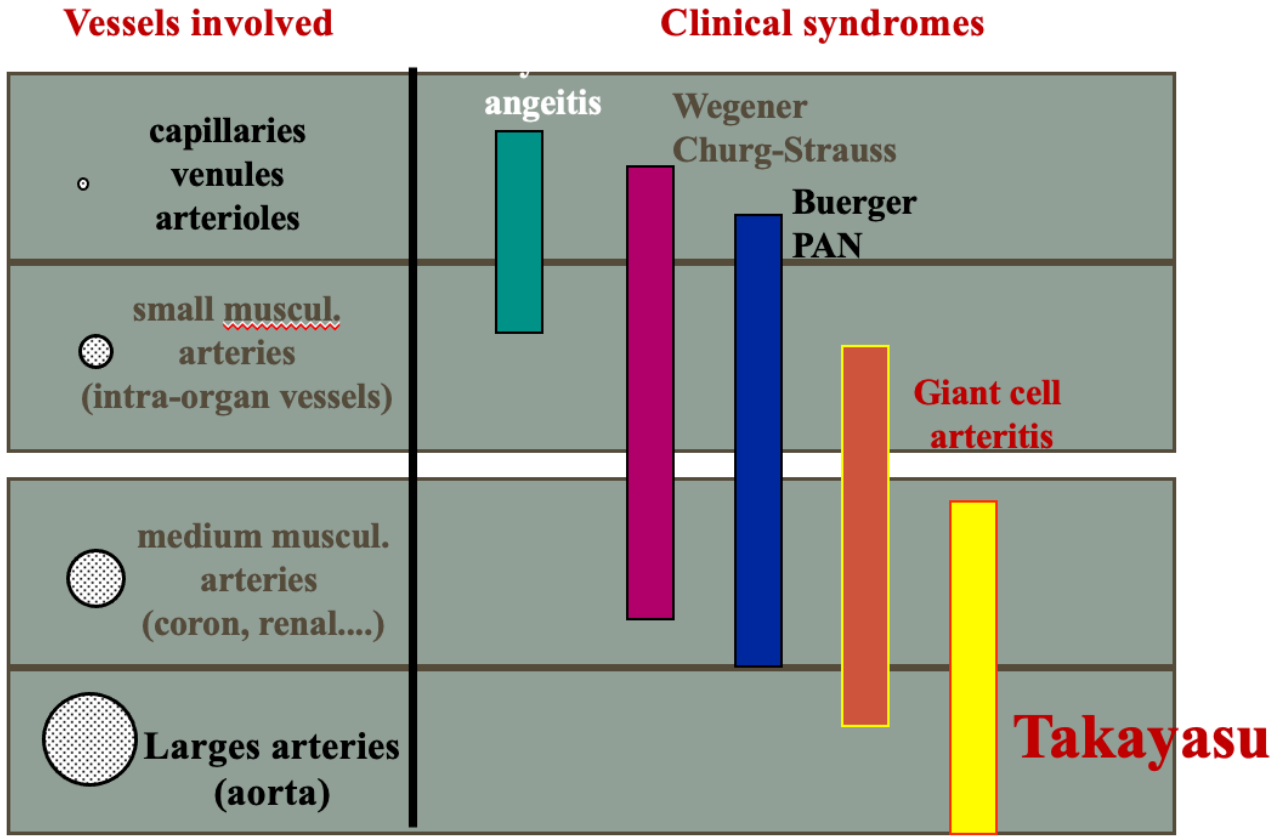


Figure 6.
Idiopathic vasospasm (Ref. 24). A 28-year-old male presenting claudication with subsequent acute limb ischemia. (A) Diagnostic enhanced CT angiogram showing tight narrowings in the bilateral femoropopliteal segments (large arrows) and disruptions in the bilateral anterior tibial arteries (small arrows). Also, the proximal segment in the superficial femoral artery seems to be spastic. (B) After initiation of medical treatment during hospitalization, complete recovery of the disruptive lesions is observed though the crural arteries are superimposed on the veins.

