

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH DẪN TĨNH MẠCH DƯỚI DA CHI DƯỚI MẠN TÍNH BẰNG SÓNG RADIO CAO TẦN

Trần Hồng Quang, Trần Ngọc Tiến*, Cù Xuân Thanh*,
Đình Ngọc San*, Lê Hoàng Văn*, Lê Minh Tân*.*

TÓM TẮT

Làm đông lòng tĩnh mạch dưới da chi dưới bằng sóng radio (RFA) là một kỹ thuật được lựa chọn để thay thế cho phương pháp stripping cổ điển trong điều trị bệnh dẫn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính. Chúng tôi nghiên cứu trên 45 bệnh nhân (5/2012-2/2013) dẫn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính C 2-6 kèm dòng trào ngược trên siêu âm doppler, được điều trị với kỹ thuật RFA: kết quả sau 1 tuần cho thấy tỷ lệ tắc tĩnh mạch hiển to và không còn dòng trào ngược 100%, huyết khối tĩnh mạch đùi sâu ở 1 trường hợp (2,2%). Không trường hợp phỏng da. Sau 6 tháng kết quả siêu âm Doppler cho thấy tỷ lệ tắc tĩnh mạch hiển 100%, không phát hiện dòng trào ngược, không biến chứng. Phần lớn các bệnh nhân đều hài lòng về kết quả phẫu thuật. Kết luận: RFA là phương pháp an toàn, kết quả cao trong điều trị bệnh dẫn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính. Cần nghiên cứu kết quả xa hơn để có kết luận chắc chắn hơn với tỷ lệ tái phát theo thời gian.

SUMMARY

THE RESULTS OF RADIOFREQUENCY ABLATION IN THE TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Radiofrequency ablation of the greater saphenous vein (GSV) has been proposed as an alternative to conventional ligation and stripping in the treatment of varicose veins. We have reviewed our experiences with this technique in 45 patients (CEAP 2-6) between May 2012 and Feb 2013. Preoperative doppler confirmed venous valvular incompetence of GSV in all patients. Result: Occlusion of the GSV was seen on 100% of the patients within 1 week of the procedure. No patient had thermal skin injury. One had DVT. Doppler scans were repeated at 6 months. Persistent occlusion of GSV was documented in all cases. Postoperative patient questionnaires showed that high rate of respondents were very satisfied with the

procedure. Conclusion: Radiofrequency ablation of the GSV appears to be a safe alternative to conventional stripping and ligation. Longer follow-up is required to establish the durability of the procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh dẫn tĩnh mạch dưới da chi dưới mạn tính (DTMDDCD) liên quan tới sự suất hiện dòng trào ngược và giảm hồi lưu trong lòng tĩnh mạch. Nếu không được điều trị, bệnh tiến triển dần, ảnh hưởng công việc, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phương pháp điều trị ngoại khoa cổ điển là thắt quai tĩnh mạch hiển, lột bỏ tĩnh mạch kèm các nhánh (stripping). Đây là phương pháp xâm lấn nhiều, thời gian hậu phẫu lâu, có thể có biến chứng gây mê, phẫu thuật. Làm đông lòng mạch bằng sóng radio cao tần (Radiofrequency ablation – RFA) là một trong những kỹ thuật ít xâm lấn nhằm loại bỏ dòng trào ngược, được áp dụng tại Mỹ từ 1998. Hàng năm, ước tính có trên 300.000 bệnh nhân được điều trị DTMDDCD bằng RFA trên toàn thế giới [3]

Tại bệnh viện 175, kỹ thuật RFA được áp dụng từ đầu năm 2012 trên 45 bệnh nhân từ 5/2012 – 2/2013. Nghiên cứu này nhằm mục đích: *đánh giá kết quả điều trị bệnh DTMDDCDMT bằng sóng radio cao tần tại bệnh viện 175.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

45 bệnh nhân được chẩn đoán DTMDDCD có dòng trào ngược trên siêu âm không phân biệt tuổi, giới đã được điều trị bằng sóng radio cao tần tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện 175 trong khoảng thời gian từ 5/2012 – 2/2013.

