2. Những tập quán có liên quan đến thức ăn bổ sung

Thực hành cho trẻ ăn bổ sung vẫn là vấn đề đáng quan tâm, đặc biệt là các vùng nông thôn nghèo, miền núi. Trong nghiên cứu này có sự thay đổi lớn về thời gian cho trẻ ăn bổ sung. Trước đây tất cả các bà mẹ cho con ăn bổ sung trước khi trẻ 3 tháng. Tỷ lệ bà mẹ cho ăn bổ sung đúng thời điểm (6-8 tháng) năm 1985 là 0% thì nay là 61,4%. Tuy nhiên vẫn còn 15,6% trẻ ăn bổ sung quá sớm (trước 3 tháng). Kết quả này cao hơn kết quả của Nguyễn Đình Quang với 21% (trẻ M'nông) và 20% (trẻ Ê đê) năm 1996 và kết quả của Lê Thị Hương với 21,9% ăn bổ sung từ tháng thứ 6 [2], [5].

Trong thức ăn cho trẻ tuy chưa đầy đủ cách đây 30 năm nhưng hiện nay việc cho trẻ ăn rau và ăn dầu không có sự kiêng quá mức và đặc biệt trẻ được ăn thức ăn động vật thường xuyên hơn. Trước đây bà mẹ chưa biết chế biến bột cho con, thức ăn bổ sung cho trẻ còn đơn giản, nghèo nàn. Tuy nhiên hiện nay đã thay đổi, các bà mẹ biết cho con ăn đúng thời điểm ăn bổ sung và cho đủ 4 nhóm thức ăn như chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em đã hướng dẫn.

Như vậy có thể thấy rõ các hoạt động về giáo dục dinh dưỡng vùng Yên Bái đã có hiệu quả rõ rệt, dựa trên kết quả nghiên cứu dân tộc điển hình ở Yên Bái sau 30 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu Nhạn - Đào Thị Ngọc Diễm và cộng sự.** *Nguyên nhân mất sữa của bà mẹ và ảnh hưởng của nó tới tình trạng dinh dưỡng sức khỏe trẻ em.* Tài liệu Hội thảo sữa mẹ - 1983 - VDD - Trang 25.

2. **Nguyễn Đình Quang** (1996), *Thực hành nuôi con của bà mẹ nội thành và ngoại thành giai đoạn hiện tại,* Luận án Thạc sỹ Dinh dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Viện Dinh dưỡng và UNICEF** (2012), *Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010.*

4. **UNICEF** (2014), *Global databases based on MICS.* DHS and other nationally representative surveys.

5. **Lê Thị Hương** (2008). *Kiến thức và thực hành dinh dưỡng của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ tại huyện Hải Lăng tỉnh Quảng Trị.* Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. 4(2). Tr 40-47.

6. **Viện Dinh dưỡng – Alive & Thrive** (2014). *Thông tin giám sát dinh dưỡng 2014.*

7. **Phạm Thị Thu, Thái Lan Anh, Phạm Thanh Bình** (2015). *Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi và một số yếu tố liên quan tại xã Doàn Xá, huyện Kiến Thuy. Hải Phòng năm 2013.* Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. 11(2). Tr 31-39.

8. **Hà Huy Khôi, Lê Danh Tuyên.** *Tình hình nuôi con nhỏ dưới 1 tuổi trẻ em các dân tộc 1980-2005.* Tài liệu kỷ yếu công trình khoa học Viện Dinh dưỡng.

9. **Cao Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm** (2015). *Thực hành chăm sóc thai và nuôi con bằng sữa của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại Quảng Ngãi.* Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm 11(1) Tr 22-28.

