

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRUNG HẠN SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT NHIỆT NỘI MẠCH

Lê Nguyệt Minh¹

Vũ Đăng Lưu^{1,2}

Nguyễn Xuân Hiền¹

Trần Anh Tuấn¹

Phạm Minh Thông¹

1 Trung tâm Điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

2 Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,

Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm:

Lê Nguyệt Minh

Trung tâm Điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

Email: lnminh85@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/03/2021

Ngày phản biện: 28/04/2021

Ngày đồng ý đăng: 29/04/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sau điều trị trung hạn suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới bằng phương pháp đốt nhiệt nội mạch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên những bệnh nhân (BN) được đốt nhiệt nội mạch điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020.

Kết quả: Phân tích 109 BN can thiệp nội mạch với 128 chân (95 chân đốt laser và 33 chân đốt sóng cao tần (RF)), cho thấy tỷ lệ loại bỏ dòng trào ngược trong tĩnh mạch hiển bị suy van là 100%. Tỷ lệ giảm điểm VCSS (venous clinical severity score) sau điều trị là $5,2 \pm 2,1$, không có sự khác biệt mức độ giảm điểm VCSS giữa 2 nhóm đốt laser và đốt RF ($p = 0,139$). Có 27 chân ghi nhận biến chứng sau can thiệp (chiếm 21,1%), trong đó phổ biến nhất là thâm da (18,0%), tê bì cẳng chân (2 trường hợp, chiếm tỷ lệ 1,6%) 1 chân bị dị cảm dọc theo tĩnh mạch hiển và 1 ca bị viêm mạch, đáp ứng tốt với kháng sinh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nguy hiểm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai phương pháp đốt nhiệt nội mạch. Sau thời gian theo dõi trung bình là $14,4 \pm 11,9$ (từ 1 đến 55 tháng) chỉ ghi nhận 1 trường hợp tái phát (chiếm tỷ lệ 0,8%).

Kết luận: Phương pháp đốt nhiệt nội mạch điều trị suy tĩnh mạch mạn tính cải thiện tốt điểm VCSS, hiệu quả loại bỏ dòng trào ngược 100%, tỷ lệ tái phát trong thời gian theo dõi là 0,8%.

Từ khóa: Suy tĩnh mạch, đốt laser, đốt sóng cao tần

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính (STMMT) là bệnh lý tiến triển chậm gây ra do sự suy giảm từ từ chức năng của van trong lòng các tĩnh mạch ở chi dưới, kèm theo sự giãn trương lực thành mạch dẫn tới giãn rộng không hồi phục các tĩnh mạch nông dưới da, tạo nên phổ biến hiện

lâm sàng đa dạng từ không triệu chứng đến mỗi chân, tê bì, giãn các mạch máu nhỏ đến các mạch máu lớn ngoằn ngoèo, phù nặng chân, gây rối loạn cảm giác, ngứa hoặc chàm cẳng chân, loét... khiến bệnh dễ nhầm lẫn với các bệnh lý với nhiều bệnh lý nội khoa khác như da liễu, thận, tim... Do đó bệnh thường bị che lấp

