**BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU LỚN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Biến chứng mạch máu lớn, hậu quả của quá trình xơ vũa các mạch máu lớn lớn và vừa, chiếm tới 80 % các nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ).

Biến chứng mạch máu lớn bao gồm: bệnh mạch vành, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại vi. Điều trị các biến chứng tim mạch nói chung và mạch máu lớn tuỳ vào vị trí tổn thương. Tuy nhiên, các biến chứng mạch máu lớn cần có nguyên tắc điều trị chung như điều trị biến chứng tim mạch là điều trị các yếu tố nguy cơ bao gồm: tăng đường huyết (ĐH), tăng huyết ap, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì.

**2. BỆNH MẠCH MÁU LỚN**

**2.1. Bệnh Mạch Vành:**

**2.1.1. Đại Cương:**

Tổn thương ĐM vành ở bệnh nhân ĐTĐ có thể gặp ở tuổi trẻ hơn, nặng hơn và có những biểu hiện lâm sàng không điển hình. Nhồi máu cơ tim thường có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao hơn so với người không bị ĐTĐ.

**2.1.2. Đặc Điểm:**

- Bệnh mạch vành ở BN ĐTĐ thường không rầm rộ, biểu hiện lâm sàng nghèo nàn. Do biến chứng thần kinh tự động nên phần lớn BN không có cơn đau thắt ngực, ngay cả khi nhồi máu cơ tim cấp (nhồi máu cơ tim yên lặng).

- Tổn thương mạch vành thường ảnh hưởng đến nhiều nhánh và hay gặp ở các nhánh có kích thước trung bình.

**2.1.3. Chẩn Đoán:**

Xem thêm bài Thiếu máu cơ tim

**2.1.4. Nguyên Tắc Điều Trị:**

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Những BN đã có bệnh tim mạch, nên xem xét chỉ định thuốc ức chế men chuyển, aspirin và statin (nếu không có chống chỉ định) để giảm nguy cơ bị các biến cố tim mạch.

- Nếu BN có nhồi máu cơ tim trước đó, nên duy trì thuốc chẹn p ít nhất 2 năm sau biến cố.

- Tránh dùng thiazolidinedione khi bệnh nhân bị suy tim có triệu chứng.

- Có thể sử dụng metformin ở những BN suy tim ổn định nếu chức năng thận bình thường nhưng tránh dùng khi bệnh không ổn định hoặc khi BN phải nhập viện.

- Xem thêm bài “ Thiếu máu cơ tim”

**2.1.5. Tầm Soát:**

- Do bệnh cảnh ít rầm rộ nên cần tầm soát bệnh hàng năm bằng ECG 12 chuyển đạo.

- Nếu ECG bất thường, nghi ngờ có thiếu máu cơ tim → làm ECG gắng sức hoặc siêu âm tim gắng sức bằng thuốc hoặc đạp xe. Nếu ECG bình thường, kiểm tra định kỳ mỗi năm.

- Các xét nghiệm xâm lấn như chụp mạch máu xoá nền hoặc CT scan 64 lát chỉ được chỉ định ở những bệnh nhân có triệu chứng tim đặc hiệu hay không đặc hiệu hoặc bệnh nhân có ECG khi nghỉ bất thường.

- Không khuyến cáo tầm soát bệnh tim mạch thường quy ở những bệnh nhân không có triệu chứng vì không cải thiện được kết cục một khi đã điều trị các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch.

**2.2. Bệnh Mạch Máu Não2.2.1. Đại Cương:**

Bệnh ĐTĐ làm tăng tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong, và thường có di chứng nặng nề khi bị đột quỵ

**2.2.2. Các Đặc Điểm Đặc Biệt:**

- Do tổn thương các mạch máu kích thước nhỏ nên BN ĐTĐ thường bị dạng nhồi máu não lỗ khuyết nhiều hơn so với BN không ĐTĐ.

- Bệnh cảnh khá thay đổi từ lơ mơ, chậm tiếp xúc đến hôn mê, co giật, yếu nhẹ hoặc liệt → người, Babinski (±), liệt các dây sọ...

**2.2.3. Chẩn Đoán Và Điều Trị:**

- Xem thêm bài “ Đột quỵ”

**2.3. Bệnh Động Mạch Ngoại Biên:2.3.1. Đại Cương:**

- ĐTĐ và hút thuốc lá là hai nguyên nhân chính của bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB). Ở BN ĐTĐ tỷ lệ bệnh gia tăng theo tuổi, thời gian bị ĐTĐ và sự xuất hiện của bệnh thần kinh ngoại vi.

**2.3.2. Triệu Chứng:**

**2.3.2.1. Triệu Chứng Lâm Sàng:**

- Đau cách hồi: cảm giác đau vùng bắp chân khi đi lại, giảm khi ngừng đi mà không cần phải ngồi nghỉ. Tình trạng đau cách hồi tuỳ vào sự thiếu máu của khối cơ. Nều tắc mạch cao (ví dụ như động mạch chậu) BN sẽ than đau cách hồi vùng mông và đùi trên, đôi khi kèm bất lực. Khối cơ bàn chân nhỏ nên BN hầu như không có triệu chứng đau cách hồi ở bàn chân.

