HỘI THẢO CHUYÊN ĐỀ

SUY GIÃN TĨNH MẠCH MẠN TÍNH THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Đối chiếu Y học hiện đại - Bệnh danh, bệnh cơ - Biện chứng luận trị - Điều trị kết hợp - Cập nhật nghiên cứu

TÓM TẮT NỘI DUNG

1. Khái quát giải phẫu, sinh lý tuần hoàn tĩnh mạch chi dưới và cơ chế bệnh sinh của bệnh tĩnh mạch mạn tính.

2. Triệu chứng, phân loại CEAP, phương pháp chẩn đoán và nhận định biến chứng nguy hiểm.

3. Bệnh danh, nguyên nhân và bệnh cơ theo Y học cổ truyền (YHCT) và sự tương đồng với CEAP.

4. Biện chứng luận trị theo các thể thường gặp; nguyên tắc dùng thuốc, châm cứu, ngoại trị và dưỡng sinh.

5. Phối hợp (YHCT) với Y học hiện đại (YHHĐ) trong điều trị.

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới là bệnh lý khá phổ biến hiện nay, ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng lảm việc và thậm chí là tính mạng của bệnh nhân.

Bệnh tĩnh mạch mạn tính chi dưới (chronic venous disease – CVD) là phổ bệnh lý do bất thường cấu trúc hoặc chức năng của hệ tĩnh mạch, biểu hiện bằng tăng áp lực tĩnh mạch, trào ngược, tắc nghẽn hoặc phối hợp các cơ chế này [1].

Suy tĩnh mạch mạn tính (chronic venous insufficiency – CVI) thường được dùng cho giai đoạn có phù, biến đổi da hoặc loét do bệnh tĩnh mạch, tương ứng CEAP C3–C6. Giãn tĩnh mạch là biểu hiện hình thái, không phải toàn bộ phổ bệnh [2].

2. Giải phẫu và sinh lý liên quan

Hệ tĩnh mạch chi dưới gồm hệ nông (tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé và các nhánh), hệ sâu (tĩnh mạch chày, khoeo, đùi...) và hệ xuyên nối hai hệ.

Van tĩnh mạch định hướng dòng máu về tim; bơm cơ bắp chân, vận động cổ chân và hô hấp hỗ trợ hồi lưu tĩnh mạch. Bất thường van, thành mạch, tắc nghẽn hoặc giảm hoạt động bơm cơ đều có thể làm tăng áp lực tĩnh mạch.

3. Cơ chế bệnh sinh

- Suy van hoặc tắc nghẽn đường về làm xuất hiện dòng trào ngược và/hoặc tăng sức cản hồi lưu.
- Áp lực tĩnh mạch tăng khi đứng và khi vận động; áp lực truyền tới vi tuần hoàn.
- Tăng tính thấm mao mạch, thoát dịch và protein ra mô kẽ gây phù; hồng cầu thoát mạch và lắng đọng hemosiderin gây tăng sắc tố.
- Viêm mạn tính, rối loạn vi tuần hoàn và xơ hóa mô dưới da có thể dẫn tới chàm, xơ mỡ da và loét tĩnh mạch.

4. Yếu tố nguy cơ

Tuổi tăng; tiền sử gia đình; nữ giới và thai kỳ; béo phì; tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu; đứng hoặc ngồi bất động kéo dài; ít vận động; giảm chức năng bơm cơ bắp chân. Nghề nghiệp đứng/ngồi lâu có thể làm nặng triệu chứng, nhưng phải là nguyên nhân duy nhất [3].

5. Triệu chứng

5.1. Triệu chứng cơ năng

- Tức, nặng cẳng chân, thường xuất hiện vào cuối ngày làm việc, trước kỳ kinh nguyệt, khi thời tiết nóng bức, hoặc sau khi phải đứng bất động kéo dài [4].
- Đau dọc theo đường đi của tĩnh mạch, thường gặp tĩnh mạch hiển lớn.
- Co cơ (chuột rút) vào ban đêm.
- Phù chi dưới, thường thấy ở mắt cá trong.

