



## SUY VAN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI



Ths.Bs. Lê Nhật Tiên

Phó trưởng khoa Nội, can thiệp tim mạch – hô hấp

Trung tâm tim mạch và lồng ngực

Bệnh viện hữu nghị Việt Đức



# Tổng Quan



Đau/ Sưng/ Nặng/ Tê/ Mỏi  
chân

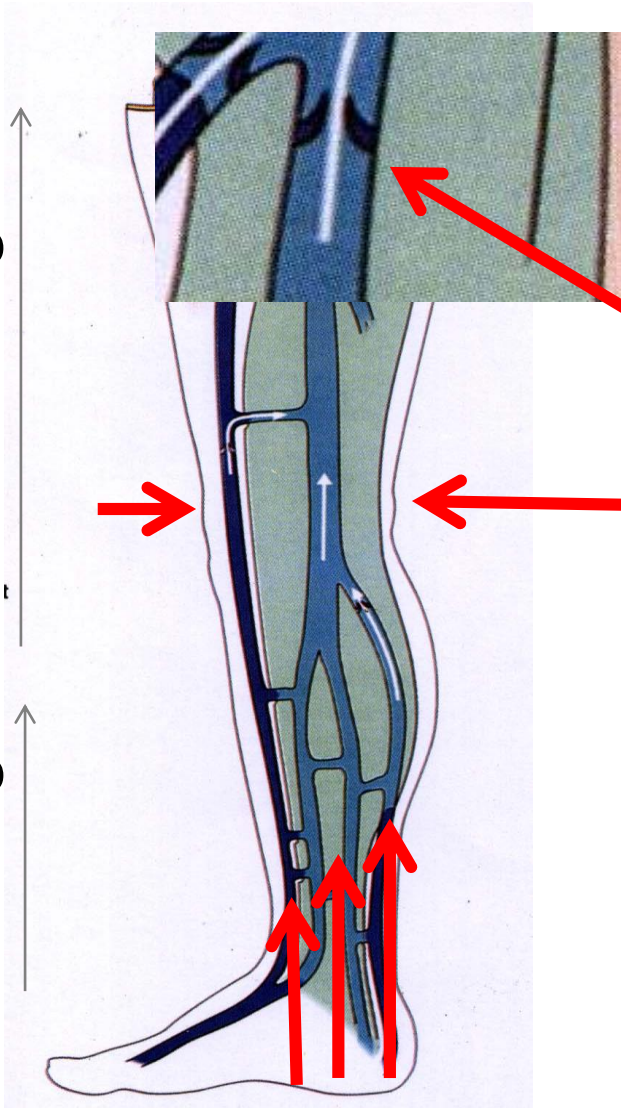
Chuột rút lúc ngủ ban đêm

□ **SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH:** 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, điển hình bởi dòng trào ngược trên doppler mạch, có thể kèm theo thuyên tắc tĩnh mạch hoặc không.

□ **GIÃN TĨNH MẠCH (VARICE,VARICOSE):** là biến đổi bất thường về giải phẫu, đặc trưng bởi sự giãn bệnh lý của một hoặc nhiều tĩnh mạch nông.

# Tổng Quan

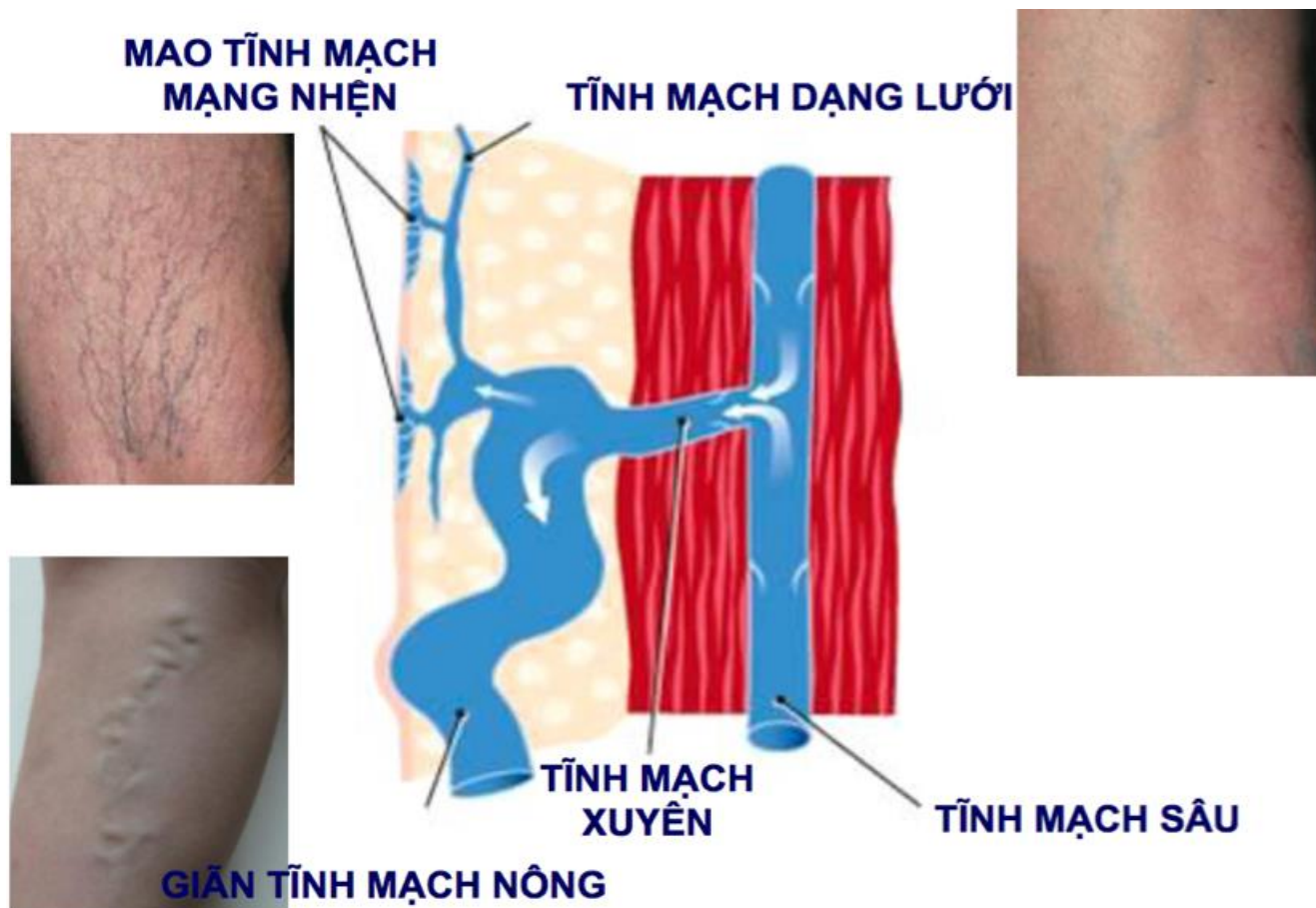
Máu đi ngược chiều trọng lực



**3 cơ chế hồi lưu máu tĩnh mạch chi dưới:**

1. **Van tĩnh mạch**
2. **Sức ép của bó cơ**
3. **Lực đẩy của hệ đệm ở gan bàn chân**

**Khi các cơ chế trên hạn chế -> một phần máu khó trở về tim -> ứ đọng máu tại tĩnh mạch chân -> thời gian dài gây nên bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới**