NAPAD do viêm mạch

1. Bệnh Takayasu
2. Bệnh Buerger
3. Viêm động mạch tế bào khổng lồ
4. Bệnh Behcet
5. Viêm mạch do các bệnh lý hệ thống như viêm khớp dạng thấp, SLE, ANCA-related vasculitis



Lie JT. Cardiovasc Pathol 1994;3:191

1. Bệnh Takayasu

- **Viêm động mạch Takayasu** là một bệnh hiếm gặp, với tình trạng viêm chủ yếu ảnh hưởng đến các động mạch có mức đàn hồi lớn.
- Viêm mạch chủ yếu ảnh hưởng đến ĐM chủ, các nhánh chính của nó và ĐM phổi, bao gồm: ĐM cánh tay đầu, ĐM cảnh (ĐM cảnh chung), ĐM đốt sống, ĐM dưới đòn (đầu gần), ĐM thận, ĐM chậu, ĐM đùi và động mạch vành.

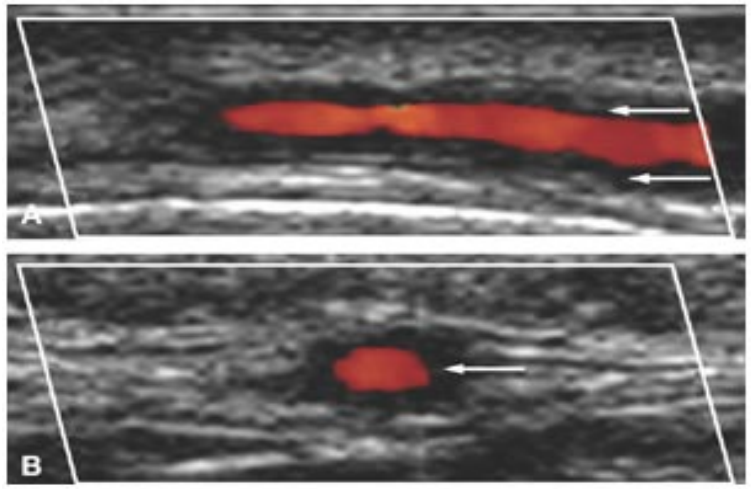
1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis
Age at disease onset <40 years
Claudication of extremities
Decreased brachial artery pulse
Difference of >10 mmHg in systolic blood pressure between arms
Bruit over subclavian arteries or abdominal aorta
Arteriogram abnormality (arteriographic narrowing or occlusion of the entire aorta, its primary branches, or large arteries in the proximal upper or lower extremities, not due to arteriosclerosis, fibromuscular dysplasia, or similar causes; changes usually focal or segmental)

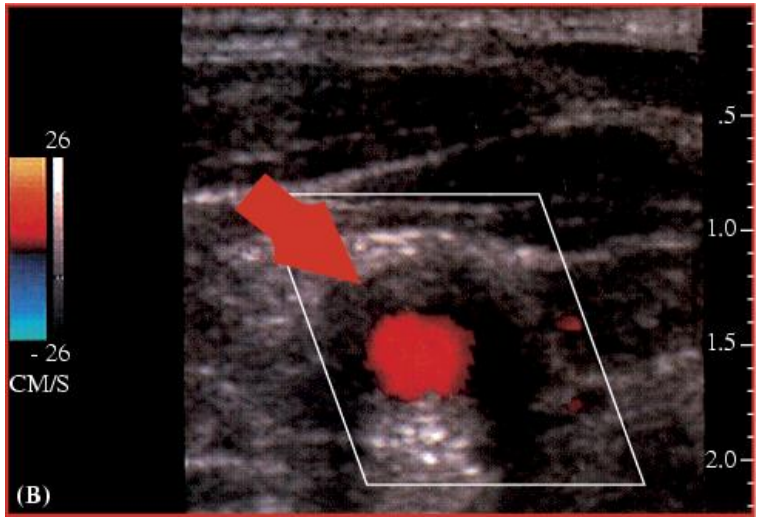
1. Bệnh Takayasu

Chụp động mạch qua da
- Từ lâu đã giúp đánh giá chính xác các tổn thương.
- Không đưa ra bất kỳ dấu hiệu dày thành mạch.

Siêu âm Doppler
- Thành mạch dày đồng tâm và lan toả.
- Đánh giá không xâm lấn các tổn thương động mạch ngoại biên.
- Phân biệt tổn thương bệnh Takayasu với tổn thương xơ vữa động mạch.

Chụp MSCT mạch máu:
- Dựng hình động mạch.
- Thành dày của động mạch chủ, động mạch ngoại biên và động mạch phổi.





