

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH BẰNG CLARIVEIN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút*, Lê Đức Tín*, Nguyễn Hữu Thao*, Lâm Thảo Nghi*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, kỹ thuật can thiệp tối thiểu bằng cách sử dụng nhiệt (RFA, Laser) đã thay thế phẫu thuật trong điều trị suy dẫn tĩnh mạch (TM) chi dưới vì giảm biến chứng, thời gian hồi phục nhanh và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy vậy kỹ thuật này cũng tồn tại nhược điểm tổn thương thần kinh, bỏng da, nhiễm trùng và cần sử dụng thuốc tê trong quá trình can thiệp. Clarivein nội mạch (MOCA) ra đời giúp giải quyết những nhược điểm này. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Có 28 bệnh nhân suy dẫn tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng kỹ thuật ClariVein với tuổi trung bình là 52, nữ chiếm tỉ lệ 71,4%. Phân độ lâm sàng theo CEAP từ giai đoạn C2 đến C5. Thời gian can thiệp trung bình là 25 phút, thể tích Sclerosant sử dụng trung bình 8,5ml. Kết quả sau can thiệp thành công về mặt kỹ thuật là 100%, sau 4 tuần ghi nhận 27 trường hợp (96,4%), còn tắc hoàn toàn khi siêu âm doppler, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt bệnh nhân không còn tê và nặng chân, 1 trường hợp (3,6%) có hiện tượng trào ngược đầu xa. Không có biến chứng nào đáng ghi nhận nào xảy ra như huyết khối TM sâu, tổn thương thần kinh cảm giác vùng cẳng chân, không hoại tử da hay nhiễm trùng. Chỉ có 2 trường hợp (7,1%) đau nhẹ dọc theo TM hiển lớn nên không cần xử trí gì thêm, bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả điều trị. **Kết luận:** Điều trị suy TM nông chi dưới bằng MOCA là phương pháp điều trị mới cho hiệu quả cao, bệnh nhân hồi phục nhanh, ít biến chứng.

Từ khóa: Suy dẫn tĩnh mạch, ClariVein, MOCA

SUMMARY

THE RESULTS OF MECHANOCHEMICAL ENDOVENOUS OCCLUSION OF VARICOSE VEINS USING THE CLARIVEIN AT CHO RAY HOSPITAL

Background: In the last decade, minimally invasive endothermal (RFA, Laser) ablation techniques have replaced surgery for the treatment of superficial venous insufficiency to reduce postoperative complications and recovery time and to improve quality of life. To avoid the risks of nerve damage and need for tumescent anesthesia to improve patient comfort, an endovenous mechanochemical ablation (MOCA) has been introduced recently. **Method:** Retrospective descriptive study. **Conclusion:** A total of 28 patients with varicose veins were treated with ClariVein technique, an average age of 52 years, female accounted for 71.4%. Clinical grade according

to CEAP from stage C2 to C5. The average intervention time was 25 minutes, the average volume of Sclerosant used was 8.5ml. The results after the intervention were technically successful at 100%, after 4 weeks, 27 cases were recorded (96.4%), and completely blocked by doppler ultrasound, the patient's clinical symptoms improved significantly, numbness and heaviness in the legs, 1 case (3.6%) had distal regurgitation. There were no notable complications such as deep vein thrombosis, sensory nerve damage in the lower legs, no skin necrosis or infection. There were only 2 cases (7.1%) of mild pain along the great saphenous vein, so no further treatment was needed, the patient was completely satisfied with the treatment result. **Result:** Mechanochemical ablation with the ClariVein system is safe and effective.

Key words: Varicose veins, ClariVein, MOCA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch mạn tính là tình trạng suy giảm chức năng hệ tĩnh mạch chi dưới do suy các van tĩnh mạch thuộc hệ tĩnh mạch nông hoặc sâu, có thể kèm theo thuyên tắc tĩnh mạch hoặc không. Theo nghiên cứu của VCP (Vein Consult Program) Thế giới: tỷ lệ bệnh nhân có suy tĩnh mạch chi dưới khoảng 80%. Ở Việt Nam tỷ lệ này là 62%. Tần suất giãn tĩnh mạch ở người trưởng thành từ 9% đến 30%, nữ gấp 3 lần nam. Tại Pháp có 18 triệu người bị suy tĩnh mạch chi dưới, trong đó 10 triệu người giãn tĩnh mạch (INSEE). Khoảng 1% dân số bị loét chi dưới do nguyên nhân TM, chi phí điều trị suy tĩnh mạch chiếm khoảng 2,6% tổng chi phí cho ngành y tế. Tại Mỹ, chi phí điều trị loét do suy TM khoảng 1 tỉ USD cho 1 năm.