-> Các triệu chứng này Giảm khi nghỉ/kê cao chân

5.2. Triệu chứng thực thể

- Tĩnh mạch (TM) giãn: mao mạch mạng lưới/TM hiển.
- Nghe trên các tĩnh mạch giãn, phát hiện rò động – tĩnh mạch (rung miêu, tiếng thổi).
- Ngoài da: Da màu nâu đỏ thường ở quanh mắt cá, hoặc bị chàm hóa tĩnh mạch.
- Loét chân ở giai đoạn trễ chân có loét đã lành hoặc loét đang tiến triển.
- Nghiệm pháp Schwartz, Nghiệm pháp Trendelenburg [5].
- Nghiệm pháp Garo từng nấc, Nghiệm pháp Pratt.
- Nghiệm pháp đánh giá chức năng van tĩnh mạch sâu: Nghiệm pháp Perthes.

2. PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ

2.1. Phân loại CEAP

CEAP là hệ phân loại gồm lâm sàng (C), nguyên nhân (E), giải phẫu (A) và sinh lý bệnh (P). Bảng dưới đây trình bày phân độ lâm sàng; bản cập nhật CEAP 2020 có bổ sung một số phân nhóm [1].

Mức	Biểu hiện lâm sàng
C0	Không có dấu hiệu nhìn thấy hoặc sờ thấy; có thể có triệu chứng (C0s) hoặc không (C0a).
C1	Giãn mao mạch hoặc tĩnh mạch dạng lưới.
C2	Giãn tĩnh mạch thực sự, thường có đường kính ≥3 mm khi đứng; C2r nếu tái phát.
C3	Phù do bệnh tĩnh mạch, chưa có biến đổi da đặc trưng.
C4a	Tăng sắc tố hoặc chàm tĩnh mạch.
C4b	Xơ mỡ da hoặc teo trắng.
C4c	Corona phlebectatica – mạng tĩnh mạch hình quạt quanh cổ chân.
C5	Loét tĩnh mạch đã liền.
C6	Loét tĩnh mạch đang hoạt động; có thể ghi C6r nếu loét tái phát.

Lưu ý: CEAP không phải thang điểm tiến triển tuyến tính tuyệt đối và không thể chỉ dựa vào hình ảnh giãn tĩnh mạch để kết luận mức độ suy van. Cần ghi nhận thêm nguyên nhân, vị trí giải phẫu và cơ chế sinh lý bệnh khi phục vụ nghiên cứu.

2.2. Khám và cận lâm sàng

- Khai thác thời gian xuất hiện, tính chất tăng khi đứng/giảm khi kê chân, tiền sử huyết khối, thai kỳ, phẫu thuật, thuốc đang dùng và bệnh động mạch ngoại biên.
- Khám hai chân ở tư thế đứng nếu phù hợp: phân bố tĩnh mạch giãn, phù, màu da, chàm, xơ cứng, vị trí/kích thước loét; đánh giá mạch mu chân và chày sau.

- ***Siêu âm duplex Doppler*** tĩnh mạch là phương tiện hình ảnh đầu tay để đánh giá giải phẫu, huyết khối, tắc nghẽn và dòng trào ngược. Cần thực hiện theo quy trình chuyên môn, thường ở tư thế đứng hoặc tư thế thay thế phù hợp [6], [7].

-> Kết quả cho thấy hình ảnh những đoạn TM bị giãn, các van TM bị suy mất chức năng (dấu hiệu dòng trào ngược) và thấy được có cục máu đông hình thành trong lòng TM hay không.

- Đo chỉ số cổ chân-cánh tay (ABI) khi nghi bệnh động mạch ngoại biên hoặc trước khi chỉ định ép áp lực cao ở người có nguy cơ; đánh giá thêm các nguyên nhân phù khác khi cần.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Huyết khối tĩnh mạch sâu; bệnh động mạch ngoại biên; suy tim, suy thận hoặc bệnh gan gây phù; phù bạch huyết; bệnh cơ-xương-khớp; bệnh thần kinh ngoại biên; viêm mô tế bào và các bệnh da khác [8].

