

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRUNG HẠN SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Nguyệt Minh, Cao Thị Hồng Yến*, Vũ Đăng Lưu*,
Nguyễn Xuân Hiền*, Phạm Minh Thông**

SUMMARY

Objectives: The aim of this work was to evaluate the outcomes after the endovascular interventions for chronic venous insufficiency of the lower limbs.

Methods: This study was conducted on 60 patients diagnosed with chronic venous insufficiency of the lower limbs at the Radiology Center, Bach Mai Hospital, 2018 – 2019. Convenience sampling technique was used for this study.

Results: Endovenous laser ablation was indicated for 40 patients and endovenous radiofrequency (RF) ablation was for 20 patients, showing all patients were removed from the reflux line. For the patients with laser ablation, the mean Venous Clinical Severity Score (VCSS) were $3,67 \pm 3,58$ (0-11) before the treatment; $1,22 \pm 2,03$ (0-6) at 1 month; and $0,41 \pm 1,01$ (0-4) at 12 months. For the patients with RF ablation, the mean VCSS were $3,62 \pm 3,45$ (0-10) before the treatment; $0,15 \pm 0,55$ (0-2) at 1 month; and $0,08 \pm 0,28$ (0-1) at 12 months. 18 cases were recorded the complications after the intervention (30.00%), including dark skin, and paresthesia. 2 cases had the positions with varicose veins after 12 months (3.33%). There were no significant differences in the efficacy and complications amongst endovenous laser ablation and endovenous radiofrequency ablation ($p > 0.05$).

Conclusions: *Endovascular intervention is minimally invasive safe effective method that improves long-term better symptoms.*

* Trung tâm điện quang
Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính (STMMT) là bệnh lý tiến triển chậm gây ra do sự suy giảm từ từ chức năng của van trong lòng các tĩnh mạch ở chi dưới, kèm theo sự giảm trương lực thành mạch dẫn tới giãn rộng không hồi phục các tĩnh mạch nông dưới da, gây ra tình trạng thoát dịch vào khoảng gian bào ngoài mạch máu, tạo nên phổ biểu hiện lâm sàng đa dạng từ không triệu chứng đến mỗi chân, tê bì, các mạch máu nhỏ giãn đến các mạch máu giãn lớn ngoằn ngoèo, phù nặng chân, gây rối loạn cảm giác, ngứa hoặc chàm cẳng chân, loét... khiến bệnh dễ nhầm lẫn với các bệnh lý với nhiều bệnh lý nội khoa khác như da liễu, thận, tim... Do đó bệnh thường bị che lấp hoặc bị bỏ qua cho đến khi muộn, ảnh hưởng đến khả năng đi lại, sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống. Điều trị suy tĩnh mạch bao gồm điều trị nội khoa bảo tồn và can thiệp phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp điều trị suy tĩnh mạch không chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng và giai đoạn bệnh mà còn bản thân người bệnh. Các hiệp hội về tĩnh mạch trên thế giới đã thay đổi ưu tiên lựa chọn phương pháp can thiệp nội mạch hơn phẫu thuật với các trường hợp suy tĩnh mạch mạn tính từ giai đoạn 2 (theo CEAP) trở lên (bằng chứng y học phân loại 1B). Ở Việt Nam, các trung tâm tim mạch lớn đều đã bắt đầu triển khai can thiệp nội mạch thay thế phẫu thuật thất cao và lột bỏ tĩnh mạch để điều trị cho bệnh nhân suy tĩnh mạch mạn tính có triệu chứng, trong đó phải kể đến trung tâm điện quang của bệnh viện (BV) Bạch Mai. Cho đến nay chỉ mới có một số báo cáo về hiệu quả điều trị về phương pháp này tại Việt Nam với các bước sóng thấp. Do vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả theo dõi 12 tháng sau điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

BN có chẩn đoán STMMT chi dưới; được chỉ định và điều trị bằng phương pháp đốt nội mạch bằng laser bước sóng 1470nm.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán STMMT chi dưới với các tiêu chuẩn sau:

- o Về lâm sàng: có các triệu chứng của STMMT như đau, tức nặng chân, tê chân, chuột rút,...BN bị STM theo phân loại lâm sàng CEAP từ C2 đến C6 và đã được điều trị bằng phương pháp mang tất áp lực y khoa độ II ít nhất 1 tháng.

