

thuật. Hơn nữa do xuất huyết dưới kết mạc được chúng tôi chủ đích tạo ra để sử dụng như một bước phối hợp trong kỹ thuật nên không được chúng tôi coi là biến chứng của thủ thuật như ghi nhận của Meada khi tiến hành sửa sẹo bong trên bệnh nhân dò sẹo bong muộn⁵.

V. KẾT LUẬN

Bằng cách kết hợp ưu điểm của cả hai phương pháp điều trị sẹo bong dò, trong đó phương pháp kinh điển dùng máu tự thân đã được biết đến từ lâu và phương pháp sửa sẹo bong bằng kim theo kỹ thuật được chúng tôi đề xuất, có thể áp dụng cho cả hai loại dò là dò sẹo bong sớm và dò muộn với hiệu quả đóng dò cao, ít hoặc không có biến chứng. Kỹ thuật này nên được cân nhắc là một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân dò sẹo bong trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên, cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả điều trị của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koike KJ, Chang PT. Trabeculectomy: A Brief History and Review of Current Trends. Int Ophthalmol Clin. 2018;58(3):117-133. doi:10.1097/IIO.0000000000000231
2. Belyea DA, Dan JA, Stamper RL, Lieberman MF, Spencer WH. Late onset of sequential multifocal bleb leaks after glaucoma filtration

surgery with 5-fluorouracil and mitomycin C. Am J Ophthalmol. 1997;124(1):40-45. doi:10.1016/s0002-9394(14)71642-3

3. Mb S, Mw S, Cm S, Rb S. Clinical and histopathologic observations concerning hypotony after trabeculectomy with adjunctive mitomycin C. American journal of ophthalmology. 1993;116(6). doi:10.1016/s0002-9394(14)73465-8
4. Ares C, Kasner OP. Bleb needle redirection for the treatment of early postoperative trabeculectomy leaks: a novel approach. Can J Ophthalmol. 2008;43(2):225-228. doi:10.3129/i08-008
5. Maeda H, Eno A, Nakamura M, Negi A. Safe management of a late-onset bleb leak with a needling technique. Eye (Lond). 2000;14 Pt 5:802-804. doi:10.1038/eye.2000.217
6. Rauscher FM, Barton K, Budenz DL, Feuer WJ, Tseng SCG. Long-term outcomes of amniotic membrane transplantation for repair of leaking glaucoma filtering blebs. Am J Ophthalmol. 2007;143(6):1052-1054. doi:10.1016/j.ajo.2007.01.016
7. Smith MF, Magauran RG, Betchkal J, Doyle JW. Treatment of postfiltration bleb leaks with autologous blood. Ophthalmology. 1995;102(6):868-871. doi:10.1016/s0161-6420(95)30941-4
8. Maeda H, Eno A, Nakamura M, Negi A. Safe management of a late-onset bleb leak with a needling technique. Eye (Lond). 2000;14 Pt 5:802-804. doi:10.1038/eye.2000.217
9. McGruder JM, Cooke JE, Conroy JM, Baker JD. Headache after lumbar puncture: review of the epidural blood patch. South Med J. 1988; 81(10):1249-1252. doi:10.1097/00007611-198810000-00012

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TĨNH MẠCH CHI DƯỚI TRÊN SIÊU ÂM - DOPPLER Ở BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Vũ Thanh Bình*, Lê Đức Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm - Doppler ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 96 bệnh nhân – cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Đối với hệ tĩnh mạch nông, bệnh nhân bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy cả 2 tĩnh mạch hiển là 24,0%. Ở giai đoạn C4, 5, 6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, 2, 3

($p < 0,05$). Có 3 bệnh nhân có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%. Bệnh nhân không có huyết khối chiếm 96,9%. Bệnh nhân có dòng trào ngược từ 3 - 5 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%). Tỷ lệ bệnh nhân có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%. **Kết luận:** Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới đối với hệ tĩnh mạch nông chủ yếu là suy tĩnh mạch hiển lớn; đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo và cẳng chân ở giai đoạn C4, C5, C6 lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, C2, C3 ($p < 0,05$).

