

Nghiên cứu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ với suy tĩnh mạch nông chi dưới ở bệnh nhân trên 50 tuổi

Relationship between some risk factors and chronic venous insufficiency in over-50-year-old patients

Nguyễn Thị Hải Yến

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ với suy tĩnh mạch nông chi dưới ở bệnh nhân trên 50 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** 333 bệnh nhân trên 50 tuổi, tại Khoa Khám bệnh cán bộ - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Suy tĩnh mạch nông chi dưới hay suy tĩnh mạch mạn tính ở bệnh nhân (BN) trên 50 tuổi chiếm 44,1%. Bệnh nhân nữ bị suy tĩnh mạch mạn tính là 66,7% cao hơn bệnh nhân nam 2,6 lần ($p>0,05$), người béo phì bị suy tĩnh mạch mạn tính 44,3%, bệnh nhân ít vận động bị suy tĩnh mạch mạn tính là 46,2%, 70,8% bệnh nhân có tiền sử gia đình bị giãn tĩnh mạch có nguy cơ mắc suy tĩnh mạch mạn tính cao hơn 3,3 lần so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử gia đình ($p<0,05$). Bệnh nhân hút thuốc lá bị suy tĩnh mạch mạn tính là 55,7%, nguy cơ mắc suy tĩnh mạch mạn tính cao hơn 2,26 lần ở bệnh nhân không hút thuốc ($p<0,05$), bệnh nhân có rối loạn lipid máu bị suy tĩnh mạch mạn tính 58,2 %, nguy cơ mắc suy tĩnh mạch mạn tính cao hơn 2,24 lần so với bệnh nhân không có hội chứng rối loạn lipid máu, ($p<0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân có tiền sử gia đình bị suy tĩnh mạch mạn tính, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu có nguy cơ mắc suy tĩnh mạch mạn tính cao hơn nhóm không có yếu tố nguy cơ.

Từ khóa: Suy tĩnh mạch mạn tính, yếu tố nguy cơ.

Summary

Objective: To investigate the relationship between some risk factors and chronic venous insufficiency in over 50-year-old patients examined at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** 333 over-50-year-old patients who went to take the medical examination at Officer Outpatient Department - 108 Military Central Hospital. Analysing and evaluating the impact of each risk factor chronic venous insufficiency. **Result:** Chronic venous insufficiency accounted for 44.1% of over-50-year-old patients, 66.7% of female gender, 44.3% of overweight, 46.2 of sedentary, the differences between chronic venous insufficiency in two group with and without these factors were not statistically significance ($p>0.05$). Chronic venous insufficiency 55.7% of smoker, 70.8% of patients having family history, 58.2% of people with chronic dyslipidemia, and the difference with the group without these factors were statistically significance ($p<0.05$). **Conclusion:** Patients with family history, cigarette smoking and dyslipidemia are at higher risk of chronic venous insufficiency than patients without these factors.

Keywords: Chronic venous insufficiency, risk factors.

Ngày nhận bài: 04/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 02/03/2021

Người phản hồi: Nguyễn Thị Hải Yến, Email: haiyen1968a22bv108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Bệnh suy tĩnh mạch mạn tính (STMMT) bao gồm các giãn tĩnh mạch nông và/hoặc có dòng chảy ngược (DCN) trong lòng hệ thống tĩnh mạch nông chi dưới được phát hiện qua siêu âm Doppler. STMMT ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng làm việc, thậm chí cả tính mạng của bệnh nhân (BN). Yếu tố nguy cơ của bệnh đã được ghi nhận là tuổi cao, giới nữ, tiền sử gia đình bị STMMT, ít vận động, béo phì, đặc điểm nghề nghiệp làm việc trong một tư thế đứng, ngồi lâu [1], [2]. Triệu chứng thường gặp của STMMT là giãn tĩnh mạch, đau, chuột rút, dị cảm, nặng chân, phù chân ở các mức độ. Các triệu chứng thường mờ nhạt ở giai đoạn đầu, giai đoạn sau có thể bị các biến chứng như loét chân, gây tàn phế, chảy máu nặng hoặc thuyên tắc động mạch phổi gây tử vong [3], [10]. Bệnh lý STMMT ngày càng phổ biến và tăng tỷ lệ mắc liên quan đến sự thay đổi lối sống của xã hội, trên thế giới tỷ lệ mắc STMMT ở người trưởng thành là 10 - 61%. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ STMMT ở người trên 50 tuổi là 44,1%. Chi phí điều trị cho bệnh này chiếm 150 triệu đến 1 tỷ USD/năm tại Mỹ và chiếm 2,6% tổng chi phí ngành Y tế. Điều trị bệnh STMMT ở giai đoạn muộn sẽ mất nhiều thời gian, tốn kinh phí nhiều mà kết quả điều trị không cao, BN vẫn có thể bị tàn phế, có thể bị tử vong. Chính vì vậy mà việc phát hiện sớm bệnh STMMT ở các đối tượng có nguy cơ cao như người cao tuổi để điều trị sớm mang lại hiệu quả thiết thực cho BN, góp phần giảm biến chứng và giảm kinh phí điều trị. Vì những lợi ích này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ với suy tĩnh mạch nông chi dưới ở BN trên 50 tuổi.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến hành ở 333 BN trên 50 tuổi đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh cán bộ - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu. BN có bệnh nặng, cấp tính. BN có các tổn thương ngoài da không do bệnh lý tĩnh mạch. BN có tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Phương tiện nghiên cứu [10]