3. BỆNH DANH VÀ BỆNH CƠ THEO YHCT

1. Bệnh danh

Trong YHCT:

- Biểu hiện tĩnh mạch nông nổi rõ, ngoằn ngoèo, thành búi có thể tham chiếu phạm trù "Cân lựu" (筋瘤), thường mô tả gân mạch nổi thành búi ở chi dưới.

- Các biểu hiện nặng chân, tê đau, co rút có thể được phân tích trong phạm vi tý chứng/mạch tý; phù thuộc phạm trù thủy thũng; chàm, viêm da thuộc thấp sang; loét mạn vùng cẳng chân có thể liên hệ liêm sang/臁疮.

Đây là phép quy chiếu theo biểu hiện và bệnh cơ, không phải các tên gọi đồng nghĩa hoàn toàn với chẩn đoán hiện đại.

2. Nguyên nhân và bệnh cơ

Có thể vận dụng mô hình bản hư tiêu thực: bệnh lâu ngày, chính khí và khí huyết suy; đồng thời khí trệ, huyết ứ, thấp trệ hoặc thấp nhiệt lưu lại ở kinh lạc vùng chi dưới.

Đứng lâu, đi nhiều, lao lực kéo dài làm khí huyết vận hành bất lợi; tỳ khí hư có thể làm vận hóa thủy thấp kém; khí hư không thúc đẩy huyết hành gây ứ; can thận hư ở người bệnh lâu ngày có thể góp phần vào đau mỏi, suy yếu.

-> Đây là khung biện chứng, không mặc định mọi người bệnh đều có can thận hư.

Thể bệnh	Bệnh cơ theo YHCT	Bệnh chứng
Khí trệ huyết ứ	Khí hành không thông, huyết vận hành trở ngại, ứ trệ tại lạc mạch.	Tĩnh mạch nổi xanh tím, đau cố định, đau tăng khi đứng lâu, lưỡi tím/điểm ứ.
Khí hư huyết ứ	Khí hư không nhiếp huyết, không thúc đẩy huyết hành; bệnh lâu ngày.	Mỏi nặng chân, phù nhẹ, sắc mặt/tiếng nói kém, mệt, đau âm ỉ; lưỡi nhạt hoặc tím nhạt.
Thấp nhiệt hạ chú	Thấp nhiệt dồn xuống hạ tiêu, trở trệ kinh lạc và cơ phu.	Nặng chân, phù, nóng đỏ, ngứa, chàm rỉ dịch, chất lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt.
Tỳ hư thấp trệ	Tỳ mất kiện vận, thủy thấp đình tụ ở chi dưới.	Phù mềm, ấn lõm, nặng chân, ăn kém, bụng đầy, đại tiện nát; lưỡi nhạt, rêu trắng nhớt.
Can thận hư (kiêm chứng)	Bệnh lâu ngày, tuổi cao hoặc thể trạng suy; cân cốt mất nuôi dưỡng.	Đau mỏi lưng gối, yếu chân, ù tai hoặc triệu chứng hư suy đi kèm; cần biện chứng cụ thể.

3. Đối chiếu CEAP và phạm trù YHCT

Biểu hiện CEAP	Tham chiếu YCHT	Lưu ý
C0–C1	Chưa có một bệnh danh đặc hiệu; có thể xem xét khí trệ/huyết ứ khi có triệu chứng phù hợp.	Không gán bệnh danh chỉ từ triệu chứng chủ quan.
C2	Cân lựu; có thể kiêm mạch tý/huyết ứ.	Phù hợp nhất với hình thái búi tĩnh mạch nông nổi rõ.
C3	Thủy thũng, thấp trệ; có thể kiêm khí hư.	Phải loại trừ nguyên nhân phù toàn thân và huyết khối.
C4	Thấp sang, huyết ứ; chàm hóa có thể thuộc thấp nhiệt.	Cần phân biệt viêm da tiếp xúc, nhiễm trùng.

C5–C6	Liêm sang/臁疮, loét mạn; thường xét khí hư huyết ứ hoặc thấp nhiệt độc.	Điều trị vết loét theo chuẩn chăm sóc vết thương và đánh giá mạch máu.