1. Bệnh Takayasu

1. Bệnh Takayasu

Điều trị

Giai đoạn cấp:

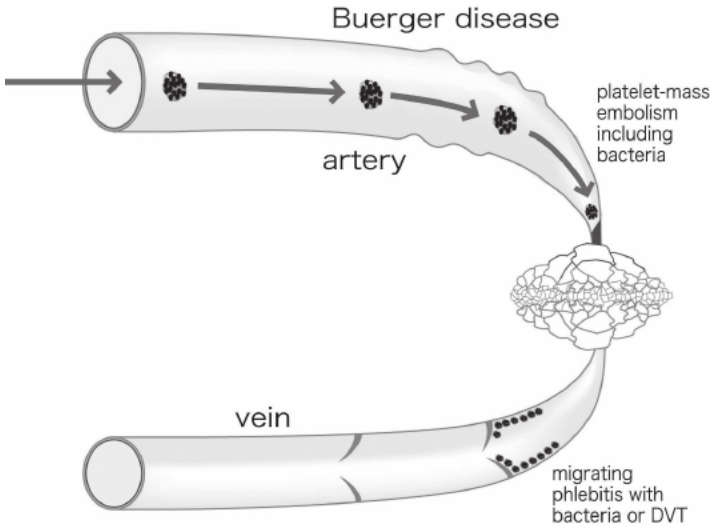
- Corticoid
- Methotrexate
- Azathioprine, Cyclophosphamide
- Mycophenolate mofetil

Giai đoạn ổn định

- Can thiệp mạch máu qua da
- Phẫu thuật
- Theo dõi và điều trị nội khoa

2. Bệnh Buerger

- Bệnh Buerger (viêm tắc mạch máu do huyết khối) được Leo-Buerger báo cáo lần đầu năm 1908, là bệnh lý viêm mạch không xơ vữa, của các động mạch và tĩnh mạch có kích thước nhỏ - trung bình, kèm theo tổn thương thần kinh ở cả đầu chi trên và chi dưới.
- Bệnh nhân Buerger điển hình thường là nam, tuổi từ 20 - 45, hút thuốc lá, thuốc lào nhiều, nhập viện vào mùa đông.
- Triệu chứng thường gặp trên lâm sàng là:



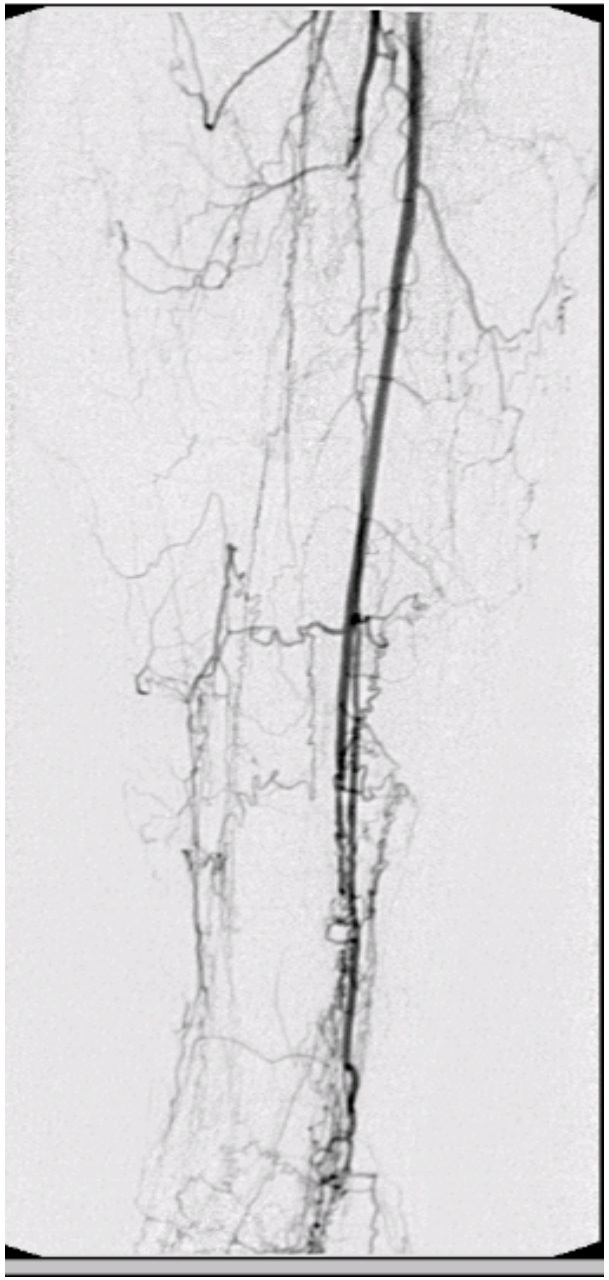
1. *Hiện tượng Raynaud:* Sự nhạy cảm với lạnh xuất hiện ở giai đoạn ban đầu của bệnh, thường vào mùa đông, gặp ở khoảng 40% bệnh nhân.
2. *Thiếu máu đầu chi* (ngón tay, ngón chân) : Triệu chứng thường gặp nhất (70 - 80%), biểu hiện bằng triệu chứng đau buốt, kèm theo biến đổi màu sắc da (đỏ da, tím tái, gọi là Buerger's color). Thiếu máu có thể tiến triển thành loét, hoại tử ở đầu chi trên hoặc chi dưới.
3. *Huyết khối tĩnh mạch nông*
4. *Thiếu máu các cơ quan khác*