Từ khóa: tĩnh mạch, siêu âm – Doppler, suy tĩnh mạch, suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF VENOUS LESIONS OF THE LOWER EXTREMITIES ON DOPPLER ULTRASOUND IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình
Email: thanhbinhmd@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022
Ngày duyệt bài: 14.4.2022

Objectives: To describe the imaging characteristics of venous lesions of the lower extremities on Doppler ultrasound in patients with chronic lower extremity venous insufficiency at Thai Binh Medical University Hospital. **Method:** Cross-sectional study; 96 patients were collected - sample size was calculated according to descriptive study. **Results:** For the superficial venous system, patients with great saphenous venous insufficiency accounted for the highest proportion (33.3%). The proportion of patients with both saphenous venous insufficiency was 24.0%. At stage C4, 5, 6, the mean diameter of the femoral, popliteal was significantly larger than that of stage C1, 2, 3 ($p < 0.05$). There were 3 patients with thrombosis, accounting for 3.1%; patients without thrombosis accounted for 96.9%. Patients with venous reflux flow from 3 to 5 seconds accounted for the highest proportion (47.9%). The proportion of patients with venous reflux flow over 5 seconds accounted for 7.3%. **Conclusion:** Chronic venous insufficiency of the lower extremities in the superficial venous system is mainly insufficiency of the great saphenous veins; the mean diameter of the veins of the femoral, popliteal and lower legs at stage C4, C5, C6 is significantly larger than at stages C1, C2, C3.

Keywords: veins, venous insufficiency, ultrasound – Doppler, chronic venous insufficiency of the lower extremities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính (STMMT) là bệnh lý rất phổ biến trong các bệnh lý tĩnh mạch chi dưới, bệnh gặp ở hầu hết các nước trên thế giới, chiếm từ 10 – 50% số người trưởng thành và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tại Việt Nam theo một số nghiên cứu thì bệnh thường gặp ở người cao tuổi (43,97%), đặc biệt là phụ nữ có nhiều yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được [2]. Suy tĩnh mạch chi dưới có biểu hiện lâm sàng phong phú, bệnh tiến triển từ từ, nếu không được điều trị sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, gây ra các biến chứng nặng nề như rối loạn dinh dưỡng da, chàm tĩnh mạch, loét da... gây tàn phế ở giai đoạn cuối của bệnh, huyết khối tĩnh mạch sâu, thậm chí là tử vong. Việc phát hiện sớm và điều trị sớm STMMT chi dưới sẽ giúp dự phòng và hạn chế tiến triển nặng của bệnh. Siêu âm - Doppler mạch là một thăm dò không xâm lấn, cho kết quả nhanh, chính xác, cho phép phát hiện các bệnh lý mạch máu, đánh giá cả chức năng và hình thái của hệ tĩnh mạch cũng như các biến chứng huyết khối tĩnh mạch, đồng thời cho phép theo dõi kết quả của điều trị. Hai năm qua, khoa Nội bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã triển khai kỹ thuật siêu âm mạch máu phục vụ chẩn đoán các bệnh lý mạch máu, đặc biệt mạch máu chi dưới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương tĩnh*

mạch chi dưới trên siêu âm - Doppler ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

***Đối tượng và địa điểm nghiên cứu.** Là những bệnh nhân suy van tĩnh mạch chi dưới đến khám và điều trị tại phòng khám Nội, khoa Nội bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị dạng mạch máu bẩm sinh, rò động tĩnh mạch sau chấn thương.
- Cắt cụt chi.
- Viêm tắc bạch mạch 2 chi dưới, loét chân do đái tháo đường.
- Phù chi dưới do suy tim, suy thận, nhiễm ký sinh trùng...
- Đau do nguyên nhân khác: bệnh lý khớp, bệnh lý thần kinh cơ.
- Suy tĩnh mạch mạn tính đã tiêm xơ hoặc phẫu thuật.
- Seo da co kéo ở vùng khảo sát của tĩnh mạch nông.
- Phụ nữ có thai.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1-12 năm 2021

2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

*Cỡ mẫu: cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu = 96 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập đủ 96 bệnh nhân.

