

quả này cũng tương đồng với Dawson và cs [3]. Thoát vị hoành là một dạng dị tật bẩm sinh nguy hiểm nguy cơ tử vong cao qua nghiên cứu cũng xác định được một số yếu tố trước và sau sinh liên quan đến tử vong ở trẻ thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chẩn đoán qua siêu âm. Trong đó thoát vị hoành chứa gan là chẩn đoán có tiên lượng tử vong cao nhất. Trong thời gian theo dõi tỷ lệ tử vong cao nhất ở tình trạng nhiễm toan hô hấp, suy hô hấp. Từ kết quả cho thấy thầy thuốc thực hành lâm sàng cần theo dõi chặt chẽ PH máu, SpO<sub>2</sub>, FiO<sub>2</sub> trong thời gian chờ phẫu thuật điều trị thoát vị hoành sau sinh. Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế do thời gian tiến hành nghiên cứu bị hạn chế, nghiên cứu chỉ được thực hiện dưới dạng hồi cứu, dẫn đến việc thông tin thu thập có giới hạn.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong 45/142 trường hợp chiếm 31,7% (KTC95%: 23,9 – 39,4). Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong của trẻ trong đó nguy cơ trước trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan tăng nguy cơ tử vong gấp 18,3 lần (OR=18,3; KTC95%: 1,3 – 256,7). Một số yếu tố nguy cơ tử vong sau sinh bao gồm trẻ có PH máu sau sinh  $\leq 7,2$ , giảm SpO<sub>2</sub> <85% và trẻ có FiO<sub>2</sub> >40% tăng nguy cơ tử vong từ 17,7 – 35,2 lần. Với các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chứa gan, cần được tư vấn kỹ cho gia

đình nguy cơ tử vong. Sau sinh, pH máu, FiO<sub>2</sub> và SPO<sub>2</sub> đo lần đầu tiên là các thông số gợi ý có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong của bé về sau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Chatterjee, R. J. Ing J. Gien** (2020), "Update on Congenital Diaphragmatic Hernia", *Anesth Analg.* 131(3), 808-821.
2. **Cam Ngọc Phượng, Đặng Quốc Bửu, Phạm Thị Thanh Tâm** (2018), "Kết quả điều trị thoát vị hoành bẩm sinh tại bệnh viện nhi đồng 1", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 22(3), 107 - 112.
3. **J. A. Dawson** (2010), "Defining the reference range for oxygen saturation for infants after birth", *Pediatrics.* 125(6), e1340-7.
4. **Bùi Đức Hậu;** (2014), "Phẫu thuật tạo hình cơ hoành bằng tấm ghép 1/2013-8/2014 tại bệnh viện Nhi đồng 2, Tài liệu hội nghị Ngoại khoa toàn quốc lần thứ IV, 37-38.
5. **D. Mullasery** (2010), "Value of liver herniation in prediction of outcome in fetal congenital diaphragmatic hernia: a systematic review and meta-analysis", *Ultrasound Obstet Gynecol.* 35(5), 609-14.
6. **Nguyễn Thị Thuý Trang** (2020), "Khảo sát tiên lượng tử vong trên siêu âm trước sinh, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành ngoại nhi, Đại Học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Cam Ngọc Phượng** (2014), "Đặc điểm cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh", *Tài liệu khoa học hội nghị Ngoại Nhi toàn quốc lần thứ IV.* 16, 261-270.
8. **T. Victoria** (2018), "Right Congenital Diaphragmatic Hernias: Is There a Correlation between Prenatal Lung Volume and Postnatal Survival, as in Isolated Left Diaphragmatic Hernias?", *Fetal Diagn Ther.* 43(1), 12-18.

## THỰC TRẠNG SUY TỈNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI Ở CÔNG NHÂN MAY MẶC TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Thị Điện<sup>1</sup>, Đinh Thị Thu Hương<sup>2</sup>,  
Lê Đức Cường<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Thanh Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 công nhân may thuộc 4 công ty may mặc tại Thái Bình bằng phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới (STMMTCD) ở công nhân tại một số công ty may mặc Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ suy tĩnh mạch

(STM) ở nhóm công nhân nghiên cứu là 75,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ STMMTCD có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, tư thế làm việc và tuổi nghề. Tỷ lệ STMMTCD ở nhóm công nhân có tuổi nghề dưới 5 năm chiếm 63,2% và lên tới 82,8% ở nhóm tuổi nghề từ 15 năm trở lên. Công nhân làm việc thường xuyên ở tư thế đứng mặc STMMTCD cao hơn công nhân làm việc ở tư thế ngồi thường xuyên (86,7% và 68,9%). Đa số công nhân nam không có hoặc chỉ có 1-2 triệu chứng lâm sàng, còn đối với công nhân nữ, tỷ lệ có từ 3 triệu chứng trở lên chiếm cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả phân loại STMMTCD theo thang CEAP của công nhân từ C0 đến C3, chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là những công nhân ở phân độ lâm sàng C1 (61,8%); Không gặp công nhân STMMTCD ở phân độ CEAP từ C4. Điểm VCSS trung bình của công nhân có STMMTCD là  $3.69 \pm 1,08$  điểm.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Điện