ĐA KÝ GIẤC NGỦ CỦA BỆNH NHÂN MẤT NGỦ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN THANH BÌNH, NGUYỄN THỊ BÍCH NGỌC

Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục đích: Tìm hiểu các đặc điểm của đa kí giấc ngủ trên bệnh nhân mất ngủ mạn tính. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân mất ngủ mạn tính. Tất cả các bệnh nhân đều được ghi đa kí giấc ngủ. Kết quả: Hiệu quả giấc ngủ trung bình là 62,87 ± 17,62%. Hiệu quả giấc ngủ kém và rất kém chiếm tỷ lệ cao (74%). Thời gian vào giấc ngủ trung bình là 34,59 ± 50,76 phút. Thời lượng ngủ trung bình trong đêm là 5,09 ± 1,35 giờ. Cấu trúc giấc ngủ của bệnh nhân mất ngủ thay đổi so với bình thường: tỷ lệ giai đoạn ngủ chậm sâu giảm, đạt 17,86 ± 6,99%, giai đoạn động mắt nhanh giảm, đạt 16,53 ± 7,77%.

Từ khóa: *mất ngủ, đa kí giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, cấu trúc giấc ngủ.*

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2017

Ngày phản biện: 22/6/2017

Ngày duyệt bài: 04/7/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

SUMMARY

POLYSOMNOGRAPHY IN INSOMNIA PATIENTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe some characteristics of polysomnography in chronic insomnia patients. Methods: Cross-sectional descriptive study was conducted on chronic insomnia patients. All patients were done polysomnography. Results: This study showed that: The mean sleep efficiency was 62.87 ± 17.62%. The rate of poor and very poor sleep efficiency was high, 74%. Average onset of sleep time was 34.59 ± 50.76 minutes. Average total sleep time was 5.09 ± 1.35 hours. The sleep structure of patients with insomnia was different from normal one. The rate of slow wave sleep stage was reduced to 17.86 ± 6.99% and the rapid eyes movement stage decreased to 16.53 ± 7.77%.

Keywords*: insomnia, polysomnography, sleep efficieny, sleep structure.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một triệu chứng hay gặp ở người cao tuổi. Ở người già, mất ngủ tăng theo độ tuổi, giới tính nữ, đơn thân hay giáo dục và thu nhập thấp [1, 2].

Chẩn đoán mất ngủ thông thường dựa vào việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Tuy nhiên trong những trường hợp mất ngủ nặng và kéo dài có thể cần thăm dò giấc ngủ sâu hơn bằng đa ký giấc ngủ. Phương pháp này có thể giúp chẩn đoán khách quan mất ngủ, tìm hiểu nguyên nhân và theo dõi kết quả điều trị. Tại Việt Nam cho đến nay vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào về đa ký giấc ngủ trong mất ngủ mạn tính. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:" Đa ký giấc ngủ ở bệnh nhân mất ngủ mạn tính tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương" với mục tiêu tìm hiểu các đặc điểm thường gặp của đa ký giấc ngủ trên bệnh nhân mất ngủ mạn tính.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Là bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ mạn tính có tuổi đời từ 18 trở lên tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ 1/2013 đến 12/2013 theo các tiêu chuẩn lâm sàng như sau:

- Mất ngủ là khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc thức dậy quá sớm và không quay trở lại được giấc ngủ hoặc ngủ dậy có cảm giác không ngon giấc và mệt mỏi. Mất ngủ mạn tính khi mất ngủ xuất hiện hơn 3 lần 1 tuần và kéo dài hơn 1 tháng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu bệnh án dành riêng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn tham gia nghiên cứu được ghi đa ký giấc ngủ qua đêm. Các bệnh nhân đều được ghi đa ký giấc ngủ theo một qui trình thống nhất.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân, gồm 22 bệnh nhân nam, 28 bệnh nhân nữ.

1. Hiệu quả giấc ngủ

Bảng 1. Phân bố hiệu quả giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=50)
Tốt (>85%)	4	8
Trung bình (76-85%)	9	18
Kém (≤ 75%)	37	74
Tổng số	50	100

Nhận xét: Hiệu quả giấc ngủ kém chiếm tỷ lệ cao (74%).