hoặc bị bỏ qua cho đến khi muộn, ảnh hưởng đến khả năng đi lại, sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống. Điều trị suy tĩnh mạch bao gồm điều trị nội khoa bảo tồn và can thiệp phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp điều trị suy tĩnh mạch không chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng và giai đoạn bệnh mà còn bản thân người bệnh. Các hiệp hội về tĩnh mạch trên thế giới đã thay đổi ưu tiên lựa chọn phương pháp can thiệp nội mạch hơn phẫu thuật với các trường hợp suy tĩnh mạch mạn tính từ giai đoạn 2 (theo CEAP) trở lên (bằng chứng y học phân loại 1B). Ở Việt Nam, các trung tâm tim mạch lớn đều đã bắt đầu triển khai can thiệp nội mạch thay thế phẫu thuật thắt cao và lột bỏ tĩnh mạch để điều trị cho bệnh nhân suy tĩnh mạch mạn tính có triệu chứng, trong đó phải kể đến Trung tâm điện quang của bệnh viện Bạch Mai. Cho đến nay chỉ mới có một số báo cáo về hiệu quả điều trị về phương pháp này tại Việt Nam với các bước sóng thấp. Do vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả theo dõi 12 tháng sau điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN có chẩn đoán STMMT chi dưới; được chỉ định và điều trị bằng phương pháp đốt nội mạch bằng laser bước sóng 1470nm và đốt sóng cao tần.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán STMMT chi dưới với các tiêu chuẩn sau:
 - Về lâm sàng: có các triệu chứng của STMMT như đau, tức nặng chân, tê chân, chuột rút,... BN bị STM theo phân loại lâm sàng CEAP từ C2 đến C6 và đã được điều trị bằng phương pháp mang tất áp lực y khoa độ II ít nhất 1 tháng.

- Về siêu âm Doppler mạch có thời gian dòng trào ngược tại thân TM hiển > 500ms.

- Vị trí TM bị suy: TM hiển lớn và/hoặc hiển bé.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại; có thai; Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, với tuần hoàn bàng hệ nghèo nàn; Dị dạng động tĩnh mạch.

- Suy tĩnh mạch sâu chi dưới; tĩnh mạch bị suy ở quá nông trên da (dưới 2 mm tính từ mặt da); kích thước tĩnh mạch quá nhỏ (dưới 3 mm); bệnh nhân có dị ứng với lidocain.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, Bn không tham gia khám lại sau điều trị.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, chọn mẫu thuận tiện

2.3. Cỡ mẫu

Tổng cộng 109 BN được bao gồm trong nghiên cứu.

2.4. Địa điểm và thời gian

Từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 12 năm 2020 tại Phòng siêu âm can thiệp Trung tâm điện quang, BV Bạch Mai.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu

Thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm:

Các thông tin lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, phân loại lâm sàng CEAP, đánh giá thang điểm VCSS về mức độ nặng của bệnh.

Các thông tin cận lâm sàng: Siêu âm Doppler mạch máu.

2.6. Quy trình

- Quá trình can thiệp được tiến hành bởi ít nhất 2 bác sỹ chẩn đoán hình ảnh; trong đó có 1 bác sỹ đã có kinh nghiệm can thiệp mạch trên 5 năm, và 1 điều dưỡng của phòng can thiệp.

- BN sau khi được giải thích rõ quy trình can thiệp, các rủi ro có thể xảy ra, ký giấy cam kết, làm hồ sơ bệnh án theo quy định của bệnh viện.

- Vẽ bản đồ tĩnh mạch hiển bị suy dưới hướng dẫn siêu âm, sau đó BN được nằm trên bàn thủ thuật và sát khuẩn toàn bộ chân, trái toan vô khuẩn, chỉ bộc lộ vùng cần can thiệp. Bọc đầu dò siêu âm bằng bao vô khuẩn.

- Chọc kim 18G vào đoạn tĩnh mạch hiển lớn ở đoạn ngang gối hoặc cẳng chân 1/3 trên dưới hoặc tĩnh mạch hiển bé đoạn cẳng chân 1/3 giữa – dưới hướng dẫn siêu âm, sau đó luồn dây dẫn vào, đặt dụng cụ nong và mở mạch, sau đó luồn dây đốt lên đến vị trí cách quai hiển – đùi hoặc hiển – khoeo 2cm.