Điều trị suy tĩnh mạch bằng can thiệp nội mạch dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp xâm lấn tối thiểu nên bệnh nhân hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn và ít biến chứng. Do đó, đây phương pháp này được xem là lựa chọn đầu tiên trong điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới trên thế giới cũng như ở nước ta hiện nay thay cho phương pháp phẫu thuật truyền thống trước đây như stripping (rút bỏ tĩnh mạch giãn) nhiều biến chứng như đau vết mổ, tụ máu, nhiễm trùng.... Hiện nay, tại Việt Nam đang áp dụng can thiệp nội mạch điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới dưới hướng dẫn siêu âm như: Tiêm xơ TM, tắc TM bằng sóng cao tần RFA (radiofrequency ablation), Laser nội mạch (endovenous laser therapy).

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2022

Ngày duyệt bài: 16.8.2022

Hơn 1 thập kỷ qua, kỹ thuật Laser, RFA ra đời là cuộc cách mạng trong điều trị suy TM nông ClariVein nội mạch (endovenous mechanochemical ablation: MOCA) là phương pháp điều trị mới bao gồm hệ thống gây tắc TM bằng cơ chế cơ học kết hợp thuốc gây xơ hóa TM, catheter có tác dụng làm tổn lớp nội mạc cùng với bơm dung dịch thuốc tiêm xơ sclerosant làm tắc TM. Ưu điểm của kỹ thuật này là không sử dụng thuốc tê lidocaine, không dùng nhiệt trong quá trình can thiệp, nên không gây tổn thương mô xung quanh, không tổn thương thần kinh, không bỏng da và ít đau sau can thiệp so với kỹ thuật Laser và RFA. Đây là kỹ thuật hoàn toàn mới vừa được áp dụng tại BVCR trong điều trị suy TM nông chi dưới cho kết quả khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật ClariVein điều trị suy TM nông tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, BVCR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt các trường hợp.

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07 đến tháng 08 năm 2018

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.4 Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả những trường hợp suy TM nông chi dưới điều trị bằng ClariVein nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Suy TM nông chi dưới điều trị bằng tiêm xơ, sóng cao tần(RFA), laser nội mạch.
- Suy TM nông chi dưới điều trị bằng phẫu thuật.

2.5 Phân loại: rất có ý nghĩa trong tiền lượng và chọn lựa chiến lược điều trị. Có nhiều phân loại suy TM mạn tính chi dưới nhưng phân loại CEAP(Clinic – Etiologic – Anatomic – Pathophysiologic) hiện nay vẫn được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới:

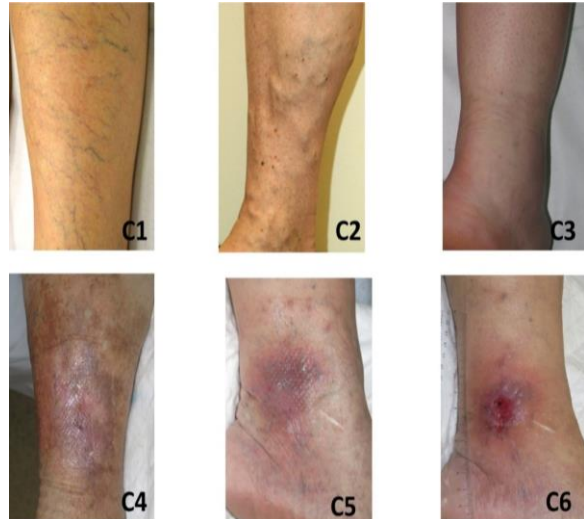
C: Lâm sàng (Clinic)