** Bệnh viện 175- BQP*

Người chịu trách nhiệm khoa học: BS CKII Trần Ngọc Tiến

Ngày nhận bài: 15/11/2013 - Ngày Cho Phép Đăng: 17/02/2014

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Hồi cứu mô tả
 - Phân loại suy tĩnh mạch theo tiêu chuẩn C dựa vào bảng phân loại CEAP (Clinical severity-Etiology-Anatomy-Pathophysiology)

- Chỉ định phẫu thuật:

+ DTMDDCD C 2 trở lên

+ DTMDDCD được điều trị nội khoa kèm mang vớ áp lực trên 1 tháng không cải thiện lâm sàng hoặc còn dòng trào ngược trên siêu âm.

2 Phương pháp mổ: Bộc lộ tĩnh mạch hiển to đoạn dưới khớp gối 1,5 cm. Luồn catheter VNUS tới cách chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi 1 cm. Bơm nước muối sinh lí dọc thành tĩnh mạch hiển. Đốt từng đoạn tĩnh mạch hiển. Có thể phối hợp phẫu thuật Muller.

3 Phương pháp vô cảm: tê tùy sống

4 Đánh giá kết quả: Dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm Doppler sau mổ 1 tuần và 6 tháng nhằm đánh giá sự bít tắc của tĩnh mạch hiển to, sự tồn tại của dòng trào ngược.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân.

- Tuổi: Trung bình 45. Nhỏ nhất: 30 Lớn nhất 68
- Giới: Nam 11. Nữ: 34. Tỷ lệ nam/nữ: 1/ 3,1
- Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật trên một chân

Bảng 1: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	%
Nhân viên văn phòng	15	33,3
Giáo viên	10	22,2
Quân nhân	2	4,4
Công nhân may	8	17,7
Nghề khác	10	22,2
Tổng	45	100

Bảng 2: Thời gian từ khi bị bệnh tới thời điểm phẫu thuật

Thời gian	Số lượng	%
Dưới 5 năm	30	66,6
5-10 năm	10	22,2
Trên 10 năm	5	11,2
Tổng	45	100

2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	%
Nặng chân, mỏi chân	45	100
Đau	40	88,8
Dãn TM nông	41	91
Phù chân	17	37,7
Thay đổi màu sắc da, chàm hóa da	3	6,6
Loét chân	1	2,2

Bảng 4: Phân loại theo C (Trong bảng CEAP)

C	Số lượng	%
2	11	24,4
3	30	66,6
4	3	6,6
5	0	0
6	1	2,2
Tổng	45	100

3. Kết quả siêu âm Doppler trước mổ:

Phát hiện dòng trào ngược: 45/45 (100%)

4. Phương pháp mổ:

Bảng 5: Phương pháp mổ

Phương pháp	Số lượng	%
RFA đơn thuần	25	55,5
RFA + Muller	20	44,4
Tổng	45	100

5. Kết quả siêu âm Doppler trong tuần đầu sau mổ:

Bảng 6: Kết quả siêu âm Doppler tuần đầu sau mổ

Kết quả doppler	Số lượng	%
Xẹp hoàn toàn tĩnh mạch nông	45	100
Hết dòng trào ngược	45	100
Huyết khối tĩnh mạch sâu	1	2,2

6. Biến chứng sớm sau mổ

Bảng 7: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số lượng	%
Vết bầm tím dọc tĩnh mạch nông	2	4,4
Tổng	45	4.4

7. Kết quả sau 6 tháng

Bảng 8. Kết quả lâm sàng sau 6 tháng:

Triệu chứng	Số lượng trước mổ	Sau mổ		
		Hết hoàn toàn Số lượng (%)	Giảm nhiều Số lượng (%)	Tổng
Nặng, môi chân	45	31(68,8)	14(31,1)	45(100)
Đau	40	15(37,5)	25(62,5)	40(100)
Phù chân	17	9(52,9)	8(47,1)	17(100)
Loét chân	1	1(100)	0(0)	1(100)

- Kết quả siêu âm Doppler sau 6 tháng:

Hết dòng trào ngược: 45/45 (100%)

Tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to 45/45 (100%).