*Nội dung nghiên cứu và tiêu chuẩn sử dụng:

- Phân loại suy tĩnh mạch mạn tính dựa theo CEAP dựa vào 4 tiêu chí: lâm sàng (Clinical: C0-C6), nguyên nhân bệnh sinh (Etiology: Ec-bẩm sinh, Ep: nguyên phát, Es-thứ phát), giải phẫu học (Anatomical: As - hệ TM nông, Ad - hệ TM sâu, Ap - hệ TM xuyên; sinh lý bệnh học (Pathophysiology: Pr - có dòng chảy ngược, Po - tắc nghẽn, Pro - có dòng chảy ngược + tắc nghẽn) [6]. Khảo sát các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI dựa trên tiêu chuẩn WHO 2000 dành cho người châu Á [8]; tiền sử bản thân hoặc gia đình có STMMT; tiền sử thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới; các thói quen: đi giày dép cao gót, thói quen đứng lâu (8h/ngày), lối sống tĩnh tại.

- Phương pháp siêu âm – Doppler tĩnh mạch chi dưới: Sử dụng máy siêu âm - Doppler màu Hitachi Varietta V60 của Nhật Bản với đầu dò Linear tần số 7,5 MHz khảo sát các tĩnh mạch đùi

và cẳng chân. Quá trình này được diễn ra tại phòng siêu âm tim mạch (B06) của bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

3. Xử lý số liệu. Các thông tin thu được từ nghiên cứu được làm sạch trước khi nhập số liệu và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y sinh học phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 96 BN suy tĩnh mạch chi dưới, có 65 nữ và 31 nam. BN ít tuổi nhất trong nghiên cứu này đối với nữ là 32, với nam là 48 tuổi. Tuổi trung bình của cả hai giới là 64,0 ± 15,7. Có 86,5% số BN bị suy van tĩnh mạch cả hai chân. Chỉ có 8,3% số BN bị suy van tĩnh mạch cả hai chân phải và 5,2% BN bị suy van tĩnh mạch chân trái. Khi phân tích chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Phân loại BN theo CEAP về lâm sàng (n = 96)

Phân độ CEAP	Số lượng	Tỷ lệ (%)
C1	6	6,3
C2	41	42,7
C3	19	19,8
C4	16	16,7
C5	11	11,4
C6	3	3,1
Tổng	96	100

Có 42,7% số BN suy van tĩnh mạch mạn tính chi dưới ở giai đoạn C2. Chỉ có 3,1% số BN ở giai đoạn C6.

Bảng 2. Sự phân bố mẫu nghiên cứu theo vị trí tĩnh mạch nông (n = 96)

Tĩnh mạch bị suy	n	Tỷ lệ %
Hiển lớn	32	33,3

Bảng 3. Đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo trên siêu âm – Doppler ở các giai đoạn theo CEAP

Đường kính tĩnh mạch (mm) $\bar{x} \pm SD$		C1, C2, C3	C4, C5, C6	p
Đùi chung	Phải	14,2 ± 1,8	16,3 ± 2,0	< 0,05
	Trái	14,5 ± 1,7	17,1 ± 1,8	< 0,05
Đùi nông	Phải	10,1 ± 1,3	13,2 ± 1,9	< 0,05
	Trái	10,5 ± 1,6	12,7 ± 1,8	< 0,05
Khoeo	Phải	8,6 ± 1,1	11,1 ± 1,7	< 0,05
	Trái	8,7 ± 1,3	10,9 ± 1,6	< 0,05

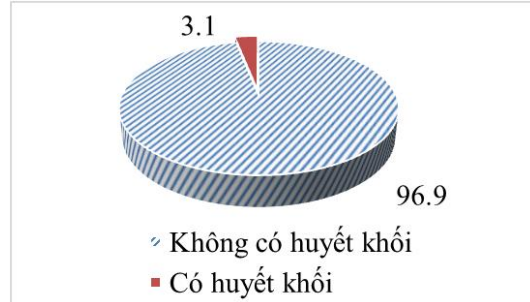
Ở giai đoạn C4, C5, C6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi và khoeo lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, C2, C3 (p < 0,05).

