

# Y HỌC THỰC HÀNH



Số (852 + 853)  
2012

## TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

KỶ NIỆM 10 NĂM THÀNH LẬP VÀ  
33 NĂM XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN

HỘI NGHỊ KHOA HỌC Y DƯỢC  
ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG MỞ RỘNG LẦN IV



BỘ Y TẾ XUẤT BẢN



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belay Tessema, Abebe Muche, Assegedech Bekele, et al (2009), *Treatment outcome of tuberculosis patients at Gondar University Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. A five – year retrospective study*, BCM Pulic Health. 2009; 9: 371.
2. Chương trình chống lao quốc gia (2008), *Báo cáo tổng kết Chương trình chống lao quốc gia năm 2007 và phương hướng hoạt động năm 2008*.
3. Chương trình chống lao quốc gia (2008), *Hướng dẫn công tác truyền thông – Huy động xã hội trong Chương trình chống lao quốc gia*, tr. 12 - 16.
4. Chương trình chống lao quốc gia (2009), *Hội nghị tổng kết dự án phòng, chống lao giai đoạn 2007-2008. Tổng kết hoạt động chỉ đạo tuyến 2008 và sinh hoạt khoa học*. Hà Nội 01/2009.
5. Chương trình chống lao quốc gia (2009), *Hướng dẫn quản lý bệnh lao*, Nxb Y học, Hà Nội.
6. Chương trình chống lao quốc gia (2010), *Báo cáo tổng kết Chương trình chống lao năm 2009 và đánh giá giữa kỳ 2007-2011*.
7. Dự án phòng chống lao quốc gia – Bệnh viện Lao và Bệnh phổi trung ương, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (2008), *"Tình hình bệnh lao và công tác chống lao tại Việt Nam giai đoạn 2007 – 2011"*, *Hội thảo tăng cường công tác phòng chống lao khu vực Đồng bằng sông Cửu Long*, tr. 10 – 11.
8. Đinh Văn Thông, Đỗ Phúc Thanh, Nguyễn Anh Tuấn và cs (2009), *"Nghiên cứu đặc điểm tình hình tác dụng phụ thuốc kháng lao trên bệnh nhân điều trị lao tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Định"*, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III, Hội lao bệnh phổi Việt Nam*, tr. 525 – 532.
9. Hoàng Long Phát (2003), *Thuốc chữa bệnh Lao*, Nxb Y Học Hà Nội, 2003.
10. Nguyễn Thị Thủy, Đào Uyên (2009), *"Đánh giá tác dụng không mong muốn của thuốc chống lao và cách xử trí trên bệnh nhân điều trị lao tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi trung ương"*, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ III, Hội lao bệnh phổi Việt Nam*, tr. 544 – 553.
11. Qing - Song Bao, Yu – Hua Du, Ci – Yong Lu (2007), *Treatment outcome of new pulmonary tuberculosis in Guangzhou, China 1993 – 2002: a register-based cohort study*, BCM Public Health, 2009; 9: 371.
12. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Lao (2002), *Bệnh học Lao*, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 68 – 72.
13. WHO (2008), *Tuberculosis control in the Western Pacific*, p. XI – XV, 1 - 24

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH HIỀN BẰNG PHƯƠNG PHÁP SỬ DỤNG LASER NỘI MẠCH

Nguyễn Văn Việt Thành

Giảng viên bộ môn Ngoại Tổng Quát ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch  
BS khoa Lòng ngực – Mạch máu – Bướu cổ BV Bình Dân, BCV

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Can thiệp nội tĩnh mạch là một phương pháp mới trong điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới. Can thiệp laser nội tĩnh mạch là một phương pháp điều trị ít xâm lấn, giúp người bệnh nhanh chóng hồi phục. **Mục tiêu:** Đánh giá sự an toàn và hiệu quả sớm của phương pháp laser nội tĩnh mạch trong điều trị giãn tĩnh mạch hiển. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 70 trường hợp giãn tĩnh mạch hiển được điều trị bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch. Các bệnh nhân này được theo dõi 1 tuần – 6 tháng để đánh giá hiệu quả và các biến chứng sau điều trị. **Kết quả:** Tất cả các trường hợp đều có tĩnh mạch hiển tắc nghẽn hoàn toàn và teo nhỏ sau điều trị, không có trường hợp biến chứng nào được ghi nhận. **Bàn luận:** Phương pháp laser nội tĩnh mạch là một phương pháp an toàn, hiệu quả cao trong điều trị giãn tĩnh mạch.