Máy Pocket -Doppler của EDAN SonoTrax, đầu dò 8MHz.

Trình tự nghiên cứu

BN được khám lâm sàng, khai thác các yếu tố nguy cơ, làm các xét nghiệm (XN) cơ bản.

Siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới bằng máy siêu âm Doppler cầm tay đầu dò 8MHZ, model EDAN SonoTrax.

Kiểm tra đối chiếu kết quả DCN trên siêu âm màu. DCN có giá trị chẩn đoán khi thời gian DCN ở tĩnh mạch đùi và khoeo > 1 giây, và lớn hơn 0,5 giây đối với các tĩnh mạch nông khác.

Chẩn đoán bệnh suy tĩnh mạch nông chi dưới

Chẩn đoán xác định suy tĩnh mạch nông chi dưới là lâm sàng có giãn tĩnh mạch và/hoặc siêu âm Doppler có DCN trong lòng hệ tĩnh mạch hiển [2], [8], [9]

Các yếu tố nguy cơ: Tuổi, giới, BMI tiền sử gia đình, hút thuốc lá, thói quen vận động, béo phì, các chỉ số lipid máu... [2], [4].

Thang điểm CEAP [3], [4]

Phân loại lâm sàng (C0 - C6, A hoặc S):

Độ 0 (C0): Không thấy biểu hiện bệnh lý tĩnh mạch có thể quan sát thấy hoặc sờ thấy.

Độ 1 (C1): Có giãn mao tĩnh mạch hoặc tĩnh mạch dạng lưới.

Độ 2 (C2): Giãn tĩnh mạch.

Độ 3 (C3): Phù.

Độ 4 (C4): Rối loạn dinh dưỡng nguồn gốc TM: Rối loạn sắc tố da, chàm tĩnh mạch.

Độ 5 (C5): Rối loạn dinh dưỡng như độ 4 + loét đã lành sẹo.

Độ 6 (C6): Rối loạn dinh dưỡng như độ 4 + loét không lành sẹo.

A asymptotique: Không có dấu hiệu lâm sàng.

S symptotique: Có triệu chứng lâm sàng.

Kỹ thuật siêu âm tĩnh mạch bằng máy siêu âm Doppler bỏ túi [6], [10]

BN đứng trên bục gỗ chuyên dụng.

Làm nghiệm pháp Schwartz tìm dấu hiệu “sóng vỗ” BN ở tư thế đứng. Gõ dọc đường đi của tĩnh mạch để xác định và vẽ đường đi của hệ tĩnh mạch hiển giúp hướng dẫn đường đi của đầu dò siêu âm.

Đầu dò siêu âm đặt dọc theo đường đi của tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé, sao cho chùm tia siêu âm của đầu dò hợp với trục của tĩnh mạch một góc 60

độ. Phối hợp với nghiệm pháp ép khối cơ ở bắp chân, bình thường, khi ép chỉ nghe thấy một tín hiệu âm thanh của dòng máu từ ngoại vi trở về âm thanh trầm và ngắn như một tiếng xoẹt, khi nhả ép thì mất tín hiệu. Ngược lại, khi có dòng hồi lưu thì khi thả ép sẽ thấy một tín hiệu thứ hai âm thanh cao và kéo rất dài như tiếng gió rít qua khe cửa do dòng máu chảy ngược lại [10].

