

khi ngủ thấy tỷ lệ giai đoạn 2 là $68,3 \pm 2,3\%$, giai đoạn 4 là $4,5 \pm 4,9\%$ và giai đoạn REM là $17,8 \pm 6,7\%$ [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: Recognition 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, Steiropoulos 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 THẢO¹, ĐẶNG QUỐC TUẤN², NGUYỄN XUÂN HIỀN²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

²Bệnh 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.

SUMMARY

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

Purpose: To determine the rate of Deep Vein 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 HKTMS chung còn có nguy cơ riêng trong hồi sức như sốc,

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

nhễm trùng, đột quy, thờ máy, an thần, cố định, catheter TM trung tâm, thuốc co mạch...[1]. Hiện nay trên bệnh nhân HSTC chưa có nhiều nghiên cứu về HKTMS chi dưới. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Khảo sát tỷ lệ HKTMS chi dưới trên BN HSTC bằng siêu âm doppler tĩnh mạch có ép.

Đánh giá một số yếu tố nguy cơ và hiệu quả dự phòng HKTMS chi dưới bằng heparin trọng lượng phân tử thấp trên BN HSTC.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô.

Thời gian nghiên cứu từ 06/2015 đến 05/2016.

2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ở Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô.

3. Phương pháp xử lý số liệu: Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh trung bình theo thuật toán T-Student tính %, so sánh tỷ lệ %, sử dụng test χ^2 để so sánh, kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Tính chỉ số nguy cơ OR (Odds Ratio) các yếu tố nguy cơ có liên quan đến HKTMS theo chương trình phân tích đơn biến và hồi quy logistic đa biến. Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$, khoảng tin cậy là 95%.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Có 90 BN vào điều trị tại khoa HSTC trong nghiên cứu từ tháng 6/2015 đến 5/2016.

1.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu nam giới chiếm 70%.

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Thông số	Có dự phòng n ($\bar{X} \pm SD$)	Không dự phòng n ($\bar{X} \pm SD$)	P
Nam	19	44	0,69
Nữ	7	20	
Có hút thuốc	4	20	0,12
Không hút thuốc	22	44	
BMI <23	49	12	1,00
BMI \geq 23	11	2	
Tuổi (năm)	66,46 \pm 18,59	68,14 \pm 19,74	0,71
Thời gian bất động (ngày)	1,19 \pm 0,40	1,29 \pm 0,71	0,56
Chiều cao (cm)	164,32 \pm 5,12	162,56 \pm 6,53	0,24

Trong nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, chiều cao, BMI 2 nhóm có dùng dự phòng và không dùng dự phòng là tương đương nhau.

1.2. Chẩn đoán bệnh khi vào khoa HSTC

Bảng 2: Chẩn đoán bệnh khi vào khoa HSTC

Thông số	Tần số (n)	Tần suất (%)
Suy hô hấp	38	42,2
Suy tim, NMCT	25	27,8
Nhiễm khuẩn	61	67,8
TBMMN	18	20,0
Tiêu hóa, viêm tụy	10	11,1
Chấn thương	7	7,8
Thở máy	52	57,8
Ung thư	11	12,2
Đ/C COPD	6	6,7

BN vào khoa HSTC chủ yếu do nhiễm khuẩn với 61/90 BN (67,8%).

2. Tỷ lệ HKTMSD và mối liên quan với dự phòng ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3: Tỷ lệ bị HKTMS chi dưới ở nhóm nghiên cứu

Thông số	Có dự phòng n %	Không dự phòng n %	P
Có HKTMS	0 0	16 25,0	0,004
Không có HKTMS	26 100,0	48 75,0	

Tất cả 16 BN bị HKTMS chi dưới đều ở nhóm không dự phòng.