IV. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ

Nguyên tắc chung: hoạt huyết hóa ứ, lý khí thông lạc; tùy chứng phối hợp ích khí, kiện tỳ hóa thấp, thanh nhiệt lợi thấp hoặc tư bổ can thận. Trị pháp phải dựa trên tứ chẩn và thể bệnh thực tế. Không dùng một bài thuốc cố định cho mọi bệnh nhân, cũng không coi thuốc hoạt huyết là phương pháp thay thế sửa chữa dòng trào ngược tĩnh mạch.

1. Thể khí trệ huyết ứ

Triệu chứng: chân nặng, đau tức tương đối cố định, tĩnh mạch giãn nổi xanh tím, có thể đau tăng cuối ngày; lưỡi tím hoặc có điểm ứ, mạch huyền/sáp.

Pháp trị: lý khí hoạt huyết, hóa ứ thông lạc.

Phương hướng phương dược tham khảo: Huyết phủ trục ứ thang hoặc Đào hồng tứ vật thang gia giảm theo chứng. Có thể cân nhắc các vị hoạt huyết như đương quy, xuyên khung, xích thược, đào nhân, hồng hoa, ngưu tất trong phạm vi chỉ định và chống chỉ định cụ thể.

2. Thể khí hư huyết ứ

Triệu chứng: bệnh kéo dài, mỏi nặng chân, đau âm ỉ, phù nhẹ, mệt, hụt hơi hoặc tiếng nói nhỏ; lưỡi nhạt hoặc tím nhạt, mạch hư/sáp [9].

Pháp trị: ích khí, hoạt huyết, thông lạc.

Phương hướng tham khảo: Bổ dương hoàn ngũ thang gia giảm. Chú ý đánh giá nguy cơ chảy máu, tương tác thuốc và bệnh nền trước khi phối hợp các vị hoạt huyết.

3. Thể thấp nhiệt hạ chú

Triệu chứng: chân nặng phù, vùng da nóng đỏ, ngứa, chàm rỉ dịch, có thể đau; lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt/sác.

Pháp trị: thanh nhiệt, lợi thấp, hoạt huyết thông lạc; nếu có loét nhiễm trùng phải xử trí nhiễm trùng theo y khoa.

Phương hướng tham khảo: Tứ diệu hoàn hoặc các phương thanh nhiệt lợi thấp gia giảm theo chứng; Tứ diệu dũng an thang chỉ được cân nhắc trong một số biểu hiện nhiệt độc/loét phù hợp, không phải bài thuốc mặc định cho giãn tĩnh mạch.

4. Thể tỳ hư thấp trệ

Triệu chứng: phù mềm, nặng chân, mệt, ăn kém, bụng đầy, phân lỏng; lưỡi nhạt, rêu trắng nhớt, mạch nhu/nhược.

Pháp trị: kiện tỳ ích khí, hóa thấp lợi thủy, phối hợp hoạt huyết khi có ứ.

Phương hướng tham khảo: Sâm linh bạch truật tán hoặc phương kiện tỳ hóa thấp gia giảm theo biểu hiện; không lợi thủy quá mức khi có mất nước, suy thận hoặc rối loạn điện giải.

5. Can thận hư kiêm huyết ứ

Triệu chứng: bệnh lâu ngày, đau mỏi lưng gối, yếu chân, mệt, có dấu hiệu can thận hư theo tứ chẩn; có thể kèm tĩnh mạch nổi và đau do ứ.

Pháp trị: tư bổ can thận, dưỡng huyết ích khí, hoạt huyết thông lạc tùy thiên hướng âm hư/dương hư và mức độ huyết ứ.

Phương hướng tham khảo: Lục vị địa hoàng hoàn hoặc Hữu quy hoàn chỉ khi biện chứng phù hợp; phối hợp hoạt huyết phải cân nhắc kỹ, tránh dùng máy móc.