- o Về siêu âm Doppler mạch có thời gian dòng trào ngược tại thân TM hiển > 500ms.

- o Vị trí TM bị suy: TM hiển lớn và/hoặc hiển bé.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chống chỉ định tuyệt đối: Bệnh nhân không có khả năng đi lại; có thai; Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, với tuần hoàn bàng hệ nghèo nàn; Dị dạng động tĩnh mạch.

- Chống chỉ định tương đối: Suy tĩnh mạch sâu chi dưới; tĩnh mạch bị suy ở quá nông trên da (dưới 2 mm tính từ mặt da); kích thước tĩnh mạch quá nhỏ (dưới 3 mm); bệnh nhân có dị ứng với lidocain.

2. Cỡ mẫu: Tổng cộng 60 BN được bao gồm trong nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng.

3. Địa điểm và thời gian: Từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 8 năm 2019 tại Phòng siêu âm can thiệp Trung tâm điện quang, BV Bạch Mai.

4. Phương pháp: Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất.

Các thông tin lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, phân loại lâm sàng CEAP, đánh giá thang điểm VCSS về mức độ nặng của bệnh.

Các thông tin cận lâm sàng: Siêu âm Doppler mạch máu.

5. Quy trình: Việc can thiệp được tiến hành bởi ít nhất 2 bác sỹ chẩn đoán hình ảnh; trong đó có 1 bác sỹ đã có kinh nghiệm can thiệp mạch > 3 năm, và 1 điều dưỡng của phòng can thiệp. Quá trình can thiệp được thực hiện theo quy trình đã được thông qua hội đồng khoa học BV. Sau can thiệp, bệnh nhân được đi tất áp lực, hướng dẫn cách chăm sóc và đi tất tại nhà, xuất viện sau can thiệp 2 giờ. Tái khám để đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

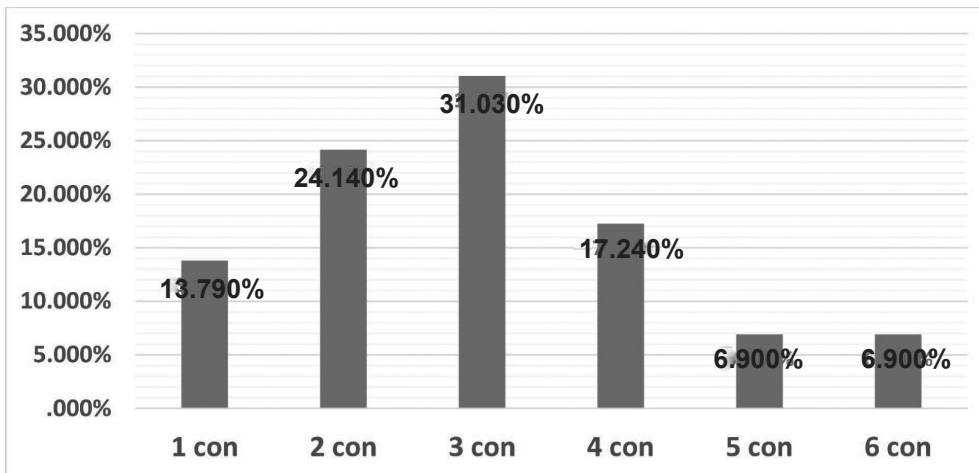
6. Phân tích số liệu: Số liệu được đưa vào bằng phần mềm Epidata 3.1; được xử lí và phân tích bằng phần mềm Stata 13.1.