2. Bệnh Buerger

• Chẩn đoán hình ảnh mạch máu như siêu âm, chụp cắt lớp hay cộng hưởng từ mạch máu: Có vai trò hạn chế trong chẩn đoán bệnh Buerger.

• Chụp động mạch cản quang có thể đưa ra những hình ảnh gợi ý ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng, bao gồm:

1. Không có bằng chứng của xơ vữa; không có nguồn tạo huyết khối (phình mạch)
2. Tổn thương chủ yếu ở những mạch máu trung bình như động mạch bàn chân, chày, mác, bàn tay, quay, trụ.
3. Hình ảnh tổn thương là những đoạn động mạch bị tắc xen kẽ với những đoạn động



2. Bệnh Buerger

1. Ngừng hút thuốc lá
2. Điều trị nội khoa:

- Thuốc giãn mạch: - Prostaglandin đường tĩnh mạch
- - Chất ức chế phosphodiesterase: Cilostazol
- - Thuốc chẹn kênh canxi: Nhóm dihydropyridine tác dụng ngắn (Nifedipine
- Thuốc kháng kết tập tiểu cầu: Aspirin
- Thuốc giảm đau

3. Bơm hơi ngắt quãng
4. Can thiệp tái thông: thường không được chỉ định do mạch rất nhỏ
5. Phẫu thuật:

- Phẫu thuật tái tưới máu: hầu như không khả thi do mạch rất nhỏ
- Cắt hạch giam cảm: Cải thiện và kiểm soát đau
- Cắt cụt chi: Theo Mayo Clinic: nguy cơ cắt cụt chi là 25% sau 5 năm và 38% sau 10 năm

3. Viêm động mạch tế bào khổng lồ

- Thường gặp ở độ tuổi 50 và có trường hợp ghi nhận ở BN 70 tuổi.
- Bệnh ảnh hưởng tới ĐM chủ và các nhánh của ĐM chủ, đặc biệt là đoạn xa ĐM dưới đòn, ĐM nách, đoạn gần ĐM cánh tay, các nhánh của ĐM cảnh – đặc biệt là ĐM mắt.
- ĐM chi dưới cũng bị ảnh hưởng:

- Theo Cid MC (2009): chụp CT phát xạ positron phát hiện 37% bệnh nhân có tổn thương ĐM chậu và ĐM đùi.