Tham khảo:

Theo các tài liệu trước đó có thể chia các thể:

- *Thể Khí trệ huyết ứ*
- *Thể huyết táo cân loạn*
- *Thể hàn thấp ngưng trệ*

V. CHÂM CỨU, NGOẠI TRỊ VÀ DƯỠNG SINH

1. Châm cứu

- Xây dựng phác đồ hỗ trợ triệu chứng theo biện chứng, ví dụ: Túc tam lý (ST36), Tam âm giao (SP6), Huyết hải (SP10), Âm lăng tuyền (SP9), Thái xung (LR3), Cách du (BL17). Gia giảm theo đau, phù, thấp nhiệt hoặc khí hư…

Lưu ý: không châm trực tiếp vào búi tĩnh mạch giãn, vùng da viêm/nhiễm trùng/loét; tránh châm sâu hoặc thao tác gây chảy máu tại vùng mạch nông; thận trọng ở người dùng thuốc chống đông, rối loạn đông máu, giảm cảm giác hoặc có nguy cơ nhiễm trùng. Không châm cứu để trì hoãn siêu âm hoặc chuyển chuyên khoa [10].

2. Xoa bóp, bấm huyệt và giác hơi

Không xoa bóp mạnh, day ấn sâu, giác hơi hoặc cạo gió trực tiếp trên búi tĩnh mạch giãn, vùng nghi huyết khối, viêm tĩnh mạch, da mỏng dễ chảy máu hoặc vùng loét. Có thể hướng dẫn vận động cổ chân nhẹ nhàng và thư giãn cơ nếu không có chống chỉ định; không coi thủ thuật tại chỗ là cách làm mất suy van.

3. Chăm sóc và dưỡng sinh

- Đi bộ, co-duỗi cổ chân, nhón gót và các bài tập bơm cơ bắp chân phù hợp thể trạng; tránh bất động kéo dài.
- Khi phải ngồi hoặc đứng lâu, thay đổi tư thế và vận động ngắn định kỳ; nghỉ với chân kê cao khi phù.
- Duy trì cân nặng hợp lý; chăm sóc da, dưỡng ẩm, tránh gãi và tránh chấn thương vùng cẳng chân.
- Vớ áp lực phù hợp có thể giảm triệu chứng và phù; cần được chọn cỡ/áp lực đúng. Đánh giá bệnh động mạch ngoại biên trước ép áp lực cao ở người có nguy cơ.
- Loét tĩnh mạch cần chăm sóc vết thương, băng ép khi phù hợp và đánh giá nguyên nhân mạch máu; không tự đắp thuốc hoặc lá cây lên vết loét. [11,12]

VI. ĐIỀU TRỊ THEO YHHĐ VÀ PHỐI HỢP YHCT

1. Điều trị bảo tồn

Điều chỉnh lối sống, vận động và nâng cao chân; vớ ép phù hợp; chăm sóc da và loét; thuốc hướng tĩnh mạch có thể được cân nhắc để giảm triệu chứng/phù ở một số người bệnh theo chỉ định. Thuốc không làm mất hoàn toàn các búi giãn hay sửa được mọi trường hợp trào ngược [2], [7].

2. Can thiệp

Ở người có triệu chứng và trào ngược thân tĩnh mạch nông được xác nhận bằng siêu âm, các phương pháp can thiệp có thể gồm đốt nội mạch bằng laser hoặc sóng cao tần, keo sinh học, gây xơ bọt, phẫu thuật thắt-bóc tĩnh mạch hoặc lấy bỏ nhánh giãn. Lựa chọn phụ thuộc giải phẫu, mức độ bệnh, nguy cơ, mong muốn người bệnh và năng lực cơ sở. Không nên áp dụng quy tắc cứng "phải điều trị bảo tồn đủ 6 tháng" cho mọi bệnh nhân trước khi can thiệp; hướng dẫn chuyên ngành cho phép lựa chọn can thiệp phù hợp ở người có chỉ định [6], [7].

3. Nguyên tắc phối hợp

YHHĐ xác định giải phẫu, mức độ trào ngược/tắc nghẽn và chỉ định ép hoặc can thiệp; YHCT có thể hỗ trợ kiểm soát triệu chứng và chăm sóc toàn trạng theo biện chứng.

Không dùng thuốc YHCT thay thế chống đông khi có huyết khối tĩnh mạch sâu, không thay thế kháng sinh khi có nhiễm khuẩn cần điều trị và không thay thế can thiệp khi có chỉ định.

Rà soát tương tác: các vị/thuốc có tác dụng hoạt huyết có thể làm tăng nguy cơ chảy máu khi phối hợp thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu hoặc trước/sau thủ thuật. Cần khai thác đầy đủ thuốc, thực phẩm bổ sung và bệnh nền.