- C0: Không có biểu hiện bệnh lý TM có thể nhìn thấy hoặc sờ thấy
- C1: Giãn mao mạch mạng nhện hoặc mạng lưới nhưng đường kính <3mm
- C2: Giãn TM đường kính >3mm
- C3: Phù chi dưới nhưng chưa có biến đổi sắc tố da
- C4: Biến đổi trên da do bệnh lý TM, rối loạn sắc tố/ chàm/ xơ mỡ da
- C5: Loét đã liền sẹo
- C6: Loét đang tiến triển

E: Nguyên nhân (Etiologic): Ec: bẩm sinh, Ep: tiên phát, Es: thứ phát, En: Không nguyên nhân

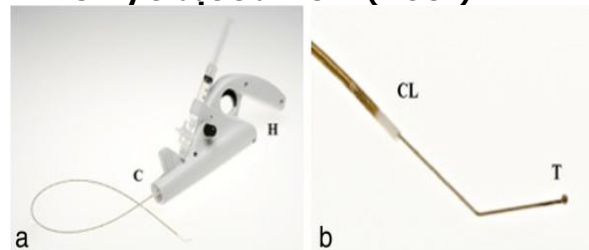
A: Giải phẫu (Anatomic): As: TM nông, Ap: TM xuyên, Ad: TM sâu, An: Không rõ vị trí

P: Bệnh sinh (Pathophysiologic): Pr: Trào ngược, Po: tắc nghẽn, Pr,o: trào ngược + tắc nghẽn, Pn: Không xác định được nguyên nhân



Hình 1: Các giai đoạn lâm sàng suy tĩnh mạch chi dưới theo CEAP

2.5 Kỹ thuật ClariVein: (MOCA)



ClariVein là bộ dụng cụ can thiệp tĩnh mạch nông chi dưới hoạt động bởi 2 động tác cùng một lúc: sự xoay tròn đầu catheter liên tục với tốc độ 3.000 vòng trong 1 phút kết hợp với thuốc Sclerosant 2% pha với khí với tỉ lệ 1:3 bơm trực tiếp vào tĩnh mạch qua catheter.

Toàn bộ quá trình thực hiện kỹ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm doppler mạch máu, bệnh nhân nằm ngửa, co gối nhẹ và chân dạng ra ngoài vừa phải sao cho bộc lộ rõ TM hiển lớn và TM hiển bé khi thao tác. Chọc kim siêu nhỏ vào TM hiển lớn sau khi gây tê tại chỗ chọc kim bằng lidocaine 2%, đi guide wire và luồn sheath 5F, bơm Nacl 0,9% vào Sheath để tránh hình thành máu đông, tiếp tục đưa catheter của bộ ClariVein vào Sheath 5F theo thân TM hiển lớn lên đến cách chỗ đổ vào TM đùi 1,5-2cm. Không cần thuốc tê, giảm đau. Đầu catheter hoạt động theo

cơ chế cơ học, được xoay tròn với vận tốc 3.000 vòng/phút trong lòng TM hiển làm tổn thương lớp nội mạc kết hợp bơm trực thuốc Sclerosant 2% pha với khí tỉ lệ 1:3 (1ml Sclerosant: 3ml khí). Rút catheter từ từ mỗi 1cm với thời gian 7-10 giây, trong mỗi 1cm catheter được rút ra cần phải bơm 1,0 – 0,2ml Sclerosant. Chính cơ chế xoay tròn cơ học của đầu catheter làm tổn thương lớp nội mạc sẽ làm tăng hiệu quả làm tắc TM hiển của Sclerosant. Sau can thiệp, bệnh nhân được băng ép khu trú dọc theo chiều dài TM hiển và mang vớ áp lực từ cổ chân cho đến đùi. Sau can thiệp sử dụng thuốc giảm đau paracetamol, ibuprophen, daplon; tháo băng ép khu trú sau 3 ngày và vớ áp lực sau 3 tuần.

Đánh giá kết quả sau can thiệp bằng siêu âm doppler mạch máu xem TM hiển tắc hoàn toàn khi TM đè không xẹp và không còn dòng trào

ngược, có viêm dọc theo đường đi TM hiển hay nhiễm trùng hay không.