Giải phẫu hệ tĩnh mạch chi dưới

**TUỔI**



**BÉO PHÌ**



**T° CAO**



**TS GIA ĐÌNH**



**CÓ THAI**



**CHẾ ĐỘ ĂN**



**ĐỨNG NHIỀU**



**NGỒI NHIỀU**



**Yếu tố nguy cơ**



**1/4 người trưởng thành có suy tĩnh mạch\***



**Giáo viên**



**Nhân viên phục vụ**



**Nhân viên bán hàng**



**Nhân viên văn phòng**

**Nghề nghiệp**

**Đứng lâu**

**Ngồi nhiều**



# **1/4** người trưởng thành có suy tĩnh mạch\*



**Người lớn tuổi**



**Phụ nữ  
Mang thai nhiều lần**



**Béo phì**

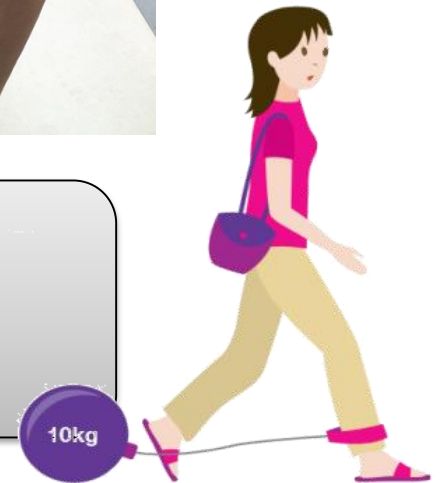
# Triệu chứng lâm sàng



Đau/ Sưng/ Nặng/ Tê/ Mỏi chân  
Chuột rút lúc ngủ ban đêm



↑ cuối ngày/ đứng lâu/ trời nóng  
gác chân lên cao/ sáng thức dậy/  
↓ ngâm chân nước mát





# Suy tĩnh mạch tiến triển nặng dần theo thời gian



C1



C2



C3



C4



C5



C6

Đôi chân nhìn bình thường

Bệnh nhân có than phiền:

- Sưng chân
- Tê chân
- Mỏi chân
- Nặng bắp chân
- Kiến bò dọc cẳng chân
- Chuột rút BAN ĐÊM

C<sub>0</sub>

# PHÂN LOẠI: HỆ THỐNG CEAP (1995)

1. C : Lâm sàng (**Clinique**)
2. E : Nguyên nhân: bẩm sinh, tiên phát hay thứ phát (**Etiologie**)
3. A : Vị trí giải phẫu: 18 khả năng (**Anatomique**)
4. P : Bệnh sinh: trào ngược, tắc nghẽn, trào ngược + tắc nghẽn (**Pathogénie**).

→ Phân loại CEAP được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới.

→ Phân loại CEAP nâng cao mô tả rõ về bệnh hơn so với phân loại CEAP kinh điển.

# PHÂN LOẠI CEAP nâng cao

## C: LÂM SÀNG

<b>C0</b>	Không có biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch có thể quan sát hoặc sờ thấy
<b>C1</b>	Giãn mao tĩnh mạch mạng nhện hoặc dạng lưới $\varnothing < 3 \text{ mm}$
<b>C2</b>	Giãn tĩnh mạch $\varnothing > 3 \text{ mm}$
<b>C3</b>	Phù chi dưới, chưa có biến đổi trên da.
<b>C4</b>	Biến đổi trên da do bệnh lý tĩnh mạch
<b>C4a</b>	Rối loạn sắc tố và/hoặc chàm tĩnh mạch
<b>C4b</b>	Xơ mỡ da và/hoặc teo trắng kiểu Milian
<b>C5</b>	Loét đã liền sẹo
<b>C6</b>	Loét đang tiến triển

(A): không triệu chứng

(S): có triệu chứng



# Biến chứng bệnh



Chảy máu  
tĩnh mạch

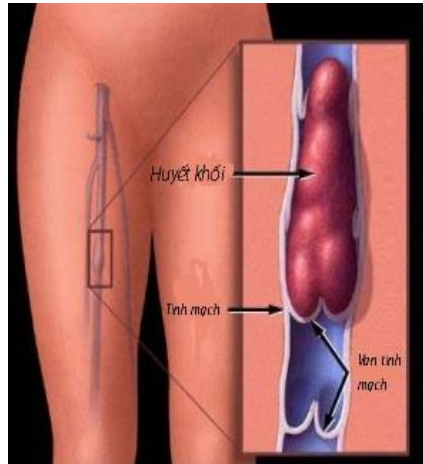


Chàm tĩnh mạch  
(đôi khi bệnh nhân  
nhầm với chàm dị  
ứng)



Loét chân

# Biến chứng bệnh

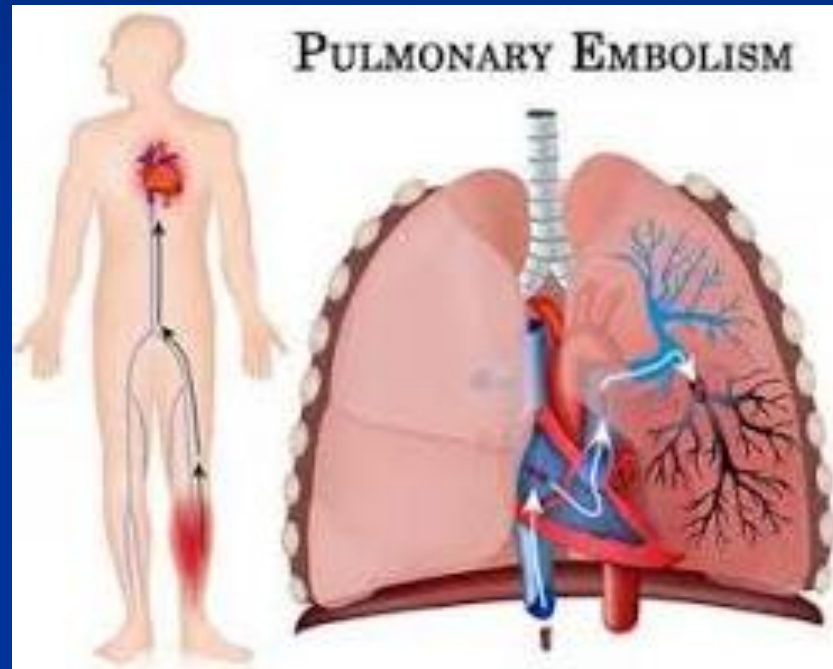


Huyết khối tĩnh  
mạch nông

Huyết khối tĩnh mạch  
(cục máu đông trong lòng mạch, gây  
tắc mạch)



# Biến chứng: Thuyên tắc phổi



# Điều trị suy van tĩnh mạch nông chi dưới

## Mục đích điều trị:

### Giảm triệu chứng:

- Hết đau/ sưng/ khó chịu/ tê/ mỏi/ nặng chân
- Hết phù
- Hết chàm/ loét

### Ngăn ngừa bệnh tiến triển nặng hơn:

- Ngăn ngừa tiến triển đến giãn tĩnh mạch/ phù/ chàm/ loét chân

## Nguyên tắc điều trị

- Điều trị **sớm, đa mô thức, kết hợp** nhiều phương pháp tùy theo mức độ bệnh: phải **luôn luôn có**