Email: vuthidien77@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

**Từ khóa:** Công nhân may; Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới; Thái Bình

## SUMMARY

### SITUATION OF LOWER EXTREMITY CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AMONG GARMENT WORKERS IN THAI BINH PROVINCE

The study was conducted on 400 garment workers of 4 garment companies in Thai Binh by the descriptive method through a cross-sectional survey with an aim to describe the status and clinical and subclinical characteristics of chronic venous insufficiency. lower extremities in workers in some Thai Binh garment companies. **Results:** The proportion of lower extremity chronic venous insufficiency in the study group was 75.3%; The difference in the prevalence of lower extremity chronic venous insufficiency was statistically significant between the groups of gender, working position and career age. The percentage of lower extremity chronic venous insufficiency among the group of workers with working age under 5 years accounted for 63.2% and up to 82.8% in the age group of 15 years or more. Workers who work regularly in the standing position had a higher incidence of lower extremity chronic venous insufficiency than those who frequently worked in the sitting position (86.7% and 68.9%). Most of the male workers had no or only 1-2 clinical symptoms, the percentage of having 3 or more symptoms was higher in female workers than that of male workers, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ . The results of classifying lower extremity chronic venous insufficiency according to the CEAP scale of workers from C0 to C3, the highest proportion in the study were workers in clinical class C1 (61.8%); No patients with lower extremity chronic venous insufficiency were found in CEAP grades from C4. The average VCSS score of workers with chronic venous insufficiency of the lower extremities was  $3.69 \pm 1.08$  points

**Keywords:** Garment workers; Lower extremity chronic venous insufficiency; Thai Binh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới là tình trạng suy giảm chức năng hệ tĩnh mạch chi dưới do suy các van tĩnh mạch thuộc hệ tĩnh mạch nông và/hoặc hệ tĩnh mạch sâu có thể kèm theo thuyên tắc tĩnh mạch hoặc không [1]. Bệnh tiến triển từ từ theo thời gian, thường không được quan tâm chú ý nhưng lại là vấn đề sức khỏe và xã hội nghiêm trọng. Một nghiên cứu tại Ba Lan cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở người rường thành là 38,33% ở nam và 50,99% ở nữ [2]. Tại Hoa Kỳ, STMMTCD cũng gây ảnh hưởng đến 25 triệu người trưởng thành, với gần 6 triệu người mắc bệnh tiến triển, và chi phí chăm sóc loét tĩnh mạch hàng năm ước tính là 3 tỷ đô la [3]. Báo cáo Vein Consult Program tiến hành trên 20 quốc gia cho biết 83,6% BN tại phòng khám có biểu

hiện suy tĩnh mạch, tỷ lệ này tại Việt Nam là 62% [4]. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu thường gặp bao gồm tuổi, giới tính nữ, tiền sử gia đình, mang thai, béo phì, nhiệt độ môi trường cao ... và đặc biệt là ở tư thế ngồi hoặc đứng lâu có liên quan đến công việc được thực hiện [5], [6]. Mỗi quan hệ đáng kể giữa các tư thế được áp dụng tại nơi làm việc và sự phát triển và/hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng suy tĩnh mạch mãn tính đã là chủ đề của nhiều nghiên cứu khoa học [7], [8].

Tại Thái Bình hiện nay các khu công nghiệp phát triển đã thu hút số lượng lớn đối tượng là những người trẻ tuổi vào làm việc, đặc biệt là các doanh nghiệp may mặc. Số lượng doanh nghiệp dệt may với quy mô lớn, dây chuyền sản xuất hiện đại đã tạo việc làm cho hơn 40.000 lao động chiếm gần 20% tổng số lao động của toàn ngành công nghiệp của Tỉnh. Công nhân làm trong lĩnh vực dệt may tuy không quá nặng nhọc nhưng tư thế làm việc gò bó, đòi hỏi cường độ lao động và độ tập trung cao, thời gian làm việc liên tục nhiều giờ là những yếu tố nguy cơ rất lớn gây ra STMMTCD. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới ở công nhân tại một số công ty may mặc Thái Bình năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 04 công ty may tại tỉnh Thái Bình
- Đối tượng nghiên cứu: Công nhân may trực tiếp tham gia vào quá trình sản xuất tại các công ty may tham gia nghiên cứu
- Thời gian nghiên cứu: từ 8/2021 đến 8/2022

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ *Cỡ mẫu.* Cỡ mẫu tính toán theo công thức ước lượng một tỷ lệ là 385 công nhân, thực tế điều tra 400 công nhân.

b/ *Phương pháp chọn mẫu:*

- Chọn chủ đích tỉnh Thái Bình.
- Lập danh sách các công ty may có số lượng công nhân may ở mức trung bình từ trên 200 công nhân trên địa bàn tại Thái Bình, sau đó bốc thăm ngẫu nhiên chọn 04 công ty may để đưa vào nghiên cứu.