2.6 Đánh giá kết quả: Dựa vào lâm sàng và siêu âm doppler kiểm tra sau 1 và 4 tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/07/2018 đến 30/07/2018 có 28 bệnh nhân suy TM nông chi dưới được chẩn đoán và điều trị bằng kỹ thuật ClariVein tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Trong đó có 28 trường hợp suy TM hiển lớn có dòng trào ngược trên siêu âm doppler, có 3 trường hợp suy TM hiển bé cùng bên. Kết quả ghi nhận như sau:

Bảng 1: Tuổi, giới

Biến số	Trung bình
Tuổi	52 ± 14,5 (35 - 73)
Nam (%)	08 (28,6)
Nữ (%)	20 (71,4)
Tổng (%)	28 (100)

Bảng 2: phân độ lâm sàng

Phân độ lâm sàng	C1	C2	C3	C4	C5	C6	Tổng
N (%)	0(0)	5 (17,9)	11 (39,3)	9 (32,1)	5 (10,7)	0(0)	28 (100)

Bảng 2: Kích thước TM hiển lớn, bé

Tĩnh mạch hiển lớn (N = 28)		Tĩnh mạch hiển bé (N = 3)	
Đường kính TB (mm)	Chiều dài TB (cm)	Đường kính TB (mm)	Chiều dài TB (cm)
5,9 (4,5 – 9,8)	38(35 - 42)	4,1(4 – 4,4)	18,5(16 -21)

Bảng 3: Kết quả can thiệp (N = 28)

Thời gian can thiệp trung bình (phút)	Thể tích Sclerosant trung bình (ml)	Biến chứng (%)
25 ± 7,5	8,5 ± 3,5	0(0)

Bảng 4: Theo dõi sau can thiệp (N = 28)

KQ sau 1 tuần (%)	Mức độ hài lòng (%)	KQ sau 4 tuần (%)	Mức độ hài lòng (%)
Tắc hoàn toàn (100)	(100)	01TH còn trào ngược đầu xa (3,6)	27(96,4)
3 TH đau dọc TM hiển lớn (10,7)		02 TH đau nhẹ TM hiển lớn (7,1)	

IV. BÀN LUẬN

Trong 28 trường hợp suy TM nông chi dưới được điều trị bằng kỹ thuật ClariVein với tuổi trung bình là 52, nữ chiếm tỉ lệ 71,4%. Phân độ lâm sàng theo CEAP từ giai đoạn C2 đến C5, không có trường hợp lâm sàng nào giai đoạn C6. Đường kính trung bình TM hiển lớn là 5,9mm và chiều dài là 38cm. Trong nghiên cứu có 3 trường hợp suy TM hiển bé kèm theo chiếm tỉ lệ 10,7%, đường kính và chiều dài TM hiển bé lần lượt là 4,2mm và 18cm. Thời gian can thiệp trung bình là 25 phút, thể tích Sclerosant sử dụng trung bình 8,5ml.

Kết quả sau can thiệp thành công về mặt kỹ thuật là 100%, 28 trường hợp suy TM hiển lớn và 3 trường hợp có suy TM hiển bé cùng bên được can thiệp cùng lúc đều ghi nhận tắc hoàn

toàn, không còn dòng trào ngược và TM đè không xẹp trên siêu âm doppler kiểm tra. Đánh giá kết quả sau 1 tuần 28 trường hợp can thiệp TM hiển lớn và 3 TM hiển bé đều tắc hoàn dưới siêu âm doppler, không có biến chứng nghiêm trọng nào đáng ghi nhận chỉ có 3 trường hợp (10,7%) viêm TM hiển lớn gây phù nề dọc theo đường đi của TM, được sử dụng giảm đau và kháng viêm. Theo dõi 4 tuần ghi nhận 27 trường hợp (96,4%), còn tắc hoàn toàn khi siêu âm doppler, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt bệnh nhân không còn tê và nặng chân, 1 trường hợp (3,6%) có hiện tượng trào ngược đầu xa. Không có biến chứng nào đáng ghi nhận nào xảy ra như huyết khối TM sâu, tổn thương thần kinh cảm giác vùng cẳng chân, không hoại tử da hay nhiễm trùng. Chỉ có 2 trường hợp (7,1%) đau

nhẹ dọc theo TM hiển lớn nên không cần xử trí gì thêm, bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả điều trị.