Siêu âm Doppler màu tĩnh mạch chi dưới để đối chiếu kết quả DCN.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

Kết quả nghiên cứu trên 333 bệnh nhân được trình bày dưới những bảng sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm (n = 333)		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n, %	
Tuổi (năm)		64,2 $\pm$ 8,9	
Nam giới		315	94,6
BMI (kg/m ²)		23,3 $\pm$ 2,1	
Suy tĩnh mạch chi dưới		147	44,14
Yếu tố nguy cơ	Tuổi trên 60	75	22,52
	Giới nữ	18	5,4
	Hút thuốc lá	140	42,04
	Tiền sử gia đình giãn TM	24	7,21
	BMI > 25	61	18,32
	Ít vận động	199	59,76
	Rối loạn chuyển hóa lipid	98	29,43

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 64,2 $\pm$ 8,9 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 94,6%. Tỷ lệ mắc STMMT khá cao (44,14%). Các yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất ở bệnh nhân là ít vận động (59,76%), hút thuốc lá (42,04%), rối loạn chuyển hóa lipid (29,43%).

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi và giới với suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới

STMMT		Có (n = 147)	Không (n = 186)	OR	95% CI	p
Yếu tố	>60	35 (46,7)	40 (53,3)	1,14	0,68 - 1,91	>0,05
	≤ 60	112 (43,4)	146 (56,6)			

Giới	Nữ	12 (66,7)	6 (33,3)	2,67	0,98 - 7,29	>0,05
	Nam	135 (42,9)	180 (57,1)			

Nhận xét: BN cao tuổi và nữ giới có nguy cơ STMMT cao hơn so với BN nam, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa hút thuốc lá và suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới

Thuốc lá	STMMT	Có (n = 147)	Không (n = 186)	OR	95% CI	p
Có		78 (55,7)	62 (44,3)	2,26	1,45 - 3,53	<0,05
Không		69 (35,8)	124 (64,2)			

Nhận xét: BN hút thuốc lá có nguy cơ mắc STMMT cao hơn 2,26 lần BN không hút thuốc sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 4. Liên quan tiền sử gia đình với suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới

Gia đình có người STMMT	STMMT	Có (n = 147)	Không (n = 186)	OR	95% CI	p
Có		17 (70,8)	7 (29,2)	3,3	1,34-8,29	<0,05
Không		130 (42,1)	179 (57,9)			

Nhận xét: BN có tiền sử gia đình STMMT có nguy cơ STMMT cao hơn 3,3 lần so với BN không có tiền sử gia đình có ý nghĩa, với $p<0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa tình trạng béo phì và ít vận động với suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới

Tình trạng	STMMT	Có (n = 147)	Không (n = 186)	OR	95% CI	p
BMI	> 25	27 (44,3)	34 (55,7)	1,00	0,58 - 1,79	>0,05
	≤ 25	120 (44,1)	152 (55,9)			
Tình trạng vận động	Ít vận động	92 (46,2)	107 (53,8)	1,23	0,79 - 1,92	>0,05
	Vận động nhiều	55 (41,0)	79 (59,0)			

Nhận xét: Tỷ lệ mắc STMMT ở BN thừa cân béo phì cao hơn BN có BMI bình thường. BN có thói quen ít vận động mắc STMMT nhiều hơn BN vận động nhiều, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa rối loạn lipid máu với suy tĩnh mạch mạn tính

Tình trạng	STMMT	Có (n = 147)	Không (n = 186)	OR	95% CI	p
Có		57 (58,2)	41 (41,8)	2,24	1,39-3,62	<0,05
Không		90 (38,3)	145 (61,7)			

Nhận xét: BN có rối loạn lipid máu có nguy cơ mắc STMMT cao hơn 2,24 lần so với BN không rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

4. Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên nhóm BN có yếu tố nguy cơ mắc bệnh cao đó là tuổi cao, tuổi trung bình của BN là $64,2 \pm 8,9$ tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 94,6%. Tỷ lệ mắc STMMT 44,14%. Các yếu tố nguy cơ khác là yếu tố gia đình bị giãn TM là 70,8%, BN hút thuốc lá (42,04%), rối loạn lipid máu (29,43%). Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả khác [1], [7].

Y văn thế giới ghi nhận tỷ lệ gặp STMMT ở nữ cao hơn gần gấp 2 lần so với nam giới. Số liệu của chúng tôi cho thấy BN > 50 tuổi và nữ giới có nguy cơ STMMT cao hơn so với BN nam, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, do đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu là quân nhân cao cấp nên nam giới là số đông. Chúng tôi cũng nhận thấy ở nhóm BN trên 50 tuổi, bị STMMT tỷ lệ cao như y văn. BN béo phì và ít vận động bị bệnh nhiều hơn BN có BMI bình thường và quen vận động nhiều, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Lý giải cho sự khác biệt này, khả năng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm có cuộc sống tĩnh tại ổn định và mức sống cao hơn mặt bằng chung của xã hội.