**Từ khóa:** suy tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch, điều trị laser nội tĩnh mạch

### ABSTRACT

Effectiveness of endovenous laser ablation in treating the incompetent saphenous vein

**Background:** Endovenous intervention is a new method for treating chronic venous insufficiency. Endovenous laser ablation is less invasive, makes patient recover quickly. **Objective:** To assess the safety and preliminary efficacy of endovenous laser treatment in eliminating the incompetent saphenous vein. **Methods:** 70 patients with reflux at the saphenous vein were treated endovenously in a descriptive study. Patients were evaluated at 1 week and at 1, 6 months to determine efficacy and complications. **Results:** Complete occlusion and retraction of treated saphenous vein in all patients were observed during postoperative period. There have been no other minor or major complications. **Conclusion:** Endovenous laser treatment is a highly effective procedure for eliminating saphenous venous reflux in varicose veins.

**Keywords:** vein insufficiency, varicose vein, endovenous laser ablation, endovenous laser treatment



## I. MỞ ĐẦU

Giãn tĩnh mạch là một bệnh lý được biết đến hàng ngàn năm nay, gắn liền với lịch sử nhân loại. Cách đây khoảng 1500 trước Công nguyên, giãn tĩnh mạch đã được ghi chép trong y văn bằng giấy cói của người Ai Cập cổ đại [9]. Hiện nay, giãn tĩnh mạch là bệnh lý khá thường gặp ở các nước phát triển và ngày càng nhiều ở nước ta. Tại Châu Âu, người ta ước tính khoảng 35% số người làm việc và 50% số người nghỉ hưu mắc bệnh suy – giãn tĩnh mạch. Nghiên cứu trên 24 quận huyện tại thành phố Hồ Chí Minh, 40,4 % người trên 50 tuổi bị suy tĩnh mạch chi dưới, với tỷ lệ nữ gấp 3,2 lần so với nam. Bệnh có thể để lại những hậu quả nặng nề gây tử vong hoặc mất khả năng lao động. Chi phí cho điều trị và chăm sóc của bệnh khá tốn kém, chiếm 1,5% - 2% tổng ngân sách y tế. Tại Việt Nam, bệnh giãn tĩnh mạch chi dưới ngày càng được quan tâm nhiều hơn.

Từ thập kỷ 90 cuối thế kỷ XX trở lại đây, nhiều phương pháp mới như can thiệp nội mạch, phẫu thuật nội soi ra đời đã làm thay đổi một số quan điểm trong điều trị bệnh lý giãn tĩnh mạch. Đây là những phương pháp điều trị ít xâm lấn, hiệu quả cao, thời gian lành bệnh ngắn, giúp người bệnh mau chóng trở lại với sinh hoạt, công việc thường ngày. Ngày nay, trong điều trị, người ta không chỉ chú trọng đến việc chữa khỏi bệnh mà còn quan tâm đến yếu tố thẩm mỹ, hạn chế tối đa sự tàn phá nhằm đem lại một chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh. Laser nội tĩnh mạch là một phương pháp điều trị nội mạch dùng năng lượng ánh sáng laser phát ra từ sợi quang được luồn trong lòng tĩnh mạch làm cháy nội mạc tĩnh mạch gây tắc tĩnh mạch suy – giãn mất chức năng. Phương pháp này cho kết quả thành công cao, khoảng 97 – 98% và ít tai biến [12]. Công trình nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với các mục tiêu sau:

Ứng dụng phương pháp laser nội mạch trong điều trị giãn tĩnh mạch hiển.

Đánh giá kết quả ngắn hạn của phương pháp điều trị laser nội mạch.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng phương pháp laser nội mạch tại Trung Tâm Chẩn Đoán Y Khoa Medic từ 4/2008 – 4/2011.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Giãn tĩnh mạch hiển và có dòng trào ngược trên siêu âm doppler [4; 8; 1113; 15]

Đường kính thân tĩnh mạch hiển  $\geq 5\text{mm}$  [10; 12]

Tiêu chuẩn loại trừ:

Huyết khối tĩnh mạch sâu [4; 8; 11; 12; 15]

Huyết khối tĩnh mạch hiển đoạn gần quai

Dị dạng động – tĩnh mạch [4; 8; 11; 12]