Tác giả Tang TY và cộng sự năm 2017 (Anh), nghiên cứu đánh giá kết quả sớm điều trị suy TM nông chi dưới 300 trường hợp được điều trị can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật ClariVein, trong đó nữ có 203 trường hợp chiếm tỉ lệ 69%, tuổi trung bình 58 ± 13 , tất cả bệnh nhân được điều trị từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 01 năm 2015. Tất cả bệnh nhân đều có suy TM hiển lớn một hoặc hai bên có kèm suy TM hiển bé. Trong đó 184 trường hợp suy TM hiển lớn một bên chiếm tỉ lệ 61%, 62 trường hợp suy TM hiển lớn hai bên (21%), 23 trường hợp suy TM hiển bé một bên (8%), 6 trường hợp suy TM hiển bé 2 bên và 25 trường hợp suy TM hiển lớn kết hợp suy TM hiển bé cùng bên (8%). Sử dụng 393 bộ dụng cụ ClariVein can thiệp cho 371 chi, bệnh nhân phân độ lâm sàng theo CEAP từ C2 đến C6. Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật ClariVein, siêu doppler sau can thiệp ghi nhận 100% các trường hợp tắc hoàn toàn TM, không biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận, không huyết khối TM sâu, không tổn thương thần kinh, hoại tử hay nhiễm trùng sau can thiệp. Viêm TM nông thoáng qua có 13 trường hợp chiếm tỉ lệ 4%, 1 trường hợp xuất hiện viêm dọc TM hiển lớn cả 2 chân được điều trị kháng viêm bệnh nhân hồi phục sau đó. Tác giả ghi nhận tỉ lệ biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa can thiệp 1 chân (4,3%) và 2 chân (4,3%), cũng như không có sự khác biệt giữa can thiệp TM hiển lớn (3,6%) và TM hiển bé (3,3%). Viêm TM sau can thiệp đa số xuất hiện theo đường đi TM hiển lớn hơn là các nhánh TM suy, đa số mức độ nhẹ điều trị paracetamol, ibuprofen uống và khô sau vài ngày điều trị. Chiều dài, đường kính TM hiển lớn can thiệp làm tắc lần lượt là 40cm và 6,1mm; chiều dài và đường kính TM hiển bé là 21cm và 5mm. Thể tích sclerosant sử dụng cho TM hiển lớn trung bình 7,6mm, TM hiển bé là 4mm. Thời gian trung bình thực hiện kỹ thuật là 27 phút. Theo dõi sau 8 tuần, siêu âm doppler ghi nhận tắc hoàn toàn TM hiển lớn là 97%, TM hiển bé tắc 100%, triệu chứng đau dọc theo đường đi TM gần như không còn, đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả can thiệp.

Năm 2016, Lam YL và cộng sự nghiên cứu xác định liều lượng polidocanol làm tắc TM hiển lớn bằng kỹ thuật ClariVein thay vì sclerosant. Phương pháp nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng mù đơn đa trung tâm. Mẫu nghiên cứu đều được thực hiện can thiệp nội mạch bằng kỹ thuật

ClariVein kết hợp với polidocanol liều lượng khác nhau chia thành 3 nhóm: nhóm 1 với liều polidocanol 2%, nhóm 2 liều polidocanol 3%, nhóm 3 liều polidocanol 1%. Có 87 bệnh nhân, trong đó 53 nữ chiếm 60,9%, tuổi trung bình là 55. Chiều dài TM hiển lớn làm tắc là 30cm, thời gian can thiệp 16 phút, đường kính TM hiển chỗ đổ vào TM đùi 7,7mm. Siêu âm doppler kiểm tra TM hiển lớn sau 6 tuần ghi nhận: nhóm 1 tắc TM hiển chiếm 88%, nhóm 2 tắc 85,7%, nhóm 3 tắc 30,4%. Tác giả kết luận rằng tắc TM hiển lớn bằng kỹ thuật ClariVein kết hợp polidocanol 1% hiệu quả thấp có ý nghĩa.