**“THAY ĐỔI LỐI SỐNG**

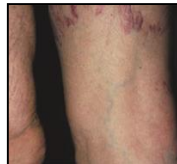
**+**

**THUỐC TĂNG TRƯỞNG LỰC TĨNH MẠCH”**

- Kiên trì điều trị thời gian lâu dài để ngăn ngừa bệnh tiến triển

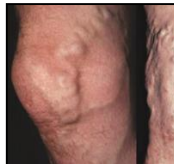
# Điều trị tùy theo mức độ bệnh

Giãn mao mạch  
dạng lưới



C0

Giãn tĩnh  
mạch



C1

C2

Phù



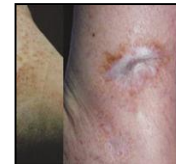
C3

Loạn dưỡng  
da



C4

Vết loét  
đã lành



C5

Vết loét đang  
tiến triển



C6

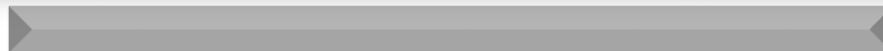
Thay đổi lối sống



Thuốc trợ tĩnh mạch



Tất áp lực, băng ép



Tiêm xơ



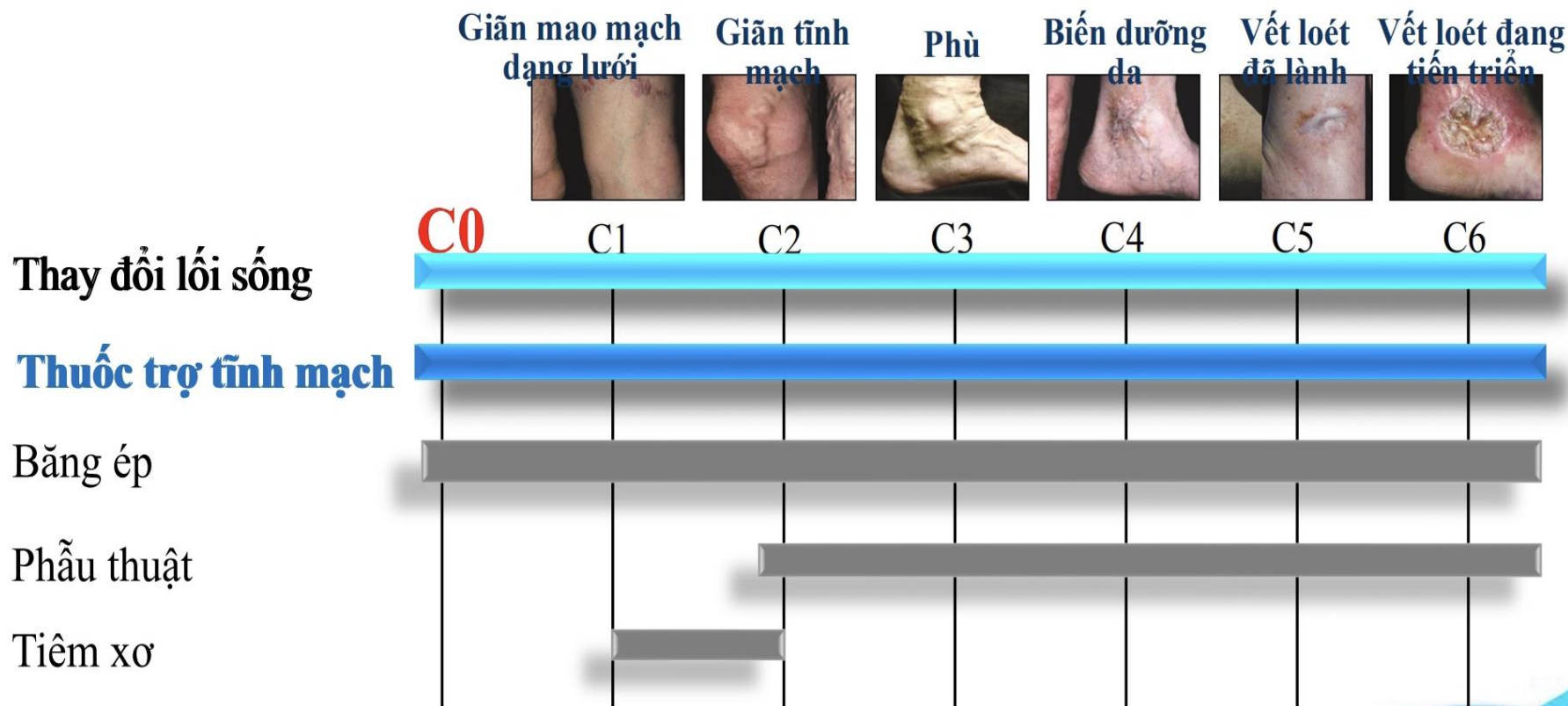
Phẫu thuật



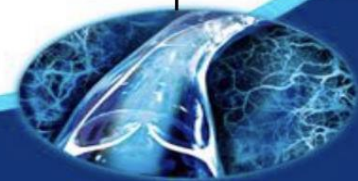
Can thiệp nội TM



# Điều trị SƠM để ngăn ngừa tiến triển bệnh



International Angiology 2015, The Journal of Vascular Biology, medicine, Surgery and Phlebology, Vol.33, April 2014, No.2



