

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ SUY GIẢN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI BẰNG LASER NỘI TĨNH MẠCH

Nguyễn Thị Cẩm Vân¹, Trần Hoài Ân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 124 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới được chẩn đoán bằng siêu âm doppler mạch máu, từ 12/2014 đến 12/2016.

Kết quả: Tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam là 6/1. Can thiệp trên tĩnh mạch hiển lớn có 181 trường hợp chiếm tỷ lệ 98,4%, chỉ có 3 trường hợp tĩnh mạch hiển bé (1,6%). Đa số được thực hiện laser nội tĩnh mạch với bước sóng 1470 nm, công suất 6– 10w. Có 82 trường hợp phải kết hợp với Muller và 20 trường hợp phối hợp tiêm xơ bột. Phần lớn trường hợp gây tê tại chỗ chỉ có 82 trường hợp gây tê tùy sống (44,6%). Kết quả bước đầu rất tốt, không có biến chứng trong quá trình thao tác. Đánh giá lâm sàng sau can thiệp đa số bệnh nhân không đau. Siêu âm sau can thiệp: 100% trường hợp tĩnh mạch được can thiệp teo nhỏ và không có dòng chảy bên trong, không có huyết khối tĩnh mạch sâu và nông. Một số bệnh nhân tái khám sau 3 tháng, sau 6 tháng vẫn cho kết quả rất tốt hầu như không có tái phát.

Kết luận: Phương pháp laser nội tĩnh mạch trong điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới là phương pháp được ưa chuộng trong thập niên gần đây vì tính ưu việt như: ít xâm lấn, tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng và có tính thẩm mỹ cao, nhanh chóng đưa người bệnh về cuộc sống thường nhật.

Từ khóa: laser nội tĩnh mạch, suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới.

ABSTRACT

THE RESULTS OF TREATMENT OF VARICOSE VEINS BY ENDOVENOUS LASER ABLATION

Nguyen Thi Cam Van¹, Tran Hoai An²

Objective: to evaluate the result of treatment of varicose veins by endovenous laser ablation.

Methods: A cross-sectional study on 124 patient with varicose veins who were diagnosed by doppler ultrasound from December 2014 to December 2016.

Results: Female and male ratio was 6/1. Patients with great saphenous insufficiency occupied 98.4% (181 cases) and only 1.6% with small saphenous disease.

Most of them were treated with laser wave length at 1470nm, power at 6-10W. There were 82 patients needed phlebectomy (Muller) and 20 patients associated with sclerotherapy. Most of cases underwent local anesthesia, except for 82 patients needed spinal anesthesia (44.6). The initial results were good, there

1. Khoa Thăm dò chức năng, BVTW Huế;
2. Khoa Ngoại Lồng ngực- Tim mạch,
BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 14/12/2016; Ngày phản biện (Revised): 26/12/2016
- Ngày đăng bài (Accepted): 2/1/2017
- Người phản biện: Nguyễn Phước Bảo Quân
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Cẩm Vân
- Email: bsvanhue@gmail.com; ĐT: 098 496 39 39

Kết quả điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới...

were no complication related to the procedure. Most of patients do not feel pain after being treated and they could recover to daily activities in the following day. Post-procedure echography results: 100% of cases presented sclerosis veins and no intravenous flow, no deep vein thrombosis. There were no recurrence at 3 and 6 months of follow up.

Conclusion: Endovenous laser ablation (EVLA) is a method of preference for varicose veins because of its advantages such as minimal invasive procedure, high successive percentage, fewer complications, high aesthetics and early to recover to daily life.