- Tuy nhiên, phần lớn BN ĐTĐ mặc dù có BĐMNB nặng nhưng không có triệu chứng đau cách hồi do mất cảm giác đau vì tổn thương thần kinh ngoại biên. Vì vậy cần khám định kỳ bàn chân BN, đặc biệt là bắt mạch mu chân để phát hiện sớm bệnh.

- Đau khi nghỉ và đau về đêm: là tình trạng nặng của BĐMNB. Đau tăng về đêm, giảm khi BN để thõng chân, do đó BN thường ngồi ngủ trên ghế và chân hay bị phù do ngồi lâu. Cơn đau do thiếu máu kịch phát về đêm thường xảy ra trước đau khi nghỉ, BN thường phải đứng lên, thả lỏng bàn chân trên mép giường hoặc đi bộ vài bước để giảm đau.

- Trường hợp tắc mạch nặng có thể gây hoại tử khô các ngón chân.

**Khám:**

Mạch mu chân, mạch chày sau mất hoặc giảm. Rụng lông ở mặt mu các ngón chân, da khô lạnh, thiểu dưỡng móng.

- Chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI: Ankle - Brachial Index): < 0.9. Triệu chứng đau cách hồi thường xảy ra khi ABI < 0.75

**2.3.1.2. Triệu Chứng Cận Lâm Sàng:**

- Siêu âm Doppler mạch máu chân: giúp chẩn đoán BĐMNB

- Chụp mạch máu xoá nền hoặc CT 64 lát: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BĐMNB, tuy nhiên vì là một thủ thuật xâm lấn, chí phí cao nên chỉ thực hiện khi nghi ngờ tắc hẹp nặng cần can thiệp mạch máu (phẫu thuật bắc cầu hoặc nong - đặt stent mạch máu)

**2.3.2. Điều Trị:**

- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, kiểm soát ĐH đạt mục tiêu, rối loạn lipid máu, giảm cân nếu có béo phì, ngưng hút thuốc lá

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspirin 75 - 162 mg/ ngày. Nếu BN có dị ứng hoặc chống chỉ định với aspirin, có thể thay bằng Clopidogrel 75 mg/ ngày.

- Các thuốc điều trị đau cách hồi:

- Cilostazol (Pletaal) 100 mg, 2 lần mỗi ngày

- Hoặc Pentoxifynine (Praxilene) 100 mg, 3 lần mỗi ngày

- Phẫu thuật bắc cầu, nong hoặc đặt stent, phẫu thuật lấy mảng xơ vữa trong trường hợp tắc động mạch nặng.

**2.3.3. Tầm Soát:**

Do phần lớn BN ĐTĐ bị BĐMNB không có triệu chứng vì thần kinh ngoại biên đã bị tổn thương nên việc tầm soát định kỳ để phát hiện bệnh sớm là rất quan trọng.

- Khám chân, bắt mạch mu chân, mạch chày sau hai bên mỗi lần thăm khám

- Đo chỉ số cổ chân cánh tay bằng máy siêu âm cầm tay ở những BN ĐTĐ > 50 tuổi. và có thể cân nhắc đo ở những BN < 50 tuổi nếu có những yếu tố nguy cơ khác của BĐMNB (như hút thuốc lá, tăng huyết áp, Rối loạn lipid máu, thời gian bị ĐTĐ > 10 năm)

**3. KIỂM SOÁT CÁC YÉU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH TIM MẠCH**

**3.1. Tăng Huyết Áp (THA)**

**3.1.1. Chẩn Đoán**

THA được chẩn đoán khi huyết áp (HA) > 140 / 90 mmHg ở hai lần đo khác nhau

**3.1.2. Mục Tiêu:**

- HA tâm thu < 140 mmHg

- HA tâm thu < 130 mmHg có thể thích hợp cho những BN trẻ hơn

- HA tâm trương < 80 mmHg

**3.1.3. Nguyên Tắc Điều Trị**

- Nếu HA > 120/ 80 mmHg: thay đổi lối sống để giảm HA, bao gồm giảm cân nếu quá cân, ăn lạt, chế độ ăn nhiều kali, giảm rượu bia, tăng hoạt động thể lực

- Nếu HA > 140/ 80 mmHg → điều trị bằng thuốc kết hợp thay đổi lối sống

- Thuốc HA chỉ định cho BN ĐTĐ có THA bao gồm hoặc nhóm ức chế men chuyển (UCMC) hoặc nhóm chẹn thụ thể angiotensin II. Để kiểm soát được HA, đôi khi BN cần sử dụng đến hơn hai nhóm thuốc ở liều tối đa.

- Nếu HA chưa đạt mục tiêu: kết hợp lợi tiểu thiazide khi độ lọc cầu thận (GFR) > 30 ml/ phút hoặc lợi tiểu furosemide nếu GFR < 30 ml/ phnt. Có thể kết hợp với nhóm ức chế kênh canxi hoặc ức chế beta .

