

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Vũ Thanh Bình*, Lê Đức Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính đến khám và điều trị 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: Trong tổng số 96 bệnh nhân, nữ chiếm 67,8, cao gấp 2,1 lần nam; độ tuổi trung bình $64,0 \pm 15,7$ (từ 32 đến 86 tuổi), không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Có 86,5% số BN bị suy tĩnh mạch cả hai chân. Có 42,7% số BN ở giai đoạn C2, chỉ 3,1% số BN ở giai đoạn C6. 88,5 số trường hợp bị suy tĩnh mạch nông, 80,2% suy tĩnh mạch sâu và 65,6% suy tĩnh mạch xiên. Tất cả (100%) số BN có triệu chứng tức bắp chân, 84,4% số BN có triệu chứng nặng chân. Chỉ 15,6% số BN có triệu chứng đau chân. Triệu chứng phù chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 91,7%, giãn tĩnh mạch lưới chiếm 69,8%. BN thay đổi màu da và loét tĩnh mạch chiếm tỷ lệ thấp nhất, 3,1%. Các yếu tố nguy cơ gây suy TMCD được xác định là tuổi từ 55 trở (80,2%), giới nữ, tình trạng đứng lâu và thường xuyên mang giày cao gót. **Kết luận:** Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới có biểu hiện lâm sàng tại chỗ, có nhiều yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, do đó có thể phòng ngừa được.

Từ khóa: tĩnh mạch, suy tĩnh mạch, suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PATIENTS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF LOWER EXTREMITIES AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical characteristics and risk factors ratio of patients with chronic venous insufficiency (CVI) of the lower extremities at Thai Binh Medical University hospital. **Method:** Cross-sectional study; 96 patients were collected - sample size was calculated according to descriptive study. **Results:** Out of a total of 96 patients, women accounted for 67.8%, 2.1 times higher than men; the average age was 64.0 ± 15.7 (ranging from 32 to 86 years old), there was no significant difference between male and female in age. There are 86.5% of patients with venous insufficiency in both legs. There are 42.7% of patients at stage C2, only 3.1% of patients

at stage C6. 88.5% cases of superficial venous insufficiency, 80.2% of deep venous insufficiency and 65.6% of perforating venous insufficiency. 100% of patients had tight feeling in calves, 84.4% of patients had uncomfortable feeling in legs. Only 15.6% of patients had painful legs. Swelling legs accounted for the most proportion (91.7%), varicose veins accounted for 69.8%. Patients with changing skin color and veins ulcers accounted the lowest proportion (3.1%). The risk factors for CVI were identified as: age from 55 or older (80.2%), female, prolonged standing, and frequent wearing of high heels shoes. **Conclusion:** Chronic venous insufficiency of the lower extremities has a local clinical manifestations; CVI has modifiable risk factors, and is therefore preventable.

Keywords: veins, venous insufficiency, 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 [1]. 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. Do vậy, việc phát hiện sớm và điều trị sớm STMMT chi dưới sẽ giúp dự phòng và hạn chế tiến triển nặng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 96 BN được chẩn đoán xác định suy TM mạn tính chi dưới dựa vào lâm sàng và kết quả siêu âm – Doppler tĩnh mạch chi dưới: Được xác định là STMCDDMT khi dòng trào ngược > 500ms ở TM hiển, TM sâu cẳng chân hoặc > 1000ms ở TM đùi và khoeo [5].

Loại trừ những BN: 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; suy tĩnh mạch mạn tính đã tiêm xơ hoặc phẫu thuật; sẹo da co kéo ở vùng khảo sát của tĩnh mạch nông; phụ nữ có thai;

*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: 5.4.2022
Ngày duyệt bài: 15.4.2022

không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Nội dung nghiên cứu và tiêu chuẩn sử dụng: Đặc điểm lâm sàng bao gồm các triệu chứng cơ năng ở chân: đau, mỏi, căng tức bắp chân, chuột rút, phù chân, tê dị cảm chân, nặng chân; triệu chứng thực thể: phù chi dưới, giãn mao mạch dạng lưới, giãn tĩnh mạch ở chân, loét chân. 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.

