

Bệnh mạch máu ngoại vi

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

NGHỆ THUẬT

- ATHEROSCLEROSIS
- UNG THƯ TRONG NỘI TIẾT - thuyên tắc, huyết khối, bóc tách, bệnh nang ngoại,
dbrodysplasia động mạch, khối u động mạch,
chứng phình động mạch chi bị tắc
- VIÊM LỘ TUYẾN — Viêm động mạch Takayasu, thái dương
viêm động mạch, viêm tắc nghẽn mạch máu
- VASOSPASM
- THUỐC — ergot
- FIBROSIS — u xơ nội mạc tử cung, u xơ do bức xạ, u xơ sau phúc mạc
- TỖN THƯƠNG
VENOUS — DVT, viêm tắc tĩnh mạch, tĩnh mạch
tắc nghẽn
NEUROPATHIC — hẹp ống sống, ngoại vi
bệnh thần kinh
KHÁC — viêm khớp (hông, đầu gối), khoang
hội chứng, u nang Baker có triệu chứng

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — đau, khó chịu hoặc mệt mỏi xảy ra ở cơ chân khi tập thể dục và cải thiện khi nghỉ ngơi (thiếu máu cục bộ ngắt quãng là không nhạy cảm với bệnh mạch máu ngoại vi), tuổi tác, khoảng cách đi bộ tối đa, vết thương không lành, chấn thương, các yếu tố nguy cơ DVT, tiền sử bệnh trong quá khứ (CAD, HF, AF, đột quỵ, TIA, bệnh thận, tăng huyết áp, cholesterol), thuốc

VẬT LÝ — kiểm tra mạch toàn diện của chi dưới

- ANKLE BRACHIAL INDEX (ABI) —cực kỳ cao phép đo $> 1,40$ kết hợp với bình nung không nén được (và không đáng tin cậy), $1,00-1,40$ bình thường, $0,91-0,99$ đường viền và $\leq 0,90$ bất thường. Nếu $\leq 0,90$ thu hẹp đáng kể của một hoặc nhiều mạch máu ở chân hiện tại, $<0,8$ khoảng không liên tục, $<0,4$ khi nghỉ ngơi, thiếu máu cục bộ $<0,25$ chỉ nguy kịch. ABI ↓ bằng 20% sau bài tập là chẩn đoán bệnh mạch máu ngoại vi, trong khi ABI bình thường sau bài tập giúp loại bỏ chẩn đoán
- THỬ NGHIỆM BUERGER — nâng cao chân lên 90° với bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa. Kiểm tra sự trở lại của cao su như

các chân được hạ thấp. Bất thường nếu góc lưu thông $<0^\circ$ tức là chân bên dưới bằng)

- DE WEESE TEST — biến mất trước đây

có thể sờ thấy xung xa sau khi đi bộ hoặc tập thể dục

KIỂM TRA HIỆU QUẢ VENOUS—

tiền gửi hemosiderin, phù rỗ, viêm da,

viêm mô tế bào, loét (với mô hạt nổi rõ

trên malleolus trung gian), siêu tĩnh mạch

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GCONT'DF ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GCONT'DF

tài sản thể chấp (DVT), giãn tĩnh mạch (sờ thấy đau hoặc cứng có thể gợi ý viêm tắc tĩnh mạch), xét nghiệm Trendelenburg (giúp xác định

liệu reeux tĩnh mạch có liên quan đến siêu xã hội không

hoặc hệ thống tĩnh mạch sâu. Xảy ra một sự sụp đổ

tĩnh mạch superficial ngay bên dưới vị trí bị nghi ngờ

reeux từ sâu đến siêu hệ thống. Với

bệnh nhân đứng, quan sát màu đỏ của tĩnh mạch. Nhanh

đỏ da mặc dù tắc cho thấy không đủ năng lực

van trong hệ thống tĩnh mạch sâu, trong khi chậm

đỏ da với tắc nghẽn và đỏ da nhanh chóng sau khi

sự tắc nghẽn được loại bỏ cho thấy sự không đủ năng lực của

van trong hệ thống tĩnh mạch siêu xã)

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, glucose lúc đói, bảng lipid, HbA1C
- ANKLE BRACHIAL INDEX — có hoặc không có thể dục
- DUPLEX ULTRASOUND
- Điện tâm đồ

ĐẶC BIỆT

- Chụp mạch CT / MR
- ANGIOGRAPHY

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

CÁCH TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN — ABI <0,90 không phù hợp để chẩn đoán bệnh động mạch ngoại biên vì nó gợi ý hẹp > 50% bệnh lý động mạch ngoại vi mạch (cảm giác 90%, thông số kỹ thuật 98%). Bệnh nhân với bệnh mạch lớn (động mạch chủ xa hoặc động mạch chậu) chỉ có thể có ABI bất thường sau khi tập thể dục.

