

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA DẪN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Văn Minh Trí\* Nguyễn Hoài Nam\*

### TÓM TẮT

Từ 08/2004-08/2006 có 157 bệnh nhân dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính được phẫu thuật tại BV Đại Học Y Dược. Nữ gặp nhiều hơn nam (2,2/1) và có liên quan đến yếu tố nghề nghiệp. Chỉ định ngoại khoa được áp dụng cho những trường hợp dẫn tĩnh mạch từ độ II trở lên. Phẫu thuật Stripping đơn thuần hoặc kèm theo Muller đạt thành công cao và mang tính thẩm mỹ. Phẫu thuật điều trị dẫn tĩnh mạch nông chi dưới ít biến chứng, đạt kết quả tốt và mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân. Chỉ định điều trị ngoại khoa cho những bệnh nhân bị dẫn tĩnh mạch từ độ II trở lên.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

From 2004-August to 2006-August, at the Medical University Hospital, we performed operation for 157 the lower extremity varicose disease. More females were subtract to kind of disease than male (2,2/1). Risk factors related to working condition. Surgical indications were for cases from class two above. Stripping only or with Muller resulted in great success and better cosmetic. Surgical treatment of the lower extremity varicose disease has lower complications, and the results are more satisfactory. Operation should be given to patient from class two.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh lý dẫn tĩnh mạch nông chi dưới có liên quan tới sự trào ngược và suy giảm hồi lưu trong lòng tĩnh mạch. Tuy bệnh không gây tử vong, nhưng theo thời gian gây ảnh hưởng đến

công việc, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Bệnh gặp nhiều ở các nước phát triển, có liên quan mật thiết đến lối sống. Ở Mỹ, có trên 20 triệu người dân mắc bệnh này. Ở Nhật, 45% nữ công nhân bị suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính.

Sự phát triển kinh tế đất nước trong thời gian đã qua mang lại đời sống kinh tế cao cho nhân dân, thì đồng thời bệnh dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính cũng phát triển theo và được người dân chú ý hơn. Nhu cầu điều trị bệnh ngày càng tăng, nhưng lựa chọn phương pháp điều trị nào vẫn còn chưa thống nhất trong các thầy thuốc nội và ngoại khoa. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bệnh dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Đại học Y dược, qua đó rút ra chỉ định, phương pháp phẫu thuật và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của bệnh.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Hồi cứu, mô tả 157 trường hợp bệnh nhân dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính được phẫu thuật tại đơn vị Phẫu thuật Lồng ngực mạch máu bệnh viện Đại Học Y Dược từ tháng 08/2004 đến tháng 08/2006.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Qua nghiên cứu 157 trường hợp dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính được phẫu thuật trong

\* Bộ môn Ngoại lồng ngực tim mạch - ĐHY Dược TP. HCM  
Người chịu trách nhiệm khoa học: PGS.TS Nguyễn Hoài Nam  
Ngày nhận bài: 01/02/2019 - Ngày Cho Phép Đăng: 23/03/2020  
Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng  
GS.TS. Lê Ngọc Thành

thời gian từ tháng 8 năm 2004 đến tháng 8 năm 2006, tại đơn vị Phẫu thuật lồng ngực và mạch máu bệnh viện Đại Học Y Dược, các kết quả được ghi nhận như sau:

Giới: 108 nữ, 49 nam.

Tỷ lệ nữ/nam khoảng 2,2/1.

Tuổi: trung bình là 52,8.

nhỏ nhất: 23, lớn nhất: 80.

Có 54 bệnh nhân bị cả 2 chân, chiếm 34,4%, 103( 65.6% ) bệnh nhân chỉ bị 1 chân.

**\* Nghề nghiệp:**

Nghề nghiệp	Số BN	Tỷ lệ %
Giáo viên	33	21,1%
Buôn bán	38	24,2%
Thợ may	17	10,8%
Nông	47	29,9%
Nhân viên hành chính	14	8,9%
Khác	8	5.1%

Đa số bệnh nhân có nghề nghiệp liên quan đến đứng, ngồi nhiều (86%).