Giãn nhánh tĩnh mạch nông nhưng tĩnh mạch hiển không suy – giãn

Tĩnh mạch hiển giãn ngoằn ngoèo không thể luồn guide wire [4; 11]

Bệnh nhân có thai và đang cho con bú [4; 8; 11; 15]

Cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Với  $z = 1,96$  (độ tin cậy 95%),  $p = 0,97$  (tỷ lệ thành công theo y văn của phương pháp điều trị laser nội mạch),  $d = 0,04$  (sai số tuyệt đối so với thực tế)  $\rightarrow n \approx 70$

Kỹ thuật thực hiện

Dụng cụ:

Các dụng cụ cần thiết: máy siêu âm mạch máu, máy laser bán dẫn MedArt bước sóng 810 nm, bộ dụng cụ can thiệp mạch máu

Tư thế bệnh nhân

Đối với can thiệp tĩnh mạch hiển lớn: Bệnh nhân được cho nằm ngửa, chân được điều trị hơi giạng và xoay ngoài, gối hơi gấp để bộc lộ vùng mắt trong đùi

Đối với can thiệp tĩnh mạch hiển bé: Bệnh nhân được cho nằm sấp, hai chân duỗi thẳng, bộc lộ mắt sau cẳng chân và vùng khoeo.

Vô cảm

Tê tại chỗ: thường qui

Các phương pháp khác: tê tủy sống, mê mặt nạ khi không tê tại chỗ được

Kỹ thuật tiến hành

Bệnh nhân được chuẩn bị như một cuộc phẫu thuật

Tê tại chỗ vị trí đâm kim bằng lidocain 1 – 2%

Đâm kim vào tĩnh mạch hiển dưới hướng dẫn của siêu âm định vị hoặc bộc lộ tĩnh mạch hiển bằng phương pháp Müller.

Dùng phương pháp Seldinger để luồn dây dẫn (guide wire) và ống dẫn (sheath) đến đúng vị trí đã đánh dấu (cách quai 1 – 2cm) [35; 7; 8; 11; 13; 15]. Sợi dây laser được luồn vào trong lòng sheath, đầu dây ló ra khỏi sheath 1cm và cố định bằng 1 khóa (Luer Lock). Kiểm tra dây laser trong lòng tĩnh mạch ở đúng vị trí bằng siêu âm và ánh sáng tia laser.

Tiêm dung dịch đệm (lidocain 0,25% + bicarbonate 8,4% + adrenaline 1:200000) xung quanh thân tĩnh mạch hiển dưới siêu âm từ xa về gần để đuổi máu đi bớt làm giảm khẩu kính nhằm giúp tăng hiệu quả của ánh sáng laser và giảm đau [6; 15]. Lưu ý: liều lidocaine pha adrenaline tối đa là 500 mg, tương đương với 200 ml dung dịch đệm.

Năng lượng laser có hiệu quả là tối thiểu 50 joules / 1cm [6]. Công thức tính năng lượng Energy (joules) = power (watt) x time (giây) [3]. Có 2 cách phóng tia laser là ngắt quãng và liên tục. Chúng tôi dùng năng lượng 10W, phát sóng liên tục. Dây laser được rút dần đều với tốc độ 1 – 2 mm/s [6].

Sau thủ thuật, bệnh nhân được quấn băng thun ép hoặc mang vớ tĩnh mạch trong vòng 7 ngày [4;



6; 8; 10; 14] và có thể xuất viện sau thủ thuật 2 giờ.

Bệnh nhân được tái khám sau 1 tuần. Những quai tĩnh mạch giãn còn sót lại được rút bỏ bằng phương pháp Müller.

Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị laser nội tĩnh mạch

*Đánh giá kết quả lâm sàng dựa trên tiêu chuẩn Mayo – Clinic [2]*

Rất tốt: không còn triệu chứng lâm sàng, không có các nhánh bên tái xuất hiện

Tốt: không còn triệu chứng lâm sàng, ngoại trừ một vài nhánh bên xuất hiện.

Khá: triệu chứng lâm sàng được cải thiện một phần và có các tĩnh mạch bên xuất hiện nhưng không có các nhánh chính tồn tại.

Thất bại: nhánh chính còn tồn tại hay tái lập.

