

Đặc điểm hình ảnh suy tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm Doppler

Võ Tuấn Anh*, Nguyễn Ngọc Hoa Quỳnh, Nguyễn Thời Hải Nguyên, Lê Trung Đức Tài

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính đang ngày càng phổ biến trên toàn thế giới. Vị trí và sự phân bố của tĩnh mạch suy có liên quan với các đặc điểm lâm sàng và góp phần quyết định chiến lược điều trị.

Đối tượng-phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện tại khoa Ngoại lồng ngực - tim mạch bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 5/2023 đến 5/2024. Đối tượng nghiên cứu là các trường hợp siêu âm Doppler mạch máu chi dưới ghi nhận có suy tĩnh mạch. Các kiểu trào ngược của suy tĩnh mạch hiển lớn được phân loại thành 4 loại như sau: loại 1, trào ngược ở cả vùng mắt cá chân và chỗ nối hiển đùi; loại 2, trào ngược vùng mắt cá chân, chỗ nối hiển đùi bảo tồn; loại 3, trào ngược ở chỗ nối hiển đùi, vùng mắt cá chân bảo tồn; loại 4, trào ngược toàn bộ tĩnh mạch hiển lớn.

Kết quả: Có 130 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là 59 ± 11 , tỷ lệ nữ / nam = 2,2. Tỷ lệ suy tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé, tĩnh mạch sâu lần lượt là 91,0; 15,8 và 15,0%. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn C2 với 37,6%. Các vị trí trào ngược tĩnh mạch hiển lớn thường gặp nhất là giữa đùi, trên gối và dưới gối (>70%). 96,7% trường hợp có trào ngược ở giữa đùi và/hoặc dưới gối. Tỷ lệ các kiểu trào ngược 1, 2, 3, 4 của tĩnh mạch hiển lớn lần lượt là 34,2; 24,3; 23,7 và 17,8%. CEAP 4 có xuất độ cao nhất ở kiểu 3,4 và thấp nhất ở kiểu 1. Điểm VCSS ở kiểu 1, 2 nhỏ hơn có ý nghĩa so với kiểu 3, 4.

Kết luận: Suy tĩnh mạch hiển lớn thường gặp nhất ở bệnh nhân có suy tĩnh mạch. Trào ngược ở van tận cùng (kiểu 3 và 4) liên quan với mức độ lâm sàng nặng. Kiểm tra trào ngược ở vị trí giữa đùi và dưới gối có thể giúp tăng khả năng phát hiện suy tĩnh mạch hiển lớn.

Từ khóa: siêu âm Doppler, suy tĩnh mạch chi dưới, van tận cùng.

IMAGING CHARACTERISTICS OF LOWER LIMB VENOUS INSUFFICIENCY ON DOPPLER ULTRASONIC

ABSTRACT

Introduction: Chronic lower limb venous insufficiency is becoming common worldwide. The location and distribution of venous insufficiency correlates with clinical features and contributes to determining treatment strategy.

Methods: Descriptive cross-sectional study, performed at Dong Nai General Hospital from May 2023 to May 2024. The research subjects were cases of venous insufficiency diagnosed with Doppler ultrasound. The reflux patterns of great saphenous vein insufficiency are classified into 4 types as follows: type 1, reflux in both the ankle and saphenofemoral junction; type 2, ankle reflux, preserved saphenofemoral junction; type 3, reflux at the saphenofemoral junction, preserved ankle area; type 4, total great saphenous vein reflux.