**Thời gian từ lúc bệnh đến lúc phẫu thuật:**

Thời gian	Số BN
< 5 năm	38 (24,2%)
5-10 năm	43 (27,4%)
> 10 năm	76 (48,4%)

Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài

**Dấu hiệu lâm sàng:**

Triệu chứng	Số ca	Tỷ lệ %
Dẫn tĩnh mạch nông	157	100%
Nặng chân, phù	123	65,6%
Vọp bẻ	44	28%
Sạm da	31	19,8%
Tê bì	27	17,2%
Loét tĩnh mạch	20	12,7%

**Xếp loại lâm sàng theo CEAP**

CEAP	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2	25	15,9%
3	81	51,6%
4	31	19,8%
5	20	12,7%

Chúng tôi chỉ xếp loại theo lâm sàng (C), chưa tính đến bệnh nguyên, giải phẫu và sinh bệnh học. Chúng tôi xếp loại theo độ cao nhất, ghi nhận độ 2 và 3 chiếm đa số (67,5%)

**Dấu hiệu cận lâm sàng:**

Siêu âm Doppler	Số bệnh nhân
Dẫn tĩnh mạch nông	157(100%)
Suy van tĩnh mạch sâu	128 (81,5%)

**Phương pháp phẫu thuật:**

Phương pháp phẫu thuật	Số lần
Muller	4
Stripping	66
Stripping + Muller	141

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật Stripping lấy bỏ tĩnh mạch hiển lớn qua đường rạch da ở vùng bẹn và mắt cá trong kết hợp với PT Muller lấy bỏ các TM dẫn tại chỗ. Có 4 BN chỉ áp dụng PT Muller do vị trí TM dẫn nằm trên đường đi TM hiển bé.

**Biến chứng và kết quả:**

Kết quả-biến chứng	Số ca	Tỷ lệ %
Cải thiện triệu chứng nặng chân	119	75,8%
Đau và bầm dọc đường rút tĩnh mạch	31	19,7%
Tổn thương thần kinh hiển	11	7%
Tụ máu vết mổ ở bẹn	1	
Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	
Tử vong	0	

**IV. BÀN LUẬN:**

**4.1 Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:**

Tác giả G.Fowkes, Giáo sư chuyên ngành dịch tễ học (Anh quốc) 2001: bệnh lý tĩnh mạch chi dưới là bệnh thường gặp gần khoảng 1/3 dân số phương Tây. Tần suất mắc bệnh gia tăng theo tuổi, có thể có liên quan đến yếu tố cơ địa. Việc đứng lâu là một yếu tố nguy cơ.

Ngoài ra còn có tình trạng béo phì, những lần có thai trước đây thường kết hợp với sự hiện

diện của dẫn tĩnh mạch nhưng bằng chứng về mối liên quan này không hằng định.

Jari O Laurikka, Phần Lan, trong một nghiên cứu về dịch tễ cho thấy tỷ lệ nam/ nữ là 1/3, yếu tố thuận lợi để bệnh phát triển là phái nữ, số lần có thai, tính di truyền gia đình, tuổi càng lớn càng dễ mắc bệnh, và cuối cùng là hoạt động nghề nghiệp phải đứng lâu. Việc đứng lâu làm bơm cơ kém hoạt động nên không ép máu tĩnh mạch về đưa đến sự ứ đọng máu tĩnh mạch [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam là 2,2/1) và hầu hết bệnh nhân có nghề nghiệp đòi hỏi phải đứng lâu (86%).

#### 4.2. Phân loại lâm sàng:

Năm 1994, một nhóm các chuyên gia Quốc tế đưa ra bảng phân loại CEAP về bệnh lý tĩnh mạch chi dưới và nhanh chóng được chấp nhận trên toàn thế giới. Phân loại CEAP được xem là phân loại lý tưởng nhất vì nó xem xét đến tất cả những khía cạnh chính của bệnh lý tĩnh mạch chi dưới như lâm sàng, bệnh nguyên, giải phẫu học và sinh lý bệnh v.v...[5]

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân cũng được xếp loại theo CEAP. Tuy nhiên không đánh giá đầy đủ tất cả các mặt, chỉ xếp loại theo lâm sàng, trong đó độ 2 và 3 gặp nhiều nhất chiếm đến 67,5%.

Siêu âm Doppler là phương tiện chẩn đoán đơn giản hiệu quả và an toàn trong việc khảo sát bệnh lý tĩnh mạch. Chụp tĩnh mạch cản quang có hiệu quả hơn siêu âm Doppler trong việc phân biệt nguyên nhân nguyên phát và thứ phát tuy nhiên khó thực hiện và có thể có tai biến thậm chí đưa đến tử vong do choáng với thuốc[5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ sử dụng siêu âm Doppler để khảo sát hệ tĩnh mạch, và tất cả đều phát hiện được bệnh lý.