So sánh kết quả đau và chất lượng cuộc sống sau can thiệp làm tắc TM hiển lớn bằng kỹ thuật ClariVein (MOCA) so với RFA của Ramon R J P van Eekeren và cộng sự năm 2013. Nghiên cứu có 68 trường hợp suy TM hiển lớn được điều trị bằng MOCA hoặc RFA, theo dõi mức độ đau của 2 phương pháp sau 14 ngày và chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp MOCA, RFA 6 tuần. Kết quả nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân được điều trị MOCA mức độ đau giảm có ý nghĩa so với bệnh nhân được điều trị bằng RFA, thời gian hồi phục nhanh hơn và trở lại công việc bình thường sớm hơn. Ở thời điểm 6 tuần sau can thiệp thì trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt ở cả 2 nhóm điều trị MOCA và RFA. Từ đó tác giả kết luận bệnh nhân điều trị bằng kỹ thuật MOCA giảm đau có ý nghĩa, bệnh nhân hồi phục nhanh và sớm trở lại công việc so với kỹ thuật RFA; cả hai MOCA và RFA đều cải thiện chất lượng cuộc sống rõ rệt sau can thiệp.

Nghiên cứu so sánh thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên phương pháp Laser, RFA, tiêm xơ và stripping điều trị suy TM hiển lớn của tác giả Rasmussen và cộng sự năm 2011. Có 500 bệnh nhân với 580 chi được lựa chọn ngẫu nhiên điều trị bằng Laser, RFA, tiêm xơ, phẫu thuật stripping. Bệnh nhân được theo dõi trước và sau phẫu thuật 3 ngày, 1 tháng và 1 năm. Kết quả sau 1 năm, TM hiển lớn xuất hiện dòng trào ngược qua siêu âm doppler các phương pháp Laser, RFA, tiêm xơ, stripping lần lượt là 5,8%, 4,8%, 16,3%, 4,8%; 1 bệnh nhân bị thuyên tắc phổi sau tiêm xơ và 1 bệnh nhân bị huyết khối TM sâu sau stripping. Không có biến chứng đáng kể nào đáng ghi nhận. Mức độ đau đánh giá thang điểm 10 của các phương pháp lần lượt là 2,58; 1,21; 1,6; 2,25. Từ kết quả, tác giả kết luận tất cả các phương pháp điều trị điều hiệu quả, tỉ lệ thất bại về kỹ thuật cao nhất là tiêm xơ; điều trị bằng RFA và tiêm xơ hồi phục nhanh hơn và ít đau hơn so với Laser và stripping.