# Thay đổi lối sống

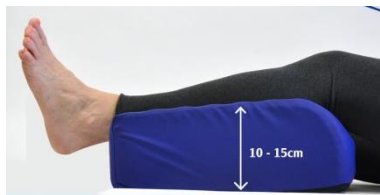
**Sinh hoạt**



**Vận động chân  
khi có thể**



**Ko ngâm chân  
nước nóng**



**Ngủ kê cao chân**

**Thể thao**

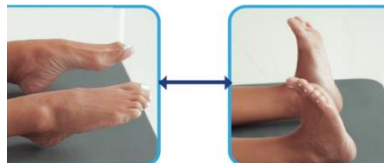
**Đi bộ, đạp xe**



**Bơi lội**



**Gập/ duỗi  
cổ chân**



**Ăn uống  
Ăn mặc**

**Mang giày  
cao 2 – 3 cm**

**Tránh mặc  
quần chật (bó)**

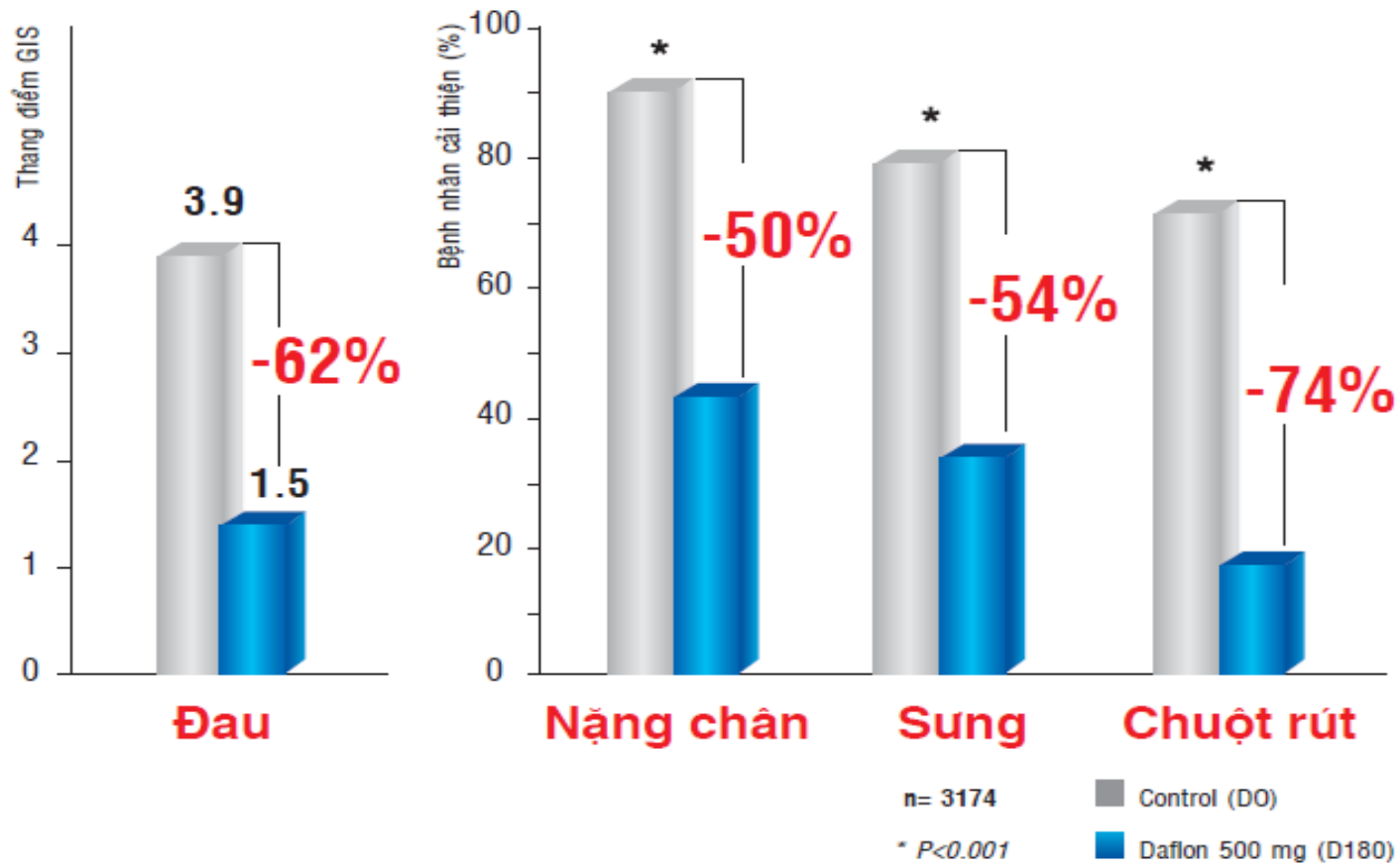
**Thức ăn giàu vit E,C**



# Thuốc trợ tĩnh mạch



# Flavonoid tinh chế vi hạt gồm Diosmin/ hesperidin giảm nhanh chóng triệu chứng



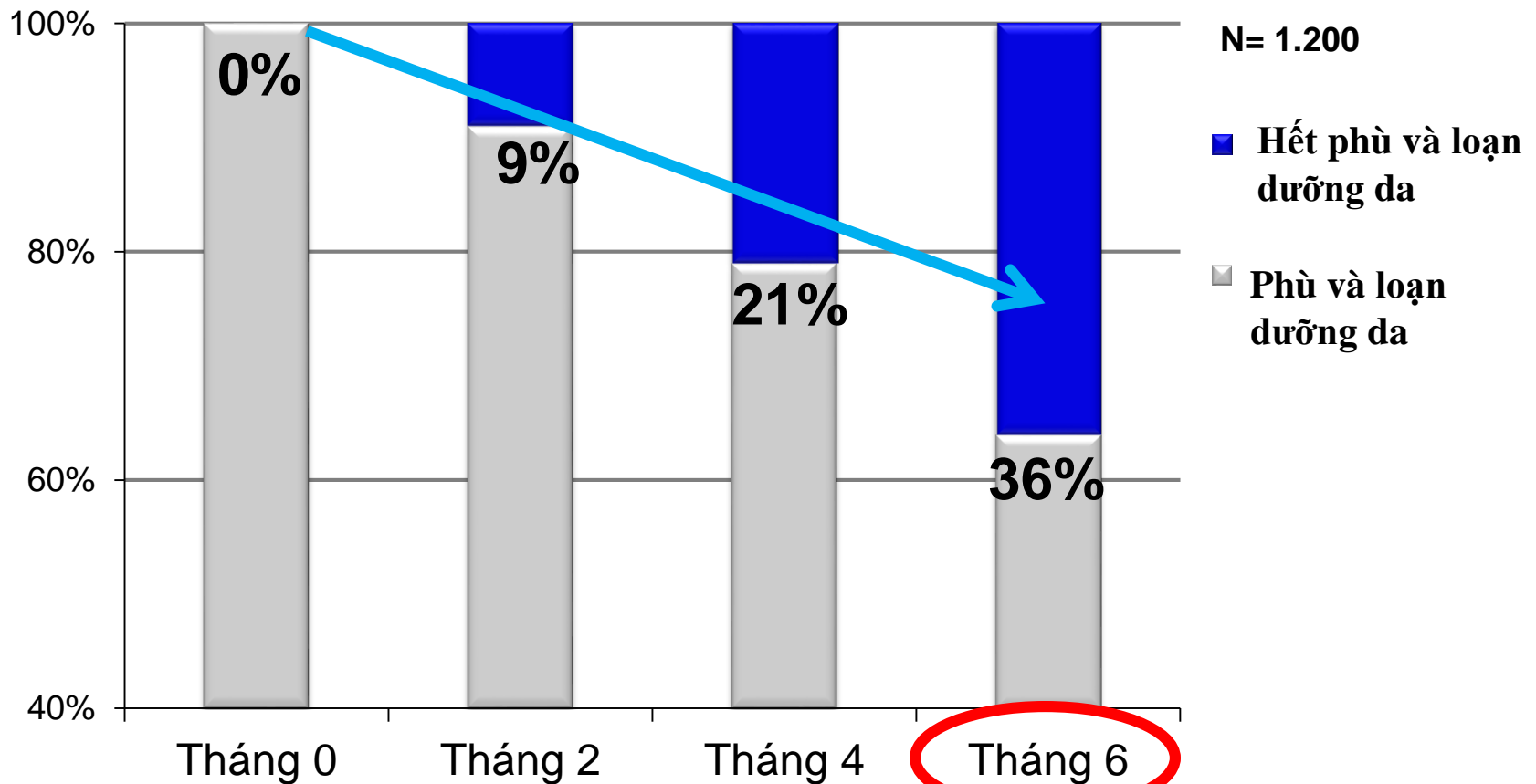
**2 viên/ngày**

**/ 6 THÁNG**

G. Jantet, Angiology 53:245-256; 2002

# Thời gian điều trị TỐI THIỂU 6 tháng

## Thoái lui mức độ bệnh và ngăn ngừa tiến triển



Điều trị với Flavonoid tinh chế vi hạt (Diosmin – Hesperidin)

# Tất áp lực tĩnh mạch

- Mục tiêu:

Giảm ứ đọng máu ở tĩnh mạch

→ Giảm triệu chứng khó chịu

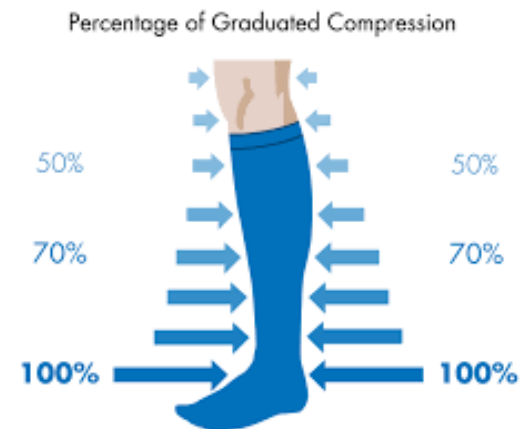
- Áp dụng:

Tất cả các giai đoạn bệnh + Kết hợp với việc điều trị thuốc

- Hạn chế:

- Khó sử dụng khi trời nóng

- Có thể gây dị ứng



# PHÂN LOẠI

<u>ĐỘ</u>	<u>ÁP LỰC</u>	<u>CHỈ ĐỊNH</u>
	<u>TƯƠNG ĐƯƠNG</u>	
<u>ĐỘ 1</u>	10 - 15 mmHg	STM nhẹ, Dự phòng
<u>ĐỘ 2</u>	15 - 20 mmHg	STM trung bình Điều trị HKTM sâu, nông
<u>ĐỘ 3</u>	20 - 36 mmHg	STM nặng Điều trị loạn dưỡng, HKTM ...
<u>ĐỘ 4</u>	> 36 mmHg	Loạn dưỡng trầm trọng, phù bạch mạch

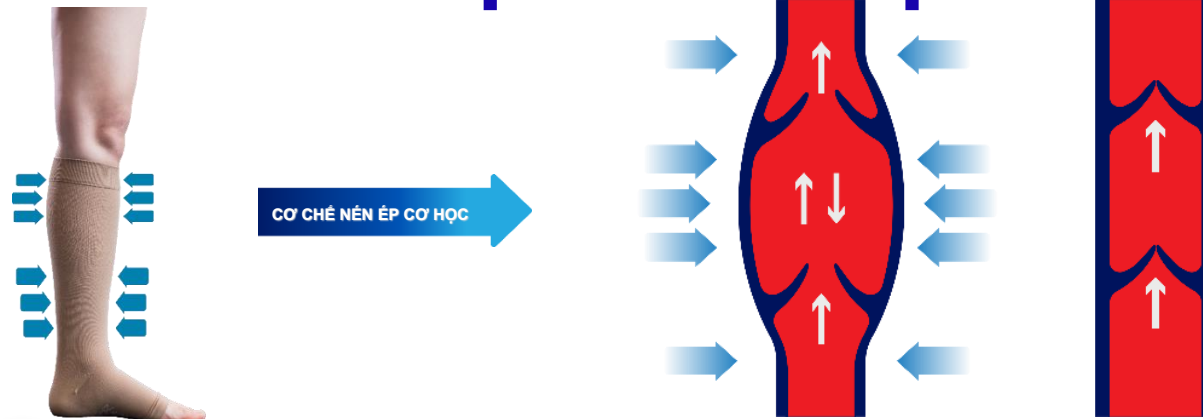


## II. ĐIỀU TRỊ SUY TM CDMT VỚI TẮT Y KHOA

# Một số bằng chứng lí giải việc lựa

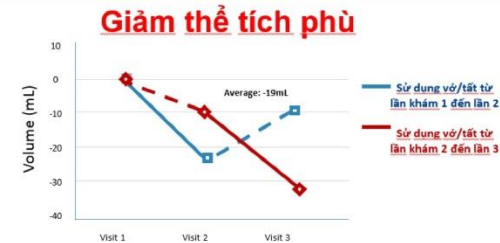
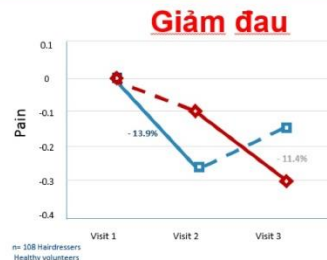
Cơ chế của vớ/tắt & khuyến cáo về điều trị bằng vớ/tắt

## chọn điều trị



esvs 1B

Vớ/tắt áp lực được khuyến cáo như là 1 phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân suy tĩnh mạch mạn tính có dấu hiệu và triệu chứng



## II. ĐIỀU TRỊ SUY TM CDMT VỚI TẮT Y KHOA

### Khuyến cáo

#### TẮT ÁP LỰC, BĂNG CUỐN ÁP LỰC



Tắt áp lực/băng chun áp lực là chỉ định hàng đầu để điều trị loét do nguyên nhân tĩnh mạch.



Điều trị áp lực không phải là chỉ định ưu tiên cho BN suy TM hiện có chỉ định can thiệp điều trị.



Tắt áp lực/băng chun áp lực được chỉ định phối hợp với can thiệp/phẫu thuật TM nông để phòng loét tái phát.

## II. ĐIỀU TRỊ SUY TM CDMT VỚI TẮT Y KHOA

### Chỉ định

1. Dự phòng tiến triển nặng lên của suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính trong những nghề nghiệp buộc phải đứng nhiều.
2. Dự phòng suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính trong thời gian mang thai.
3. Giảm các dấu hiệu cơ năng của suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính.
4. Khi BN có chống chỉ định hoặc không có khả năng phẫu thuật, tiêm xơ, Laser/RF điều trị suy tĩnh mạch.
5. Điều trị hỗ trợ trong các trường hợp loạn dưỡng nguyên nhân tĩnh mạch, phù bạch mạch.
6. Phối hợp với các PP khác để tăng hiệu quả điều trị

## II. ĐIỀU TRỊ SUY TM CDMT VỚI TẤT Y KHOA

### Chống chỉ định:

1. Bệnh động mạch chi dưới ( $ABI < 0,8$ )
2. Suy tim mất bù
3. Bệnh lý thần kinh và rối loạn cảm giác ngoại biên,
4. Suy tim mất bù
5. Viêm mô tế bào, viêm hạch bạch huyết
6. Dị ứng với sợi, thuốc nhuộm, dung môi lớp lót

## II. ĐIỀU TRỊ SUY TM CDMT VỚI TẤT Y KHOA

- Phân loại

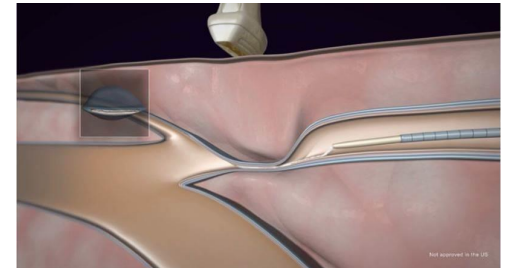
ĐỘ	ÁP LỰC TƯƠNG ĐƯƠNG	CHỈ ĐỊNH
1	14-17 mmHg	Dự phòng, STM nhẹ
2	18-24 mmHg	STM trung bình, HKTM
3	25-35 mmHg	STM nặng, loạn dưỡng, HKTM...
4	> 36 mmHg	Loạn dưỡng trầm trọng, phù bạch mạch