#### 4.3. Về chỉ định và phương pháp phẫu thuật:

Mục đích của phẫu thuật là phải đảm bảo lấy hết những tĩnh mạch dẫn và nguồn gây ra tăng áp lực tĩnh mạch, đạt tính thẩm mỹ cao nhất khi có thể và làm giảm tối đa các biến chứng[3].

J. Ciucci 1999[1], trong công trình nghiên cứu về bệnh lý tĩnh mạch chi dưới cho thấy: ông chỉ định mổ cho những bệnh nhân bị dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính từ độ 3 CEAP trở lên và

phương pháp là 100% cột quai tĩnh mạch hiển – đùi, 88% lột bỏ tĩnh mạch hiển trong kèm hoặc không với lột bỏ tĩnh mạch hiển ngoài và 2,9% phẫu thuật Muller.

Theo Khirurgia 2002 [4], để điều trị bệnh lý tĩnh mạch chi dưới, phẫu thuật cột quai tĩnh mạch hiển – đùi, rút bỏ tĩnh mạch hiển trong và lấy các nhánh từng đoạn (phẫu thuật Muller) là phẫu thuật đơn giản, ít biến chứng và thẩm mỹ.

Chúng tôi chỉ định điều trị bằng phương pháp ngoại khoa cho những bệnh nhân dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính từ độ 2 trở lên. Tức là khi đã có tĩnh mạch dẫn trên lâm sàng. Phương pháp phẫu thuật là rút bỏ tĩnh mạch hiển lớn (phẫu thuật Stripping) với đường mổ nhỏ ở vùng bẹn và mắt cá trong. Những tĩnh mạch dẫn tại chỗ được lấy bỏ qua những đường rạch da ngắn tại chỗ (phẫu thuật Muller).

Với phương pháp mổ này hầu như tất cả các tĩnh mạch dẫn đều được lấy bỏ, đồng thời với những đường rạch da ngắn đạt được hiệu quả thẩm mỹ cao. Sau mổ toàn bộ chân của bệnh nhân được băng ép bằng băng thun để cầm máu.

#### 4.4. Kết quả sớm điều trị ngoại khoa:

Cũng theo J.Ciucci[1], biến chứng sau mổ ghi nhận: về tổn thương thần kinh là 0%, tụ máu dọc lộ trình rút tĩnh mạch là 13%, nhiễm trùng là 1,7%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi: tổn thương thần kinh gặp trong 7% và bầm dọc đường rút tĩnh mạch là 19,7%, còn đạt kết quả tốt >70%.

Do những bệnh nhân của chúng tôi có thời gian bệnh kéo dài, tĩnh mạch dẫn rất nhiều nên chúng tôi phải làm Muller nhiều hơn, có lẽ vì vậy mà tỷ lệ đau – bầm dọc đường đi tĩnh mạch cao hơn.

#### V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 157 trường hợp bệnh nhân bị dẫn tĩnh mạch chi dưới mạn tính được phẫu

thuật tại đơn vị Phẫu thuật lồng ngực và mạch máu bệnh viện Đại học Y dược, trong thời gian từ tháng 08/2004 đến tháng 08/2006. Chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Bệnh xảy ra ở nữ nhiều hơn nam và có liên quan đến hoạt động nghề nghiệp phải đứng lâu.

- Chỉ định điều trị khi có tĩnh mạch dẫn trên lâm sàng (từ độ 2),

- Phẫu thuật Stripping kết hợp với phẫu thuật Muller khi cần mang lại kết quả cao, ít biến chứng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Ciucci J. (1999). Quality control in varicose vein surgery: significance and feasibility.

2. Jari. O. Laurikka. Risk indications for varicose veins in forty to sixty Y.O in the tempere varicose vein study. World Journal of Surgery. June 2002, V. 26, N. 6. p 648.

3. John j. Bergan. Varicose veins: treatment by surgery and sclerotherapy. Vascular Surgery, vol. 2, 2000, p. 2007-2021.

4. Khirurgiia (Mosk). Surgical Technologies in the treatment of lower extremity varicose disease. (1): 10-5 Related Articles, Book, 2002.

5. Robert L. Kistner, Elna M. Masuda. A practical approach to the diagnosis and classification of chronic venous disease. Vascular Surgery, vol. 2, 2000, p. 1990-1999.