Bảng 2. Hiệu quả giấc ngủ theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam (n=22)	Nữ (n= 28)	Cả 2 nhóm (n=50)	p
Dưới 60	58,1 ± 22,6 (n=13)	72,1 ± 12,6 (n=18)	66,2 ± 18,5 (n=31)	
Từ 60 trở lên	47,7 ± 13,2 (n=9)	66,1 ± 10,5 (n=10)	57,4 ± 14,9 (n=19)	
Cả 2 nhóm	53,8 ± 19,6	70,0 ± 12,08	62,9 ± 17,6	P=0,002<0,05
P	0,234 > 0,05	0,209 > 0,05	0,085 > 0,05	

Nhận xét: Hiệu quả giấc ngủ của nhóm nam thấp hơn nhóm nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Hiệu quả giấc ngủ của bệnh nhân trên 60 tuổi thấp hơn hiệu quả giấc ngủ của bệnh nhân dưới 60 tuổi. Tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

2. Thời gian vào giấc

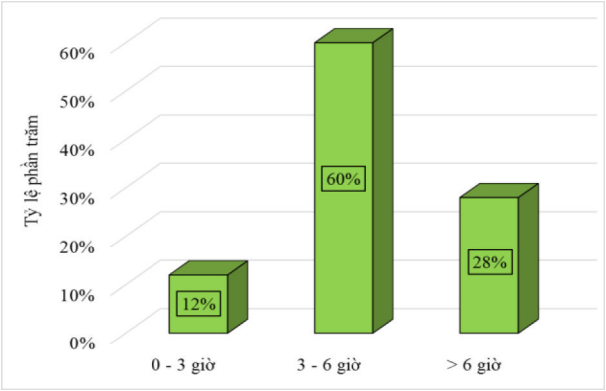
Bảng 3. Thời gian vào giấc trên đa ký giấc ngủ

Thời gian vào giấc (phút)		Nam (n=22)		Nữ (n=28)		Tổng (n=50)		p
		Số BN	TL %	Số BN	TL %	Số BN	TL %	
≤15 (n=22)		4	18,2	18	64,3	22	44	
>15 (n=28)	15 – 30	9	40,9	5	17,9	14	28	
	30 – 60	4	18,2	2	7,1	6	12	
	>60	5	22,7	3	10,7	8	16	
Tổng		22	100	28	100	50	100	
Thời gian vào giấc TB		52,4 ± 70,4		20,6 ± 19,2		34,6 ± 50,8		p= 0,051 >0,05

Nhận xét: - Có 28/50 bệnh nhân có thời gian vào giấc trên 15 phút, chiếm 56%.

- Thời gian vào giấc trung bình của 2 nhóm nam và nữ không có sự khác biệt (p>0,05).

3. Thời lượng ngủ trong đêm



Biểu đồ 1: Thời lượng ngủ trong đêm

Nhận xét: Thời lượng ngủ trong đêm trên đa ký giấc ngủ từ 3-6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 60%.

Thời lượng ngủ trong đêm trung bình trên đa ký giấc ngủ cho cả 50 bệnh nhân là 5,09 ± 1,35 giờ.

4. Cấu trúc giấc ngủ

Bảng 4. Tỷ lệ các giai đoạn giấc ngủ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Giai đoạn 1 (%)	Giai đoạn 2 (%)	Giai đoạn 3-4 (%)	Giai đoạn động mắt nhanh (%)
Dưới 60 (n=31)	4,6 ± 3,4	61,5 ± 9,5	17,3 ± 6,8	16,7 ± 8,6
Từ 60 trở lên (n=19)	5,1 ± 3,8	57,3 ± 12,0	18,8 ± 7,3	16,3 ± 6,4
Cả 2 nhóm (n=50)	4,79 ± 3,50	60 ± 10,6	17,9 ± 7,0	16,5 ± 7,8
P	p=0,668 >0,05	p=0,17 >0,05	p=0,469 >0,05	p=0,85 >0,05

Nhận xét: Tỷ lệ giai đoạn 1, giai đoạn 2, giai đoạn 3 – 4 và giai đoạn động mắt nhanh ở 2 nhóm tuổi không có sự khác biệt (p>0,05).