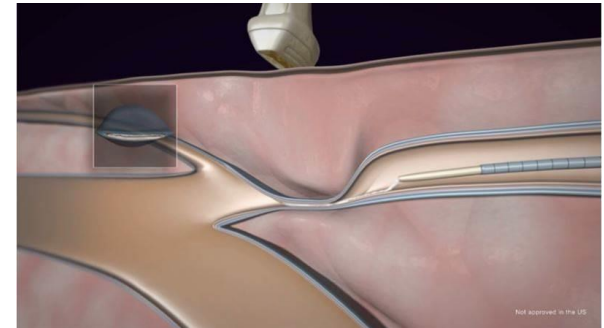
# Can thiệp/ phẫu thuật

- Mục tiêu:  
Loại bỏ dòng trào ngược tĩnh mạch, máu không chảy ngược vào các tĩnh mạch dẫn/ tĩnh mạch suy
- Áp dụng: Bệnh nhân có tĩnh mạch dẫn C2, phù, loét khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị thuốc.
- Sau can thiệp/ phẫu thuật CẦN:
  - Duy trì điều trị thuốc trợ tĩnh mạch
  - Mang vớ tĩnh mạch
  - Áp dụng TÍCH CỰC thay đổi lối sống



# Can thiệp/ phẫu thuật

- Tiêm xơ
- Biện pháp dùng nhiệt
  - Laser nội mạch
  - Radio nội mạch
- Các biện pháp hoá cơ học
  - Clariven
  - Venasure
- Các biện pháp phẫu thuật
  - PT Tripping
  - PT Mueller
  - PT CHIVA





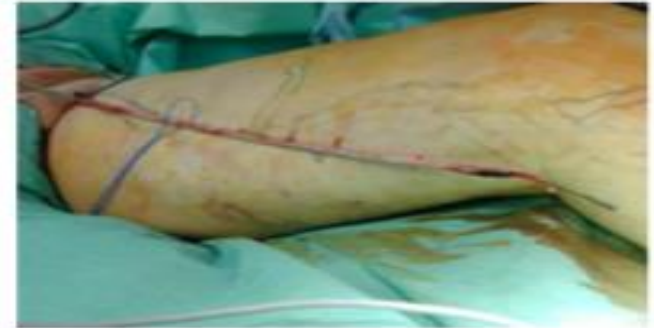
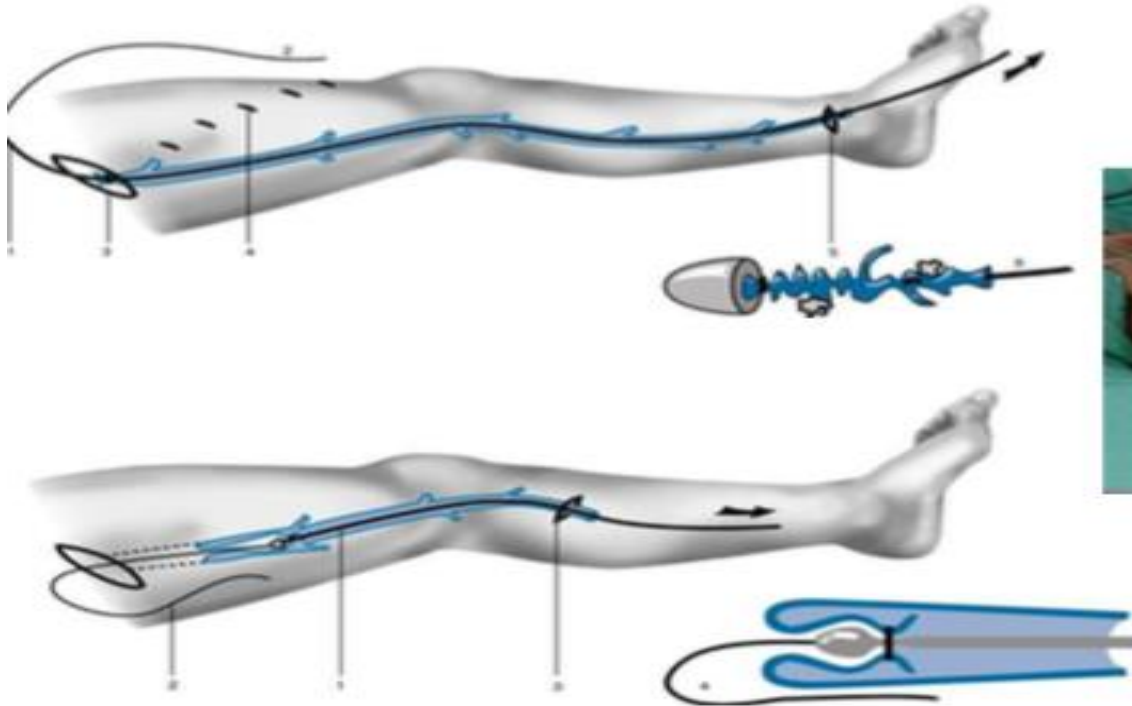
**Aetoxisclérol®**  
amponné 0,5% ; 0,25%; 2%; 3%  
auromacrogol 400  
10 mg - 2 ml  
solution injectable (S.V.)  
boîte de 5 ampoules de 2 ml



Tiêm xơ

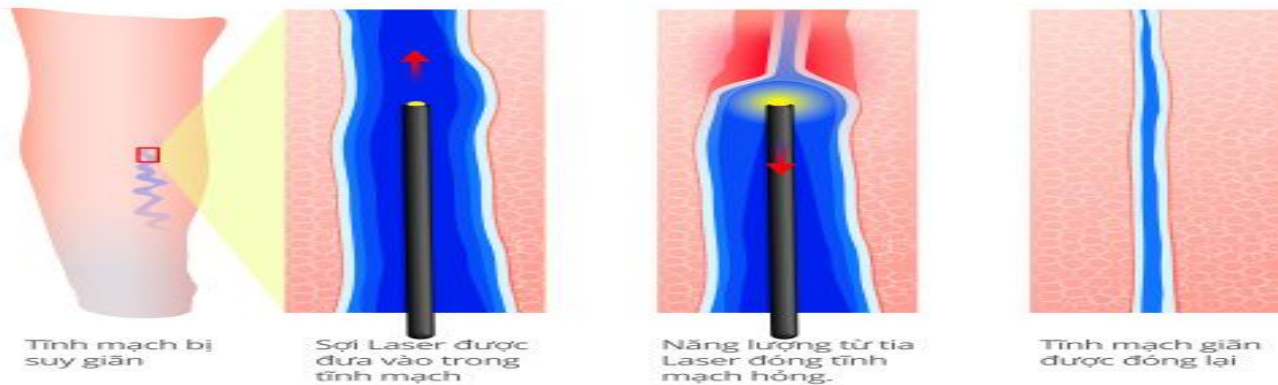
- Tĩnh mạch nhỏ
- Dễ tái phát
- Hiệu quả lâu dài kém
- Biến chứng tắc mạch phổi ( tuy nhiên ít)

# Phẫu thuật stripping



- Yêu cầu gây tê tuỷ sống
- Đau nhiều
- Hồi phục chậm, thời gian trở về sinh hoạt thường ngày lâu 7-14 ngày
- Nhiều biến chứng: thần kinh, vết mổ