- Gây tê quanh mạch bằng dung dịch gây tê pha loãng dưới hướng dẫn siêu âm.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi, thời gian mắc bệnh và chỉ số BMI trong nhóm BN nghiên cứu và theo giới

Chỉ số	Chung (n = 109)	Nam (n = 32)	Nữ (n = 77)	Giá trị p
Tuổi	50,6 ± 13,6	51,8 ± 14,5	50,1 ± 13,2	0,571
Thời gian mắc bệnh (năm)	12,4 ± 10,5	12,1 ± 14,0	12,5 ± 8,7	0,377
Chỉ số BMI	22,7 ± 2,5	22,3 ± 2,5	22,8 ± 2,5	0,855

Có 109 BN bị STMMT tham gia nghiên cứu, tuổi từ 18 đến 85, tuổi trung bình là 50,6 ± 13,6, trong đó nhóm tuổi từ 40-60 chiếm 49,5%; 77 trường hợp là nữ, chiếm tỷ lệ 70,6%. Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nam và nữ về tuổi, thời gian mắc, chỉ số BMI (p > 0,05). Thời gian mắc trung bình là 12,4 năm, cho thấy đây là bệnh lý tiến triển từ từ trong thời gian dài khiến BN thích nghi và trì hoãn điều trị. Chỉ số BMI là 22,7, nằm trong giới

- Tiến hành đốt tĩnh mạch bị suy theo công suất máy, rút dần dây đốt ra ngoài. Sau khi rút dụng cụ mở mạch, dây đốt ra ngoài thì băng ép cầm máu.

Sau can thiệp, bệnh nhân được đi tắt áp lực, hướng dẫn cách chăm sóc và đi tắt tại nhà, xuất viện sau can thiệp 2 giờ.

Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng bao gồm khám lâm sàng, đánh giá thang điểm VCSS và siêu âm.

2.7. Phân tích số liệu

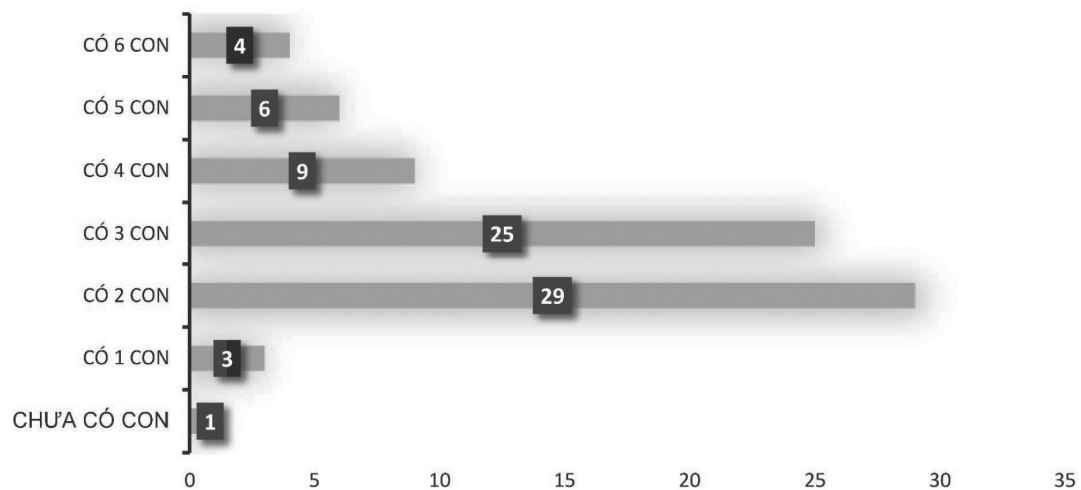
Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trung tâm điện quang, BV Bạch Mai và được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Quy trình can thiệp đã được Bộ y tế thông qua từ năm 2013. BN đồng ý và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

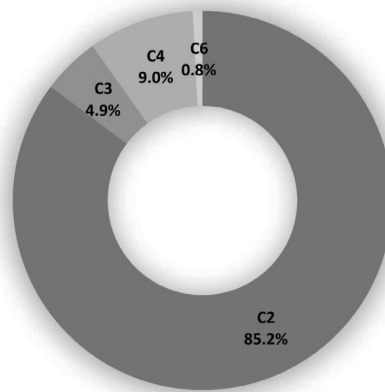
hạn bình thường nhưng thừa cân trở lên (>23) chiếm tỷ lệ 42,2%; riêng nhóm béo phì thực sự (độ I và độ II) chiếm tỷ lệ 20,2%.