- Mỗi công ty may có nhiều phân xưởng, tại

mỗi phân xưởng có các chuyên khác nhau, mỗi chuyên đều có đủ công nhân thực hiện các công đoạn của may sản phẩm từ khâu đầu vào đến khâu hoàn thiện. Trung bình mỗi chuyên ở các công ty có từ 50-70 công nhân trực tiếp tham gia vào công tác sản xuất. Lập danh sách các chuyên tại phân xưởng đã được bốc vào nghiên cứu ở mỗi công ty may, sau đó tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên mỗi công ty may 2 chuyên.

- Lập danh sách công nhân tại mỗi chuyên, tiến hành điều tra đến khi đủ cỡ mẫu 100 tại mỗi công ty thì dừng lại.

### 2.3. Các kỹ thuật và tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu

\*Phỏng vấn: bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn

\*Khám lâm sàng. Các đối tượng được khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng đặc hiệu của suy tĩnh mạch chi dưới, chẩn đoán sàng lọc một số bệnh lý liên quan như tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch..., các bệnh lý trong tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu.

Đánh giá Thang điểm độ nặng bệnh tĩnh mạch trên lâm sàng theo thang điểm VCSS (Venous Clinical Severity Score)

Phân độ STMMTCD trên lâm sàng theo phân độ CEAP (Clinical, Etiology, Anatomy, Pathophysiology)

\*Siêu âm: Tiến hành siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch chi dưới cho tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu.

Sử dụng máy siêu âm Doppler hệ mạch máu xách tay hiệu Mindray, được trang bị đầu dò phẳng 7,5 – 12 MHz.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới:** Theo Khuyến cáo của Hội tĩnh mạch học Hoa Kỳ: STMMTCD được chẩn đoán xác định bằng siêu âm dựa vào dòng trào ngược trong tĩnh mạch (TM) tự nhiên hay sau làm nghiệm pháp bóp cơ ở mức  $\geq 500\text{ms}$  đối với TM hiển, TM sâu cẳng chân hoặc  $\geq 1000\text{ms}$  ở TM đùi và khoeo [9].

### Các thông tin về siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch nông:

• Tĩnh mạch hiển lớn: đường kính TM (mm) tại quai, thân hiển lớn đoạn 1/3 giữa đùi và 1/3 giữa cẳng chân, thời gian dòng trào ngược (ms).

• Tĩnh mạch hiển nhỏ: đường kính TM (mm) tại 1/3 trên cẳng chân, thời gian dòng trào ngược (ms).

• Tĩnh mạch xuyên: đường kính TM (mm), thời gian dòng trào ngược (ms).

### 2.4. Các phương pháp hạn chế sai số

Bộ phiếu được thiết kế dễ hiểu, rõ ràng. Tiến hành điều tra thử trước khi nghiên cứu.

Đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu chuẩn xác, có tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng. Lựa chọn các điều tra viên là người có kinh nghiệm tham gia nghiên cứu tại cộng đồng, có kiến thức chuyên ngành và được tập huấn kỹ trước khi điều tra.

Tập huấn, trao đổi kỹ, thống nhất các khai thác thông tin cũng như chuẩn hóa kỹ thuật, cách nhận định kết quả. Những kết quả nghi ngờ cần hội ý hoặc lưu lại xin ý kiến chuyên gia. Kiểm tra số liệu sau mỗi lần thu thập để đảm bảo thu thập đúng, đủ thông tin cần thiết.

Thực hiện giám sát chặt chẽ.

**2.5. Xử lý số liệu.** Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm đối tượng                   |                   | Số lượng (n= 400) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Giới tính                            | Nam               | 50                | 12,5      |
|                                      | Nữ                | 350               | 87,5      |
| Nhóm tuổi                            | < 30              | 55                | 13,8      |
|                                      | 30 - 39           | 180               | 45,0      |
|                                      | 40-49             | 139               | 34,7      |
|                                      | $\geq 50$         | 26                | 6,5       |
| Tuổi trung bình ( $\bar{x} \pm SD$ ) |                   | 37,83 $\pm$ 7,22  |           |
| Trình độ học vấn                     | Tiểu học          | 5                 | 1,3       |
|                                      | THCS              | 62                | 15,5      |
|                                      | THPT              | 295               | 73,8      |
|                                      | Trung cấp trở lên | 38                | 9,5       |