7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa Chẩn đoán hình ảnh, BV Bạch Mai và được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. BN đồng ý và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

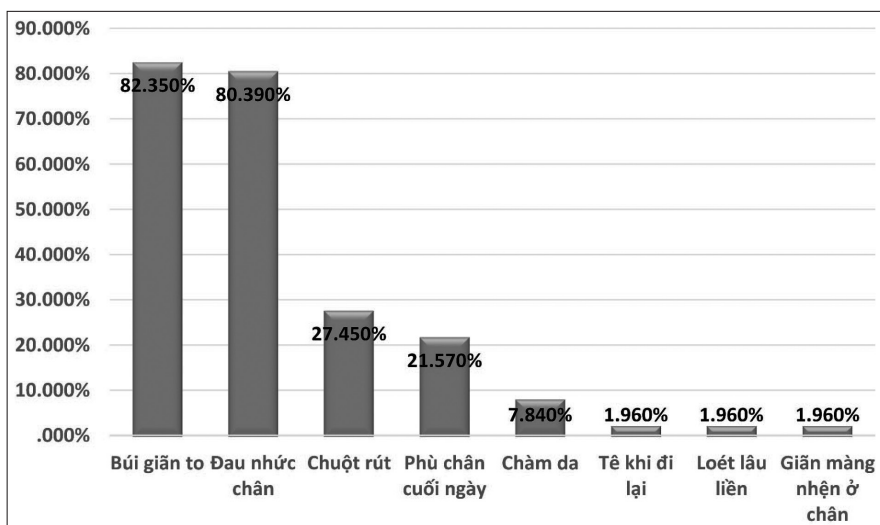
III. KẾT QUẢ

Phần lớn BN bị STMMT chỉ dưới ngoài 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 76,47%. Trên 65% BN bị STMMT là nữ giới, tương ứng với 39 trường hợp. BN làm nghề nông bị STMMT chiếm tỷ lệ cao nhất (41,18%). Tiếp đến là các nhóm nghề khác (bao gồm những nghề thường xuyên đi lại nhiều trên 8 tiếng/ngày) (35,29%). Trong số 60 BN bị STMMT, tỷ lệ BN có người trong gia đình bị STMMT là 17,65%. Trong đó, có 3 trường hợp báo cáo mẹ đẻ bị STMMT, 2 trường hợp là bà nội/bà ngoại và số còn lại báo cáo có chị gái bị STMMT.



Biểu đồ 1. Số lần sinh con của nhóm BN nữ (n=39)

Tất cả 39 BN nữ bị STMMT đều đã có con. Những BN nữ bị STMMT thường có từ 2 đến 4 con (72,41%), tiếp là nhóm có 1 con (13,79%), và từ 5 đến 6 người con (13,08%) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng của BN (n=60)

Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất ở BN bị STMMT là búi giãn to (82,35%) và đau nhức chân (80,39%). Các triệu chứng thường gặp phổ biến sau đó là chuột rút (27,45%),

phù chân cuối ngày (21,57%) và chàm da (7,84%). Có 1 trường hợp gặp phải giãn màng nhện ở chân (1,67%), loét lâu liền (1,67%) và tê khi đi lại (1,67%) (Biểu đồ 2).

Bảng 1. Chiều dài TM được can thiệp, và thời gian đốt (n=60)

	TB ± ĐLC	Min	Max
Laser (n=40)			
Chiều dài TM được đốt bằng laser (mm)	46,65 ± 7,07	29	57,5
Đường kính tĩnh mạch (mm)	6,21 ± 1,51	3	11,3
Lượng thuốc gây tê (ml)	344,85 ± 98,98	175	570
RF (n=20)			
Chiều dài TM được đốt bằng laser (mm)	44,81 ± 12,56	25	55
Đường kính tĩnh mạch (mm)	6,06 ± 2,02	3,1	8,5
Lượng thuốc gây tê (ml)	364,15 ± 121,64	80	540

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất.