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Đại học Y Thái Bình

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

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 2021 của BMJ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng. Có 86,5% số BN bị suy van tĩnh mạch cả hai chân. Chỉ có 8,3% số BN bị suy van tĩnh mạch chân phải và 5,2% BN bị suy van tĩnh mạch chân trái. Các đặc điểm lâm sàng của BN như sau:

Bảng 10. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính và độ tuổi (n = 96)

Nhóm tuổi \ Giới	Nam (1)		Nữ (2)		Chung		P (1) (2)
	SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %	
< 50	3	3,1	7	7,3	10	10,4	< 0,05
50 – 59	3	3,1	14	14,6	17	17,7	< 0,05
60 – 69	12	12,5	23	23,9	35	36,4	< 0,05
≥ 70	13	13,5	21	22,0	34	35,5	< 0,05
Tổng	31	32,2	65	67,8	96	100	< 0,05
Trung bình $\bar{x} \pm SD$	66,5 ± 13,8 (48 - 86)		62,8 ± 18,5 (32 - 80)		64,0 ± 15,7 (32 - 86)		< 0,05
p (1)(2)	< 0,05						

Số lượng BN nữ nhiều gấp 2,1 lần BN nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất, trong đó độ tuổi trung bình của nữ nhỏ hơn nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 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 $64,0 \pm 15,7$.

Bảng 11. 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 chỉ dưới ở giai đoạn C2. Chỉ có 3,1% số BN ở giai đoạn C6.

Bảng 12. Phân loại BN theo CEAP về nguyên nhân bệnh sinh, giải phẫu học và sinh bệnh học (n = 96)

Phân loại	n	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân bệnh sinh	Ec	3
	Ep	55
	Es	3
Giải phẫu học	As	85
	Ad	77
	Ap	63
Sinh bệnh học	Pr	93
	Po	1
	Pro	2

BN suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới thứ phát chiếm tỷ lệ nhiều nhất, 57,3%. Có 3,1% số bệnh nhân suy tĩnh mạch do nguyên nhân bẩm sinh. Có 88,5 số trường hợp bị suy tĩnh mạch nông, 80,2% suy tĩnh mạch sâu và 65,6% suy tĩnh mạch xuyên. BN có dòng trào ngược tĩnh mạch chiếm tỷ lệ lớn nhất, 96,9%. Có 1% số BN có sự tắc nghẽn và 2,1% vừa có tắc nghẽn vừa có dòng trào ngược.

Bảng 4. Các triệu chứng cơ năng của DTNC (n = 96)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chuột rút	32	33,3
Mỏi chân	75	78,1

Nặng chân	81	84,4
Tức bắp chân	96	100
Tê chân	64	66,7
Đau chân	15	15,6

Tất cả (100%) số BN có triệu chứng tức bắp chân, 84,4% số BN có triệu chứng nặng chân. Chỉ 15,6% số BN có triệu chứng đau chân.

Bảng 5. Các triệu chứng thực thể của ĐTNC (n = 96)

Triệu chứng	n	%
Phù	88	91,7
Giãn mao mạch	57	59,4
Giãn TM lưới	67	69,8
Giãn thân TM	< 3 mm	23
	≥ 3 mm	41
Thay đổi màu da	3	3,1
Loét tĩnh mạch	3	3,1

Triệu chứng phù chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 91,7%, giãn tĩnh mạch lưới chiếm 69,8%. BN thay đổi màu da và loét tĩnh mạch chiếm tỷ lệ thấp nhất, 3,1%.

2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ

Bảng 6. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được (n = 96)

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi ≥ 55	77	80,2
Giới nữ	65	67,8
Gia đình có người bị STM	8	8,3

Bệnh nhân từ 55 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 80,2%, nữ chiếm 67,8% và chỉ có 8,3% số BN gia đình có người bị suy van tĩnh mạch.

Bảng 7. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được (n = 96)

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Thừa cân, béo phì	11	11,4
Công việc đứng lâu	62	64,6
Ít vận động	29	30,2
Thường xuyên mang giày cao gót	44	45,6
Táo bón	5	5,2
Trĩ	7	7,3
Sử dụng thuốc tránh thai	28	29,2

Bệnh nhân làm công việc đứng lâu chiếm tỷ lệ cao nhất, 64,6%. Ngoài ra số BN thường xuyên mang giày cao gót cũng chiếm tỷ lệ cao, 45,6%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân suy van tĩnh mạch chi dưới

*Đặc điểm lâm sàng

- Về giới tính: kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN nữ nhiều gấp 2,1 lần BN nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu cho thấy, trong số 105 bệnh nhân suy giãn tĩnh mạch có tỷ

lệ mắc nữ/nam là 4/1, trong đó nữ chiếm đến 82%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [2]. Theo nghiên cứu của các nước phương Tây, STMMT là bệnh rất phổ biến, tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ ước tính khoảng 25-33%, và 10-20% ở nam giới trong dân số nói chung [3]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận mang thai là một trong những yếu tố quan trọng gây STM hoặc làm nặng nề thêm tình trạng của STM đã có trước đây [5], [7]. Trong thời gian mang thai khối lượng máu tăng lên khiến tăng áp lực tĩnh mạch chi dưới. Ngoài ra, sự gia tăng hormone estrogen và progesteron tác động lên hệ tĩnh mạch làm giãn các thành cơ trơn của các mạch máu gây ứ máu ở chân. Điều này làm cho sự vận chuyển máu tĩnh mạch chi dưới trở về tim khó khăn hơn.