STMMT liên quan nhiều tới yếu tố gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột) bị STMMT thì BN có nguy cơ mắc bệnh cao. Nghiên cứu của Ahti TM và cộng sự 2009 chỉ ra rằng những phụ nữ có tiền sử gia đình bị STMMT có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 1,8 lần những phụ nữ không có tiền sử gia đình [5]. Nghiên cứu của Cornu Thenarrrd và cộng sự 1994 trên 67 BN thấy nguy cơ mắc bệnh là 90% ở BN có cả bố và mẹ bị STMMT, nguy cơ này là 25% với nam và 62% với nữ nếu trong gia đình chỉ có bố hoặc mẹ mắc STMMT. Chúng tôi cũng cho kết quả phù hợp với phần lớn các nghiên cứu. BN có tiền sử gia đình bị suy TM là 70,8% cao hơn 3,3 lần so với BN không có tiền sử gia đình có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Khi khảo sát mối liên quan giữa hút thuốc lá, với STMMT, số liệu của chúng tôi cho thấy BN hút thuốc có STMMT là 55,7%, nguy cơ mắc STMMT cao hơn 2,26 lần BN không hút thuốc ($p < 0,05$), tỷ lệ của chúng tôi cao hơn nghiên cứu Callejas JM có BN STMMT hút thuốc là 33,8%. BN có rối loạn lipid máu

có nguy cơ mắc STMMT cao hơn 2,24 lần so với BN không rối loạn lipid máu, sự khác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BN có các yếu tố nguy cơ cần được khám, tầm soát STMMT để phát hiện bệnh sớm và tìm hiểu kiến thức về STMMT nhằm phòng tránh cũng như hạn chế mắc bệnh. D Chang SL và cộng sự (2018) khảo sát trên 212 984 BN STMMT trong 7,5 năm, nhận thấy có mối tương quan giữa STMMT với rối loạn lipid máu (OR = 1,16, 95% CI: 1,14 - 1,18). Tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ hút thuốc lá của BN STMMT cao gấp 2,4 lần so với quần thể người bình thường [4].

5. Kết luận

Nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân trên 50 tuổi có yếu tố nguy cơ là tuổi cao bị suy tĩnh mạch mạn tính là 44,1%.

Nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ gia đình bị suy tĩnh mạch mạn tính, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu bị suy tĩnh mạch mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không yếu tố nguy cơ.

Nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là nữ giới, thừa cân, ít vận động bị suy tĩnh mạch mạn tính nhiều hơn nhóm không yếu tố nguy cơ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Vì vậy, cần sàng lọc các yếu tố nguy cơ để tầm soát suy tĩnh mạch mạn tính giúp điều trị sớm hạn chế biến chứng giảm kinh phí mang lại lợi ích thiết thực cho bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thanh Hưng (2011) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và siêu âm Doppler ở BN suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II.
2. Đinh Thị Thu Hương (2014) *Bệnh tĩnh mạch mạn tính chi dưới cập nhật điều trị*. Hội nghị tim mạch học Việt Nam lần thứ XIV.
3. Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Lân Việt, Đỗ Đoàn Lợi (2011) *Bệnh lý tĩnh mạch mạn tính*. Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr. 36-39.
4. Phạm Mạnh Hùng, Đinh Huỳnh Linh (2015) *Một số điểm mới trong hướng dẫn thực hành giảm cholesterol máu của Hiệp hội Tim mạch/Trường*

- môn Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC) 2013. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam 69, tr. 129-135.*
5. Ahti TM, Mäkivaara LA (2009) *Effect of family history on the incidence of varicose veins: A population-based follow-up study in Finland.* Angiology 60(4): 487-491.
 6. Bergan J (2008) *Venous valve incompetence: the first culprit in the pathophysiology of primary chronic venous insufficiency. Insuffisance valvulaire veineuse: Premier chaînon dans la génèse dela maladie veineuse chronique primaire. The Venous valve and primary chronic Venous disease.* Medicographia 30(2): 87-94.
 7. Chang SL et al (2018) *Association of varicose veins with incident venous thromboembolism and peripheral artery disease.* JAMA 319(8): 807-817.
 8. Francois BAKCER, Christian BOISSIER, and Jean Luc BOSSON (2011) *Conduites a tenir devant Une insuffisance veineuse chronique des membres inferieurs'. VALMI live de poche de medicine Vasculaire.* Edition 2010-2011, Laboratoires TONIPHARM: 108-111.
 9. Robert TE and Joseph DR (2014) *Chronic venous insufficiency.* Circulation Journal 130: 333-346.
 10. <https://www.accessdata.fda.gov/cdrhdocs/pdf8/k080087.pdf>, Summary -FDA