Ở nhóm can thiệp laser, chiều dài trung bình của TM được đốt bằng laser là 46,65 ± 7,07 (29-57,5) mm. Đường kính tĩnh mạch trung bình bằng 6,21 ± 1,51 (3-11,3) mm. Lượng thuốc tê trung bình được sử dụng là 344,85 ± 98,98 (175-570) ml. Ở nhóm can thiệp RF, chiều dài trung bình của TM được đốt bằng RF là 44,81

± 12,56 (25-55) mm. Đường kính tĩnh mạch trung bình bằng 6,06 ± 2,02 (3,1-8,5) mm. Lượng thuốc tê trung bình được sử dụng là 364,15 ± 121,64 (80-540) ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về chiều dài TM trung bình, đường kính tĩnh mạch và lượng thuốc gây tê giữa can thiệp laser và RF (p > 0,05) (Bảng 1).

Bảng 2. Sự thay đổi thang điểm VCSS sau điều trị (n=60)

VCSS	TB ± ĐLC	min	max
Laser			
Trước điều trị (điểm)	3,67 ± 3,58	0	11
Sau 1 tháng (điểm)	1,22 ± 2,03	0	6
Sau 12 tháng (điểm)	0,41 ± 1,01	0	4
<i>Giảm sau 12 tháng (điểm)</i>	<i>3,26 ± 3,39</i>		
RF			
Trước điều trị (điểm)	3,62 ± 3,45	0	10
Sau 1 tháng (điểm)	0,15 ± 0,55	0	2
Sau 12 tháng (điểm)	0,08 ± 0,28	0	1
<i>Giảm sau 12 tháng (điểm)</i>	<i>3,54 ± 3,33</i>		

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất.

Ở nhóm can thiệp bằng laser, điểm VCSS trung bình trước điều trị là 3,67 ± 3,58 (0-11). Sau điều trị 1

tháng và 12 tháng, điểm VCSS trung bình là 1,22 ± 2,03 (0-6). Và 0,41 ± 1,01 (0-4). Ở nhóm can thiệp bằng RF,

điểm VCSS trung bình trước điều trị là $3,62 \pm 3,45$ (0-10). Sau điều trị 1 tháng và 12 tháng, điểm VCSS trung bình lần lượt là $0,15 \pm 0,55$ (0-2) và $0,08 \pm 0,28$ (0-1). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VCSS giữa hai phương pháp trước điều trị, sau 1 tháng và sau 12 tháng ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng và tái phát sau can thiệp (n=60)

	Laser	RF	p
Biến chứng sau can thiệp			0,32*
Có	10 (58,33)	8 (41,67)	
Không	30 (71,43)	12 (28,57)	
Tái phát sau 12 tháng			<0,01*
Có	2 (100)	0 (0,00)	
Không	38 (65,79)	20 (34,21)	

*: Fisher Exact test.

Có 18 ca có biến chứng sau can thiệp, chiếm tỷ lệ 30,00%. Trong đó, 10 trường hợp có biến chứng sau can thiệp bằng laser (58,33%) và 8 trường hợp biến chứng sau can thiệp bằng RF (41,67%). Sự khác biệt về biến chứng sau can thiệp giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Có 2 trường hợp tái phát sau 12 tháng đều sau can thiệp bằng laser, được thể hiện bằng sự xuất hiện mới búi giãn ở chân, tuy nhiên không có trường hợp tái thông tĩnh mạch hiển ở cả hai nhóm. Sự khác biệt về tỷ lệ tái phát sau 12 tháng có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