- Về tuổi: bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất, trong đó độ tuổi trung bình của nữ nhỏ hơn nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 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 $64,0 \pm 15,7$. Cũng theo kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,57 \pm 13,18$ với phạm vi tuổi của nhóm nghiên cứu là 33 - 91; nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất có độ tuổi 41-60 với 48,6%; nhóm bệnh nhân già 60 - 80 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao đến 38,5%, $p < 0,01$ [2]. Kết quả này cũng phù hợp với đa số các kết quả nghiên cứu trong nước và trên thế giới với tỷ lệ mắc bệnh của nữ $> 70\%$ và tuổi trung bình nằm trong khoảng 40 - 60 tuổi.

- Phân loại BN theo CEAP: về lâm sàng: có 41 BN tương đương 42,7% bị suy van tĩnh mạch mạn tính chi dưới ở giai đoạn C2. Chỉ có 3,1% số BN ở giai đoạn C6. Tổng số BN từ giai đoạn C2-C6 là 90 BN, chiếm tỷ lệ 93,7%. Đây là những BN cần điều trị can thiệp nội mạch (bằng sóng có tần số Radio hoặc bằng Laser nội mạch). Về nguyên nhân bệnh sinh: BN suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới thứ phát chiếm tỷ lệ nhiều nhất, 57,3%. Có 3,1% số bệnh nhân suy tĩnh mạch do nguyên nhân bẩm sinh. Về giải phẫu học: có 88,5 số trường hợp bị suy tĩnh mạch nông, 80,2% suy tĩnh mạch sâu và 65,6% suy tĩnh mạch xuyên. Về sinh bệnh học: bệnh nhân có dòng trào ngược tĩnh mạch chiếm tỷ lệ lớn nhất, 96,9%. Có 1% số BN có sự tắc nghẽn và 2,1% vừa có tắc nghẽn vừa có dòng trào ngược.

Nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu cho thấy, có 183 chân bệnh gặp với tỷ lệ cao nhất là giãn tĩnh mạch khu trú (82,5%) và giãn TM toàn bộ chi dưới (80,3%); tiếp theo là phù mắt cá trong

với 46,5% trường hợp chân bị bệnh. Đánh giá giai đoạn lâm sàng theo phân độ CEAP, cũng theo kết quả của nghiên cứu này thì C2 và C3 chiếm tần suất cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 38,8% và 36,1%; tiếp đến là C4 với tỷ lệ 13,7%. Có 19 chân bệnh được ghi nhận (10,4%) mới chỉ có triệu chứng cơ năng mà chưa có biểu hiện thực thể và không có bệnh nhân nào có tổn thương ở giai đoạn C5, C6 (loét da). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [2].

Trong một nghiên cứu quốc tế gồm 1.422 bệnh nhân bị bệnh suy tĩnh mạch mạn tính, tổng cộng điểm độ nặng của triệu chứng có tương quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn lâm sàng CEAP. Các triệu chứng lâm sàng của STMMT có liên quan đến sự giảm chất lượng cuộc sống, đặc biệt là liên quan đến đau, chức năng sinh lý và sự linh hoạt; ngoài ra còn liên quan đến sự trầm cảm và cô lập xã hội. Một nghiên cứu khác cũng trên phạm vi rộng với 2.404 bệnh bằng bảng câu hỏi đã phát hiện mối tương quan có ý nghĩa giữa chất lượng cuộc sống và độ nặng của bệnh STMMT và mối tương quan giữa loại CEAP và chất lượng cuộc sống [3], [4].