IV. BÀN LUẬN

1. Yếu tố thuận lợi, nguyên nhân

Jari O Laurikka, Phần Lan, trong một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam/ nữ của bệnh DTMCDDMT là 1/3[4] Các yếu tố thuận lợi của bệnh bao gồm số lần có thai, yếu tố gia đình, tuổi (càng lớn càng dễ mắc bệnh), sau cùng là tính chất nghề nghiệp (các nghề phải đứng lâu, ít di chuyển). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam / nữ là 1/3.1. Yếu tố nghề nghiệp có tác động trên 72 % ở các đối tượng nhân viên văn phòng và công nhân làm nghề may, giáo viên. Các nghề nghiệp này có đặc điểm cần đứng tại chỗ trong thời gian lâu, ít di chuyển. Việc đứng lâu, ít di chuyển làm cho bơm cơ kém hoạt động nên không ép máu tĩnh mạch về dẫn tới ứ trệ máu tĩnh mạch [1].

Thời gian từ khi phát hiện bệnh tới lúc được phẫu thuật chủ yếu trong khoảng từ 5-10 năm, chỉ có 10 % trên 10 năm. Theo Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam (2007), tỷ lệ trên 10 năm chiếm tới 50% [1]. Điều này cho thấy ý thức phòng bệnh cũng như cơ hội tiếp cận các phương pháp điều trị hiện đại của bệnh nhân đã được nâng cao đáng kể [5]

2.Triệu chứng lâm sàng, siêu âm Doppler và phân loại CEAP trước mổ

Phân loại CEAP do một nhóm chuyên gia quốc tế về bệnh lý tĩnh mạch chi dưới đưa ra năm 1994, sau

đó được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Phân loại này khá toàn diện vì đề cập tới những khía cạnh chính của bệnh lý tĩnh mạch chi dưới như lâm sàng, bệnh nguyên, giải phẫu, sinh lý bệnh...[2]. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu ứng dụng lâm sàng thường chỉ dựa trên các triệu chứng lâm sàng. [1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có CEAP độ 2,3 lâm sàng (C2-3) (91%), có 1 bệnh nhân (2,2%) có loét tiền triển cẳng chân kèm xạm da, chàm hoá (C 6). Alessandra Puggioni và cộng sự tại Mayo Clinic trong nghiên cứu trên 53 chân được làm RFA từ 2001 tới 2004 có 94% C2-4, 6% C5-6 [2]. Nguyễn Hoài Nam trong nghiên cứu năm 2007 có 84% C2-3, còn lại là C4,5 với tỷ lệ tương đương [1].

Siêu âm Doppler cũng đã được chứng minh là phương tiện chẩn đoán chính xác, nhanh chóng và an toàn trong khảo sát bệnh lý tĩnh mạch. Chúng tôi khảo sát siêu âm Doppler cho toàn bộ bệnh nhân trước mổ. Tỷ lệ phát hiện dòng trào ngược là 100%.

3. Chỉ định và phương pháp can thiệp

Mục đích của quy trình RFA là nhằm triệt tiêu dòng trào ngược bằng cách gây đông lòng tĩnh mạch hiển to bằng sóng radio. Cũng như nghiên cứu của Alessandra Puggioni, chúng tôi chỉ định RFA cho các bệnh nhân từ C2 trở lên kèm theo có dòng trào ngược trên siêu âm Doppler [2].

