



## SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI VÀ THAI KỲ

**PGS. TS. Võ Minh Tuấn**

*Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM*

### ĐỊNH NGHĨA

Suy tĩnh mạch (TM) chi dưới là tình trạng TM giãn, chạy quanh co thấy dưới da và có dòng chảy ngược (WHO, 2006).

### DỊCH TỄ

Suy TM là một vấn đề y tế quan trọng của xã hội. Nghiên cứu về yếu tố dịch tễ của suy TM chi dưới cho thấy có khoảng phân nửa số người trưởng thành có suy TM chân, trong đó tỉ lệ nữ là 50-55%, ở nam là 40-50%. Nhưng dưới 50% trong số họ có triệu chứng lâm sàng của suy TM. Những yếu tố nguy cơ thường gặp là: phụ nữ, lớn tuổi, thai nghén, địa lý, dân tộc.

Suy TM chân còn liên quan đến tình trạng béo phì và tiền căn gia đình có người suy TM. Theo một khảo sát trên 1.500 người tuổi 15-64 của Dimakakos E và cộng sự ở Hy Lạp cho kết quả: tỉ lệ suy TM ở nữ chiếm 20,1%, với 62,9% người suy TM có BMI >25.

Theo Newton (2010) phân tích trên 352 sản phụ trước sinh cho kết quả có 72,7% sản phụ suy TM chi dưới, 2 yếu tố liên quan thường gặp là tiền sử gia đình có người suy TM và tuổi sản phụ.

Theo thống kê trong một năm ở Hoa Kỳ, trong số 100 người sẽ có 1 người tìm bác sĩ ít nhất một lần vì vấn đề giãn TM chân và gần 100.000 thủ thuật trên bệnh lý này được thực hiện mỗi năm.

Ở nước ta, theo một thống kê đa trung tâm, 77,5% bệnh nhân không hề biết về bệnh TM trước đó.

Biểu hiện ban đầu của suy TM có thể không rõ ràng và triệu chứng muộn thường gặp là nặng chân 98% và co cơ 63%.

### SINH LÝ BỆNH SUY TĨNH MẠCH TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

Ngoài những giả thuyết về yếu tố nguy cơ suy TM



chung, còn có một số giả thuyết giải thích cho sự xuất hiện và làm nặng hơn tình trạng suy TM trong thai kỳ như sau:

### **Thuyết cơ học**

Đây là thuyết lâu đời nhất giải thích bệnh suy TM là do sự chèn ép cơ học của tử cung mang thai lên các mạch máu vùng chậu, nhưng ngày nay, nó ít được công nhận vì có một số nghiên cứu cho thấy rằng bệnh lý này có thể xuất hiện ngay khi thai được vài tuần, khi mà thể tích tử cung tăng chưa đáng kể. Nhưng nó cũng góp phần quan trọng tác động lên mạch máu vùng chậu khi thai ở tam cá nguyệt thứ ba.

### **Thuyết hormone**

Có sự gia tăng cả 2 loại hormone trong thai kỳ là progesterone và estrogen. Progesterone làm giãn cơ trơn (cấu tạo thành mạch máu), giảm kích thích, tăng giãn mạch có thể đạt đến 150% và trở về bình thường khoảng 8-12 tuần sau sinh. Estrogen làm gia tăng dòng chảy động mạch của tử cung và vùng chậu, gây tăng dòng máu trở về TM chủ dưới, tạo thông nối động-tĩnh mạch và hậu quả làm tăng áp lực TM. Nhưng giả thuyết này không giải thích được sự suy TM chỉ xảy ra một bên.

### **Sự gia tăng tuần hoàn chậu trong thai kỳ**

Việc tăng lượng máu tồn lưu trong mạch chậu tạo thêm áp lực cho mạch chậu và mạch đùi gây giảm tưới máu chi dưới.

### **Yếu tố di truyền**

Hầu hết tác giả cho rằng đây là điều kiện cần và đủ để gây bệnh lý TM, nhưng cũng có vài tác giả không đồng ý.

### **Sự gia tăng thể tích máu**

Việc tăng thể tích máu (hơn 30%) là yếu tố quan trọng gây hoạt hóa plasma.