STMMT là bệnh lý hay gặp ở nữ giới, với tỷ lệ nữ/nam khoảng 2/1, tương đương với các nghiên cứu khác [1]. Trong đó nhiều yếu tố nguy cơ hay gặp ở nữ giới như mang thai, đặc biệt tăng lên theo số lần có thai, hoặc những người làm công việc ngồi nhiều, đứng lâu như giáo viên, làm văn phòng), béo phì... Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ cao nhất là sinh 3 con,

tiếp đến là sinh 2 con và 4 con (Biểu đồ 1). Biểu hiện lâm sàng của bệnh khá đa dạng nhưng hay gặp nhất là các búi giãn lớn ở chân cùng với triệu chứng đau mỗi chân gây ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày cũng như chất lượng cuộc sống, cũng là lý do khiến người bệnh phải điều trị chiếm đến hơn 80%, một số lý do khác khiến bệnh nhân chú ý là chuột rút, phù, thay đổi sắc tố da, tuy nhiên những dấu hiệu này dễ gây nhầm lẫn với những bệnh lý khác như thiếu canxi máu, bệnh lý toàn thân suy chức năng thận, tim, tổn thương da tại chỗ như chàm, viêm da cơ địa... cho đến khi có các dấu hiệu điển hình của STMMT như búi giãn ở dưới da (giai đoạn 2 theo CEAP). Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá mức độ nặng VCSS, đây là thang điểm được hội tĩnh mạch Hoa Kỳ sử dụng và đưa vào bản thống nhất trên các diễn đàn của các bác sỹ tĩnh mạch toàn thế giới [2]. Bảng điểm này cho phép đánh giá một cách chi tiết mức độ nặng của các tĩnh mạch giãn và lượng hoá hậu quả của bệnh lên chân cũng như là cuộc sống của người bệnh: mức độ đau ảnh hưởng sinh hoạt, biến đổi sắc tố trên da cẳng chân, loét, mức độ đi tất nhiều hay ít... Mức độ giảm điểm VCSS trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được thông qua việc loại bỏ hoàn toàn các búi giãn của chân, giảm mức độ đau mỗi chân và loại bỏ được tình trạng cần đi tất trong sinh hoạt hàng ngày, giúp bệnh nhân hoà nhập cuộc sống bình thường (số điểm giảm trung bình là 3,26 và 3,54, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm can thiệp). Kết quả này cho thấy sự tương đồng về hiệu quả điều trị của hai phương pháp, cũng là kết quả gặp ở đa số các nghiên cứu so sánh các phương pháp can thiệp nội mạch [3].

Quá trình can thiệp nội mạch cần chú ý đường kính cũng như chiều dài đoạn tĩnh mạch hiển được đốt và lượng thuốc gây tê quanh mạch dùng trước khi đốt. Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về kích thước tĩnh mạch hiển điều trị (chiều dài cũng như đường kính) giữa 2 phương pháp đốt laser và RF đảm bảo sự lựa chọn ngẫu nhiên khi làm can thiệp. Trung bình đoạn tĩnh mạch hiển được đốt là 44,8mm (nhóm RF) và 46,8mm (nhóm đốt laser), tương tự như nghiên cứu của tác giả Wozniak và cộng sự là chiều dài lý tưởng trong điều trị can thiệp nội mạch [4], [5].

Các biến chứng sau khi can thiệp chủ yếu là đau, thâm da, dị cảm, không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. Biến chứng thâm da gặp ở cả 2 nhóm can thiệp, là hậu quả của quá trình lắng đọng sắc tố sau khi đốt bằng nhiệt., cũng là biến chứng hay gặp ở các nghiên cứu khác [4].

Tái thông tĩnh mạch hiển sau can thiệp: sau 12 tháng, không ghi nhận trường hợp nào tái thông lại đoạn tĩnh mạch hiển đã đốt, có 2 trường hợp mới xuất hiện tĩnh mạch giãn dưới da sau can thiệp 12 tháng, đây là 2 trường hợp bệnh nhân nữ, đều có tiền sử chấn thương chi dưới, công việc ngồi nhiều và đứng lâu, và không đi tất áp lực duy trì sau điều trị. Việc phòng tái phát sau điều trị ở những đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ đòi hỏi sự thay đổi công việc hoặc chế độ sinh hoạt. Trong nghiên cứu này đã có bệnh nhân đổi nghề, không tái phát các triệu chứng sau 24 tháng theo dõi, những bệnh nhân sau điều trị đã nghỉ hưu, có điều kiện thay đổi được chế độ sinh hoạt, nên duy trì được kết quả tốt. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao, lại trong độ tuổi lao động, tiên lượng tái phát sớm, do vậy cần nghiên cứu đánh giá thời gian dài ít nhất 5 năm để xác định tỷ lệ tái thông và tái phát, cũng như các yếu tố ảnh hưởng [6].