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 đối tượng là công nhân may, trong đó tỷ lệ công nhân nữ chiếm 87,5%, chỉ có 12,5% là công nhân nam. Độ tuổi trung bình của các công nhân tham gia nghiên cứu là 37,83  $\pm$  7,22 tuổi, nhóm tuổi từ 30 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%), tỷ lệ từ 50 tuổi trở lên chiếm thấp nhất (6,5%). Có 73,8% công nhân có trình độ THPT, chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm tỷ lệ thấp nhất là có 1,3% công nhân có trình độ tốt nghiệp tiểu học.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc suy tĩnh mạch ở công nhân**

| Đặc điểm  |     | n  | Không STM |      | Có STM |      |
|-----------|-----|----|-----------|------|--------|------|
|           |     |    | n         | %    | n      | %    |
| Giới tính | Nam | 50 | 25        | 50,0 | 25     | 50,0 |

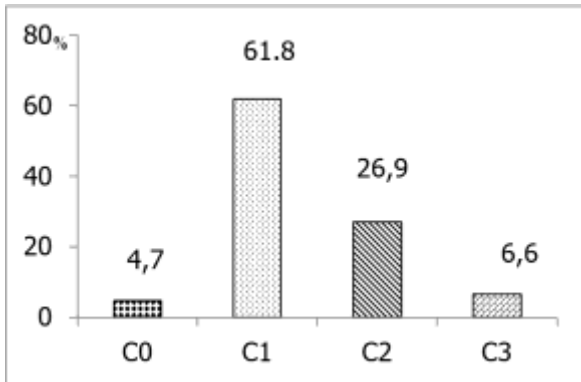
|                              |            |       |    |      |     |      |
|------------------------------|------------|-------|----|------|-----|------|
|                              | Nữ         | 350   | 74 | 21,1 | 276 | 78,9 |
|                              | P          | <0,05 |    |      |     |      |
| Tư thế làm việc thường xuyên | Đứng       | 143   | 19 | 13,3 | 124 | 86,7 |
|                              | Ngồi       | 257   | 80 | 31,1 | 177 | 68,9 |
|                              | P          | <0,05 |    |      |     |      |
| Tuổi nghề (năm)              | < 5        | 87    | 32 | 36,8 | 55  | 63,2 |
|                              | 5-dưới 10  | 104   | 27 | 26,0 | 77  | 74,0 |
|                              | 10-dưới 15 | 145   | 29 | 20,0 | 116 | 80,0 |
|                              | ≥ 15       | 64    | 11 | 17,2 | 53  | 82,8 |
|                              | P          | <0,05 |    |      |     |      |
| Chung                        |            | 400   | 99 | 24,8 | 301 | 75,3 |

Tỷ lệ suy tĩnh mạch ở nhóm công nhân nghiên cứu là 75,3%. Đối với nam giới, tỷ lệ STM chiếm 50,0% và 78,9% nữ giới có STM. Tỷ lệ STM ở nhóm công nhân đứng khi làm việc là 86,7% và 68,9% ở nhóm ngồi khi làm việc. Tỷ lệ STMMTCD ở nhóm công nhân có tuổi nghề dưới 5 năm chiếm 63,2%, ở nhóm tuổi nghề 5-dưới 10 năm chiếm 74,0%, chiếm 80,0% ở nhóm có tuổi nghề 10- dưới 15 năm, ở nhóm tuổi nghề từ 15 năm trở lên tỷ lệ này chiếm 82,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ STMMTCD có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, tư thế làm việc và tuổi nghề.

**Bảng 3.3. Số lượng triệu chứng lâm sàng trên công nhân STMMTCD**

| Số lượng triệu chứng | Giới tính  |            | Chung (n=301) | p     |
|----------------------|------------|------------|---------------|-------|
|                      | Nam (n=25) | Nữ (n=276) |               |       |
|                      | n (%)      | n (%)      | n (%)         |       |
| 0                    | 2 (8,0)    | 0          | 2 (0,7)       | <0,05 |
| 1                    | 12 (48,0)  | 10 (3,6)   | 22 (7,3)      |       |
| 2                    | 10 (40,0)  | 102 (37,0) | 112 (37,2)    |       |
| 3                    | 1 (4,0)    | 97 (35,1)  | 98 (32,6)     |       |
| >3                   | 0          | 67 (24,3)  | 67 (22,3)     |       |

Trong số 301 công nhân có tình trạng STM, tỷ lệ không có triệu chứng lâm sàng (TCLS) nào chiếm 0,7%, có 7,3% có 1 TCLS, 37,2% có xuất hiện 2 TCLS, 32,6% xuất hiện 3 TCLS và 22,3% có trên 3 TCLS. Đa số công nhân nam không có hoặc có 1-2 TCLS, còn đối với công nhân nữ, tỷ lệ có 3 triệu chứng hoặc trên 3 triệu chứng chiếm cao hơn nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



**Biểu đồ 3.1. Phân loại suy tĩnh mạch theo lâm sàng CEAP (n=301)**

Kết quả phân loại STM theo thang CEAP của công nhân chỉ từ C0 đến C3. Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là những công nhân có chân ở phân độ lâm sàng C1 (Giãn mao tĩnh mạch mạng nhện hoặc dạng lưới đường kính <3 mm), với 61,8%. Phân độ lâm sàng C2 (Giãn tĩnh mạch đường kính >3 mm) chiếm tỷ lệ 30,3%. Có 6,6% có phù chi dưới, chưa có biến đổi trên da (C3), và chỉ có 4,7% ở phân độ C0 (Không có biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch có thể quan sát hoặc sờ thấy).