### **Thay đổi cấu trúc của thành mạch**

Cấu trúc thành mạch thay đổi như giảm các sợi cơ trơn cấu tạo thành mạch máu và các sợi collagen liên kết, sự biến dạng TM làm cho TM bị giãn căng. Thêm vào đó, sự gia tăng của các enzyme lysosomal (hyaluronidase, glucosaminidase, phosphatase) và sự thay đổi đáng kể cấu trúc của thành TM làm TM dày lên. Sự thay đổi cấu trúc của lớp áo giữa và mất sự đàn hồi của sợi cơ trơn làm thay đổi sức đề kháng của thành TM, gây ra suy yếu TM. TM căng ra và trở nên suy cơ năng do các van TM bị hở. Các van TM bị hở này có thể sẽ trở về bình thường sau khi sinh. Tuy nhiên, một số bệnh nhân vẫn không hồi phục và gây suy giãn TM sau sinh, cũng như làm tăng nguy cơ mắc bệnh cho những lần mang thai sau.

### **Thay đổi cấu trúc giải phẫu của các van**

Sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của các van làm giảm áp lực tâm trương, gây trào ngược.

### **Hiện tượng tăng đông sinh lý trong quá trình mang thai**

Hiện tượng tăng đông bắt đầu xuất hiện vào cuối tháng thứ hai và kéo dài suốt thời kỳ mang thai, làm tăng nguy cơ huyết khối trong thai kỳ và khi sinh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ giữa suy TM và số lần mang thai. Giai đoạn đầu của mang thai có sự gia tăng của một số yếu tố đông máu như: yếu tố VIII, von Willebrand và fibrinogen, giảm các yếu tố bảo vệ

46 (protein S). Ngay cả trong trường hợp không có sự đột biến yếu tố V Leiden di truyền thì sự đề kháng lại protein C được tìm thấy trong các trường hợp mang thai bình thường. Sự hủy fibrin cũng bị suy giảm, đặc biệt trong 3 tháng cuối của thai kỳ. Sự ứ trệ tuần hoàn do giảm đáp ứng của hormone trong tương tác TM dẫn tới giảm dòng chảy của TM và giãn mạch máu chi dưới.

## CHẨN ĐOÁN

### Lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân suy giãn TM có thể rất thay đổi và nhiều bệnh nhân có thể không hay có rất ít triệu chứng biểu hiện.

### Triệu chứng cơ năng

- Đau vùng bàn chân, bắp chân, đau dọc hai chân (nhất là sau khi bất động) giảm khi kê cao chân.
- Nặng chân, mỗi chân: các triệu chứng thường nặng lên vào cuối ngày, đặc biệt là sau khi đứng lâu. Các triệu chứng này sẽ giảm khi kê cao chân buổi tối.
- Chuột rút do cơ căng chân co rút gây đau.
- Tê (cảm giác tê bì ngoài da như kiến bò), ngứa hay cảm giác nóng bỏng.
- Càng về sau, các triệu chứng này càng nặng dần.

### Triệu chứng thực thể ở chân

Triệu chứng xảy ra sau khi đứng 5-10 phút (Hình 1):

- Phù chân (phù mềm, trắng, ấn lõm).
- TM giãn với nhiều vị trí và mức độ khác nhau: căng chân, gối, khoeo, đùi, giãn TM lưới, giãn TM thành búi...
- Giãn TM kèm viêm da và tổ chức dưới da, chàm hóa, thay đổi màu sắc da (sạm màu, viêm đỏ, teo da, trắng nhợt) hay gập ở mắt cá trong hay mặt trong cẳng chân, chủ yếu do hậu quả của ứ trệ TM và tăng áp lực TM. Có thể có các búi TM bị huyết khối tím đỏ nổi trên bề mặt da sờ đau.
- Vết loét TM: thường khu trú mặt trong trước cẳng chân, cổ chân, ít khi đau, tiết dịch, vết loét thường nông, ít khi hoại tử.

### Cận lâm sàng

#### Siêu âm Doppler mạch máu

Cuối cùng, chẩn đoán được xác định bằng siêu âm Doppler mạch máu TM hiển, TM sâu, TM xuyên, với phương pháp này cho phép chúng ta xác định được những rối loạn huyết động học, dòng chảy ngược, vị trí suy TM, tình trạng của van TM, mức độ giãn của TM và các cục huyết tắc trong lòng mạch. Đây là biện pháp thăm dò không chấn thương có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.