Tỷ lệ giai đoạn 3 – 4 đạt 17,86 ± 6,99% và giai đoạn động mắt nhanh đạt 16,53 ± 7,77% đều thấp hơn giá trị bình thường.

BÀN LUẬN

1. Hiệu quả giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ được tính bằng thời gian ngủ thực sự so với thời gian nằm trên giường. Tuổi càng cao thì hiệu quả giấc ngủ càng giảm. Theo Dobbin K, về mặt sinh lý, có sự thay đổi về nhịp thức ngủ khi tuổi càng cao [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả giấc ngủ đạt được là 62,87 ± 17,62% cho cả 50 bệnh nhân. Khi so sánh hiệu quả giấc ngủ theo tuổi và giới chúng tôi nhận thấy, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có hiệu quả giấc ngủ thấp hơn nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi (bảng 2). Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Đặc biệt, qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, mặc dù trên lâm sàng bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán mất ngủ mạn tính, nhưng chúng tôi vẫn bắt gặp 3 bệnh nhân trong số 50 bệnh nhân nghiên cứu có hiệu quả giấc ngủ đạt trên 90%. Xem xét kỹ kết quả đa ký giấc ngủ của 3 bệnh nhân này, chúng tôi thấy thời gian vào giấc của các bệnh nhân này đều dưới 15 phút. Số lần thức giấc trong đêm không quá 1 lần, tỷ lệ các giai đoạn giấc ngủ thay đổi không đáng kể. Nghiên cứu của Ahmed Bahammam nhận thấy trong 67 bệnh nhân mất ngủ mạn tính được ghi đa ký giấc ngủ có tới 40,3% là mất ngủ chủ quan tức là bệnh nhân có than phiền về mất ngủ, nhưng kết quả PSG cho thấy hiệu quả giấc ngủ và thời gian vào giấc đều bình thường, chỉ biểu hiện rối loạn về cấu trúc giấc ngủ. Tác giả cũng cho rằng đây chính là điều đáng quan tâm nhất trong nghiên cứu của mình và đưa ra đề nghị cần phải có những nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này để đưa ra được tiêu chuẩn chẩn đoán, sinh lý bệnh của tình trạng mất ngủ chủ quan [3]. Do đó, ở những bệnh nhân than phiền mất ngủ mạn tính, việc đánh giá bản chất của mất ngủ bằng đa ký giấc ngủ là cần thiết.

2. Thời gian vào giấc ngủ

Thời gian vào giấc ngủ trên đa ký giấc ngủ trung bình cho cả 50 bệnh nhân là 34,59 ± 50,76 phút. Số bệnh nhân có thời gian vào giấc trên 15 phút vẫn chiếm một tỷ lệ cao là 56% (bảng 3). Tuy nhiên điều đáng nói ở đây là có tới 44% số bệnh nhân có thời gian vào giấc trên kết quả đa ký nhỏ hơn hoặc bằng 15 phút. So sánh với thời gian vào giấc ngủ theo lời kể của bệnh nhân ở bảng 3, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa lời kể của bệnh nhân và kết quả đa ký giấc ngủ. Thời gian vào giấc trung bình theo lời kể của bệnh nhân là 57,38 ± 61,31 phút, cao hơn so với thời gian vào giấc trên đa ký giấc ngủ. Tỷ lệ thời gian vào giấc theo lời kể của bệnh nhân từ 30 – 60 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 48%, trong khi theo đa ký thì chỉ có 12% bệnh nhân có thời gian vào giấc từ 30 – 60 phút, ngược lại có 44% bệnh nhân có thời gian vào giấc dưới 15 phút. Điều này hoàn toàn phù hợp với tâm lý bệnh nhân. Bởi khi bệnh nhân đến với thầy thuốc, họ thường có xu hướng cường điệu hóa mức độ bệnh của mình, với hy vọng sẽ nhận được khả năng điều trị cao nhất của thầy thuốc. Tuy nhiên, điều này cũng một lần nữa khẳng định vai trò của đa ký giấc ngủ trong đánh giá khách quan các triệu chứng của mất ngủ. Từ đó người thầy thuốc đánh giá chính xác mức độ trầm trọng của mất ngủ để đưa ra được hướng điều trị phù hợp với từng bệnh nhân.