Tỷ lệ phân bố số con của nhóm BN nữ được thể hiện trong biểu đồ 1, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là sinh 2 con và 3 con (chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,7% và 32,5%), tuy nhiên nhóm phụ nữ sinh từ 4 con trở lên chiếm tỷ lệ 24,7%, ngược lại phụ nữ sinh 1 con và chưa sinh con chỉ chiếm 5,2%.



Biểu đồ 1. Số con của nhóm BN nữ (n=77)

Trong số 128 chân được can thiệp có 109 chân ở giai đoạn C2 theo CEAP (chiếm tỷ lệ 85,2%), 6 chân ở giai đoạn C3 (4,7%), 12 chân ở giai đoạn C4 (9,4%), chỉ có 1 trường hợp ở giai đoạn C6 (chiếm tỷ lệ 0,8%).



Biểu đồ 2. Phân bố BN theo giai đoạn lâm sàng

Bảng 2. Chiều dài và đường kính TM được can thiệp, và mật độ thuốc gây tê (n=128)

	TB ± DLC	Min	Max
Laser (n=95)			
Chiều dài TM được đốt bằng laser (mm)	41,7 ± 10,3	11	60
Đường kính tĩnh mạch (mm)	8,5 ± 3,1	4	20
Mật độ gây tê (ml/cm)	8,4 ± 3,6	3,3	21
RF (n=33)			
Chiều dài TM được đốt bằng laser (mm)	43,4 ± 12,2	20	58
Đường kính tĩnh mạch (mm)	7,3 ± 2,1	4	11,6
Mật độ gây tê (ml/cm)	7,6 ± 2,9	3,2	16

TB: trung bình; DLC: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất.

Bảng 2 cho thấy chiều dài trung bình của TM được đốt bằng laser là $41,7 \pm 10,3\text{mm}$, trong khi nhóm can thiệp RF là $43,4 \pm 12,2\text{mm}$, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đường kính trung bình của các tĩnh mạch đốt bằng laser là $8,5 \pm 3,1\text{mm}$, trong khi nhóm đốt

RF là $7,3 \pm 2,1\text{mm}$, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$). Mật độ thuốc tê trung bình cho mỗi cm chiều dài trong nhóm đốt laser là $8,4 \pm 3,6\text{ ml/cm}$; nhóm đốt RF là $7,6 \pm 2,9\text{ ml/cm}$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa đốt bằng laser và RF ($p > 0,05$).

Bảng 3. Thời gian theo dõi (tháng)

	N = 128	Laser (n = 95)	RF (n = 33)
TB $\pm$ ĐLC	$14,4 \pm 11,9$	$16,8 \pm 12,1$	$7,4 \pm 7,9$
Min	1	1	1
Max	55	55	28
Giá trị p		$< 0,001$	

Thời gian theo dõi trung bình là $14,4 \pm 11,9$ tháng; giá trị trung vị là 12 tháng, khoảng tin cậy 95% (CI - confident interval) của thời gian nghiên cứu là 12,3 đến 16,5 tháng. Trong nhóm được can thiệp bằng laser, thời gian theo

dõi dài hơn so với nhóm can thiệp bằng RF có ý nghĩa thống kê ($< 0,001$); khoảng 95% CI của nhóm laser và RF lần lượt là 14,4 – 19,3 tháng và 4,6 đến 10,3 tháng.