Có 20 bệnh nhân (44,4%) có các búi tĩnh mạch dẫn tại chỗ được làm thêm phẫu thuật Muller với những đường rạch ngắn. 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. Kết quả điều trị và biến chứng sau mổ

4.1. Kết quả sớm

Toàn bộ bệnh nhân trước khi xuất viện (trong vòng từ 2-7 ngày) (bảng 6) được kiểm tra siêu âm doppler. Tỷ lệ tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to và hết dòng trào ngược đạt 100%. Có một bệnh nhân (2,2%) xuất hiện huyết khối nhỏ tại tĩnh mạch đùi chung, được điều trị nội khoa và ra viện sau 7 ngày

Trong nghiên cứu tại Đại học Johns Hopkins, Weiss RA, Weiss MA cho kết quả hết dòng trào

ngực và tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to là 137/140 chân (98%) [6].

Các biến chứng tại chỗ gồm 2 bệnh nhân có vết bầm dọc tĩnh mạch hiển to (4,4 %), các vết này tự hết sau 1-2 tuần.

4.2. Kết quả sau 6 tháng

Các bệnh nhân được hẹn kiểm tra sau 6 tháng. Về lâm sàng, tất cả bệnh nhân đều cảm thấy hài lòng do các triệu chứng chính gây khó chịu trước mổ đều giảm nhiều hoặc hết hoàn toàn (bảng 8). Khám thực thể, phù chân đều giảm đáng kể, có 52% hết đau hoàn toàn, 47% giảm đau đáng kể. Một bệnh nhân loét chân tiến triển (C6) trước mổ đã liền vết loét tại cẳng chân.

Kết quả Doppler cho thấy không thấy bệnh nhân nào tái phát dòng trào ngược. Tỷ lệ tắc hoàn toàn tĩnh mạch hiển to là 100%. Nghiên cứu của Wagner WH, Levin PM và cộng sự tại khoa phẫu thuật mạch máu, trung tâm Y tế Cedars-Sinai, LA, Hoa kỳ có tỷ lệ tương đương là 97% [5]. Các kết quả theo dõi xa hơn của các nghiên cứu trên có tỷ lệ tái phát ở thời gian 12-24-36 tháng. Ở nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện theo dõi xa hơn.

VI. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp dẫn tĩnh mạch dưới da chi dưới mãn tính được điều trị bằng sóng radio tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện 175 từ 5/2012 – 5/2013, rút ra được một số nhận xét sau:

- Về đặc điểm lâm sàng: Bệnh gặp ở giới nữ nhiều hơn nam với yếu tố thuận lợi là các nghề nghiệp phải đứng lâu, ít di chuyển.

- Chỉ định RFA cho các trường hợp từ C 2 trở lên

- RFA là một phẫu thuật ít biến chứng, an toàn, với tỷ lệ thành công cao

- Cần nghiên cứu kết quả xa hơn để đánh giá các trường hợp tái phát muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam: Kết quả điều trị ngoại khoa dẫn tĩnh mạch nông chi dưới Mãn tính. Y học TPHCM. Tập 11, 2007, trang 27-30.
2. Alessandra Puggioni, MD, Manju Kalra, MBBS, Michele Carmo, MD, Geza Mozes, MD, Peter Gloviczki, MD. Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: Analysis of early efficacy and complications. J Vasc Surg 2005; 42: 488-493.
3. Bergan JJ. (2000). Varicose veins: treatment by surgery and sclerotherapy. Vascular Surgery, vol. 2, p. 2007-2021.
4. Laurikka JO (2002): Risk indications for varicose veins in forty to sixty Y.O in the tempere varicose vein study. World Journal of Surgery. June, V. 26, N. 6. p 648
5. Wagner WH, Levin PM, Cossman DV, Lauterbach SR, Cohen JL, Farber A. Early experience with radiofrequency ablation of the greater saphenous vein. Ann Vasc Surg. 2004 Jan;18(1):42-7. Epub 2004 Jan 20.
6. Weiss RA, Weiss MA Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2-year follow-up. Dermatol Surg 2002;28:38-42.