*Đánh giá kết quả cận lâm sàng*

Hình ảnh tắc đoạn tĩnh mạch hiển được làm laser trên siêu âm doppler

Dòng trào ngược đoạn tĩnh mạch hiển được làm laser trên siêu âm doppler

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu khảo sát

*Giới tính:* 47 nữ (67,1%), 23 nam (32,9%), tỷ lệ nữ:nam xấp xỉ 2:1.

*Tuổi:* tuổi trung bình là 54,5 ± 13,5.

*Nghề nghiệp:* buôn bán – 30%, nội trợ – 28,6%, nghỉ ngơi – 14,3%, viên chức hành chính – 12,9%, nông dân – 8,6%, công nhân – 5,7%.

*Tiền căn:*

75,7% số bệnh nhân thường phải đứng hoặc ngồi lâu trong ngày (≥ 8 tiếng)

12,9% số bệnh nhân có người trong gia đình bị bệnh giãn tĩnh mạch

*Triệu chứng cơ năng:* 82,9% bệnh nhân có “nặng chân”, thường kèm theo “tê, dị cảm chân” – 60%, “đau nhức chân” – 31,4% và “vọp bẻ về đêm” – 28,6%.

*Triệu chứng thực thể:* 100% có các búi tĩnh mạch giãn, “phù chân” – 7,1%

*Siêu âm mạch máu chi dưới:*

72,9% trường hợp đồng thời có suy tĩnh mạch nông và tĩnh mạch sâu, 27,1% trường hợp suy tĩnh mạch nông đơn thuần

Suy tĩnh mạch hiển lớn: 94,3%, suy tĩnh mạch hiển bé: 7,1%, suy cả 2 tĩnh mạch hiển: 1,4%

Tĩnh mạch hiển lớn, đường kính trung bình ở quai: 8,2 ± 2,2 mm, ở thân: 6 ± 1,4 mm

Tĩnh mạch hiển bé, đường kính trung bình ở quai: 6,1 ± 1,7 mm, ở thân: 5 ± 0,3 mm

*Phân loại:*

*theo Porter:* tất cả các trường hợp đều ở độ 2

*theo CEAP:*

C: C2 – 92,9%, C3 – 7,1%

E: 100% bệnh nhân giãn tĩnh mạch nguyên phát

A: 27,1% tổn thương ở tĩnh mạch nông, 72,9% tổn thương tĩnh mạch nông và sâu

P: 100% có dòng trào ngược trên siêu âm

Điều trị laser nội tĩnh mạch

*Phương pháp vô cảm:* tê tại chỗ – 95,8%, tê tùy sống – 2,8%, mê mặt nạ – 1,4%

*Kỹ thuật điều trị laser nội tĩnh mạch*

92,9% điều trị laser tĩnh mạch hiển lớn, 5,7% điều trị laser tĩnh mạch hiển bé, 1,4% điều trị laser tĩnh mạch hiển lớn và tĩnh mạch hiển bé

31,4 % điều trị 2 chân, 68,6% điều trị 1 chân (chân phải là 35,7%, chân trái là 32,9%)

Đường vào tĩnh mạch hiển: 74,3% dưới siêu âm, 25,7% qua bộc lộ tĩnh mạch (18,6% bằng móc và 7,1% bằng kelly)

Chiều dài trung bình đoạn tĩnh mạch hiển được điều trị laser: tĩnh mạch hiển lớn: 261 ± 59 mm, tĩnh mạch hiển bé: 119 ± 33 mm.

Thời gian thực hiện điều trị trung bình cho 1 chân là 39,3 ± 13,4 phút.

Năng lượng laser được sử dụng: 10W trên 1 đoạn tĩnh mạch dài 10 mm trong 5 giây

Đánh giá hiệu quả của điều trị laser nội tĩnh mạch

*Triệu chứng cơ năng*

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau điều trị laser	Nhận xét
Đau nhức chân	31,4%	2,8%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001
Nặng chân	82,9%	2,8%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001
Tê, dị cảm	60%	2,8%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001
Vọp bẻ về đêm	28,6%	2,8%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001

Bảng so sánh các triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

*Triệu chứng thực thể*

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau điều trị laser	Nhận xét
Phù chân	7,1%	2,8%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,005
Giãn tĩnh mạch	100%	18,6%	Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001

Bảng so sánh các triệu chứng thực thể trước và sau điều trị

*Đánh giá kết quả lâm sàng theo tiêu chuẩn Mayo – Clinic:*

Kết quả lâm sàng: 81,4% rất tốt, 5,7% tốt, 2,9% khá.