3. Thời lượng ngủ trong đêm

Kết quả đa ký giấc ngủ của chúng tôi cho thấy thời lượng ngủ trung bình trong một đêm cho cả 50 bệnh nhân trong một đêm là 5,09 ± 1,35 giờ, trong đó số bệnh nhân ngủ được từ 3 – 6 giờ đạt tỷ lệ cao nhất là 60% (biểu đồ 1). Kết quả này có sự sai khác với lời kể của bệnh nhân. Dựa vào hỏi bệnh, chúng tôi ghi nhận có 60% bệnh nhân chỉ ngủ được từ 0 – 3 giờ trong một đêm và thời lượng ngủ trung bình của cả 50 bệnh nhân trong một đêm chỉ đạt 3,37 ± 1,76 giờ. Như vậy, dựa vào đa ký giấc ngủ chúng ta có thể đánh giá khách quan hơn, chính xác hơn bản chất của mất ngủ. Đặc biệt ở những bệnh nhân mất ngủ nặng và kéo dài thì thăm dò giấc ngủ thông qua đa ký giấc ngủ là vô cùng cần thiết.

4. Cấu trúc giấc ngủ

Phân tích tỷ lệ các giai đoạn trong giấc ngủ, chúng tôi nhận thấy có sự biến đổi nhẹ về cấu trúc giấc ngủ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ giai đoạn 2 (ngủ chậm nông) có xu hướng kéo dài hơn, trong khi thời gian của giai đoạn 3 (ngủ chậm sâu) và giai đoạn động mắt nhanh (REM) giảm hơn so với bình thường. Khi so sánh tỷ lệ các giai đoạn giấc ngủ ở 2 nhóm tuổi dưới 60 và trên 60 chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số công trình đã công bố trước đó. Nghiên cứu của Ahmed Bahammam trên 67 bệnh nhân mất ngủ mạn tính, kết quả PSG chỉ ra rằng cấu trúc giấc ngủ ở những bệnh nhân này bị thay đổi so với bình thường. Tỷ lệ giai đoạn 1 (14,6 ± 1,2 %) và giai đoạn 2 (59,6 ± 2,04%) kéo dài, trong khi đó tỷ lệ giai đoạn ngủ chậm sâu (giai đoạn 3) là 8,6 ± 1,3 % và giai đoạn REM là 14,7 ±1,2% lại có xu hướng giảm đi [3]. Nhiều nghiên cứu khác trên những bệnh nhân mất ngủ mạn tính do OSA cũng cho kết quả tương tự. Zevin S và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn

khi ngủ thấy tỷ lệ giai đoạn 2 là 68,3 ± 2,3%, giai đoạn 4 là 4,5 ± 4,9% và giai đoạn REM là 17,8 ± 6,7% [4]. Các nghiên cứu khác cũng đều cho thấy sự thay đổi cấu trúc giấc ngủ của những bệnh nhân mất ngủ mạn tính [5] [6].

KẾT LUẬN

Đa ký giấc ngủ là một xét nghiệm có giá trị cao trong đánh giá cấu trúc giấc ngủ của bệnh nhân mất ngủ mạn tính, đồng thời xét nghiệm này cho phép loại trừ được các trường hợp mất ngủ chủ quan. Kết quả đa ký giấc ngủ thực sự hữu ích cho các bác sỹ trong việc lựa chọn, tìm ra phác đồ điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Backhaus J., Junghanns K., Born J., et al** (2006). *Impaired declarative memory consolidation during sleep in patients with primary insomnia: Influence of sleep architecture and nocturnal cortisol release*. Biol Psychiatry, 60(12), 1324-30.