**Bảng 3.4. Thang điểm VCSS theo giới tính (n=301)**

| VCSS          | Giới tính |        | Chung  |
|---------------|-----------|--------|--------|
|               | Nam       | nữ     |        |
| $\bar{x} \pm$ | 2,48 ±    | 3,80 ± | 3.69 ± |
| SD            | 0,65      | 1.04   | 1,08   |
| Min           | 1         | 2      | 1      |
| Max           | 4         | 7      | 7      |

Điểm VCSS trung bình của công nhân có STM là 3.69 ± 1,08, cụ thể là 2,48 ± 0,65 ở nam và 3,80 ± 1.04 ở nữ. Điểm VCSS thấp nhất là 1 và cao nhất là 7.

**Bảng 3.5. Đặc điểm vị trí chân suy tĩnh mạch của nhóm suy tĩnh mạch**

| Đặc điểm  | n   | Phải  | Trái     | Hai chân |           |
|-----------|-----|-------|----------|----------|-----------|
|           |     | n (%) | n (%)    | n (%)    |           |
| Giới tính | Nam | 25    | 9 (36,0) | 6 (24,0) | 10 (40,0) |

|                 |      |     |           |            |           |
|-----------------|------|-----|-----------|------------|-----------|
|                 | Nữ   | 276 | 90 (32,6) | 100 (39,5) | 77 (27,9) |
| Tư thế làm việc | Đứng | 124 | 36 (29,0) | 50 (40,3)  | 38 (30,6) |
|                 | Ngồi | 177 | 63 (35,6) | 65 (36,7)  | 49 (27,7) |
| Chung           |      | 301 | 99 (32,9) | 115 (38,2) | 87 (28,9) |

Tỷ lệ STM ở chân phải là 32,9%, chân trái là 38,2% và 28,9% có STM ở cả hai chân.

**Bảng 3.6. Đặc điểm siêu âm Doppler mạch của nhóm suy tĩnh mạch (n=301)**

| Vị trí tĩnh mạch     |      | Đường kính TM (mm) | Thời gian dòng trào ngược (giây) |
|----------------------|------|--------------------|----------------------------------|
|                      |      | $\bar{X} \pm SD$   | $\bar{X} \pm SD$                 |
| Quai TM hiển lớn     | Phải | 5,90 ± 1,49        | 2,22 ± 1,00                      |
|                      | Trái | 5,79 ± 1,42        | 1,81 ± 0,97                      |
| TM hiển lớn trên gối | Phải | 3,69 ± 1,06        | 1,70 ± 0,92                      |
|                      | Trái | 3,61 ± 0,99        | 1,73 ± 1,06                      |
| TM hiển lớn dưới gối | Phải | 3,04 ± 0,78        | 1,80 ± 0,89                      |
|                      | Trái | 2,99 ± 0,80        | 1,87 ± 0,96                      |
| TM hiển bé           | Phải | 2,91 ± 0,89        | 1,03                             |
|                      | Trái | 2,84 ± 0,87        | 1,65 ± 1,04                      |

- **Đối với chân phải:** Đường kính TM hiển lớn trung bình là 5,90 ± 1,49 mm (tại quai), 3,69±1,06 mm (tại thân, đoạn trên gối), và 3,04 ± 0,78 mm (tại thân, đoạn dưới gối). Đường kính TM hiển bé trung bình là 2,91 ± 0,89mm. Dòng trào ngược trong lòng TM hiển lớn ở cả đoạn quai và thân TM và hiển bé đều kéo dài trên 1 giây.

- **Đối với chân trái:** Đường kính TM hiển lớn trung bình là 5,79 ± 1,42 mm (tại quai), 3,61±0,99 mm (tại thân, đoạn trên gối), và 2,99 ± 0,80 mm (tại thân, đoạn trên gối). Đường kính TM hiển bé trung bình là 2,84 ± 0,87mm. Dòng trào ngược trong lòng TM hiển lớn ở cả đoạn quai và thân TM và hiển bé đều kéo dài trên 1 giây.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 400 đối tượng là công nhân may, trong đó tỷ lệ suy tĩnh mạch (STM) chung ở nhóm công nhân nghiên cứu là 75,3%. Đối với nam giới, tỷ lệ STM chiếm 50,0% và 78,9% nữ giới có STM. Tỷ lệ STM ở nhóm công nhân đứng thường xuyên khi làm việc là 86,7% cao hơn so với nhóm ngồi thường xuyên khi làm việc là 68,9%. Tỷ lệ STMMTCĐ tăng dần theo tuổi nghề. Ở nhóm công nhân có tuổi nghề dưới 5 năm chiếm 63,2%, 5-dưới 10 năm chiếm 74,0%, 10-dưới 15 năm chiếm 80,0% và ở nhóm tuổi nghề từ 15 năm trở lên chiếm 82,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ STMMTCĐ có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, tư thế làm việc và tuổi nghề (bảng 3.2). Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngân cùng cộng sự. Tác giả cho biết công nhân phân xưởng may có tỷ lệ suy giãn tĩnh mạch là 86,0%; tập trung ở nhóm tuổi 30-49 tuổi chiếm 81,0% và chủ yếu ở nhóm tuổi nghề ≥ 16 năm [10]. Báo cáo từ kết quả này