Với loét, ưu tiên đánh giá tưới máu động mạch, chăm sóc vết thương chuẩn, kiểm soát phù và điều trị nguyên nhân tĩnh mạch; ngoại trị YHCT chỉ cân nhắc bổ trợ khi có quy trình vô khuẩn và theo dõi [11].

VII. BIẾN CHỨNG VÀ DẤU HIỆU CẦN CHUYỂN VIỆN

Tình huống	Dấu hiệu cảnh báo	Xử trí định hướng
Huyết khối tĩnh mạch sâu	Sưng đau một bên chân mới xuất hiện, căng nóng, tăng chu vi; nguy cơ sau bất động/phẫu thuật/ung thư.	Đánh giá khẩn, siêu âm Doppler; không xoa bóp chân.
Thuyên tắc phổi	Khó thở đột ngột, đau ngực kiểu màng phổi, ho ra máu, ngất, tụt huyết áp.	Cấp cứu ngay, gọi cấp cứu 115.
Chảy máu búi giãn	Chảy máu tự phát hoặc sau va chạm từ tĩnh mạch nông.	Nằm, nâng chân, ép trực tiếp liên tục lên điểm chảy máu; cấp cứu/đánh giá chuyên khoa.
Viêm mô tế bào/nhiễm trùng loét	Đỏ nóng lan rộng, đau tăng, mủ, sốt hoặc rét run.	Khám khẩn; đánh giá nhiễm trùng và điều trị theo phác đồ.
Loét tiến triển	Vết loét tăng diện tích, hoại tử, đau bất thường, bàn chân lạnh/tím hoặc mất mạch.	Đánh giá mạch máu, loại trừ thiếu máu chi; chuyển chuyên khoa.

VIII. QUY TRÌNH TIẾP CẬN NGƯỜI BỆNH TRONG THỰC HÀNH

1. Bước 1 - Sàng lọc nguy hiểm: loại trừ huyết khối cấp, thuyên tắc phổi, chảy máu, nhiễm trùng nặng và thiếu máu chi.

2. Bước 2 - Khai thác bệnh sử và khám hai chi dưới; ghi nhận triệu chứng, dấu hiệu da, phù, mạch ngoại vi và yếu tố nguy cơ.

3. Bước 3 - Phân loại CEAP; chỉ định/đọc siêu âm duplex theo chuyên khoa; đánh giá ABI khi cần trước ép.

4. Bước 4 - Chẩn đoán YHCT bằng tứ chẩn, xác định bệnh danh phù hợp và thể bệnh chủ đạo/kiêm chứng.

5. Bước 5 - Lập kế hoạch phối hợp: giáo dục vận động, ép phù hợp, chăm sóc da/vết thương, điều trị chuyên khoa; cân nhắc YHCT hỗ trợ có kiểm soát.

6. Bước 6 - Theo dõi: mức độ đau/nặng chân, phù, chu vi cẳng chân, tình trạng da/loét, tuân thủ vớ ép, VCSS/CEAP và tác dụng không mong muốn.

IX. CA LÂM SÀNG THẢO LUẬN

Người bệnh nữ 56 tuổi, nhân viên bán hàng, đứng nhiều. Hai chân nặng và mỏi về cuối ngày 3 năm nay; tĩnh mạch vùng cẳng chân nổi ngoằn ngoèo, mắt cá phù nhẹ về chiều, giảm khi nghỉ và kê cao chân. Da chưa có chàm hay loét. Siêu âm duplex ghi nhận trào ngược tĩnh mạch hiển lớn. Lưỡi tím nhạt, có điểm ứ; mạch huyền sáp.