- Nên theo dõi creatinin huyết thanh, độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) và kali huyết thanh nếu sử dụng thuốc UCMC, chẹn thụ thể angiotensin II hoặc lợi tiểu

- Phụ nữ có thai bị ĐTĐ và THA: nên duy trì HA trong khoảng 110 -129/ 65 - 79 mmHg. Chống chỉ định dùng thuốc UCMC và chẹn thụ thể angiotensin II ở phụ nữ có thai.

**3.1.4. Tầm Soát**

- Đo HA vào mỗi lần thăm khám. Nếu HA tăng phải khẳng định lại vào một ngày khác.

- HA nên đo cho BN ở tư thế ngồi, chân đặt trên sàn nhà, tay đo để ngang mức tim và sau khi nghỉ 5 phút.

**3.2. Rối Loạn Lipid Máu3.2.1. Tầm Soát**

- Tất cả BN ĐTĐ trong tuổi trưởng thành nên được kiểm tra lipid máu hàng năm.

- Nếu BN có các giá trị lipid máu ở nguy cơ thấp (LDL cholesterol < 100 mg/dL, HDL cholesterol > 50 mg/ dL; và TG < 150 mg/ dL), có thể lập lại xét nghiệm mỗi 2 năm

**3.2.2. Mục Tiêu**

- LDL - cholesterol < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) ở những BN không có bệnh tim mạch

- LDL - cholesterol < 70 mg/dL (1.8 mmol/L) ở những BN đã được chẩn đoán có bệnh tim mạch

- Trigliceride (TG) < 150 mg/dL (1.7 mmol/L), HDL- cholesterol > 40 mg/ dL (1.0 mol/L) ở nam và > 50 mg/ dL (1.3 mmol/L) ở nữ. Tuy nhiên điều trị bằng statin với mục tiêu là LDL - cholesterol vẫn còn là chiến lược ưu tiên.

- Điều trị đầu tiên bao gồm thay đổi lối sống với giảm ăn mỡ bão hoà, trans fat, và cholesterol, tăng lượng axit béo n-3, chất xơ, giảm cân (nếu quá cân, béo phì), tăng hoạt động thể lực

- Điều trị statin kết hợp thay đổi lối sống bất kể giá trị LDL - cholesterol khi:

- BN có bệnh tim mạch đã được chẩn đoán

- BN không có bệnh tim mạch nhưng > 40 tuổi và có 1 hay nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khác (tiền căn gia đình có bệnh tim mạch, tăng HA, hút thuốc lá, tiểu albumin)

- Nếu BN có nguy cơ tim mạch thấp (< 40 tuổi, không có bệnh tim mạch), chỉ định statin khi điều trị rối loạn lipid máu không đạt mục tiêu bằng thay đổi lối sống. Nếu vẫn không đạt mục tiêu với liều statin dung nạp tối đa thì giảm LDL cholesterol 30-40% giá trị ban đầu cũng có thể chấp nhận.

- Chống chỉ định statin ở phụ nữ có thai.

- Tăng TG nên điều trị bằng thay đổi lối sống và tiết chế. Nếu tăng TG nặng (> 1.000 mg/ dL) có thể điều trị thuốc ngay với fibrate, niacin hoặc dầu cá.

- Nếu HDL cholesterol < 40 mg/ dL và LDL cholesterol từ 100 - 129 mg/ dL, có thể chỉ định fibrate hoặc niacin, đặc biệt ở những BN không dung nạp với statin.

- Xem thêm bài “ Rối loạn lipid máu”

**3.3. Thuốc Lá**

- Khuyên BN ĐTĐ nên bỏ thuốc lá

- Một số BN tăng cân sau khi ngưng hút thuốc lá, tuy nhiên việc tăng cân không làm giảm lợi ích trên tim mạch từ sự ngưng thuốc lá.

**3.4. Thuốc Chống Kết Tập Tiểu Cầu**

- Phòng ngừa tiên phát bằng aspirin 75 - 162 mg/ ngày ở những BN ĐTĐ có tăng nguy cơ tim mạch (nguy cơ 10 năm > 10%) bao gồm nam > 50 tuổi, hoặc nữ > 60 tuổi có thêm ít nhất một yếu tố nguy cơ: tiền căn gia đình có bệnh tim mạch, tăng HA, hút thuốc lá, tiểu albumin.

Không khuyến cáo aspirin như phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch cho những BN có nguy cơ thấp (nguy cơ 10 năm < 5%), bao gồm: nam < 50 tuổi và nữ < 60 tuổi không có yếu tố nguy cơ tim mạch. Nếu nhóm tuổi này có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (nguy cơ 10 năm: 5 - 10%), cân nhắc theo lâm sàng.

- Phòng ngừa thứ phát bằng aspirin 75 - 162mg/ ngày ở những BN đã có bệnh tim mạch. Nếu BN dị ứng hoặc có chống chỉ định với aspirin, có thể thay thế bằng Clopidogrel 75 mg/ ngày

- Chỉ định kết hợp hai thuốc (aspirtin và clopidogrel) trong vòng 1 năm ở những BN sau hội chứng mạch vành cấp