Bảng 4. Hiệu quả đốt tĩnh mạch trên siêu âm

Phương pháp đốt	Đốt laser (n = 95)	Đốt RF (n = 33)	Giá trị p
Loại bỏ dòng trào ngược	95	33	0,434
Huyết khối không hoàn toàn	5	3	
Huyết khối hoàn toàn	90	30	

Tỷ lệ không còn dòng trào ngược trong tĩnh mạch hiển sau đốt nhiệt nội mạch đạt 100% ở cả hai phương pháp. Tỷ lệ huyết khối hoàn toàn tĩnh mạch hiển trong nhóm đốt laser

là 94,7%; trong đó tỷ lệ tương ứng trong nhóm đốt RF là 90%, và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có trường hợp tái thông tĩnh mạch hiển ở cả hai nhóm.

Bảng 5. Sự thay đổi thang điểm VCSS sau điều trị (n=128)

	N = 128	Min	Max	Đốt laser (n = 95)	Đốt RF (n = 33)
VCSS trước điều trị	$7,0 \pm 2,8$	2	19	$6,7 \pm 2,6$	$7,9 \pm 3,3$
VCSS sau điều trị	$1,7 \pm 2,0$	0	11	$1,5 \pm 1,8$	$2,1 \pm 2,5$
Mức độ giảm điểm VCSS	$5,2 \pm 2,1$	0	11	$5,0 \pm 2,1$	$5,7 \pm 2,1$
Giá trị p				0,139	

Ở nhóm can thiệp bằng laser, điểm VCSS trung bình trước điều trị là $6,7 \pm 2,6$; sau điều trị,

điểm VCSS trung bình là $1,7 \pm 2,0$, mức độ giảm điểm VCSS là $5,2 \pm 2,1$. Ở nhóm can thiệp bằng

RF, điểm VCSS trung bình trước điều trị là $7,9 \pm 3,3$. Sau điều trị, điểm VCSS trung bình giảm còn $1,5 \pm 1,8$ và $2,1 \pm 2,5$. Không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VCSS giữa hai phương pháp trước điều trị ($p > 0,05$) (Bảng 5).

Bảng 6. Tỷ lệ biến chứng và tái phát sau can thiệp (n=128)

	N = 128	Laser (n = 95)	RF (n = 33)	p
Biến chứng sau can thiệp				0,611*
Không	101 (78,9%)	72 (75,6%)	29 (87,9%)	
Có	27 (21,1%)	23 (24,2%)	4 (12,1%)	
Thâm da	23	19	4	
Tê bì cẳng chân	2	2	0	
Dị cảm dọc theo tĩnh mạch đốt	1	1	0	
Viêm mạch	1	1	0	
Tái phát sau can thiệp				
Có		1 (1,05%)	0 (0,00)	

(*Fisher Exact test)

Bảng 4 cho thấy các biến chứng xảy ra trong quá trình theo dõi sau can thiệp đốt nhiệt nội mạch, bao gồm thâm da (18,0%), 2 trường hợp tê bì cẳng chân do tổn thương thần kinh hiển đoạn cẳng chân (1,6%), 1 trường hợp bị viêm mạch – đáp ứng tốt với sử dụng kháng sinh phổ rộng trong vòng 5 ngày. 1 trường hợp bị dị cảm dọc theo tĩnh mạch đốt, hồi phục dần sau 6 tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tỷ lệ có biến chứng giữa hai phương pháp đốt nhiệt ($p > 0,05$).

Ghi nhận có 1 trường hợp tái phát (sau can thiệp 18 tháng) sau can thiệp laser.

4. BÀN LUẬN

STMMT là bệnh lý hay gặp ở nữ giới, với tỷ lệ nữ/nam khoảng 2/1, tương đương với các nghiên cứu khác [1]. Trong đó nhiều yếu tố nguy cơ hay gặp ở nữ giới như mang thai, đặc biệt tăng lên theo số lần có thai, hoặc những người làm công việc ngồi nhiều, đứng lâu như giáo viên, làm văn phòng), béo phì... Trong

nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ cao nhất là sinh 2 và 3 con, tiếp đến là sinh 4 con trở lên (Biểu đồ 1). Giai đoạn lâm sàng của BN trong nghiên cứu chủ yếu là C2 (theo phân loại CEAP) chiếm tỷ lệ 85,2%, biểu hiện là các búi giãn lớn ở chân cùng với triệu chứng đau mỗi chân gây ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày cũng như chất lượng cuộc sống, tương đương với mức điểm VCSS trung bình từ 6 điểm trở lên. Tiếp theo là giai đoạn C4 chiếm tỷ lệ 9,0% với hình ảnh thay đổi sắc tố da bắt đầu xuất hiện từ mắt các chân lan lên cẳng chân, tùy vào mức độ lan rộng mà mức độ nặng tương ứng.