Mạch máu mạng nhện  
Căng nặng chân  
Sung mắt cá chân  
Cảm giác kiến bò  
Chuột rút

Mạch máu giãn to,  
ngoằn ngoèo

Rối loạn biến dưỡng da

Những vết loét lâu lành,  
nhiễm trùng và chảy máu

Hình 1. Các biểu hiện của giãn TM

## Siêu âm Duplex

Là sự kết hợp hình ảnh siêu âm hai chiều (cung cấp thông tin về cấu trúc giải phẫu, vị trí đặt của sỏi, góc  $\alpha$ ) và Doppler xung (cung cấp thông tin về dòng chảy) được gọi là Duplex sonography.

Chẩn đoán suy van TM (hệ TM nông khảo sát ở quai TM hiển lớn, hệ TM sâu khảo sát ở TM đùi chung).

### **Nghiệm pháp đè ép vùng tĩnh mạch đùi chung (Doppler xung)**

Khi đè ép TM, chỉ thấy dòng chảy về tim; khi thả lỏng, thấy dòng trào ngược (reflux): suy van TM.

### **Nghiệm pháp Valsalva (Doppler xung)**

Nếu hai nghiệm pháp này không đáp ứng thì đó là dấu hiệu gián tiếp của tắc nghẽn TM vùng chậu.

## DSA

DSA chụp mạch máu cản quang bằng kỹ thuật số có xóca nền.

## MRI

Rất tốt để chẩn đoán bệnh TM, đặc biệt đối với TM sâu, vị trí khó thăm dò bằng siêu âm.



## BIẾN CHỨNG CỦA GIÃN TĨNH MẠCH

- Trước tiên là các biến chứng về rối loạn huyết động học: cẳng chân bệnh nhân bị sưng to, có triệu chứng đau buốt mặt sau cẳng chân, chuột rút về đêm.
- Nặng hơn, bệnh nhân có thể bị viêm tắc TM, chân nóng, sưng đỏ, các TM nông nổi rõ và viêm cứng.
- Giai đoạn cuối cùng có thể diễn tiến đến tình trạng giãn to toàn bộ hệ TM, các TM giãn rất lớn, ú trệ tuần hoàn và rối loạn dinh dưỡng của da chân phía dưới gây viêm loét, nhiễm trùng và rất khó điều trị.
- Cục thuyên tắc có thể tách rời khỏi thành TM, đi về tim và gây thuyên tắc động mạch phổi, một biến chứng rất nặng có thể đưa đến tử vong nếu không cấp cứu kịp thời.

## ĐIỀU TRỊ

Có nhiều biện pháp điều trị suy TM chi dưới. Các biện pháp chung áp dụng cho điều trị suy TM là:

- Vận động, đi bộ hằng ngày.
- Hạn chế bất động chỉ ở tư thế đứng-ngồi lâu quá 1 giờ, đứng dậy đi lại hay vận động cổ bàn chân khi có thể.
- Góc chân cao khi nằm (cổ chân cao trên 15cm so với gối), xoa bóp bắp chân, bàn chân làm thuận lợi cho máu về tim, giảm phù.
- Tránh nhiệt độ, tắm nước nóng, ánh nắng mặt trời vì chúng gây giãn mao mạch, TM. Tắm nước lạnh được khuyến dùng.
- Đi giày thích hợp, gót không quá cao, quá chật.
- Hạn chế các môn thể thao đòi hỏi nhiều sức lực đột ngột (tenis, bóng chuyền, bóng đá) cũng như chơi trên nền cứng đều làm tăng áp lực đột ngột TM dẫn đến nguy cơ tổn thương van TM. Ngược lại, các môn thể thao như: bơi lội, đi bộ trên đất mềm, đạp xe, đánh golf rất tốt cho bệnh nhân suy TM.
- Chế độ ăn uống hợp lý, không để thừa cân.

- Mang vớ chống giãn TM khi có thể được.
- Chọn nghề nghiệp thích hợp.