*Đánh giá cận lâm sàng:* 100% đoạn tĩnh mạch hiển được điều trị tắc nghẽn và không thấy phổ của dòng trào ngược trên siêu âm doppler.



Thời gian hồi phục

74,3% xuất viện trong ngày, 25,7% nằm lại 1

đêm

Thời gian trở lại với công việc và sinh hoạt bình thường:  $1,8 \pm 0,4$  ngày

Mức độ hài lòng của bệnh nhân: 95,7% hài lòng nhiều, 4,3% hài lòng vừa

Tác dụng phụ

98,6% căng như dây thun dọc theo đường đi của tĩnh mạch hiển

54,3% bầm máu do xuất tiết dọc theo 2 bên của đoạn tĩnh mạch được điều trị

#### IV. BÀN LUẬN

Chỉ định điều trị

Hầu hết các tác giả nghiên cứu đều đưa ra chỉ định điều trị laser nội tĩnh mạch cho những trường hợp giãn tĩnh mạch có triệu chứng lâm sàng và có dòng trào ngược trên siêu âm [4; 8; 1113; 15]. Một số tác giả khuyến khích đường kính tĩnh mạch hiển được điều trị phải trên 5 mm và không quá 10 mm [10; 12]. Một số tác giả lại cho rằng đường kính tĩnh mạch hiển không phải là yếu tố quyết định điều trị [7]. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng chỉ định giãn tĩnh mạch hiển có kích thước trên 5mm, có dòng trào ngược trên siêu âm và có triệu chứng lâm sàng kèm theo. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn về đường kính tĩnh mạch hiển vì những quan điểm sau:

Thứ nhất, điều trị laser nội tĩnh mạch là phương pháp làm xơ hóa vĩnh viễn tĩnh mạch hiển nên đối với các thân tĩnh mạch hiển giãn dưới 5 mm, chúng tôi thiên về xu hướng điều trị bảo tồn bằng nội khoa, băng ép và thay đổi lối sống. Mặt khác, khi có sự không tương xứng giữa triệu chứng lâm sàng và kích thước tĩnh mạch hiển giãn, chúng tôi cho rằng bệnh nhân suy tĩnh mạch sâu là chủ yếu và điều trị laser nội tĩnh mạch sẽ không đem lại hiệu quả cao.

Thứ hai, khi đường kính tĩnh mạch hiển nhỏ dưới 5 mm, đường vào tĩnh mạch hiển sẽ gặp khó khăn nhiều hơn, dẫn đến khả năng thất bại trong điều trị cao.

Hiệu quả điều trị

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng của Mayo – Clinic để đánh giá kết quả điều trị sau can thiệp laser nội tĩnh mạch [2]. Trên 70 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hầu hết các triệu chứng cơ năng cũng như thực thể đều cải thiện rõ rệt sau điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nhiều nghiên cứu khác [1; 3; 4; 7; 8; 11; 12; 15]. Trong nghiên cứu, 2 trường hợp (2,8%) có các triệu chứng cải thiện hầu như không nhiều (dưới 50%). Trên 2 trường hợp này, tuy có giãn tĩnh mạch hiển nhưng suy tĩnh mạch sâu lại là chủ yếu. Do vậy, mặc dù dòng trào ngược của tĩnh mạch hiển đã được loại bỏ, triệu chứng vẫn không cải thiện nhiều. Để khắc phục, chúng tôi cho bệnh nhân tiếp tục điều trị bằng băng ép và các thuốc hướng tĩnh mạch sau khi can thiệp laser. Bên cạnh triệu chứng cơ năng, các triệu chứng thực thể cũng được cải thiện đáng