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh

Email: dranhantuanvo@gmail.com - Tel: 0908520016

Ngày nhận bài: 07/10/2024 Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2024

Results: There were 130 patients participating in the study. Average age is 59 ± 11 years, female/male ratio = 2.2. The rate of great saphenous, lesser saphenous, and deep vein insufficiency is 91.0, 15.8 and 15.0%, respectively. The majority of patients are in stage C2 with 37.6%. The most common locations for great saphenous vein reflux are mid-thigh, above the knee and below the knee (>70%). 96.7% of cases have reflux in the middle of the thigh and/or below the knee. The rates of reflux types 1, 2, 3, and 4 of the great saphenous vein are 34.2; 24.3; 23.7 and 17.8%. CEAP 4 has the highest

incidence in types 3 and 4 and the lowest in type 1. VCSS scores in types 1 and 2 are significantly smaller than those in types 3 and 4.

Conclusion: Great saphenous vein insufficiency is most common in patients with venous insufficiency. Terminal valve regurgitation (types 3 and 4) is associated with clinical severity. Checking for reflux at the mid-thigh and below-the-knee locations may increase the likelihood of detecting great saphenous vein insufficiency.

Keywords: Doppler ultrasound, venous insufficiency, terminal valve.

MỞ ĐẦU

Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính đang ngày càng phổ biến trên toàn thế giới. Một nghiên cứu tổng hợp số liệu toàn cầu từ 1966 đến 2015 ghi nhận xuất độ suy tĩnh mạch mạn tính có triệu chứng dao động từ 45,6 – 83,6% dân số chung (7). Các triệu chứng của suy tĩnh mạch mạn tính bao gồm nặng chân, đau nhức, phù chân, tê chân, cảm giác bồn chồn chân và chuột rút về đêm. Khi tình trạng suy tĩnh mạch tiến triển, những dấu hiệu loạn dưỡng da có thể xuất hiện như tăng sắc tố quanh mắt cá, xơ cứng da, teo da và loét. Hỏi bệnh sử và khám thực thể có thể giúp chẩn đoán bệnh, tuy nhiên để đưa ra kế hoạch điều trị hợp lý thì bác sĩ lâm sàng cần có thông tin về nguồn gốc chính xác của tĩnh mạch suy. Nhiều nghiên cứu cho thấy suy tĩnh mạch nông chiếm ưu thế trong các trường hợp, đặc biệt suy tĩnh mạch hiển lớn thường gặp nhất với tỷ lệ lên đến 92%. Kiểu phân bố hay độ lan rộng của đoạn tĩnh mạch hiển bị ảnh hưởng cũng rất đa dạng, có thể suy toàn bộ tĩnh mạch hoặc suy từng đoạn (9). Lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa hay can thiệp gây viêm tắc tĩnh

mạch phụ thuộc vào độ nặng của bệnh và bản đồ phân bố của các tĩnh mạch suy. Hiện nay, việc lập bản đồ suy tĩnh mạch có thể được thực hiện bằng siêu âm Doppler mạch máu chi dưới. Tại Việt Nam, nghiên cứu mô tả các kiểu hình của suy tĩnh mạch chi dưới còn khiêm tốn. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ các loại suy tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm Doppler tại khoa ngoại lồng ngực tim mạch, bệnh viện đa khoa Đồng Nai
2. Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm của tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm Doppler và mức độ của suy tĩnh mạch chi dưới trên lâm sàng

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân (BN) được chẩn đoán suy tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm Doppler tại khoa Ngoại Lồng ngực – Tim mạch, bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ 5/2023 đến 5/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp thực hiện