### Điều trị không phẫu thuật

Thường chỉ định trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân có những bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân có tổn thương kèm theo suy TM sâu.
- Bệnh nhân có những tổn thương TM rất nhỏ.

Các phương pháp điều trị không phẫu thuật gồm: chích xơ tạo bọt, mang vớ áp lực, các bài tập ở cơ chân và dùng thuốc:

- Mang vớ ép áp lực: là biện pháp điều trị đầu tiên cho bệnh lý TM, phương pháp này tương đối rẻ tiền, ít nguy cơ, có thể cải thiện triệu chứng cơ năng liên quan đến suy van và giãn TM. Băng ép là một biện pháp điều trị hỗ trợ hiệu quả và quan trọng. Áp lực liệu pháp vẫn là nền tảng trong điều trị bệnh TM. Khi sử dụng đúng cách liệu pháp áp lực, sẽ có tác dụng như sau:

- Cải thiện sự hồi lưu máu TM.
- Phục hồi tác dụng bơm của khối cơ bắp chân.
- Làm các van TM đóng kín trở lại.
- Cải thiện tình trạng mất cân bằng áp suất giữa mao mạch và mô.

Bất lợi lớn nhất của phương pháp này là khả năng chấp nhận và dung nạp của bệnh nhân.

- Chích xơ:
  - Mục đích là làm tắc và xơ hóa dần các TM giãn.
  - Thuốc gây xơ sẽ được trộn với khí để tạo thành hỗn hợp bọt khí nhỏ li ti. Hỗn hợp này sẽ được chích vào lòng mạch để tạo lập huyết khối, phá hủy thành mạch, làm TM giãn teo lại và xơ hóa dần theo thời gian.
- Thuốc chống đông: heparin trọng lượng phân tử thấp, AVK.
- Thuốc tiêu sợi huyết: streptokinase.
- Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu.

- Thuốc tăng tính bền vững thành mạch: daflon, cyclo 3 fort.

### Điều trị phẫu thuật

- Đóng vai trò quan trọng trong điều trị, nhưng là lựa chọn sau cùng.
- Điều trị thành công nhằm loại bỏ nguyên nhân gây bệnh, lấy đi các búi TM giãn, giải quyết tình trạng trào ngược.
- Các biện pháp điều trị hiện nay gồm: mổ lấy đi TM giãn bằng phương pháp Stripping, đốt điện cao tần, đốt laser nội mạch, laser ngoài da.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abu-Own A, Scurr JH (2004). Saphenous vein reflux without incompetence at the saphenofemoral junction. *British journal of surg*; 81(10):1452-1454.
2. Bihari I, Tornoci L, Bihari P (2012). Epidemiological study on varicose veins in Budapest. *Phlebology* 2012 Mar; 27(2):77-81.
3. Carpentier PH, Maricq HR (2004). Prevalence, risk factors, and clinical pattern of chronic venous disorders of lower limb: a population – base study in France. *J Vasc Surg* 2004 Oct; 40(4):650-659.
4. Dimakakos E, Syrigos K (2012). Prevalence, risk and aggravating factors of chronic venous disease: an epidemiological survey of the general population of Greece. *Phlebology* 2012 Mar 26.
5. Engelhorn CA, Cassou MF et al. (2010). Does the number of pregnancies affect patterns of great saphenous vein reflux in women with varicose veins? *Phlebology*; 25(4):190-195.
6. Flore R, Gerardino L et al. (2004). Enhanced oxidative stress in workers with a standing occupation. *Occup Environ Med*; 61(6):548-550.
7. Lin JC, Iafrati MD (2004). Correlation of duplex ultrasound scanning – derived valve closure time and clinical classification in patients with small saphenous vein reflux: Is lesser saphenous vein truly lesser? *J Vasc Surg*; 39(5):1053-1058.
8. Newton de Barros Junior (2010). Pregnancy and lower limb varicose veins: prevalence and risk factors. *J Vasc bras*; Vol.9,2:29-35.
9. Svestkova S, Pospisilova A (2008). Risk factor of chronic venous disease inception. *Scripta Medica*; 81(2):117-128.
10. Zoller B, Ji J (2012). Family history and risk of hospital treatment for varicose veins in Sweden. *Br J Surg* 2012 July; 99(7):948-953.