V. KẾT LUẬN

Điều trị suy TM nông chi dưới bằng MOCA là phương pháp điều trị mới cho hiệu quả cao, bệnh nhân hồi phục nhanh, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marsden G, Perry M, Kelley K, et al. Diagnosis and management of varicose veins in the legs: summary of NICE guidance. *BMJ* 2013; 347: f4279-f4279. [PubMed] [Google Scholar]
2. Siribumrungwong B, Noorit P, Wilasrusmee C, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in patients with varicose vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012; 44: 214-223. [PubMed] [Google Scholar]
3. Sichlau MJ, Ryu RK. Cutaneous thermal injury after endovenous laser ablation of the great saphenous vein. *J Vasc Interv Radiol* 2004; 15: 865-867. [PubMed] [Google Scholar]
4. Van Den Bos RR, Neumann M, De Roos KP, et al. Endovenous laser ablation-induced complications: review of the literature and new cases. *Dermatol Surg* 2009; 35: 1206-1214. [PubMed] [Google Scholar]
5. van Eekeren RR, Boersma D, Elias S, et al. Endovenous mechanochemical ablation of great saphenous vein incompetence using the ClariVein device: a safety study. *J Endovasc Ther* 2011; 18: 328-334. [PubMed] [Google Scholar]
6. van Eekeren RR, Boersma D, Konijn V, et al. Postoperative pain and early quality of life after radiofrequency ablation and mechanochemical endovenous ablation of incompetent great saphenous veins. *J Vasc Surg* 2013; 57: 445-450. [PubMed] [Google Scholar]
7. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L, et al. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. *Br J Surg* 2011; 98: 1079-1087. [PubMed] [Google Scholar]
8. Lam YL, Toonder IM, Wittens CH. ClariVein® mechano-chemical ablation an interim analysis of a randomized controlled trial dose-finding study. *Phlebology* 2015; 31: 170-176. [PubMed] [Google Scholar]
9. van Eekeren RR, Boersma D, Holewijn S, et al. Mechanochemical endovenous Ablation versus RADiOfrequeNcy Ablation in the treatment of primary great saphenous vein incompetence (MARADONA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 121-121. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. TY Tang,¹ JW Kam,² and ME Gaunt³ ClariVein® - Early results from a large single-centre series of mechanochemical endovenous ablation for varicose veins. *Phlebology*. 2017 Feb; 32 (1): 6-12. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO KLEBSIELLA PNEUMONIA SINH ESBL TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Bảo Huy¹, Nguyễn Đức Công²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Klebsiella pneumoniae sinh men betalactam phổ rộng (ESBL K.pneumoniae) đang trở thành một tác nhân kháng thuốc cao trong viêm phổi cộng đồng. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm viêm phổi cộng đồng và tình trạng đề kháng kháng sinh do vi khuẩn Klebsiella pneumoniae sinh ESBL. **Kết quả:** Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL chiếm 55/146 ca (37,7%) viêm phổi do K.pneumoniae. Nam chiếm 61,6%, tuổi trung bình 80,9 ± 8,5. Đau ngực, đông đặc, hội chứng hạ giảm gặp nhiều ở nhóm sinh ESBL, ngược lại thở nhanh, khó thở chiếm ưu thế ở nhóm không sinh ESBL. Nhóm ESBL K.pneumoniae có PCT tăng (128,5 ± 206,6 pg/ml so với 67,1 ± 147,5), thời gian nằm viện kéo dài (18,1 ± 11,8 ngày so với 15,4 ± 9,9 ngày), tử vong chiếm 23,6%. Các yếu tố nguy cơ nhiễm tác

nhân sinh ESBL là sử dụng kháng axit (OR=2,423; 95% CI 1,2-4,89; p=0,02, hội chứng đông đặc (OR=175; 95% CI 22,5-1360,9; p<0,05). Các yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất là nhập ICU (OR=28,33; 95% CI 11,72-71,85; p<0,05), thở nhanh > 30 lần/phút (OR=2,246; 95% CI 1,05-4,89; p<0,05), ure máu tăng ≥ 7 μmol/L (OR=2,47; 95% CI 1,15-5,33; p=0,02), NTProBNP máu tăng ≥ 1300 pg/L (OR=5,72; 95% CI 2,37-13,83; p<0,05, Troponin tăng ≥ 43 pg/L (OR=2,483; 95% CI 1,12-5,48; p=0,03) thông khí hỗ trợ (OR 8,86; 95% CI 3,61-21,74; p<0,05. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung lần lượt: ceftazidim 74,1% vs 38,2%, levofloxacin 70,3% vs 46,5%, ciprofloxacin 69,1% vs 49,5%; ertapenem 24,5% vs 36,2%; imipenem 14,5% vs 32,2%; meropenem 16,7% vs 24%, với p<0,05; còn nhạy cảm với Colistin. **Kết luận:** K.pneumoniae sinh ESBL thường gặp trong viêm phổi, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là khó thở, đau ngực, đông đặc. Nguy cơ nhiễm ESBL gồm tiền sử nhập viện trong vòng 30 ngày trước, sử dụng kháng axit, hội chứng đông đặc. Tử vong tăng ở bệnh nhân nhập ICU, thông khí hỗ trợ, tăng ure máu, NTproBNP và Troponin. Vi khuẩn kháng hầu hết các kháng sinh đang dùng, ngoại trừ Colistin.

Từ khóa: Klebsiella pneumoniae sinh men ESBL, viêm phổi cộng đồng, đề kháng kháng sinh.

¹Bệnh viện Thống Nhất

²ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Huy

Email: huylebao2005@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2022

Ngày duyệt bài: 16.8.2022