# CAN THIỆP TĨNH MẠCH



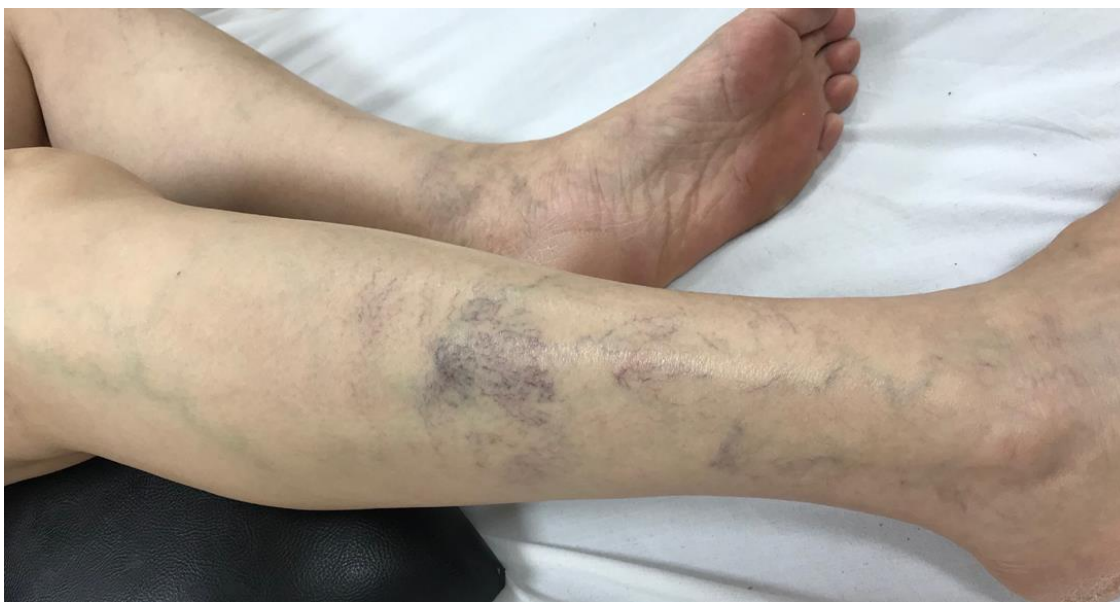
- Can thiệp nhiệt nội mạch: Laser, RF
- Can thiệp hoá học, cơ hoá học: Keo sinh học (venasure), clarivein...
- Laser bề mặt da cho spider vein

### III. CA LÂM SÀNG

- Tên: Lê Thị H
- Tuổi: 39
- Nghề nghiệp: Giáo viên
- Tiền sử bản thân: 02 con, Khám và phát hiện suy tĩnh mạch từ cách đây 3 năm – điều trị nội khoa (Daflon, Tất y khoa)
- Tiền sử gia đình: Có mẹ cũng bị suy tĩnh mạch
- Lí do khám đợt này: tức nặng bắp chân, chuột rút

# Khám lâm sàng

<b>Ngày: 04/01/2021</b>			
<b>Mạch: 80</b>		<b>Huyết áp: 120/70</b>	mmHg
<b>Chiều cao: 160 cm</b>		<b>Cân nặng: 55</b>	Kg
<b>BMI: 21,48</b>			
<b>Triệu chứng thực thể chính</b>	Giãn các nhánh tĩnh mạch nông dạng lưới, màng nhện		
<b>Khác:</b>			





# Cận lâm sàng

- **Siêu âm Doppler hệ mạch chi dưới:**

**1. Động mạch:**

Không có huyết khối, không xơ vữa, dạng phổ doppler và tốc độ dòng chảy các động mạch trong giới hạn bình thường

**2. Tĩnh mạch:**

- **Tĩnh mạch sâu:** Không huyết khối, không suy van
- **Tĩnh mạch nông:**

+ Không có huyết khối

+ Thân chính các tĩnh mạch hiển giãn nhẹ: Đường kính các TM hiển lớn 2 bên là 3 → 5 mm tại thân, 6 → 7 mm tại quai; ĐK các TM hiển bé 2 bên là 2 → 3,5 mm tại thân, 4 → 5 mm tại quai. Giãn các nhánh nông dạng lưới, mạng nhện rải rác dọc 2 bên chân.

+ Có dòng trào ngược bệnh lý kéo dài 2-3 giây ở tĩnh mạch hiển lớn 2 bên đoạn cẳng chân 2/3 trên

**Kết luận siêu âm: Suy van tĩnh mạch hiển lớn 2 bên đoạn cẳng chân , giãn nhánh tĩnh mạch nông bàng hệ 2 bên.**

# Đặt vấn đề & Bàn luận

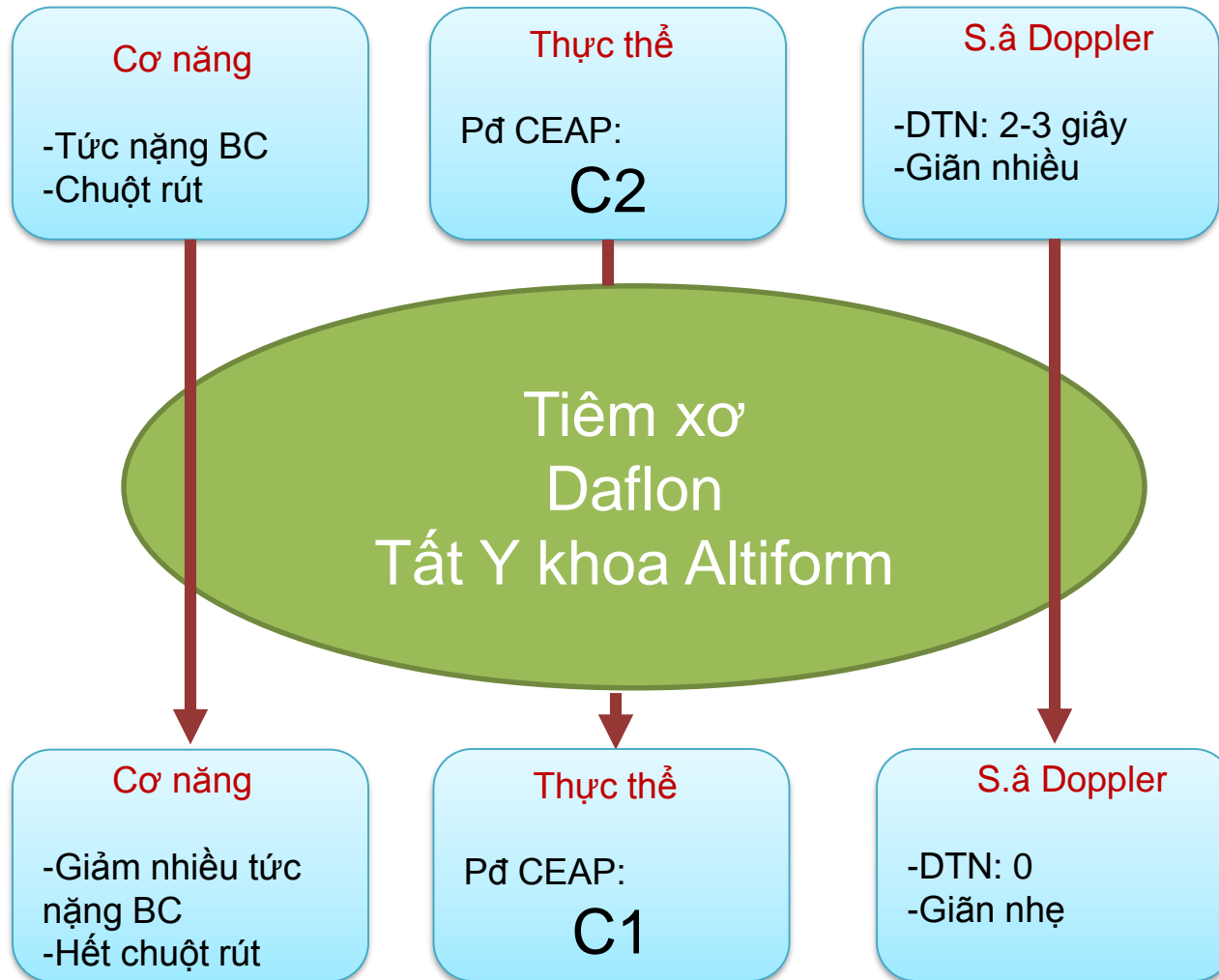
- **Chẩn đoán:**
  - BN mắc STMMT chi dưới có các triệu chứng & biểu hiện đi kèm:
    - Cơ năng: Tức nặng bắp chân, chuột rút
    - Thực thể: phân độ CEAP: C2
    - Siêu âm: Suy van TM
  - Bệnh lí kèm theo: không có loãng xương; không có dấu hiệu chèn ép dây, rãnh TK CD...
- **Mục tiêu điều trị:**

Giảm nhanh triệu chứng – Ngăn ngừa tiến triển – Thoải mái dài lâu

# Điều trị

- Tiêm xơ tĩnh mạch -----???
- Tất y khoa -----???
- Daflon 2 viên/ngày x 30 ngày-----???