Ảnh minh họa

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp mới trong điều trị suy tĩnh mạch mạn tính tại Việt nam. Phương pháp này mang lại hiệu quả điều trị tốt, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh một cách lâu dài, và an toàn; không có trường hợp nào tái phát sau thời gian theo dõi 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kutas, B., et al., *Does the direction of tumescent solution delivery matter in endovenous laser ablation of the great saphenous vein?* Ther Adv Cardiovasc Dis, 2015. **9**(6): p. 397-402.
2. Gibson, K., et al., *American College of Phlebology Guidelines - Treatment of refluxing accessory saphenous veins.* Phlebology, 2016.
3. Sydnor, M., et al., *A randomized prospective long-term (>1 year) clinical trial comparing the efficacy and safety of radiofrequency ablation to 980 nm laser ablation of the great saphenous vein.* Phlebology, 2016.
4. Wozniak, W., R.K. Mlosek, and P. Ciostek, *Complications and Failure of Endovenous Laser Ablation and Radiofrequency Ablation Procedures in Patients With Lower Extremity Varicose Veins in a 5-Year Follow-Up.* Vasc Endovascular Surg, 2016. **50**(7): p. 475-483.
5. Shoab, S.S., D. Lowry, and A. Tiwari, *Effect of treated length in endovenous laser ablation of great saphenous vein on early outcomes.* J Vasc Surg Venous Lymphat Disord, 2016. **4**(4): p. 416-21.
6. Go, S.J., et al., *Study on the Long-Term Results of Endovenous Laser Ablation for Treating Varicose Veins.* Int J Angiol, 2016. **25**(2): p. 117-20.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu (NC) được tiến hành với mục tiêu đánh giá kết quả theo dõi 12 tháng sau điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

Phương pháp: NC được tiến hành trên 60 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai, 2018-2019. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng.

Kết quả: Phân tích trên 60 BN can thiệp nội mạch (40 chân đốt laser và 20 chân đốt sóng cao tần), cho thấy tỷ lệ loại bỏ dòng trào ngược trong tĩnh mạch hiển bị suy van là 100%. Đối với nhóm đốt bằng laser, điểm VCSS trung bình trước điều trị là $3,67 \pm 3,58$ (0-11); điểm VCSS trung bình là $1,22 \pm 2,03$ (0-6) sau điều trị 1 tháng; điểm VCSS bằng $0,41 \pm 1,01$ (0-4) sau 12 tháng. Đối với nhóm đốt bằng RF, điểm VCSS trung bình trước điều trị là $3,62 \pm 3,45$ (0-10); điểm VCSS trung bình là $0,15 \pm 0,55$ (0-2) sau điều trị 1 tháng; điểm VCSS bằng $0,08 \pm 0,28$ (0-1) sau 12 tháng. Có 18 ca có biến chứng sau can thiệp (30,00%), bao gồm thâm da, và dị cảm vùng đốt. Có 2 ca xuất hiện búi giãn mới sau 12 tháng (3,33%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa trong hiệu quả cũng như biến chứng sau đốt nội mạch bằng hai phương pháp laser và sóng cao tần.

Kết luận: Phương pháp can thiệp nội mạch điều trị suy tĩnh mạch mạn tính là phương pháp xâm lấn tối thiểu, an toàn, hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng cho người bệnh một cách lâu dài.

Người liên hệ: Lê Nguyệt Minh, Email: lnminh85@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019. Ngày chấp nhận đăng: 15.8.2019