Key words: Endovenous laser ablation, varicose veins

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới là bệnh lý khá phổ biến. Chẩn đoán bệnh dựa vào các dấu chứng lâm sàng và siêu âm Doppler mạch máu. Trước đây phẫu thuật Stripping gần như là lựa chọn duy nhất. Trong những năm gần đây, với sự tiến bộ của y học, có nhiều phương pháp điều trị như tiêm xơ bọt, sóng cao tần và laser nội tĩnh mạch để điều trị bệnh lý này. Laser nội tĩnh mạch là một trong những phương pháp điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới hiệu quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 124 bệnh nhân có 184 tĩnh mạch giãn được chẩn đoán suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới nguyên phát điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 12/2014 đến 12/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân được chẩn đoán suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới nguyên phát qua siêu âm doppler mạch máu có đường kính thân tĩnh mạch giãn từ 5mm trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân được chẩn đoán suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới kèm huyết khối tĩnh mạch, tĩnh mạch nông giãn kèm uốn lượn nhiều, bệnh dị dạng mạch máu, bệnh về máu, có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả kết hợp theo dõi dọc

Phương tiện nghiên cứu: Máy VenaCure 1470

Laser bước sóng 1470 nm; Máy siêu âm Zonnare; kim chụp mạch máu 18G, dây dẫn (Guide-wire) 0.035; ống dẫn (Sheath) 5F; dung dịch Lidocaine 0,08% (100 – 120ml). Dung dịch Lidocaine 1% để gây tê tại chỗ.

Các bước tiến hành

- Khám lâm sàng và các xét nghiệm cơ bản.
- Siêu âm doppler mạch máu đánh giá đường kính tĩnh mạch nông, dòng phụt ngược, các nhánh xuyên, các nhánh bên, các tĩnh mạch hệ sâu.
- Siêu âm vẽ đường đi tĩnh mạch và đánh dấu vị trí đâm kim.
- Laser nội tĩnh mạch qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật ghi nhận kết quả thủ thuật trong khoảng thời gian 12 tháng.

Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê Y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12/2014 đến 12/2016 có 124 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới được vào Bệnh viện Trung ương Huế để điều trị laser. Chúng tôi đã can thiệp laser nội tĩnh mạch trên 184 tĩnh mạch giãn.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm bệnh nhân		n	%
Tuổi trung bình		52 ±	12,18
Giới	Nam	18	14,5
	Nữ	106	85,5
Số người mắc bệnh	ở một chi	64	51,6
	ở hai chi	60	48,4

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Đau chân	104	56,5
Nặng chân, cảm giác nặng trong bắp chân	184	100
Bị sưng chân, căng bắp chân	123	68,3
Ngứa chân	57	28,8
Cảm giác nóng rát ở bắp chân	47	25,5
Triệu chứng tăng lên khi đứng lâu một chỗ bất động	184	100
Tĩnh mạch giãn nổi ngoằn ngoèo trên chân	156	84,8
Loạn dưỡng da vùng cổ chân	16	8,7

3.2. Đặc điểm siêu âm doppler

Bảng 3.3. Đường kính tĩnh mạch hiển (TMH)

Vị trí	TMH có đường kính từ 5 – 10 mm		TMH có đường kính > 10 mm	
	n	%	n	%
Chỗ nối hiển lớn – đùi	125	67,9	56	30,4
Chỗ nối hiển bé – khoeo	3	1,6	0	
Đoạn trên gối 2cm	164	89,1	17	9,2
Đoạn dưới gối 2 cm	181	98,4	0	
Đoạn cẳng chân	78	42,4	0	

Dòng chảy ngược: 100% có dòng chảy ngược phân bố đều trên suốt đường đi của tĩnh mạch với thời gian hồi lưu trên 1 giây.

Bảng 3.4. Đặc điểm của các tĩnh mạch bên và tĩnh mạch xuyên

Đường kính tĩnh mạch	< 3mm		3- 5mm		> 5mm	
	n	%	n	%	n	%
Tĩnh mạch bên	72	39,1	27	14,7	82	44,6
Tĩnh mạch xuyên	65	35,3	34	18,4	71	38,6

Bảng 3.5. Phân loại can thiệp

Phương pháp	n	%
Laser nội tĩnh mạch đơn thuần	82	44,6
Laser nội tĩnh mạch + tiêm xơ bột	20	10,8
Laser nội tĩnh mạch + Muller (bóc tĩnh mạch nhánh bên)	82	44,6