là minh chứng củng cố thêm cho vấn đề tình trạng suy giãn tĩnh mạch ở công nhân phụ thuộc vào tư thế làm việc, thời gian làm việc cũng như tuổi nghề trong công việc.

Triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh STMMTCĐ là đau, chuột rút, nặng chân (phù), ngứa, tê bì dị cảm, bệnh nhân cũng có thể tự nhìn thấy những biến đổi ở chân như những mạch máu nhỏ li ti hay một số mạch máu to nổi ngoằn ngoèo hoặc một vùng da bị thâm tím.... Đa số các công nhân đều cảm thấy có triệu chứng khi bị bệnh trong bảng 3.3. Trong số 301 công nhân có tình trạng STM, tỷ lệ không có TCLS nào chỉ chiếm 0,7%, có 7,3% có 1 triệu chứng, 37,2% có xuất hiện 2 TCLS, 32,6% xuất hiện 3 TCLS và 22,3% có trên 3 TCLS. Đa số công nhân nam không có hoặc có 1-2 TCLS, còn đối với công nhân nữ, tỷ lệ có 3 triệu chứng hoặc trên 3 triệu chứng chiếm cao hơn nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (bảng 3.3). Giãn TM ở chân là do hiện tượng máu dồn ứ lại gây tăng áp lực lên thành TM, lâu ngày dẫn tới giảm tính đàn hồi của thành TM, ứ trệ trong lòng TM và gây giãn TM. Nếu đường kính TM giãn < 1mm sẽ biểu hiện ra bên ngoài dưới dạng giãn TM mạng nhện, đường kính từ 1-3mm biểu hiện là giãn TM dạng lưới và trên 3mm thường gây nổi trên mặt da hình thành các búi giãn TM nông. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Miên cho thấy tỉ lệ mắc STMMTCĐ ở phân độ C1 là cao nhất với 51,4%, tiếp theo là C0 với 41,3%, C2 chiếm 73,3%, không ghi nhận trường hợp nào có CEAP từ độ 3 đến độ 6. Nghiên cứu phân độ bệnh STMMTCĐ của tác giả Phạm Thị Nhài dựa trên phân độ bệnh CEAP cho thấy trong số các công nhân phân chế biến thủy sản mắc bệnh gặp chủ yếu là C1 (36,00%), tiếp theo là C2 và C0 lần lượt là 22,00% và 13,00%. Nghiên cứu

Nguyễn Thị Ngân, Trần Thị Quỳnh Chi trên đối tượng công nhân phân xưởng may Công ty May Hai Hải Phòng năm 2013 cho thấy trong số các công nhân phân xưởng may mắc bệnh STMMTCĐ, gặp chủ yếu là C1 (44,00%), tiếp theo là C0 và C2 lần lượt là 27,00% và 14,00%, không có trường hợp nào có độ SGTMCĐ từ C4 trở lên [10]. Kết quả của chúng tôi phân loại STMMTCĐ theo thang CEAP của công nhân chỉ từ C0 đến C3 cũng tương đồng. Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là những công nhân có chân ở phân độ lâm sàng C1, với 61,8%. Phân độ lâm sàng C2 chiếm tỷ lệ 30,3%. Có 6,6% có phù chi dưới, chưa có biến đổi trên da (C3), và chỉ có 4,7% ở phân độ C0 (biểu đồ 3.1). Như vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi không thấy có trường hợp nào có độ suy giãn TMCD từ C5 trở lên, đồng nghĩa với việc chưa gặp công nhân nào bị mắc bệnh vào giai đoạn biến chứng gây loét. Điều này cũng khá hợp lý vì đây đều là nhóm công nhân đang trong lứa tuổi lao động và được xác định có đủ sức khỏe để tham gia vào dây chuyền lao động.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy, tỷ lệ STMMTCĐ ở chân phải là 32,9%, chân trái là 38,2% và 28,9% có STM ở cả hai chân (bảng 3.5). Trong số những giáo viên bị STMMTCĐ trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Miên, có tới 42,2% là tổn thương cả 2 chân, 33,9% chỉ gặp ở chân trái và 23,9% chỉ gặp ở chân phải. Ở người bình thường áp lực TM ngoại vi thay đổi rất nhiều tùy thuộc vào cấu trúc hệ TM, cân cơ, hệ thống van. Trong suốt quá trình đi bộ, các cơ sẽ co và ép lên một phần TM sâu. Hệ TM Lejard vùng gan bàn chân được tạo thành từ những hố TM ở gan bàn chân. Hệ TM này tạo thành cung gan bàn chân, hệ thống này thông với hệ cung mu bàn chân qua những TM xiên không van, đây là nơi xuất phát của 2 hệ thống TM sâu và nông. Việc đi bộ sẽ tạo sức ép lên các TM vùng gan bàn chân và đẩy máu trở về các nhánh TM gốc của 2 hệ TM nông và sâu. Khi đứng, ngồi hay đi lại, trọng lực đều dồn đồng đều lên cả hai chân; do đó, hệ TM hai chân đều phải chịu một sức ép như nhau. Do tính chất cân đối cả về giải phẫu lẫn sinh lý nên khi bị STM thường gặp tỉ lệ cao ở cả hai chân.