Câu hỏi thảo luận:

1. Xếp loại CEAP lâm sàng phù hợp? Cần bổ sung thông tin gì để phân loại đầy đủ?

2. Chẩn đoán YHCT nào phù hợp hơn: cân lựu, mạch tý hay thủy thũng? Có thể có kiêm chứng gì?

3. Phân tích bệnh cơ và đề xuất pháp trị.

4. Biện pháp YHHĐ nào cần ưu tiên? Vai trò của vớ ép, vận động và can thiệp?

5. Những lưu ý an toàn khi cân nhắc thuốc hoạt huyết, châm cứu hoặc xoa bóp?

Gợi ý đáp án: Có búi giãn tĩnh mạch và phù nên tối thiểu biểu hiện lâm sàng C2 và C3; nếu có cả hai ghi C2,3. YHCT có thể quy vào cân lựu, kiêm khí trệ huyết ứ/mạch lạc ứ trở. Cần xác nhận kết quả siêu âm, đánh giá mức độ triệu chứng, loại trừ bệnh phối hợp và trao đổi lựa chọn điều trị với chuyên khoa mạch máu [1].

X. KẾT LUẬN

Suy giãn tĩnh mạch chi dưới là bệnh lý mạn tính có phổ biểu hiện rộng, từ giãn tĩnh mạch nông đến phù, biến đổi da và loét.

YHHĐ cung cấp công cụ phân loại CEAP, siêu âm duplex và các phương pháp điều trị nguyên nhân.

YHCT có thể tiếp cận theo phạm trù cân lựu, mạch tý, thủy thũng, thấp sang và liêm sang tùy biểu hiện; trọng tâm biện chứng thường là khí trệ huyết ứ, khí hư huyết ứ, thấp nhiệt hạ chú hoặc tỳ hư thấp trệ. Phối hợp cần dựa trên bằng chứng, an toàn và không trì hoãn điều trị theo nguyên tắc chung.

XI. TÀI LIỆU NGHIÊN CỨU VÀ THAM KHẢO

[1]. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;63(2):184–267. doi:10.1016/j.ejvs.2021.12.024. https://esvs.org/wp-content/uploads/2023/03/ESVS-2022-CVD-Guidelines.pdf

[2]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Varicose veins: diagnosis and management. Clinical guideline CG168. https://www.nice.org.uk/guidance/cg168

[3]. Venous Group of Vascular Surgery Committee of Chinese Medical Doctor Association. Diagnosis and treatment standard of common venous diseases (2022 edition). Chinese Archives of General Surgery (Electronic Edition). 2022;16(4):255–272. doi:10.3877/cma.j.issn.1674-0793.2022.04.002.

[4]. Bệnh viện Chợ Rẫy. Phác đồ điều trị 2013: Phần Nội khoa. NXB Y học TP. Hồ Chí Minh; 2013. [Cần đối chiếu chương/trang trong bản gốc].

[5]. Lê Nữ Thị Hòa Hiệp. Bài giảng suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính. 2014. [Chưa xác minh được nguồn xuất bản/bản gốc].

[6]. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I: Duplex Scanning and Treatment of Superficial Truncal Reflux. J Vasc Surg Venous Lymphat

Disord.2023; 11(2):231–261.e6. doi:10.1016/j.jvsv.2022.09.004. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36326210/

[7]. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of

varicose veins of the lower extremities. Part II. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2024;12(1):101670. doi:10.1016/j.jvsv.2023.08.011. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37652254/

[8]. Bệnh viện Bạch Mai. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa. NXB Y học; 2018. [Cần đối chiếu bản gốc để xác nhận ấn bản và trang trích dẫn].

[9]. Shen Y, Zhou S, He Y, et al. Clinical study on the treatment of lower limb venous ulcer of qi deficiency and blood stasis syndrome with Modified Qilong Quyu Mixture plus external treatment and conditioning. Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine. 2023;57(6):84–87.doi:10.16305/j.1007-1334.2023.2301059. https://shzyyzz.shzyyzz.com/en/article/doi/10.16305/j.1007-1334.2023.2301059/

[10]. Bộ Y tế. Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu. Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013.

[11]. Li X, et al. External Application of Traditional Chinese Medicine for Venous Ulcers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:831474. doi:10.1155/2015/831474. PMID:26435725. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4576005/

[12]. Zhang B, Wang W, Wu S, et al. Effectiveness and safety of Chinese traditional medicine Ulcer Ointment for skin ulcers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Pharmacol. 2026;17:1764562. doi:10.3389/fphar.2026.1764562. PMID:41908812. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41908812/