# Sau 1 tháng theo dõi



→ **Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: Tốt.**

→ Kế hoạch tiếp theo:

- BN tiếp tục thực hiện theo đơn dặn dò
  - + Chế độ sinh hoạt, ăn uống, thể dục
  - + Tất y khoa:
  - + Thuốc:
- Hẹn tái khám sau 3 → 6 tháng

## Ca Lâm sàng 2

- Tên: Nguyễn Thị Kim A Thai lần 2- 19 tuần
- Tuổi: 26
- Nghề nghiệp: công nhân may
- Tiền sử bản thân: 01 con, Khám và phát hiện suy tĩnh mạch từ cách đây 1 năm – điều trị nội khoa (Daflon, Tất y khoa)
- Tiền sử gia đình: Có mẹ cũng bị suy tĩnh mạch
- Lí do khám đợt này: tức nặng bắp chân, chuột rút, giãn tĩnh mạch / Thai 19 tuần

Echo: Suy van tĩnh mạch hiển lớn trái , đường kính thân 6mm  
Dòng trào ngược 2.5s



Điều trị : Tắt tĩnh mạch



## Lưu ý khi chỉ định, sử dụng tất trong thực tế

- **Chọn cỡ tất:**

	XS	S	M	L
<b>A – Chu vi đùi</b>	38 – 48	41 – 54	44 – 58	47 – 61
<b>B - Chu vi vòng bắp chân lớn nhất</b>	30 – 36	32 – 48	34 – 40.5	36 – 43.5
<b>C – Chu vi mắt cá chân</b>	17 – 23.5	19 – 25.5	21 – 27.5	23 – 29.5

- Chỉ số đo cổ chân – bắp chân – đùi: tương ứng với các Size khác nhau
- Chỉ số đo ở bắp chân, đùi nằm ở khoảng giao thoa giữa 2 Size
- Chọn độ dài tất: tới gối, bẹn, hông
- Khi sử dụng khung hỗ trợ đi tất y khoa: nhanh/Bn lớn tuổi



## Lưu ý khi chỉ định, sử dụng tất trong thực tế

- **Sử dụng tất khi nào?**

- Ngồi lâu, đứng lâu, di chuyển thời gian dài trên tàu – ô tô – máy bay
- Khi nghỉ ngơi, nằm ngủ: Không cần đi tất

- **Xử trí khi đi tất bị mất ngủ:**

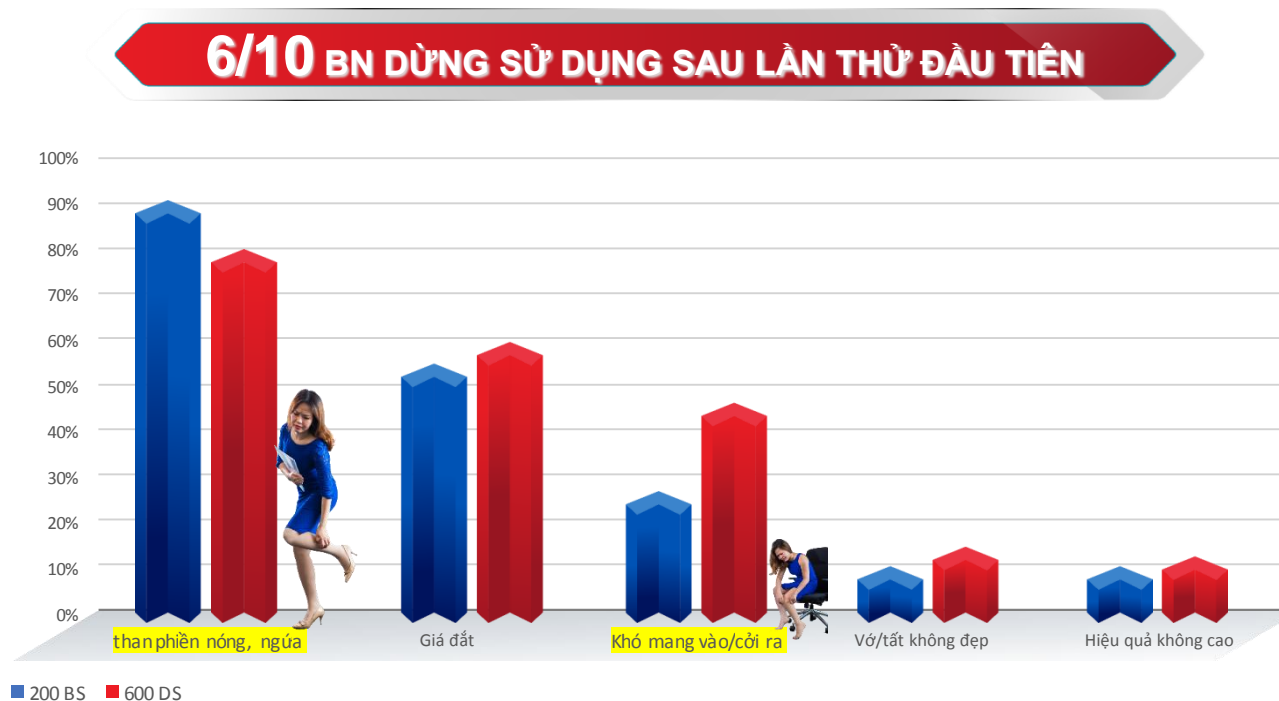
    Bôi kem dị ứng, kem hăm, lotion mép silicon, đi ngược hẳn tất

- **Tự cắt một phần tất:** tuyệt đối không cắt vì sẽ làm giảm áp lực chuẩn của tất
- **Tức bần chân, phù ngón chân** trong thời gian đầu khi mới bắt đầu đi tất
- **Phản ánh không hiệu quả**

    ! Nghĩ đến Bệnh lý kèm theo: Thoát vị đĩa đệm, loãng xương, viêm đau cơ...

# Vấn đề điều trị của BN bằng tất Y khoa còn nhiều trở ngại

## Tính tuân thủ



*Việt Nam: Khí hậu, kinh tế, cơ cấu lao động, thói quen*

*Ann Vasc Surg. 2007 Nov;21(6):790-5.*

*Internal survey: Câu hỏi: Trở ngại của bác sỹ khi kê toa vớ/tất y khoa cho BN là gì (chọn tối đa 2 đáp án)?*

*Thank you for your attention !*