3.3. Kết quả can thiệp

Bảng 3.6. Kết quả lâm sàng sau thủ thuật

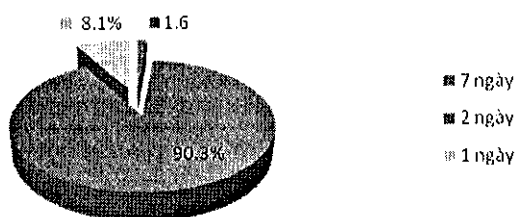
Đặc điểm	1 tuần		1 tháng		3 tháng		> 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đau chân hoặc đau nhẹ	182	98,9	184	100	184	100	184	100
Cảm giác dễ chịu, không có dị cảm	182	98,9	184	100	184	100	184	100
Vết thâm tím dọc theo thân tĩnh mạch	5	2,7	0	0	0	0	0	0
Còn tĩnh mạch dẫn nổi rõ trên da	0	0	0	0	2	1,1	1	0,55
Máu tụ ở vị trí làm Muller (phải lấy máu tụ)	2	1,1	0	0	0	0	0	0

Kết quả bước đầu rất tốt, không có biến chứng trong quá trình can thiệp. Đa số bệnh nhân không có cảm giác đau hoặc chỉ đau nhẹ sau can thiệp mà không cần dùng thuốc giảm đau. Tuy nhiên chỉ có một bệnh nhân đau nhiều cần phải uống giảm đau sau can thiệp 5 ngày.

Bảng 3.7. Kết quả siêu âm doppler sau thủ thuật

Đặc điểm	<1 tuần		1 tháng		3 tháng		> 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thân tĩnh mạch được làm laser teo nhỏ	184	100	184	100	184	100	184	100
Không còn tồn tại dòng chảy bên trong thân tĩnh mạch được làm laser	184	100	184	100	184	100	184	100
Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	0	0	0	0	0	0	0
Huyết khối tĩnh mạch nông	0	0	0	0	0	0	0	0
Tụ máu quanh thân tĩnh mạch	3	1,6	0	0	0	0	0	0
Giãn tĩnh mạch vùng cẳng chân tái phát	0	0	0	0	2	1,1	1	0,55

Siêu âm doppler hầu hết các tĩnh mạch được can thiệp đều teo nhỏ, hoàn toàn không có dòng chảy bên trong, không có huyết khối tĩnh mạch sâu và nông. Theo dõi sau điều trị suốt 12 tháng vẫn cho kết quả rất tốt hầu như không có tái phát.



Biểu đồ 3.1. Thời gian nằm viện

IV. BÀN LUẬN

Bệnh suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới thường gặp ở hầu hết các nước trên thế giới, tỉ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Theo nghiên cứu của giáo sư Văn Tấn (1998) tỉ lệ mắc bệnh suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới là 43,97% ở bệnh nhân trên 50 tuổi, tại thành phố Hồ Chí Minh và nghiên cứu chúng tôi

độ tuổi mắc bệnh trung bình là $52 \pm 12,18$.

Hiện nay, Siêu âm Doppler đã trở thành phương pháp được chọn lựa và được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới [12].

Phương pháp điều trị kinh điển là phẫu thuật stripping loại bỏ thân tĩnh mạch giãn. Phương pháp

Bệnh viện Trung ương Huế

phẫu thuật cho kết quả tốt. Nhưng có nhiều hạn chế như sau: sử dụng phương pháp vô cảm bằng gây tê tùy sống hoặc gây mê toàn thân, thời gian nằm viện kéo dài, thời gian hồi phục để lao động kéo dài, có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, đau và dị cảm sau mổ và tính thẩm mỹ không cao

Từ cuối thập niên 80 – 90, nhiều phương pháp điều trị mới ít xâm lấn, ít đau, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh bắt đầu được báo cáo trong điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới. Đó là các phương pháp can thiệp nội tĩnh mạch: tia laser nội mạch, sóng cao tần nội mạch, tiêm xơ bọt. Các phương pháp này hiệu quả, an toàn được áp dụng ngày càng nhiều trên thế giới.