Đặc điểm siêu âm Doppler mạch của nhóm STM trong nghiên cứu này: Đối với chân phải: Đường kính TM hiển lớn trung bình là  $5,90 \pm 1,49$  mm (tại quai),  $3,69 \pm 1,06$  mm (tại thân, đoạn trên gối), và  $3,04 \pm 0,78$  mm (tại thân, đoạn dưới gối). Đường kính TM hiển bé trung bình là  $2,91 \pm 0,89$ mm. Dòng trào ngược trong

lòng TM hiển lớn ở cả đoạn quai và thân TM và hiển bé đều kéo dài trên 1 giây. Đối với chân trái: Đường kính TM hiển lớn trung bình là  $5,79 \pm 1,42$  mm (tại quai),  $3,61 \pm 0,99$  mm (tại thân, đoạn trên gối), và  $2,99 \pm 0,80$  mm (tại thân, đoạn trên gối). Đường kính TM hiển bé trung bình là  $2,84 \pm 0,87$ mm. Dòng trào ngược trong lòng TM hiển lớn ở cả đoạn quai và thân TM và hiển bé đều kéo dài trên 1 giây (bảng 3.6). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Miên cho thấy có sự tăng kích thước đường kính TM bị suy so với đường kính TM bình thường trên tất cả các đoạn TM với sự khác. Giãn TM vừa là cơ chế và cũng là hệ quả của STMCĐ, khi van TM bị suy sẽ dẫn đến dòng máu bị trào ngược trở lại gây một áp lực lớn lên thành TM phía thượng lưu, lâu dần sẽ dẫn đến tổn thương thành TM làm teo đất thành TM khiến cho thành TM dễ bị căng giãn và đường kính TM tăng.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ STMMTCĐ ở nhóm công nhân nghiên cứu là 75,3%; Tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ và tăng dần theo tuổi nghề. Sự khác biệt về tỷ lệ STMMTCĐ có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, tư thế làm việc và tuổi nghề;

- Đa số công nhân nam không có hoặc có 1-2 triệu chứng lâm sàng, còn đối với công nhân nữ, tỷ lệ có 3 triệu chứng hoặc trên 3 triệu chứng chiếm cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Kết quả phân loại STMMTCĐ theo thang CEAP của công nhân chỉ từ C0 đến C3, chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là những công nhân có chân ở phân độ lâm sàng C1 (61,8%).

- Điểm VCSS trung bình của công nhân có STMMTCĐ là  $3.69 \pm 1,08$ .

## VI. KHUYẾN NGHỊ

1. Tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe cho công nhân tại các khu công nghiệp về các triệu chứng, biểu hiện cũng như các biện pháp phòng ngừa STMMTCĐ

2. Khám sức khỏe định kỳ 6 tháng/lần cho công nhân để phát hiện sớm STMMTCĐ từ đó có biện pháp điều trị thích hợp góp phần nâng cao năng suất lao động và chất lượng cuộc sống cho công nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Hương** (2007), Suy tĩnh mạch, Tập bài giảng lớp chuyên khoa định hướng Tim mạch, Viện tim mạch - Phòng chỉ đạo tuyến, Hà Nội.
2. **Urbanek T và các cộng sự.** (2015), "Assessment of public awareness in the field of epidemiology, prevention and treatment of