2. **Dobbin K.R et al.** (2002). *Obstructive Sleep Apnea: Regconition and management consideration for the aged patient,* AACN Clinical Issues, vol 13, 103-113.

3. **Ahmed BaHammam**. (2004). *Polysomnographic Characteristics of Patients with Chronic Insomnia,* Sleep and Hypnosis 2004, 6(4), 163-168.

4. **Zevin S, et al**. (2003). *Clinical Effects of Locally Delivered Nicotine in Obstructive Sleep Apnea Syndrome*, American Journal of Therapeutics, 10, 170-175.

5. **Nena E, Steiropolous P, Constantinidis T et al.** (2010). *Work Productivity in Obstructive Sleep Apnea Patients*, JOEM, Vol 52, Number 6, 622 – 625.

6. **Iriarte J et al.** (2009). *Sleep Structure in Patients With Periodic Limb Movements and Obstructive Sleep Apnea Syndrome*, J Clin Neurophysiol, 26, 267 – 271.

KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC

MAI ĐỨC THẢO[1], ĐẶNG QUỐC TUẤN[2], NGUYỄN XUÂN HIỀN[2]

[1]Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

[2]Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân hồi sức tích cực và bước đầu đánh giá dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới bằng heparin trọng lượng phân tử thấp ở bệnh nhân hồi sức tích cực. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 90 BN ở khoa Hồi sức Tích cực từ 6/2015 đến 05/2016, tuổi > 18 tuổi, APACHE II > 18, dự kiến nằm điều trị ≥ 6 ngày, định lượng D-Dimer và siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới có ép. Kết quả: 25% BN bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, 62,5% xuất hiện ở tuần đầu, có 37,5% bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới vào những ngày điều trị tiếp theo. Có 28,9% BN dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu. Bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong nhóm có dự phòng thấp hơn so với nhóm không dự phòng (p < 0,05). Kết luận: Tỉ lệ bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN hồi sức tích cực trong nghiên cứu là 25%. 28,9% BN dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu có hiệu quả với p < 0,05.

Từ khóa: *Tỉ lệ mắc, huyết khối tĩnh mạch sâu, dự phòng.*

Chịu trách nhiệm: Mai Đức Thảo

Email: maiducthaopk@gmail.com

Ngày nhận: 18/5/2017

Ngày phản biện: 14/6/2017

Ngày duyệt bài: 27/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

SUMMARY

DEEP VENOUS THROMBOSIS (DVT) IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU)

Purpose: To determine the rate of Deep Venous Thrombosis (DVT) in intensive care unit (ICU) patients. Effective DVT prophylaxis with low-molecular-weight heparin in ICU patients. Materials and method: Descriptive Study. 90 patients were admitted ICU from June 2016 to May 2016. with age > 18 years, APACHE II score> 18 and is expected to lie ≥ 6 days of treatment, and quantitative D-dimer, doppler ultrasound lower limb venous doppler have pressed. Results: In our study the rate of DVT is 25%, which essentially undetectable at the time of the first week (62.5%) and 37.5% being in the days following. 28.9% of patients are used prophylactic DVT, The incidence of DVT in the group prophylaxis is lower than with no prophylaxis (p < 0.05). Conclusion: The incidence of DVT in ICU patients in the study is 25%. 28.9% of patients with DVT prophylaxis, DVT prophylaxis is effective with P <0.05.

Keywords: *Incidence, deep vein thrombosis, prophylaxis.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là bệnh lý nghiêm trọng do các biến chứng. Biến chứng cấp tính là tắc động mạch phổi (TĐMP), biến chứng mạn tính là hội chứng hậu huyết khối và loét tĩnh mạch mạn tính do đó HKTMS làm tăng gánh nặng về bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.

Bệnh nhân hồi sức tích cực (HSTC) có nhiều nguy cơ mắc HKTMS, ngoài các nguy cơ gây HKTM chung còn có nguy cơ riêng trong hồi sức như sốc,