- Các triệu chứng cơ năng của ĐTNC: Các triệu chứng hay gặp của suy tĩnh mạch mạn tính chỉ dưới trong nghiên cứu này là tức bắp chân, nặng chân, mỏi chân và tê chân. Tất cả (100%) số BN có triệu chứng tức bắp chân, 84,4% số BN có triệu chứng nặng chân. Chỉ 15,6% số BN có triệu chứng đau chân. Nặng chân do sự ứ trệ máu ở tĩnh mạch; cảm giác chuột rút và mỏi chân có lẽ do quá trình viêm ở chân và bệnh lý thần kinh ngoại biên trong sinh lý bệnh của STMMT gây ra. Tuy nhiên, các triệu chứng cơ năng này thường gặp ở phụ nữ mang thai, không gây khó chịu nhiều đến hoạt động thường ngày và không đặc hiệu cho bệnh cho nên các thai phụ thường không quan tâm và bỏ qua. Chính vì vậy, bệnh STMMT thường không được bệnh nhân phát hiện sớm cho đến khi có biểu hiện lâm sàng rõ rệt mới đi khám bệnh và điều trị.

- Các triệu chứng thực thể của ĐTNC: Triệu chứng thực thể hay gặp trong suy van TM mạn tính chỉ dưới trong nghiên cứu này là phù chân, giãn thân TM, giãn TM lưới và giãn mao mạch. Triệu chứng phù chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 91,7%, giãn tĩnh mạch lưới chiếm 69,8%. BN thay đổi màu da và loét tĩnh mạch chiếm tỷ lệ thấp nhất, 3,1%. Triệu chứng phù chân không xuất hiện liên tục mà thường xuất hiện về cuối ngày, khi BN đi nhiều, đứng lâu hay ngồi lâu, và mất đi sau đêm ngủ, do đó khiến BN không chú

ý nhiều đến bệnh. Lượng máu trong hệ tĩnh mạch chiếm 65-75% tổng lượng máu của cơ thể (gấp 3 lần lượng máu trong hệ động mạch). Trong đó lượng máu ở hệ tĩnh mạch nông chiếm 15% và 85% ở trong hệ tĩnh mạch sâu. Khi đứng lâu, lượng máu tĩnh mạch cẳng chân tăng thêm 500 ml. Khi áp lực thủy tĩnh cao hơn áp lực keo và áp lực mô sẽ dẫn đến thoát dịch ra khoảng gian bào và gây ra phù chân.

2. Yếu tố nguy cơ

- Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được: Bệnh nhân từ 55 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 80,2%, nữ chiếm 67,8% và chỉ có 8,3% số BN gia đình có người bị suy van tĩnh mạch. Đã từ lâu và cũng đã có rất nhiều tác giả chứng minh được mối liên quan của giới và các biểu hiện bệnh lý trong STMMT; trong đó đặc biệt nhấn mạnh tần suất mắc bệnh của nữ giới tăng gấp nhiều lần so với bệnh nhân nam. Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới và các biểu hiện lâm sàng như phù mắt cá chân, nặng mỏi chân, thay đổi màu sắc da chân với $p < 0,01$ giới có liên quan với giãn tĩnh mạch lan tỏa vùng đùi, bắp chân với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới và mức độ nặng của bệnh theo phân loại Widmer với $p < 0,01$ đồng thời còn cho thấy giới có liên quan có ý nghĩa thống kê với độ nặng của STMMT trên lâm sàng theo bảng phân độ CEAP với $p < 0,01$ [2]. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có loét chân trong khi phần lớn các tác giả khác cho thấy có sự gia tăng tần số loét chân ở những bệnh nhân lớn tuổi. Cũng có thể do đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là bệnh nhân của bệnh viện Nguyễn Trãi hầu như là cán bộ công chức của thành phố sự hiểu biết và ý thức về sức khỏe của họ cao những bệnh nhân lớn tuổi vẫn có chế độ lao động, tập thể dục thường xuyên nên không có triệu chứng loét hoặc sự gia tăng độ nặng của bệnh ở người lớn tuổi [2].

Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Bệnh nhân làm công việc đứng lâu chiếm tỷ lệ cao nhất, 64,6%. Ngoài ra số BN thường xuyên mang giày cao gót cũng chiếm tỷ lệ cao, 45,6%. Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu, nhóm bệnh nhân ít vận động gặp nhiều hơn nhóm bệnh nhân phải đứng nhiều khi làm việc với tỷ lệ lần lượt là 55,2% và 30,2%; trong đó các bệnh nhân làm công tác văn phòng chiếm tỷ lệ cao nhất với 42%. Kết quả này khẳng định lại vai trò của sinh lý cơ cơ trong việc hỗ trợ dòng hồi lưu tĩnh mạch; đồng thời cảnh báo cho các