Bảng 4. Đường kính trung bình của các tĩnh mạch cẳng chân trên siêu âm – Doppler ở các giai đoạn theo CEAP

Đường kính tĩnh mạch (mm) $\bar{X} \pm SD$		C1, C2, C3	C4, C5, C6	p
Quai hiển lớn	Phải	7,8 ± 1,4	9,2 ± 1,4	< 0,05
	Trái	8,1 ± 1,3	9,8 ± 1,5	< 0,05
Thân hiển lớn 1	Phải	6,2 ± 1,4	8,3 ± 1,3	< 0,05
	Trái	6,0 ± 1,5	8,2 ± 1,6	< 0,05
Thân hiển lớn 2	Phải	5,4 ± 0,8	8,0 ± 1,1	< 0,05

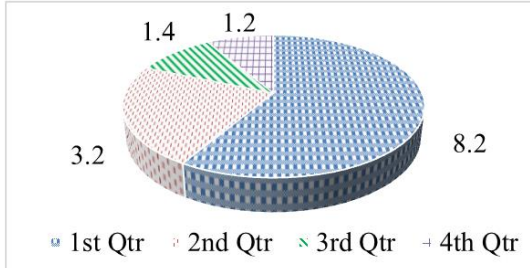
Hiển bé	30	31,2
Cả hai tĩnh mạch hiển	23	24,0
Tổng	85	88,5

Đối với hệ tĩnh mạch nông, BN bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ BN bị suy cả 2 TM hiển là 24,0%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch chi dưới (n = 96)

Có 3 BN có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%. BN không có huyết khối chiếm 96,9%.



Biểu đồ 2. Thời gian dòng trào ngược TM trên siêu âm – Doppler (n = 96)

Bệnh nhân có dòng trào ngược từ 3 – 3 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%). Tỷ lệ BN có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%.

	Trái	5,3 ± 0,7	7,1 ± 0,9	< 0,05
Quai hiển bé	Phải	5,5 ± 1,5	6,9 ± 1,7	< 0,05
	Trái	5,6 ± 1,1	7,6 ± 0,9	< 0,05
Thân hiển bé	Phải	4,8 ± 1,0	5,9 ± 1,1	< 0,05
	Trái	4,6 ± 1,2	6,1 ± 1,3	< 0,05

Ở giai đoạn C4, C5, C6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch cẳng chân lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, C2, C3 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

- Phân bố mẫu nghiên cứu theo vị trí tĩnh mạch nông. Đối với hệ tĩnh mạch nông, BN bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ BN bị suy cả 2 TM hiển là 24,0%. Lin J.C. và cộng sự (2004), nghiên cứu trên 722 chân ở 422 bệnh nhân đã nhận thấy DTNTM ở TMHB là 28,5%, ở TMHL là 67% [4]. Nghiên cứu của Abu- Own (2004) trên 263 bệnh nhân cho kết quả: tỷ lệ suy tĩnh mạch hiển lớn là 72,2% và tĩnh mạch hiển bé là 14,8% [1]. Theo Navaro TP (2002) nghiên cứu các thông số về TMHL đã chứng minh mối liên hệ giữa khiếm khuyết huyết động học và mức độ trầm trọng về mặt lâm sàng ở chỗ nổi hiển - phù và suy tĩnh mạch hiển lớn đã ghi nhận rằng điểm nối giữa TMHL đoạn đùi và đoạn khoeo là nơi dễ có DTNTM nhất trong suy tĩnh mạch tiên phát. Tương tự, theo các tác giả TMHL dễ bị tổn thương gấp 5- 6 lần hơn TMHB [5].