Đến năm 1999, Bone người Tây Ban Nha đã thực hiện trường hợp laser nội mạch đầu tiên, sau đó là Mỹ (năm 2000) và Pháp (năm 2002). Đây là phương pháp mới, ít xâm lấn, thời gian thực hiện và hồi phục nhanh, đặc biệt là tính thẩm mỹ rất cao. Từ đó đến nay, phương pháp này đã được thực hiện trên nhiều nước trên thế giới.

Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện phương pháp này vào năm 2008 với tỉ lệ thành công cao 97 – 98% và ít tai biến

Tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi đã thực hiện trường hợp laser nội mạch đầu tiên vào năm 2005 tại Hội thảo quốc tế Việt – Pháp lần thứ 3 về bệnh lý tim mạch nội ngoại khoa. Mười năm sau, chúng tôi mới được trang bị máy móc và tháng 12/2014 phương pháp này mới được đưa vào thực hiện một cách thường qui với kết quả ban đầu rất tốt, chưa thấy tai biến. Tính đến nay chúng tôi đã thực hiện khoảng 124 bệnh nhân với 184 tĩnh mạch hiển được điều trị laser nội tĩnh mạch tỉ lệ thành công 100%.

Trên thế giới nhiều báo cáo khoa học đánh giá hiệu quả của laser nội tĩnh mạch trong điều trị bệnh lý suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới ở nhiều thời điểm khác nhau đều cho thấy tỉ lệ thành công khá cao. Năm 2001 tại Mỹ hai nghiên cứu của Min và Navarro tỉ lệ thành công sau 6 tháng là 96% và 100% [8], [9]. Theo nghiên cứu của các tác giả

người Pháp, tỉ lệ thành công của Gerard sau 1 tháng là 100% và Sadick sau 2 năm là 97% [4].

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% có kết quả tốt trên siêu âm cũng phù hợp với tác giả Hồ Khánh Đức, thành phố Hồ Chí Minh [2].

Việc lựa chọn phương pháp can thiệp phối hợp chúng tôi dựa vào đường kính của tĩnh mạch 82 trường hợp có tĩnh mạch xuyên và bên có đường kính lớn hơn 5mm sau khi laser thân tĩnh mạch chúng tôi rút bỏ tĩnh mạch bằng phương pháp Muller (đường rạch da nhỏ).

Xác định vị trí đâm kim cũng cần đưa ra để bàn luận. Chúng tôi có 3 nhóm bệnh nhân: nhóm một chọn vị trí đâm kim ở trên gối 2 cm, nhóm hai chọn dưới gối 2cm và nhóm 3 vị trí đâm kim ở vùng cẳng chân (cách mắt cá trong 10cm). Ở nhóm 1 có 2 trường hợp phải làm laser nội tĩnh mạch lần hai trên đoạn thân tĩnh mạch chưa được làm laser vùng cẳng chân sau 3 tháng và 10 tháng. Nhóm 3 cho kết quả tốt nhất các nhánh tĩnh mạch xuyên và bên xẹp hoàn toàn sau thủ thuật, phần nào hạn chế thủ thuật phối hợp như thắt tĩnh mạch xuyên hay Muller bóc tĩnh mạch. Tuy nhiên, sự chọn lựa vị trí đâm kim ở vùng cẳng chân còn tùy thuộc nhiều yếu tố như đường kính tĩnh mạch tại vị trí đâm kim, độ uốn lượn của tĩnh mạch, bề dày mô mỡ dưới da (từ tĩnh mạch đến da)... Do đó nếu chọn lựa vị trí đâm kim tốt thì sự can thiệp rất thuận lợi và trở nên đơn giản.

Biến chứng xảy ra trong và sau thủ thuật là rất hiếm. Hầu hết chúng tôi gây tê tại chỗ nên hạn chế được các biến chứng do gây mê hay gây tê tùy sống. Trong quá trình thủ thuật bệnh nhân không đau là do chúng tôi tiêm dung dịch thuốc tê xung quanh thân tĩnh mạch dưới hướng dẫn của siêu âm.