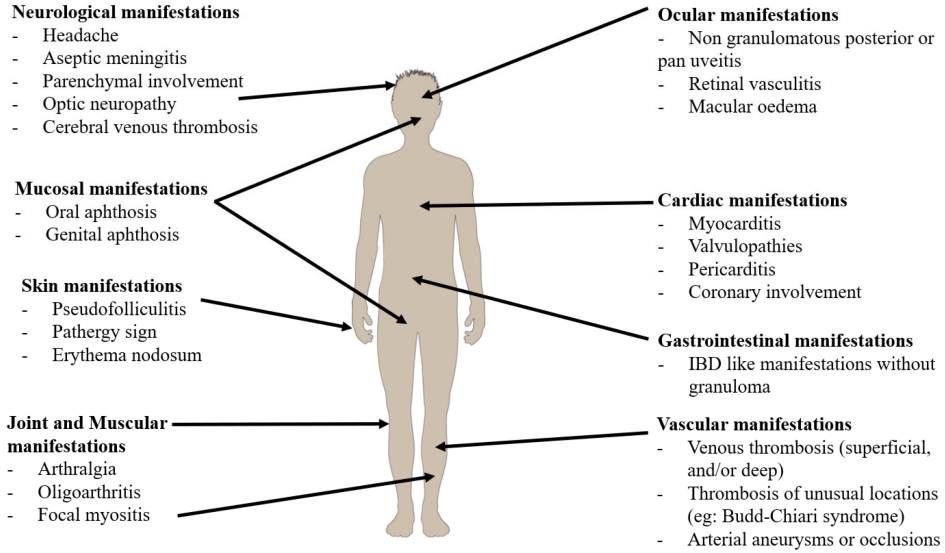
- Một số nghiên cứu khác ghi nhận:33% tổn thương ĐM đùi nông, 14% ĐM đùi chung, 11% ĐM chậu trong, 6% ĐM đùi sâu và ĐM khoeo.

1990 criteria for the classification of giant cell arteritis

- Age at disease onset <50 years
- New headache
- Temporal artery abnormality
- Elevated erythrocyte sedimentation rate
- Abnormal artery biopsy (biopsy specimen with artery showing vasculitis characterized by a predominance of mononuclear cell infiltration or granulomatous inflammation, usually with multinucleated giant cells)

4. Bệnh Behcet

- Bệnh Behçet là một bệnh lý viêm, có thể viêm các động mạch nhỏ và động mạch lớn và/hoặc các tĩnh mạch.
- Tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ là tương đương nhau nhưng có vẻ nặng hơn ở nam giới, đặc biệt là ở độ tuổi 20. Bệnh có thể gặp ở trẻ em. Tỷ lệ thay đổi theo vùng.
- Bệnh Behçet phổ biến nhất ở dọc bờ biển Địa Trung Hải đến Trung Quốc; ít gặp ở Mỹ.
- Nguyên nhân của bệnh Behcet không rõ. Các xét nghiệm miễn dịch (bao gồm tự miễn dịch), tác nhân virus hoặc vi khuẩn là các dấu hiệu gợi ý, HLA-B51 là yếu tố nguy cơ chính. Tỷ lệ alen HLA-B51 là > 15% ở người Châu Âu, Trung Đông và Viễn Đông nhưng thấp hoặc không có ở người Châu Phi, Châu Đại Dương và Nam Mỹ.
- Mô bệnh học thấy sự xâm nhập của bạch cầu đa nhân, được phát hiện trong các mảnh sinh thiết từ các vết loét áp tơ miệng, hồng ban nút và các tổn thương dị ứng



4. Bệnh Behcet

- Các tổn thương động mạch có thể gặp như huyết khối, phình mạch, giả phình mạch, xuất huyết và hẹp động mạch. Tổn thương động mạch lớn được phát hiện ở khoảng 3 đến 5% bệnh nhân; Tuy nhiên, khi khám nghiệm tử thi, có tới 1/3 bệnh nhân có bằng chứng tổn thương mạch máu lớn mà không có triệu chứng lâm sàng.
- Tổn thương tĩnh mạch có thể gây ra huyết khối tĩnh mạch nông và sâu. Có thể tổn thương nhiều tĩnh mạch, bao gồm tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, các tĩnh mạch ở gan (gây hội chứng Budd-Chiari) và các xoang tĩnh mạch não.
- Thường gặp huyết khối động mạch, tĩnh mạch, phình mạch và giả phình hơn là hẹp và tắc mạch.

4. Bệnh Behcet

ĐIỀU TRỊ:

- Corticoid
- Colchicine 1-2 mg/ngày
- Thuốc ức chế miễn dịch: Azathioprine, Cyclophosphamide ciclosporine
- Aspirin
- Thuốc chống đông kháng vitamin K
- Interferon alpha
- Anti TNF (Infliximab, etanercept)
- Phẫu thuật mạch máu, can thiệp mạch máu qua da (gây thuyên tắc)