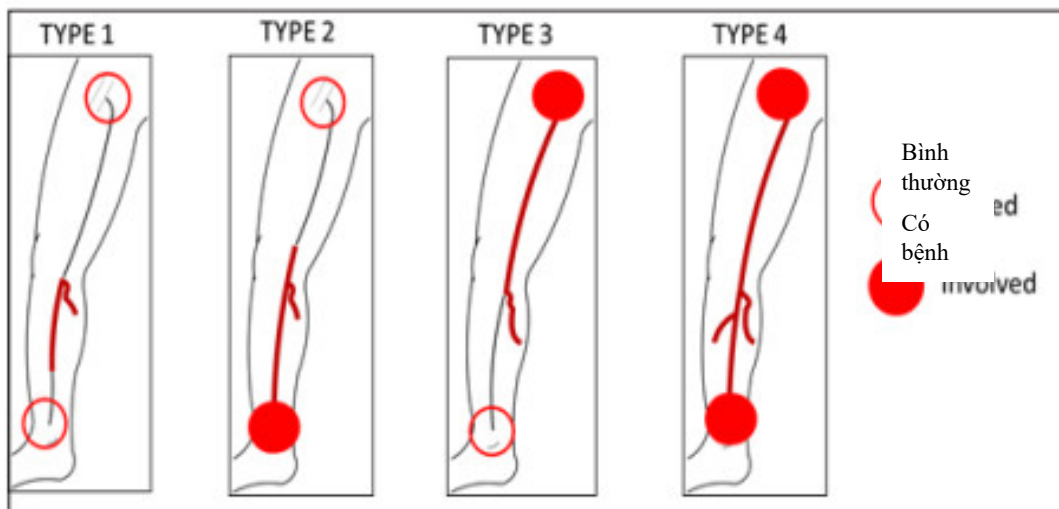
Số liệu được lấy theo phiếu thu thập và kết quả siêu âm Doppler mạch máu chi dưới được thực hiện tại khoa Ngoại Lồng ngực – Tim mạch, bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

Quy trình thực hiện siêu âm: Siêu âm được thực hiện tại khoa Ngoại Lồng ngực – Tim mạch, bệnh viện Đa khoa Đồng Nai với hệ thống máy siêu âm Philips Affinity 50. Bệnh nhân được thực hiện siêu âm ở tư thế đứng, khảo sát hình thái của tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé và hệ thống tĩnh mạch sâu theo trình tự từ nông đến sâu. Các kích thước được ghi nhận bằng mặt cắt ngang vuông góc tĩnh mạch. Các nghiệm pháp đuổi và nghiệm pháp Valsalva được thực hiện để khảo sát dòng trào ngược của các van tĩnh mạch.

Đặc điểm dân số bao gồm: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, nghề nghiệp, thời gian làm việc, tiền căn thai sản (nữ), tiền căn gia đình bị suy tĩnh mạch chi dưới, tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu. Đánh giá phân độ CEAP (Clinical – C, Etiological – E, Anatomical – A, Pathophysiological – P) và điểm VCSS (Venous Clinical Severity Score) cho từng chân. Các tĩnh mạch cần khảo sát bao gồm hiển lớn, hiển bé, các nhánh nông (bao gồm cả tĩnh mạch hiển phụ trước), đùi chung, đùi, khoeo. Đối với tĩnh mạch hiển lớn, các vị trí cần kiểm tra trào ngược bao gồm chỗ nối hiển đùi (van tận cùng), van trước tận cùng, giữa đùi, trên gối, dưới gối và mắt cá. Đối với tĩnh mạch hiển bé, khảo sát ở khoeo, giữa cẳng chân và mắt cá. Thời gian trào ngược bệnh lý đối với tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé và các nhánh tĩnh mạch nông là > 500 ms và đối với tĩnh mạch sâu là > 1000 ms.

Các kiểu trào ngược của suy tĩnh mạch hiển lớn được phân loại thành 4 loại:

- Loại 1: không trào ngược ở cả vùng mắt cá chân và chỗ nối hiển đùi
- Loại 2: trào ngược vùng mắt cá chân, chỗ nối hiển đùi bảo tồn
- Loại 3: trào ngược ở chỗ nối hiển đùi, vùng mắt cá chân bảo tồn
- Loại 4: trào ngược toàn bộ tĩnh mạch hiển lớn.