nhóm nghề nghiệp ít hoạt động thể lực như văn phòng, bác sỹ, kỹ sư,... có nguy cơ mắc bệnh STMMT cao hơn các nhóm nghề khác. Xét riêng việc phải đứng nhiều giờ trong ngày như giáo viên, công nhân đứng máy nhóm bệnh nhân này có thời gian đứng > 8 giờ/ngày chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm đứng khoảng 6-8 giờ/ ngày với tỷ lệ lần lượt là 69,5%, và 30,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này đã được giải thích trong cơ chế bệnh sinh của STMMT, dòng hồi lưu tĩnh mạch chịu ảnh hưởng của trọng lực và đồng thời có ý nghĩa trong việc dự phòng hay giải pháp đối phó với cảm giác nặng chân bằng cách kê cao chân lúc nghỉ ngơi [2]. Cũng theo nghiên cứu này thì béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh và sự liên quan giữa các yếu tố nguy cơ này với các biểu hiện lâm sàng theo CEAP có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới chủ yếu có biểu hiện lâm sàng tại chỗ, có nhiều yếu tố nguy

cơ có thể thay đổi được, do đó bệnh có thể phòng ngừa được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Đặng Thị Minh Thu, Nguyễn Anh Vũ**, (2014), Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới, Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 66, tr. 175-188.
3. **Eberhardt R.T. and Raffetto J.D.**, (2005), Chronic Venous Insufficiency, Circulation; pp.2398-2409.
4. **Jeffrey L.B. and John J.**, (2000), Venous Anatomy of the Lower Limb, Chronic venous insufficiency: diagnosis and treatment; pp.25-36.
5. **MacKay D.**, (2001), Hemorrhoids and Varicose Veins: A Review of Treatment Options, Altern Medicine; tpp. 126-140.
6. **Padberg F.T.**, (2005), CEAP classification for chronic venous disease, Dis Mon; pp. 176-182.
7. **Stansby G.**, (2000), Women, pregnancy, and varicose veins, The Lancet; pp. 1117-1118.
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

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN GEN EGFR VÀ ĐỘT BIẾN DUNG HỢP GEN EML4-ALK Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Huy Thịnh*, Trần Văn Khánh*

TÓM TẮT

Liệu pháp điều trị đích là một liệu pháp điều trị mới, hứa hẹn có hiệu quả cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN); tuy nhiên không phải tất cả bệnh nhân ung thư đều có đáp ứng tốt với thuốc điều trị đích. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa đột biến gen EGFR và đột biến dung hợp gen EML4-ALK với mức độ đáp ứng thuốc của khối u trong liệu pháp điều trị đích. **Mục tiêu:** Xác định đột biến gen EGFR và đột biến dung hợp gen EML4-ALK ở bệnh nhân UTPKTBN bằng kỹ thuật Realtime PCR và kỹ thuật FISH. **Đối tượng, phương pháp:** 95 bệnh nhân UTPKTBN được lựa chọn vào nghiên cứu; sử dụng kỹ thuật bằng kỹ thuật Realtime PCR và FISH để xác định đột biến gen EGFR, và đột biến dung hợp gen EML4-ALK. **Kết quả:** 48/95 (50,5%) bệnh nhân UTPKTBN có đột biến exon 19, 21 của gen EGFR, 6/95 (6,3%) bệnh nhân UTPKTBN có đột biến dung hợp gen EML4-ALK. **Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ; đột biến gen EGFR, đột biến dung hợp gen EML4-ALK, liệu pháp điều trị đích.

SUMMARY

IDENTIFYING OF EGFR MUTATION AND EML4-ALK FUSION GENE IN NON SMALL CELL LUNG CANCER

Targeted therapy is an effective method for treatment of non small cell lung cancer (NSCLC). However, not all of patients have good response with targeted drugs. Many previous studies demonstrated the close relationship between EGFR and EML4-ALK rearrangement mutation and the response of targeted drugs with tumor. **Objectives:** Identifying EGFR and EML4-ALK rearrangement mutations in NSCLC patients by realtime PCR and FISH methods. **Methods:** 95 NSCLC patients were selected for this study; realtime PCR and FISH methods were used to identify EGFR mutation and EML4-ALK rearrangement mutation. **Results:** 48/95 (50,5%) of NSCLC patients have mutation in exon 19 and 21 of EGFR gene; 6/95 (6,3%) of NSCLC patients have EML4-ALK rearrangement mutation.

Keywords: Non small cell lung cancer; EGFR, EML4-ALK rearrangement mutation, Targeted therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ung thư chiếm tỷ lệ cao nhất và có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới và ở Việt Nam [1]. Ung thư phổi được chia

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh
Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022
Ngày duyệt bài: 15.4.2022