DTNTM gặp ở TMHL nhiều hơn TMHB vẫn chưa có nhiều lý giải, có lẽ là do TMHL dài hơn, to hơn và phải tải một lượng máu tĩnh mạch nhiều hơn so với TMHB. Ngoài ra, có thể do bất thường về mặt giải phẫu học điểm nối hiển đùi hoặc sự chèn ép từ bên ngoài vào vị trí này như hạch lympho.

- Đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo và cẳng chân. Đường kính các TM được chúng tôi đo trên siêu âm 2D tại các vị trí khác nhau. Ở giai đoạn C4, 5, 6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi và khoeo và các TM cẳng chân lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, 2, 3 ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về đường kính tĩnh mạch giữa chân phải và trái.

Theo nghiên cứu của Rhabi Y (2000), đánh giá đường kính tĩnh mạch bằng siêu âm trên 190 thai phụ tại thời điểm 3 tháng đầu, giữa, cuối và sau sinh đã cho thấy đường kính tĩnh mạch tại thời điểm 3 tháng cuối gần hơn các thời điểm khác của thai kỳ, đường TMHL là $7,4 \pm 1,1$ mm và TMHB là $3,7 \pm 0,7$ mm [7]. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác. Sự gia tăng áp lực TM chi dưới là nguyên nhân dẫn đến gia tăng đường kính của TM hiển, nguyên nhân gây tăng áp lực này vì sự phát triển của tử cung chèn

ép vào TM vùng chậu.

Tuy nhiên, đường kính TM hiển trong nghiên cứu của chúng tôi bé hơn so với các nghiên cứu khác có lẽ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người Việt Nam có đặc điểm thấp bé hơn so với người phương Tây.

- Tỷ lệ bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch chi dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 BN có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%, BN không có huyết khối chiếm 96,9%. Đây là huyết khối TM sâu, chúng tôi gặp các trường hợp huyết khối TM khoeo chân, TM đùi và tĩnh mạch hiển lớn. Chính huyết khối gây tình trạng tắc mạch, phù chân thường xuyên, thay đổi màu sắc da chân và còn khiến BN rơi vào tình trạng loét tĩnh mạch. Huyết khối tĩnh mạch sâu là hậu quả của tình trạng giảm khả năng trở về tĩnh mạch, dẫn đến tổn thương nội mạc hoặc rối loạn chức năng, hoặc gây tăng đông. Đây còn là nguyên nhân chính gây thuyên tắc mạch phổi. Huyết khối TM sâu có thể không triệu chứng hoặc gây đau và sưng nếu tình trạng nặng; tắc mạch phổi là một biến chứng cấp tính. Chẩn đoán dựa tiền sử và khám lâm sàng, được xác định bằng các test khách quan Xét nghiệm Dimer được dùng khi nghi ngờ HKTMS; kết quả âm tính giúp loại trừ HKTMS, trong khi kết quả dương tính là chưa đặc hiệu và cần phải kiểm tra thêm để xác định. Siêu âm Doppler mạch máu là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. 3 BN HKTMS được chúng tôi chuyển bệnh viên Đa khoa tỉnh Thái Bình, điều trị bằng thuốc chống đông. Nói chung, tiên lượng tốt do được điều trị kịp thời, đầy đủ. Các biến chứng mạn tính thường gặp bao gồm suy tĩnh mạch kèm hoặc không kèm hội chứng hậu huyết khối.

- Thời gian dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm – Doppler. Dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm - Doppler có thể được nhìn thấy tự nhiên hoặc sau khi làm nghiệp pháp bóp cơ, kể cả BN ở tư thế nằm và tư thế đứng. Người bình thường không có dòng trào ngược TM, dòng này xảy ra chỉ khi có dấu hiệu của suy giãn TM. TM càng suy giãn thì thời gian trào ngược càng dài. Trong nghiên cứu này, BN có dòng trào ngược từ 3 - 5 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%).

Tỷ lệ BN có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%. Các BN có HKTMS, do TM trước vị trí tắc giãn nhiều trong khi TM sau vị trí tắc có dòng trào ngược kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Đối với hệ tĩnh mạch nông, BN bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ BN bị suy cả 2 TM hiển là 24,0%.