Hình 1. Các kiểu trào ngược của suy tĩnh mạch hiển lớn

Phương pháp phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm phần mềm Excel 2010. Xử lý số liệu bằng phần mềm R3.6.3. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %, so sánh sự khác biệt bằng phép kiểm Chi-Square hoặc Fisher’s exact. Biến định lượng phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, biến phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). So sánh sự khác biệt về trung vị giữa hai nhóm dùng phép kiểm Wilcoxon. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 5/2023 đến 5/2024 tại khoa Ngoại lồng ngực – Tim mạch Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, chúng tôi chọn được 130 bệnh nhân.

Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học và tiền căn

Đặc điểm	Tỷ lệ phần trăm hoặc trung vị (KTPV)
Tuổi, năm	59 ± 11
Nữ/nam	2,2
Chỉ số khối cơ thể, kg/m ²	22,9 (21,4 – 24,7)
Tiền căn thai sản ở nữ (%)	84,3
Tiền căn gia đình (%)	19,2
Tiền căn HKTM sâu (%)	3,8
Yếu tố nguy cơ nghề nghiệp (%)	72,3
Thời gian làm việc (năm)	26 (20 – 35)

*HKTM: huyết khối tĩnh mạch

Tỷ lệ BN suy tĩnh mạch chân phải là 11,5%, chân trái là 8,5% và cả 2 chân là 80%. Thời gian mắc bệnh trung vị là 5 năm (2 – 10 năm). Triệu chứng thường gặp nhất là nặng chân (78,5%), ít gặp nhất là phù chân (49,3%), các triệu chứng khác có tỷ lệ gần bằng nhau bao gồm rối loạn cảm giác, đau chân, chuột rút (lần lượt là 68,5; 64,6 và 63,1%).

Bảng 2. Tỷ lệ phân độ CEAP

Phân độ CEAP	Tỷ lệ phần trăm (%)
1	16,7
2	37,6
3	27,5
4	18,1
5	0,43
6	0

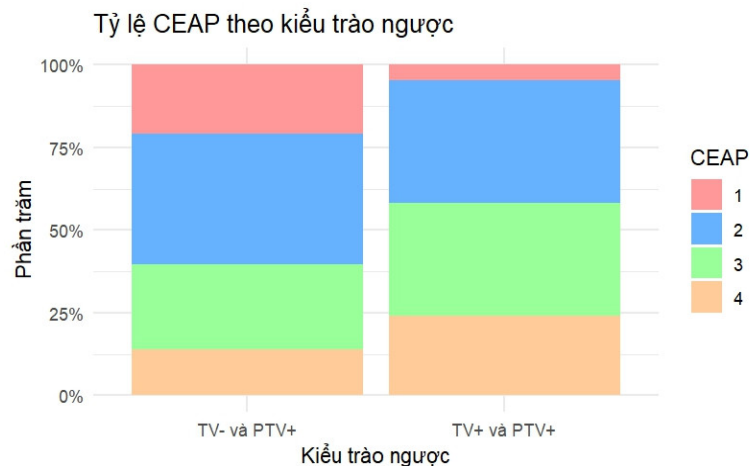
Đặc điểm siêu âm Doppler của suy tĩnh mạch chi dưới

Trong 130 bệnh nhân được khảo sát (260 chân), chúng tôi ghi nhận 234 chân có suy tĩnh mạch được phát hiện trên siêu âm Doppler. Suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ cao nhất (91,0%), kế đến là tĩnh mạch hiển bé (15,8%). 11,5% trường hợp có suy cả tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé. Suy tĩnh mạch nông khác chiếm 6,9%. Suy tĩnh mạch sâu chiếm 15%, trong đó suy tĩnh mạch sâu đơn độc có xuất độ thấp (2,1%).

Vị trí	Tỷ lệ phần trăm (%)
Chỗ nối hiển đùi	42,7
Van trước tận cùng	68,5
Giữa đùi	76,5
Trên gối	77,9
Dưới gối	76,5
Mắt cá	44,6

Trào ngược tại chỗ nối hiển đùi (van tận cùng) có xuất độ thấp nhất. Khi kết hợp 2 vị trí, trào ngược ở giữa đùi và/hoặc dưới gối có tỷ lệ cao nhất với 96,7%. Đối với suy tĩnh mạch hiển bé, tất cả trường hợp đều có trào ngược ở vùng giữa cẳng chân, trào ngược tại khoeo chiếm 75,0% và tại cổ chân chiếm 53,7%.