Quá trình can thiệp nội mạch cần chú ý đường kính cũng như chiều dài đoạn tĩnh mạch hiển được đốt và lượng thuốc gây tê quanh mạch dùng trước khi đốt. Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về kích thước tĩnh mạch hiển điều trị (chiều dài cũng như đường kính) giữa 2 phương pháp đốt laser và RF đảm bảo sự lựa chọn ngẫu nhiên khi làm can thiệp. Trung bình đoạn tĩnh mạch hiển được

đốt là 43,4mm (nhóm RF) và 41,7mm (nhóm đốt laser), tương tự như nghiên cứu của tác giả Wozniak và cộng sự là chiều dài lý tưởng trong điều trị can thiệp nội mạch [4], [5].

Thời gian theo dõi trung bình là 14,4 tháng, giá trị trung vị là 12 tháng cho thấy tỷ lệ tái khám xa của bệnh nhân sau điều trị rất thấp, đặc biệt khi tình trạng ổn định, các triệu chứng đã thuyên giảm hoặc biến mất hoàn toàn. Nhiều bệnh nhân khi thấy hết triệu chứng thì không tự giác đến theo dõi nữa. Thời gian theo dõi giữa hai nhóm laser và RF có sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,05$, điều này giải thích tỷ lệ biến chứng và tái phát ở nhóm laser có phần cao hơn so với nhóm RF nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá mức độ nặng VCSS, đây là thang điểm được hội tĩnh mạch Hoa Kỳ sử dụng và đưa vào bản thống nhất trên các diễn đàn của các bác sĩ tĩnh mạch toàn thế giới [2]. Bảng điểm này cho phép đánh giá một cách chi tiết mức độ nặng của các tĩnh mạch giãn và lượng hoá hậu quả của bệnh lên chân cũng như là cuộc sống của người bệnh: mức độ đau ảnh hưởng sinh hoạt, biến đổi sắc tố trên da cẳng chân, loét, mức độ đi tắt nhiều hay ít... Mức độ giảm điểm VCSS trong nghiên cứu của chúng tôi đạt được thông qua việc loại bỏ hoàn toàn các búi giãn của chân, giảm mức độ đau mỗi chân và loại bỏ được tình trạng cần đi tắt trong sinh hoạt hàng ngày, giúp bệnh nhân hoà nhập cuộc sống bình thường, điểm VCSS cho mỗi chân giảm gần 0, (số điểm giảm trung bình là 5,0 và 5,7, không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp đốt. Kết quả này cho thấy sự tương đồng về hiệu quả điều trị của hai phương pháp, cũng là kết quả gặp ở đa số các nghiên cứu so sánh các phương pháp can thiệp nội mạch [3].

Các biến chứng sau khi can thiệp chủ yếu là đau, thâm da, dị cảm, không có biến chứng

ng nghiêm trọng nào được ghi nhận. Biến chứng thâm da gặp ở cả 2 nhóm can thiệp, là hậu quả của quá trình lắng đọng sắc tố sau khi đốt bằng nhiệt, cũng là biến chứng hay gặp ở các nghiên cứu khác [4].