Kenneth Myer báo cáo trên 404 tĩnh mạch hiển được làm laser nội tĩnh mạch có hai trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu và 1 trường hợp thuyên tắc phổi. [5] Các nghiên cứu khác tỉ lệ này < 1% [6]. Người ta cho rằng biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chỉ xảy ra khi đầu dây laser đặt sai vị trí đi vào tĩnh mạch sâu [8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi

chưa thấy trường hợp nào có biến chứng này.

Cũng như các nghiên cứu khác chúng tôi không có biến chứng bỏng, dị cảm ở da và nhiễm trùng ở vị trí đâm kim.

Một số nghiên cứu trước đây có đề chúng tôi vẫn cập đến vấn đề bỏng do can thiệp nhưng với chúng tôi chưa thấy có trường hợp nào có thể do chúng tôi sử dụng máy với bước sóng cao 1470 nm nên ít thương tổn đến các mô xung quanh.

Về biến chứng thương tổn mạch máu, thuyên tắc tĩnh mạch sâu hoặc gây tê quanh tĩnh mạch chúng tôi kiểm soát được do quá trình làm đều dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Hầu hết trường hợp nghiên cứu bệnh nhân đều có thể vận động được ngay sau khi can thiệp, thời gian nằm viện ngắn bệnh nhân có thể đi làm việc trở lại ngay ngày hôm sau.

Đặc biệt, bộ dụng cụ và sợi dây phát tia laser chúng tôi có thể tái sử dụng sau khi cắt phần đã bị đốt cháy đi bằng dao đặc chùng (được làm bằng kim cương) sau đó đem tiệt trùng bằng phương pháp plasma nên giá thành điều trị giảm nhiều so với những nơi khác.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp laser nội tĩnh mạch đã và đang là hướng đi mới trong điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới. Chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn, ít biến chứng và đặc biệt là tỉ lệ thành công cao. Ưu điểm của phương pháp này là có thể điều trị ngoại trú, tĩnh dưỡng cao, thời gian hồi phục nhanh và với những cải tiến của chúng tôi đã làm giá thành điều trị xuống mức thấp nhất có thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại, Phân môn Ngoại Lồng ngực-Tim mạch, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2008), "Suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính", *Điều trị học Ngoại khoa Lồng ngực- Tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 72- 84.
2. Hồ Khánh Đức (2010), Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch với laser bán dẫn bước sóng 810nm, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tr.315-322.
3. Nguyễn Phước Bảo Quân (2012), "Phân tích thông tin trong siêu âm Doppler tĩnh mạch", *Siêu âm Doppler mạch máu*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 156-170.
4. Gerard JL, Desgranges P, Becquemin J (2002), Feasibility of endovenous laser for the treatment of greater saphenous varicose veins: one month outcome in a series of 20 outpatients, *J Mal Vasc*, 27, pp. 222- 5.
5. Kenneth Myers, Rokert fris and Damien Jolley (2006), Treatment of varicose veins by endovenous laser therapy: assessment of results by ultrasound surveillance, *MJA*, 185(4), pp. 199- 202.
6. Mark H, Meissner, Pannier Và (2007), Primary chronic venous disorders, *J Vasc sur*, 46, pp. 54s- 65s.
7. Meissner M.H. et al (2007), "The hemodynamic and diagnosis of venous disease", *J Vasc Surg*, 46(S), pp. 4S- 24S.
8. Min R, Zimmet S, Isaacs M, Forrestal M (2001), Endovenous laser treatment of the incompetent greater saphenous vein, *J Vasc Interv Radiol*, 12, pp. 1167- 71
9. Navarro L, Min R, Bone C (2001), Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins – preliminary observation using an 810nm diode laser, *Dermatol Surg*, 27, pp. 117- 22.
10. Pannier F, Rabe E (2000), Mid- term results following endovenous laser ablation of saphenous veins with a 980nm diode laser, *International Angiology*, 27, pp. 475- 481.
11. Thrush A., Hartshorne T. et al (2005), "Anatomy of the limb venous system and assessment of venous insufficiency", *Peripheral Vascular Ultrasound- How, When and Why*, 2nd Edition, Elsevier, pp.163-188.
12. Zygmunt J.Jr. (2009), "What is new in duplex scanning of venous system", *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther*, 21(2), pp. 94-104.