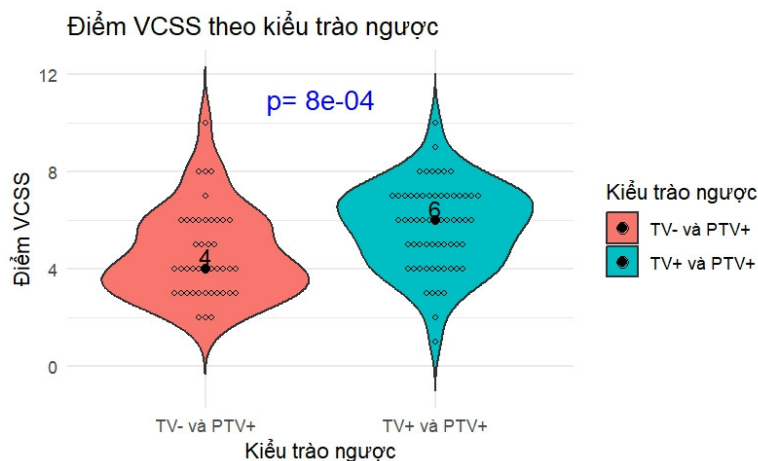
Để đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm mạch máu trên siêu âm Doppler và mức độ lâm sàng suy tĩnh mạch chi dưới, chúng tôi chỉ phân tích những trường hợp suy tĩnh mạch hiển lớn đơn độc (152 chân). Chúng tôi nhận thấy nhiều trường hợp suy tĩnh mạch hiển lớn có trào ngược bệnh lý tại van trước tận cùng nhưng không trào ngược tại van tận cùng, dù 2 van này cách nhau không xa (3-5 cm). Vì vậy, trong những trường hợp có trào ngược ở van trước tận cùng, chúng tôi tiến hành đánh giá đặc điểm lâm sàng của suy tĩnh mạch chi dưới ở 2 nhóm có và không có trào ngược tại van tận cùng (TV+ và TV-).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân độ CEAP ở nhóm có và không có trào ngược tại van tận cùng

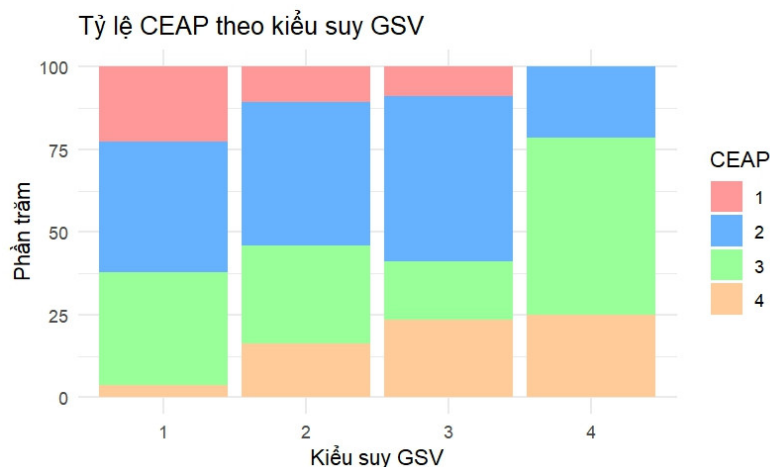
TV: terminal valve - van tận cùng, PTV: preterminal valve - van trước tận cùng

Ở nhóm TV+ so với TV-, tỷ lệ CEAP 1 ít hơn (4,8% so với 20,9%, $p = 0,03$), tỷ lệ CEAP 3, 4 có khuynh hướng cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (CEAP 3: 33,9% so với 25,6%, $p = 0,49$; CEAP 4: 24,2% so với 14%, $p = 0,3$). Tỷ lệ CEAP 2 giữa 2 nhóm tương đương nhau (37,1% và 39,5%, $p = 0,96$). Về mức độ nặng trên lâm sàng, điểm VCSS ở nhóm TV+ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TV-.