Tái phát sau can thiệp: trong thời gian theo dõi, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái thông lại đoạn tĩnh mạch hiển đã đốt, tuy nhiên có 1 trường hợp xuất hiện 1 nhánh tĩnh mạch giãn mới sau can thiệp 18 tháng. Việc phòng tái phát sau điều trị ở những đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ đòi hỏi sự thay đổi công việc hoặc chế độ sinh hoạt. Trong nghiên cứu này đã có bệnh nhân đổi nghề, không tái phát các triệu chứng sau 24 tháng theo dõi, những bệnh nhân sau điều trị đã nghỉ hưu, có điều kiện thay đổi được chế độ sinh hoạt, nên duy trì được kết quả tốt. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân làm nghề nông chiếm tỷ lệ cao, lại trong độ tuổi lao động, tiền lượng tái phát sớm, do vậy cần nghiên cứu đánh giá thời gian dài ít nhất 5 năm để xác định tỷ lệ tái thông và tái phát, cũng như các yếu tố ảnh hưởng [6].

5. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả suy tĩnh mạch mạn tính tại Việt nam, cải thiện điểm VCSS của người bệnh về gần 0, ghi nhận 1 trường hợp tái phát sau thời gian theo dõi trên 1 năm. Các biến chứng quan sát được trong thời gian theo dõi bao gồm đau, dị cảm và thâm da, không có trường hợp nào biến chứng nặng cần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kutas B, Ozdemir F, Tezcan O, et al. Does the direction of tumescent solution delivery matter in endovenous laser ablation of the great saphenous vein? *Ther Adv Cardiovasc Dis*, 2015; 9(6):397-402..

2. Gibson K, Khilnani N, Schul M, et al. American College of Phlebology Guidelines Committee. American College of Phlebology Guidelines - Treatment of refluxing accessory saphenous veins. *Phlebology*, 2017; 32(7):448-452..
3. Sydnor M, Mavropoulos J, Slobodnik N, et al. A randomized prospective long-term (>1 year) clinical trial comparing the efficacy and safety of radiofrequency ablation to 980 nm laser ablation of the great saphenous vein. *Phlebology*, 2017; 32(6):415-424.
4. Woźniak W, Mlosek RK, Ciostek P. Complications and Failure of Endovenous Laser Ablation and Radiofrequency Ablation Procedures in Patients With Lower Extremity Varicose Veins in a 5-Year Follow-Up. *Vasc Endovascular Surg*, 2016; 50(7):475-483.
5. Shoab SS, Lowry D, Tiwari A. Effect of treated length in endovenous laser ablation of great saphenous vein on early outcomes. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, 2016; 4(4):416-21.
6. Go SJ, Cho BS, Mun YS, et al. Study on the Long-Term Results of Endovenous Laser Ablation for Treating Varicose Veins. *Int J Angiol*, 2016; 25(2):117-20.

ABSTRACT

EVALUATION OF MID-TERM OUTCOMES OF TREATING CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY BY ENDOVENOUS THERMAL ABLATION

Objectives: Evaluate the mid-term outcome following endovascular thermal ablation (ETA) for chronic venous insufficiency (CVI) of the lower limbs.

Material and Methods: Uncontrolled interventional study on CVI patients treated by ETA from July 2016 to December 2020.

Results: 109 patients involved with 128 legs treated (95 laser ablations and 33 radio frequency ablations (RFA)), showed the elimination rate of saphenous reflux was 100%. Post-treatment VCSS (venous clinical severity score) reduction was 5.2 ± 2.1 , no significant difference between two groups (laser vs RF) with $p = 0.139$. Post ablation complications were seen in 27 legs (21.1%), including hyperpigment (18.0%), numbness (2 legs, 1.6%) saphenous paresthesia and 1 phlebolitis (which was well-tolerated by antibiotics), no life threatening events, no significant difference between two groups. After follow-up mean time (14.4 ± 11.9 months), only 1 reoccured case was recorded (0.8%).

Conclusion: ETA in CVI improved well the VCSS, 100% reflux elimination, the recurrence rate was 0.8%.

Keywords: Venous insufficiency, laser ablation, radiofrequency ablation