Ở giai đoạn C4, 5, 6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo và cẳng chân lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, 2, 3 ($p < 0,05$).

Có 3 BN có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%. BN không có huyết khối chiếm 96,9%.

Bệnh nhân có dòng trào ngược từ 3 - 5 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%). Tỷ lệ BN có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu O.A. and Scurr J.H.**, (2004). "Saphenous vein reflux without incompetence at the saphenofemoral junction". *British journal of surgery*; 81(10):1452-1454.
2. **Đặng Hanh Đệ**, (2011), Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới. Bệnh lý mạch máu cơ bản. Tài liệu dịch, NXB Giáo dục Việt Nam, tr. 112-116.
3. **Jeffrey L.B. and John J.**, (2000), Venous Anatomy of the Lower Limb, Chronic venous insufficiency: diagnosis and treatment; *Altern Medicine*; pp. 126-140.
4. **Lin J.C. and Iafrati M.D.**, (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?". *Journal of Vascular Surgery*; 39(5):1053-1058.
5. **Navarro T.P.**, (2002), "Clinical and Hemodynamic Significance of the Greater Saphenous Vein Diameter in Chronic Venous Insufficiency". *Arch Surgery*; 137:1233-1237.
6. **Padberg F.T.**, (2005), CEAP classification for chronic venous disease, *Dis Mon*; pp. 176-182.
7. **Rhahi Y., Arthapignetic C.**, et al, (2000), Lower limb vein enlargement and spontaneous blood flow echogenicity are normal sonographic findings during pregnancy, *Journal of Clinical Ultrasound*; pp. 407-13.
8. **WHO**, (2000), The Asia Pacific Perspective: Redefining Obesity and its treatment. https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5379/0957708211_eng.pdf

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CƠ THỂ HÓA

Dương Minh Tâm^{1,2}, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm các triệu chứng vận động và cảm giác ở người bệnh rối loạn cơ thể hóa. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 54 người bệnh đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh RLCTH chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung bình $49,1 \pm 12,7$, có trình độ học vấn cấp 2, hầu hết đã kết hôn (88,9%). Trong số các triệu chứng vận động, triệu chứng vận động phân ly phổ biến nhất (38,9%). Các triệu chứng khác được báo cáo theo thứ tự giảm dần là yếu phân ly (14,8%), khó nuốt phân ly (3,7%), không ghi nhận trường hợp nào có các triệu chứng Parkinson phân ly, rung giật cơ phân ly, loạn trương lực cơ phân ly hay tics phân ly. Trong số các triệu chứng cảm giác phân ly, tê bì phân ly là triệu chứng thường gặp nhất (70,4%), tiếp theo là dị cảm phân ly (37,0%), đau buốt phân ly (25,9%), ít gặp nhất là mất cảm giác phân ly (1,9%). Các triệu

chứng cảm giác phân ly thường xuất hiện đột ngột (54,8%) và ưu thế bên trái (47,6%) hơn bên phải (19,0%).

Từ khóa: rối loạn cơ thể hóa; triệu chứng vận động, triệu chứng cảm giác

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MOTOR AND SENSORY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

We conducted a study with the aim of describing characteristics of motor and sensory symptoms in patients with somatization disorder. This is a study using cross-sectional descriptive method, included 54 patients who came for examination and treatment in National Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. Results: Patients with somatization disorder were mainly female, the average age was 49.1 ± 12.7 , most of them were married (88.9%) and had education level of secondary school. Among motor symptoms, dissociative motor symptoms were the most common (38.9%). Other symptoms were dissociative weakness (14.8%), dissociative dysphagia (3.7%), and no cases of dissociative Parkinson's symptoms, dissociative myoclonus, dissociative dystonia, or dissociative tics had been found. Among sensory symptoms, dissociative numbness was the most common (70.4%), followed by dissociative paresthesia (37.0%), dissociative pain (25.9%), and

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: trannguyennhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022