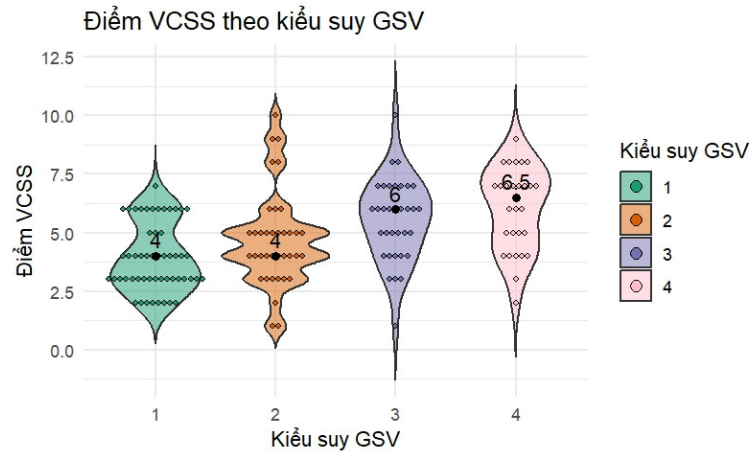
Biểu đồ 2. Điểm VCSS ở nhóm có và không có trào ngược tại van tận cùng

Đối với kiểu suy tĩnh mạch hiển lớn, chúng tôi ghi nhận kiểu 1 có tỷ lệ cao nhất (34,2%), tiếp theo là kiểu 2 và 3 (24,3 và 23,7%), thấp nhất là kiểu 4 (17,8%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân độ CEAP ở 4 kiểu suy tĩnh mạch hiển lớn

Tỷ lệ CEAP 1,3,4 khác biệt có ý nghĩa giữa 4 kiểu ($p = 0,02$; $0,01$ và $0,04$). CEAP 1 có xuất độ thấp nhất ở kiểu 4 và cao nhất ở kiểu 1, trong khi CEAP 4 có xuất độ cao nhất ở kiểu 3,4 và thấp nhất ở kiểu 1. Tỷ lệ CEAP 2 không khác biệt nhau giữa 4 nhóm ($p = 0,13$).



Biểu đồ 4. Điểm VCSS ở 4 kiểu suy tĩnh mạch hiển lớn

Điểm VCSS ở kiểu 1,2 nhỏ hơn có ý nghĩa so với kiểu 3,4. Không có sự khác biệt giữa kiểu 1 và 2, giữa kiểu 3 và 4.

BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao 59 ± 11 . Kết quả này tương tự với tác giả Vũ Minh Phúc – BV Quân Y 103 (58.8 ± 11.6) và cao hơn các tác giả Hoàng Thủy Hằng – BV ĐHYD TpHCM (51.9 ± 14), Phạm Mai Hương – BV Bạch Mai (48.7 ± 11.8), tác giả Carrison – Hoa Kỳ (53.2). Sự khác biệt về độ tuổi của dân số nghiên cứu có thể do mô hình bệnh tật và đặc điểm kinh tế của từng khu vực dân cư. Bệnh nhân sau một thời gian dài phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ của loại bệnh lý này mới biểu hiện triệu chứng lâm sàng và đi khám để điều trị bệnh, trong đó yếu tố nguy cơ nghề nghiệp được cho là nguyên nhân chính mắc bệnh, trong nghiên cứu này tỉ lệ có liên quan do nghề nghiệp chiếm 72.3%, và thời gian làm việc trung bình là 26 năm.

Nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn gấp đôi nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này phù hợp với xuất độ của bệnh suy tĩnh mạch chi dưới cũng như tương đồng với các tác giả khác

như tác giả Hoàng Thủy Hằng báo cáo tỉ lệ nữ chiếm 77.5%, tác giả Phạm Mai Hương là 81.4%, tác giả Mendoza E là 64%. Sự chênh lệch trong tỉ lệ mắc bệnh ở nam và nữ có liên quan nhiều đến các yếu tố nguy cơ mắc bệnh đặc trưng ở nữ giới như thói quen sinh hoạt, vận động, đặc biệt là tiền căn thai sản, trong nghiên cứu này tỉ lệ nữ giới suy tĩnh mạch chi dưới có mang thai chiếm đến 84.3%. Những thay đổi về huyết động dòng máu ở tĩnh mạch trong thai kỳ gây ra suy tĩnh mạch ở nữ giới và là yếu tố nguy cơ cao làm suy tĩnh mạch ở nữ về sau đặt ra vấn đề dự phòng suy tĩnh mạch trong chăm sóc sức khỏe thai kỳ sản phụ.

Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là nặng chân (78.5%), ít gặp nhất là phù chân (49.3%), tương đồng với tác giả Hoàng Thủy Hằng với kết quả lần lượt là 77.55% và 41.3%.

Về đánh giá triệu chứng theo phân loại lâm sàng CEAP, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở phân loại C2 (37.6%), C3 (27.5%). Kết quả cũng phù hợp các tác giả khác

như Hoàng Thủy Hằng mô tả phân loại C2 chiếm 38.78%, C3 chiếm 18.37%, tác giả Carrison ghi nhận phân loại C2 (47%). Các nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được phân loại từ C1 đến C3 chiếm phần lớn như tác giả M.Gimeno (75.8%), tỉ lệ này ở nghiên cứu của chúng tôi là 81.8%. Một số bệnh nhân đến khám với phân loại C4, và tỉ lệ bệnh nhân được phân loại C5, C6 rất thấp ở tất cả các nghiên cứu. Nguyên nhân là do bệnh lý tĩnh mạch đã được tầm soát và điều trị khá tốt ở các tuyến y tế khi bệnh nhân có các triệu chứng ở mức độ nhẹ. Tỉ lệ bệnh nhân suy tĩnh mạch có liên quan đến tĩnh mạch hiển lớn cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 91%, tỉ lệ này theo báo cáo của tác Hoàng Thủy Hằng là 92.9%, tác giả Vũ Minh Phúc là 92.2%, tác giả Carrison là 66%. Các kết quả này cho thấy tỉ lệ suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm ưu thế trong bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới.

Trong nhóm bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn, đánh giá vị trí dòng trào ngược trên tĩnh mạch hiển lớn ghi nhận trào ngược ở trước vị trí van tận cùng chiếm tỉ lệ cao hơn so với vị trí chỗ nối hiển đùi, 68.5% so với 42.7%; suy tĩnh mạch hiển dưới gối thì khảo sát quanh mắt cá ít quan sát thấy dòng trào ngược nhất 44.6%. Tác giả Carrion báo cáo 24.2% bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn không có dòng trào ngược ở chỗ nối hiển đùi. Vì vị trí ghi nhận được dòng trào ngược là khác nhau ở các bệnh nhân nên cần khảo sát nhiều vị trí trên đường đi của tĩnh mạch hiển lớn để tránh bỏ sót các trường hợp suy tĩnh mạch kín đáo. Nghiên cứu này đề xuất khảo sát 6 vị trí gồm chỗ nối hiển đùi, van tĩnh mạch trước tận cùng, giữa đùi, tĩnh mạch hiển trên gối, dưới gối và quanh mắt cá. Tuy nhiên khi kết hợp vị trí trước van tận cùng hoặc giữa đùi

và tĩnh mạch hiển dưới gối có thể khảo sát được đến 96.7% các trường hợp suy tĩnh mạch hiển lớn trong nghiên cứu.