NAPAD do rối loạn các yếu tố đông máu

- Các bệnh lý tăng đông hình thành huyết khối trong lòng động mạch gây hẹp tắc mạn tính động mạch.
- Bệnh lý tăng đông tiên phát: tăng homocystein máu, tăng homocystin niệu; giảm Antithrombin, giảm protein S, giảm protein C, đột biến yếu tố V Leiden.
- Bệnh lý tăng đông thứ phát: hội chứng kháng phospholipid, các bệnh lý ác tính, điều trị hormon, đa hồng cầu, giảm tiểu cầu do Heparin, xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối

NAPAD do bất thường bẩm sinh hệ động mạch

- Dị dạng bẩm sinh ĐM tầng chậu-đùi rất hiếm, chẩn đoán chính xác sẽ tránh điều trị tái thông mạch không cần thiết.
- Các biến thể của ĐM chậu ngoài được chia thành 3 nhóm:

1. Bất thường tại gốc hoặc thân của ĐM: không gây thiếu máu chi, thường phát hiện qua mổ tử thi
2. Thiểu sản hoặc teo tịt kèm theo sự tồn tại của ĐM ngồi (một nhánh của ĐM chậu trong, bắt nguồn từ động mạch dây rốn trong thời kỳ bào thai, cung cấp máu cho sự phát triển của chi dưới)
3. Thiểu sản hoặc teo tịt đơn thuần: thường biểu hiện thiếu máu chi dưới.

NAPAD do bất thường bẩm sinh hệ động mạch

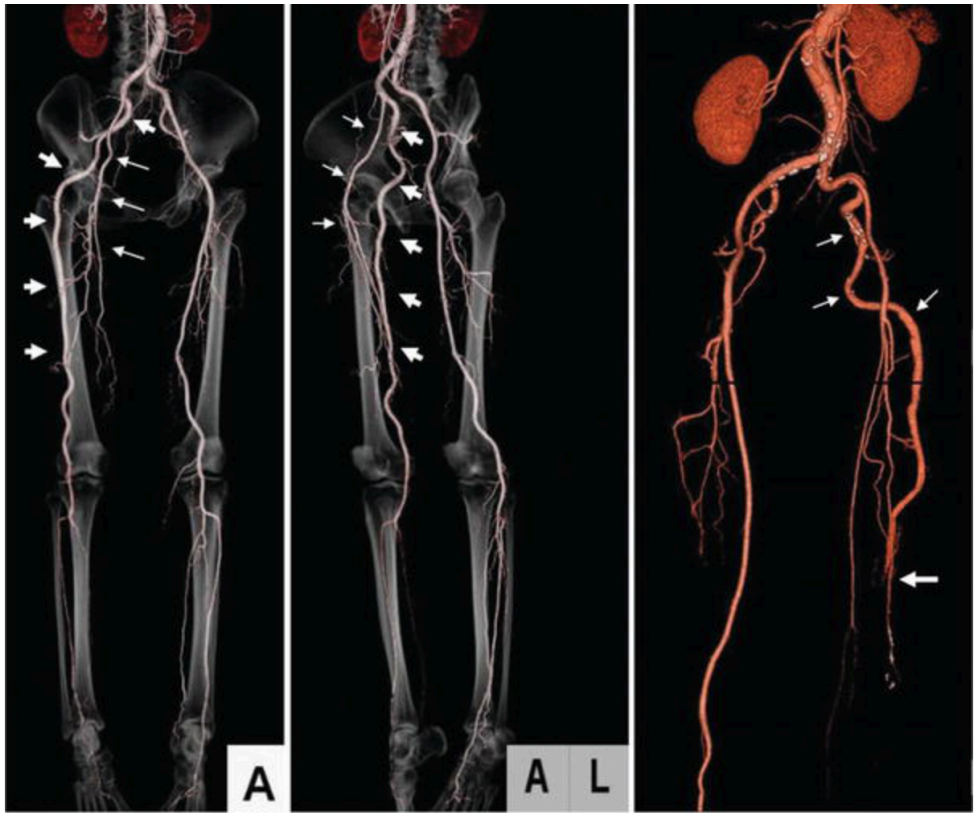
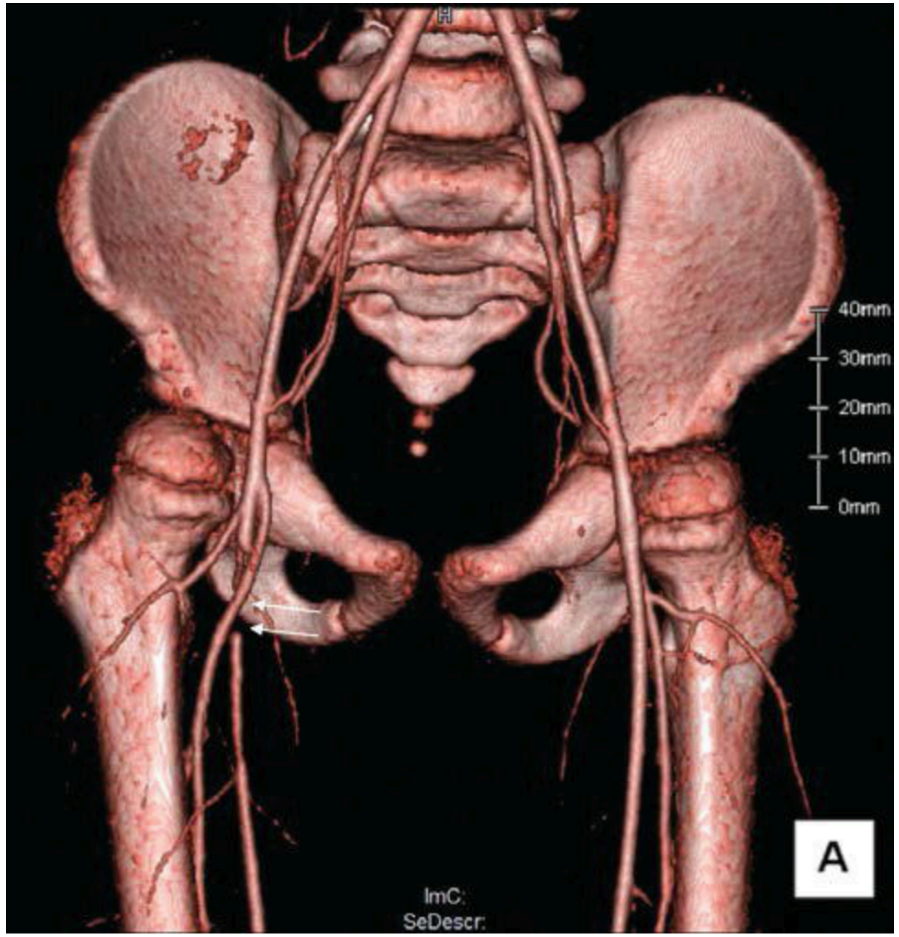