- chronic venous diseases in Poland", *Phlebological Rev* 23 (2), tr. p. 45-53.
3. **Eberhardt RT và Raffetto JD** (2005), "Chronic venous insufficiency.", *Circulation*. 111, tr. p. 2398-409.
  4. **Dinh Thị Thu Hương và Dinh Thị Hoa Hiệp (2012)**, "Vein consult program", *Phlebolympology*. Vol19, No3.
  5. **Robertson L và các cộng sự.** (2009), "Risk factors for chronic ulceration in patients with varicose veins: a case control study", *J Vasc Surg*. 49(6), tr. p. 1490-1498.
  6. **Sudoł Szopińska I, Błachowiak K và Koziński P** (2006), "Influence of environmental factors on the development of chronic venous insufficiency", *Med Pr*. 57(4), tr. p. 365-373.
  7. **Sharma S** (2013), "Certain profession of working as risk factors for varicose veins.", *J Pharm Biol Sci*. 7(5), tr. p. 56-59.
  8. **Yun MJ và các cộng sự.** (2018), "A study on prevalence and risk factors for varicose veins in nurses at a university hospital. ", *Saf Health Work*. 9 (1), tr. p. 79-83.
  9. **Đinh Thị Thu Hương** (2019), *Bệnh tĩnh mạch chi dưới mạn tính, Lâm sàng tìm mạch học*, NXB Y học, Hà Nội.
  10. **Nguyễn Thị Ngân, Trần Thị Quỳnh Chi và Nguyễn Trường Sơn** (2014), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới bệnh giãn tĩnh mạch chi dưới của công nhân công ty May Hai, Hải Phòng", *Tạp chí Y học Việt Nam*. tháng 10- số 2/2014, tr. tr. 233-241.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA QUANG ĐỒNG THỂ MI XUYÊN CỨNG MẠC BẰNG LASER VI XUNG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

Đặng Phương Anh<sup>1</sup>, Phạm Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Đỗ Tấn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp quang đồng thể mi xuyên củng mạc bằng laser vi xung trong điều trị glôcôm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu không có nhóm đối chứng được thực hiện trên bệnh nhân glôcôm đáp ứng một trong các tiêu chuẩn sau: bệnh nhân glôcôm nhãn áp không điều chỉnh với số thuốc hạ nhãn áp tối đa (4 thuốc), bệnh nhân đã điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật tăng thoát lưu thủy dịch  $\geq 1$  lần nhưng thất bại hoặc hình thái glôcôm khó điều trị có nguy cơ thất bại cao nếu phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi kết quả điều trị tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau đợt laser đầu tiên. Những bệnh nhân không đạt được nhãn áp mong muốn có thể xem xét laser bổ sung đợt hai ít nhất 1 tháng sau đợt đầu tiên. Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả:** 26 mắt của 25 bệnh nhân có tuổi trung bình  $50,2 \pm 25,7$  được đưa vào nghiên cứu. Chẩn đoán glôcôm tân mạch chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (38,5%). Nhãn áp trung bình trước điều trị là  $37,7 \pm 10,5$  mmHg giảm xuống còn  $20,6 \pm 8,2$  mmHg sau 3 tháng (giảm 45,4%), số thuốc hạ nhãn áp trung bình trước điều trị là 2,78 giảm xuống còn 1,33. Trung bình mỗi bệnh nhân được thực hiện 1,23 đợt laser. Tỉ lệ thành công tại thời điểm 3 tháng sau đợt laser đầu tiên là 61,5%. Không ghi nhận biến chứng trầm trọng nào sau điều trị. **Kết luận:** Quang đồng thể mi xuyên củng mạc bằng laser vi xung là một phương pháp điều trị ít xâm

lấn, an toàn và có hiệu quả trong điều trị glôcôm.

**Từ khóa:** quang đồng thể mi xuyên củng mạc, laser vi xung

### SUMMARY

#### EFFICACY OF MICRO-PULSE TRANSSCLERAL CYCLOPHOTOCOAGULATION IN GLAUCOMA

**Purpose:** Evaluating the efficacy of micropulse transscleral cyclophotocoagulation in treating glaucoma. **Patients and method:** Uncontrolled clinical trial was practiced in glaucoma patients who met one of the following criteria: Patients with uncontrolled IOP despite maximum lowering IOP agents, patients who have been treated with surgical methods but have failed or carry a high risk of surgical failure. Treatment results are evaluated at 1 week, 1 month, and 3 months after the first laser session. Patients who do not achieve the desired intraocular pressure may consider a second additional laser at least 1 month after the first session. **Results:** 26 eyes of 25 patients with mean age of  $50.2 \pm 25.7$  years were included in the study. The diagnosis of neovascular glaucoma accounted for the highest rate in the study group (38.5%). The mean IOP before treatment was  $37.7 \pm 10.5$  mmHg decreased to  $20.6 \pm 8.2$  mmHg after 3 months (reduced by 45.4%), the average number of glaucoma eyedrops before treatment was 2.78 reduced to 1.33. On average, each patient received 1.23 laser sessions. The success rate at 3 months after the first laser session was 61.5%. No serious complication was recorded after treatment. **Conclusion:** Micropulsed laser transscleral photocoagulation is a non-invasive, safe and effective treatment for glaucoma.

**Keywords:** transscleral photocoagulation, micropulsed

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lý đặc trưng do sự chèn ép không hồi phục của các tế bào hạch võng mạc.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phương Anh

Email: phanhdangk112@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022