Khi đánh bệnh nhân suy tĩnh mạch hiển lớn có trào ngược ở van tận cùng có ảnh hưởng như thế nào đến mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, nhóm có trào ngược ở van tận cùng có tỉ lệ CEAP 3,4 cao hơn, CEAP 1 thấp hơn (không có ý nghĩa thống kê) và thang điểm VCSS cao hơn (có ý nghĩa thống kê) so nhóm có van tận cùng còn chức năng tốt. Về khác biệt trong tỉ lệ CEAP ở hai nhóm không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, tỉ lệ nhóm bệnh nhân CEAP 3, và 4 lại thấp nên có thể sự khác biệt là không rõ ràng, nhưng khi tính điểm VCSS trung bình lại thấy rõ sự khác nhau giữa hai nhóm này. Tác giả M. Gimeno cũng báo cáo nhóm suy van tĩnh mạch tận cùng có tỉ lệ CEAP 4-6 (triệu chứng nặng) là 22.4 % so với 8.6% ở nhóm không suy van tận cùng.

Khi phân loại suy tĩnh mạch hiển lớn thành 4 kiểu ghi nhận suy kiểu 1 chiếm tỉ lệ cao nhất 34.2 % trong khi kiểu 4 thấp nhất chiếm tỉ lệ 17.8%. Tác giả Yilmaz báo cáo kiểu 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 48.9% và kiểu 1 thấp nhất 14.8%. Đánh giá kiểu suy tĩnh mạch và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân cho thấy kiểu 3 và 4 có thang điểm VCSS trung bình và phân độ CEAP 4 cao hơn so với kiểu 1 và 2. Điều này cho thấy triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân kiểu 3 và 4 nặng hơn so với 2 kiểu còn lại. Tác giả Yilmaz cũng báo cáo kết quả tương tự với thang điểm VCSS trung bình là 4.13, 4.59 lần lượt cho kiểu 3, 4 và 2.74, 2.82 lần lượt cho kiểu 1, 2.

KẾT LUẬN

Suy tĩnh mạch hiển lớn thường gặp nhất ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới, vị trí suy có thể gặp ở bất kì đâu trên đường đi tĩnh mạch hiển lớn Trào ngược ở van tận cùng (kiểu 3 và 4) liên quan với mức độ lâm sàng nặng. Kiểm tra trào ngược ở vị trí giữa đùi và dưới gối có thể giúp tăng khả năng phát hiện suy tĩnh mạch hiển lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thuỷ Hằng, Trần Minh Hoàng, Nguyễn Thị Minh Trang. Tương quan giữa đặc điểm trên siêu âm Doppler và triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2022;26(2).

2. Vũ Minh Phúc, Hoàng Văn Quân, Nguyễn Văn Sơn. Kinh nghiệm qua 689 chi bị suy tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng laser 1470 nm. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;510(1).

3. Lê Quang Hưng, Phạm Mai Hương (2015). Nghiên cứu đặc điểm siêu âm Doppler

mạch và lâm sàng ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới. Y Học Việt Nam. 2:21-26.

4. Mendoza E, Blättler W, Amsler F (2013). Great saphenous vein diameter at the saphenofemoral junction and proximal thigh as parameters of venous disease class. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 45(1):76-83.

5. M. Garcia-Gimeno, S. Rodriguez-Camarero, S. Tagarro-Villalba, *et al.* Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins' clinical severity. Phlebology. 2013;28(3):153-61.

6. P. Pittaluga, S. Chastane, B. Rea, *et al.* Classification of saphenous refluxes: implications for treatment. Phlebology. 2008;23(1):2-9.

7. S. Yilmaz, B. Cakir Pekoz, N. Dincer, *et al.* Classification of reflux patterns in patients with great saphenous vein insufficiency and correlation with clinical severity. Diagn Interv Radiol. 2021;27(2):219-24.