Figure 13.
Persistent sciatic artery. (A, B) A 64-year-old male. Enhanced CT incidentally found persistent sciatic artery (large arrows) in the right. The right external iliac artery connects with the hypoplastic superficial femoral artery (small arrows). (C) A 60-year-old female presenting acute limb ischemia. The left external iliac artery connects with the hypoplastic superficial femoral artery whereas the persistent sciatic artery through the left internal iliac artery is the dominant blood supply (small arrows). The distal part of the sciatic artery is occluded due to thromboembolism (large arrow).

NAPAD do chấn thương/ tổn thương cơ học

1. Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình hoặc chấn thương có thể gây thiếu máu cục bộ chi dưới vì gây lóc thành mạch hoặc tắc mạch do huyết khối.
2. Thông tim ở trẻ em, đặt catheter ECMO qua đường ĐM đùi có thể gây tắc ĐM chậu- đùi hoặc hẹp do sự hình thành huyết khối hoặc dày thành nội mạc.



Một cậu bé 4 tuổi lạnh bàn chân bên phải sau khi thông tim.
MSCT: tắc một đoạn mạch ngắn do huyết khối tại vị trí chọc mạch ở đoạn gần ĐM đùi nông bên phải (Mũi tên)

Kết luận

1. Ngoài do xơ vữa, bệnh ĐM chi dưới còn có các nguyên nhân không phải là xơ vữa gây ra.
2. NAPAD cần được chú ý ở những đối tượng bệnh nhân trẻ tuổi, những bệnh nhân có ít yếu tố nguy cơ xơ vữa, có những bệnh cảnh phối hợp đặc biệt.
3. Phân biệt NAPAD và APAD là thử thách giúp các thầy thuốc nâng cao kiến thức, tiếp cận toàn diện và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh.

Trân trọng cảm ơn đã chú ý lắng nghe