kể sau điều trị laser nội tĩnh mạch. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các triệu chứng phù chân và các búi tĩnh mạch giãn giảm một cách có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng phù chân sau điều trị chỉ còn 2,8%, giảm so với trước điều trị với  $p < 0,05$ . Cũng như phân tích ở trên, các bệnh nhân còn phù chân này có suy tĩnh mạch sâu là chủ yếu. Mặc dù dòng trào ngược tĩnh mạch hiển được loại bỏ nhưng triệu chứng phù chân vẫn tồn tại và chỉ giảm dưới 50%. Vì thế, các bệnh nhân này được tiếp tục điều trị hỗ trợ thêm bằng nội khoa. Triệu chứng giãn tĩnh mạch sau điều trị laser chiếm 18,6%, giảm so với khi chưa điều trị với  $p < 0,001$ . Tuy nhiên, theo nhận định chủ quan, chúng tôi thấy tỉ lệ này vẫn còn hơi cao. Trong bệnh lý giãn tĩnh mạch nông chi dưới, không phải tất cả các nhánh tĩnh mạch giãn đều xuất phát từ tĩnh mạch hiển. Về mặt giải phẫu, các nhánh tĩnh mạch nông thông với nhau qua nhánh nối và thông với tĩnh mạch sâu qua nhánh xuyên. Vì thế, trong một số trường hợp, sau điều trị laser nội tĩnh mạch, bệnh nhân vẫn còn một vài nhánh tĩnh mạch giãn. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp phải 18,6% trường hợp còn sót một vài quai tĩnh mạch giãn khi tái khám 1 tuần sau điều trị laser nội tĩnh mạch. Qua siêu âm mạch máu kiểm tra, tĩnh mạch hiển đều tắc hoàn toàn và không có dòng trào ngược tồn tại. Chúng tôi cho rằng sự hiện diện của các quai tĩnh mạch này có thể do suy các nhánh tĩnh mạch xuyên thông nối với chúng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận kết quả tương tự như chúng tôi. Hầu hết các tác giả đều giải quyết các nhánh tĩnh mạch giãn còn sót lại bằng phương pháp chích xơ tĩnh mạch hoặc bằng thủ thuật Müller.

#### V. KẾT LUẬN

Giãn tĩnh mạch nông chi dưới là bệnh lý ngày càng phổ biến ở nước ta. Hiện tại, có nhiều phương pháp để điều trị bệnh lý này. Laser nội tĩnh mạch là phương pháp điều trị ít xâm lấn, tỉ lệ thành công cao, ít biến chứng, không có các biến chứng của gây mê và phẫu thuật. Lợi điểm của phương pháp này là thời gian nằm viện trong ngày, tỉnh thẩm mỹ cao, hồi phục nhanh. Người bệnh có thể vận động ngay sau thủ thuật và trở lại với công việc ngay ngày hôm sau. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát sau 5 năm của phương pháp điều trị laser nội tĩnh mạch vẫn còn là một vấn đề đang được theo dõi và đánh giá. Tương lai, các phương pháp can thiệp ít xâm lấn có thể thay thế dần vai trò phẫu thuật cổ điển trong điều trị bệnh giãn tĩnh mạch nông chi dưới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boné Salat C, 1999, Tratamiento endoluminal de las varices con Láser de Diodo. Estudio preliminar, *J Patol Vasc* Vol 5 (1): pp 31-39.
2. Bùi Đức Phú, Bùi Minh Thành, 2004, Nghiên cứu dụng phẫu thuật Stripping trong điều trị ngoại khoa suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới, *Thông tin y dược học Việt Nam*.
3. Corcos L., Dini S., De Anna D., Marangoni O., Ferlaino E., Procacci T., Spina T., Dini M., 2005, The immediate effects of endovenous diode 808-nm laser



in the greater saphenous vein: morphologic study and clinical implications, *J Vasc Surg* Vol 41 (6): pp 1018-1025.

4. Darwood R. J., Gough M. J., 2009, Endovenous laser treatment for uncomplicated varicose veins, *Phlebology* Vol 24 (1): pp 50-61.

5. Gerard J.L., Daoud M., 2011, Is bare-tip fiber out-dated, *Controversies and updates in vascular surgery 2011*(pp 648-652).

6. Kabnick L. S., 2006, Outcome of different endovenous laser wavelengths for great saphenous vein ablation, *J Vasc Surg* Vol 43 (1): pp 88-93.

7. Kalra M., Gloviczki P., 2008, Endovenous ablation of the saphenous vein, *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* Vol 20 (4): 371-380.

8. Min R. J., Khinani N. M., 2005, Endovenous laser ablation of varicose veins, *J Cardiovasc Surg* Vol 46 (4): pp 395-405.

9. Mosquera Damien, 2010, Historical overview of varicose vein surgery, *Annals of Vascular Surgery* Vol 24 (8): pp 1159.

10. Myers K. A., Jolley D., 2009, Outcome of endovenous laser therapy for saphenous reflux and varicose veins: medium-term results assessed by ultrasound surveillance, *Eur J Vasc Endovasc Surg* Vol 37 (2): pp 239-245.