Những bệnh nhân có mạch không nén được (theo đề xuất của ABI > 1,30–1,40) nên làm chỉ số đo ngón chân. Thực hiện song công US hoặc CT / MR

chụp mạch nếu chẩn đoán không chắc chắn hoặc nếu đang xem xét tái thông mạch. Máy chụp mạch kỹ thuật số vẫn là vàng

Tiêu chuẩn; không thực hiện xâm lấn hoặc không xâm lấn

đánh giá giải phẫu cho những bệnh nhân không có triệu chứng

SỰ QUẢN LÝ

GIẢM RỦI RO ★ ABCDEFG ★

- NHƯ MỘT
- KIỂM SOÁT ÁP LỰC MÁU (xem HYPERTENSION P. 70)
- ĐIỀU KHIỂN CHOLESTEROL (xem DYSLIPIDEMIA tr. 75)
- KIỂM SOÁT DIABETIC (xem DIABETES tr. 365)
- BÀI TẬP (30–45 phút ở cường độ vừa phải
bài tập 3–4 × / tuần)
- GIẢM BÉO CHẤT BÉO (xem VẤN ĐỀ VỀ SỰ CỐ GẮNG trang 449)
- HÃY ĐI ĐẾN QUIT HÚT HÚT! (xem HÚT THUỐC
VẤN ĐỀ p. 490)

QUẢN LÝ GCONT'DF

Y TẾ — kháng tiểu cầu (ASA 75–325 mg PO

hàng ngày, clopidogrel 75 mg PO mỗi ngày), cường độ cao

statin (atorvastatin 80 mg uống mỗi ngày, rosuvastatin 40 mg uống mỗi ngày). Cân nhắc cilostazol 100 mg

PO BID cho điều khoản giới hạn tuổi thọ (trong

không có suy tim). Chống đông máu không

được đề nghị cho bệnh mạch máu ngoại vi

trừ khi có một chỉ định lâm sàng khác cho

sử dụng (ví dụ: rung tâm nhĩ); tác dụng của thuốc chống đông máu ở những bệnh nhân cần ghép bắc cầu cho

bệnh mạch máu ngoại vi không chắc chắn

SURGICAL — tái thông mạch (phẫu thuật hoặc

Nong mạch vành)

CÁC VẤN ĐỀ ĐIỀU TRỊ

TÁI TẠO - chỉ định cho bệnh nhân

với những hạn chế chức năng đáng kể (lối sống hoặc

việc làm) mặc dù lối sống tối đa và điều trị y tế. Không tối ưu cho bệnh nhân <40 bị tắc nghẽn xơ vữa động mạch, với các triệu chứng không tàn phế,

bệnh tiểu đường, các yếu tố nguy cơ mạch vành đáng kể, hoặc các yếu tố khác

các bệnh liên quan đến tỷ lệ tử vong cao

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

GIA ĐÌNH BỆNH VASCULAR — CAD, CVD, PVD,

AAA, hẹp động mạch thận, mạc treo mãn tính

thiếu máu cục bộ

ANEU AORTIC ABDOMINAL

RYSM—

Lực lượng Đặc nhiệm Dịch vụ Phòng ngừa Hoa Kỳ khuyến nghị

sàng lọc một lần với bụng US cho nam giới

65–75 người đã hút 100 điều thuốc lá trở lên ở

cuộc đời của họ. Việc sửa chữa gây tranh cãi trong khoảng 4–5 cm

[1,6–2 in.]; > 5 cm [> 2 in.] Bảo đảm can thiệp phẫu thuật (nguy cơ vỡ tự phát là 22% / năm).

Theo dõi tổn thương ≤ 5 cm [≤ 2 in.] Bằng siêu âm thường xuyên (6 tháng một lần nếu tổn thương 4 cm [1.6 in.], Hơn

thường xuyên cho các tổn thương lớn hơn). Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật là

4–6% đối với sửa chữa tự chọn, 19% đối với sửa chữa khẩn cấp, và

50% cho việc sửa chữa túi phình bị vỡ. Không lái xe nếu

AAA > 6 cm [2,4 inch] ở nam, > 5,5 cm [2,2 inch]

ở phụ nữ