11. Navarro Luis, Min Robert J., Boné Carlos, 2001, Endovenous Laser: A New Minimally Invasive Method of Treatment for Varicose Veins—Preliminary Observations Using an 810 nm Diode Laser, *Dermatologic Surgery* Vol 27 (2): pp 117-122.

12. Phan Thanh Hải, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành, 2010, Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch với laser diode bước sóng 810 nm, *Tạp chí Y học TP HCM* tập 14 (1): tr 168-173.

13. Puggioni A., Kalra M., Carmo M., Mozes G., Gloviczki P., 2005, Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: analysis of early efficacy and complications, *J Vasc Surg* Vol 42 (3): pp 488 - 493.

14. Schanzer H., 2010, Endovenous ablation plus microphlebectomy/sclerotherapy for the treatment of varicose veins: single or two-stage procedure?, *Vasc Endovascular Surg* Vol 44 (7): pp 545-549.

15. Zafarghandi M. R., Akhlaghpour S., Mohammadi H., Abbasi A., 2009, Endovenous laser ablation (EVLA) in patients with varicose great saphenous vein (GSV) and incompetent saphenofemoral junction (SFJ): an ambulatory single center experience, *Vasc Endovascular Surg* Vol 43 (2): pp 178-184.

## ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CƯỜI HỖ NƯỚU LỢI

Đỗ Quang Hùng\*

\*Tiền sĩ - Bác sĩ Phó khoa Khoa Phẫu thuật Tạo Hình Thẩm mỹ  
Bệnh viện Chợ Rẫy

### TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Ứng dụng một phương pháp mổ đơn giản bằng cách hạ thấp vị trí bám của niêm mạc môi trên và cắt rạch cơ nâng môi trên cạnh mũi qua lỗ mũi ngoài hai bên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca lâm sàng được thực hiện qua 8 ca bệnh nhân cười hở nướu lợi tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2009-2011. Kết quả phẫu thuật được đánh giá bằng ghi nhận mức độ hài lòng của bệnh nhân và hình ảnh trước mổ và kết quả sau mổ của từng bệnh nhân. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 8 bệnh nhân nữ có độ tuổi 17 đến 32 có nụ cười hở nướu lợi trung bình 4-6mm, không có hội chứng mặt dài, trong đó có 6 bệnh nhân chỉ phẫu thuật chỉnh hình cười hở nướu lợi đơn thuần, có 1 bệnh nhân có kết hợp nâng ngực bằng túi độn và 1 bệnh nhân có chỉnh sửa sẹo vùng mặt do tai nạn giao thông. **Kết quả:** Thời gian phục hồi khoảng 10-14 ngày. Đạt được sự hài lòng trong mọi trường hợp với thời gian theo dõi 1 năm. Không có biến chứng sau mổ và không có vấn đề liên quan đến quá trình liền vết thương. Hình ảnh sau mổ cải thiện rõ rệt qua 1, 3, 6, 12 tháng so với trước mổ. **Kết luận:** Chúng tôi ứng dụng phương pháp mổ tác động trên hai bình diện, chủ yếu là rạch cắt một phần cơ nâng môi trên phần mũi nhằm làm yếu đi động tác nâng môi khi cười, tránh tái phát và hạ chuyển niêm mạc môi trên nhằm hạn chế hở nướu lợi khi cười thoải mái.

**Từ khóa:** Cười hở nướu lợi, môi ngắn, môi dài.

### ABSTRACT

#### PRE-ELEMENTARY EVALUATION IN AESTHETIC SURGERY FOR A GUMMY SMILE

Do Quang Hung

**Background:** A smile is one of the most common expressions of satisfaction, or happiness. There are people who when they smile they show their gums above the base of their teeth, which causes a very un-aesthetic aspect. This situation has negative repercussions upon the individuals because it alters the spontaneity of the facial expression. There are dental, skeletal and soft tissue factors which intervene in the etiology of the gummy smile. **Objective:** Using an new surgical approach with the purpose of correcting the gummy smile by lip repositioning and myotomy of the Elevator labii superioris alaeque nasi of the Upper Lip Elevator Muscles. **Material and methods:** 8 female patients, between 17 and 32 years of age were surgically treated. In 8 of them, apart from the gummy smile correction, a scar revision and a breast augmentation was done. The other 6 were only subjected to correction of the gummy smile.