3. Đặc điểm lâm sàng nhóm BN bị HKTMS chi dưới

Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng nhóm bị HKTMS chi dưới

Thông số	n	%	(X \pm SD)
Nam	15	34,1	79,50 \pm 8,69
Nữ	1	5	
Tuổi (năm)			
Có hút thuốc	8	33,3	
Không hút thuốc	8	12,1	
Thở máy	11	21,2	
Không thở máy	5	13,2	
Ung thư	3	27,3	
Không ung thư	13	16,5	
Đ/C COPD	2	33,3	
Không Đ/C COPD	14	16,7	

Nhóm BN bị HKTMS chi dưới có độ tuổi 79,50 \pm 8,69, tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc cao hơn nhóm không hút thuốc.

4. Triệu chứng lâm sàng ở nhóm BN bị HKTMS chi dưới

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng ở nhóm bị HKTMS

Triệu chứng	Tần số (n)	Tần suất (%)
Đỏ da	0	0
Đau dọc phân bố tĩnh mạch	2	12,5
Không đau	4	25
Không đánh giá được	10	62,5
Sưng toàn bộ chân	3	18,8
Không sưng	13	81,2
Phù chân	10	62,5
Không phù	6	37,5

Trong số 16 BN bị HKTMS chi dưới có 10 BN bị phù chân (62,5%), các triệu chứng khác đa số là không có triệu chứng và không đánh giá được.

4.1. Phân bố huyết khối theo bên chân

Bảng 6: Phân bố HKTMS chi dưới

HKTMS	Tần số (n)	Tần suất (%)
Chân phải	4	25,0
Chân trái	5	31,3
Ở cả 2 chân	7	43,7

Ở một BN huyết khối có thể gặp ở nhiều hơn một vị trí, có thể có cả 2 bên chân. Qua kết quả siêu âm, chúng tôi ghi nhận HKTMS chi dưới ở cả 2 chân là 43,7% (7/16BN), chân phải 25%, chân trái 31,3%.

4.2. Thời điểm xuất hiện HKTMS chi dưới

Bảng 7: Thời điểm xuất hiện HKTMS chi dưới

Thời điểm	n	%
Tuần thứ nhất	10	62,5
Tuần thứ 2	6	37,5

62,5% HKTMS chi dưới xuất hiện trong tuần đầu nằm viện, 37,5% xuất hiện vào tuần thứ 2.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu

Nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là trên $66,46 \pm 18,59$, trong đó độ tuổi > 70 tuổi là 50/90 BN (55,6%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Khắc Điệp (2014) khảo sát tình hình dự phòng HKTMS ở 324 bệnh nhân nội khoa cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội độ tuổi là $69,0 \pm 10,9$. Nghiên cứu của Samama M (1999) nghiên cứu mù đôi so sánh hiệu quả dự phòng huyết khối tĩnh mạch enoxaparin và placebo thấy tuổi trung bình cao hơn $73,1 \pm 10,8$ tuổi nhưng độ tuổi > 75 tuổi là tương đương nhau 50,4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân bị nhiễm khuẩn là cao nhất 67,8%, sau đó là nhóm suy hô hấp 42,2%, suy tim 27,8%, tai biến mạch máu não 20%, tiêu hóa 11%, viêm khớp 6,7%, chấn thương 7,8%, không có BN nào có tiền sử bị HKTMS (bảng 2). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lee và cộng sự ở 830 BN HSTC tại Hàn Quốc (2014) cho thấy tuổi trung bình BN vào khoa HSTC $69,8 \pm 11,6$, BN phải thở máy là chủ yếu 70,5%, suy hô hấp 40,3%, nhiễm trùng 21,8%.

2. Tỷ lệ HKTMS chi dưới và mối liên quan với dự phòng ở BN HSTC

Qua bảng 3 có 26/90 BN (28,9%) dự phòng HKTMS, 64/90 BN (71,1%) không được dùng dự phòng được dự phòng, việc dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp. Nghiên cứu ENDORSE tỷ lệ dự phòng HKTMS thay đổi theo từng quốc gia. Tỷ lệ dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số quốc gia như Mỹ, Tây Ban Nha, Đức, Australia, Hàn Quốc. Việc dự phòng HKTMS giữa các quốc gia khác nhau, điều này có thể do các quốc gia đó là những nước có nền y học phát triển và có nhiều nghiên cứu liên quan đến việc dự phòng nên tỷ lệ dự phòng cao hơn. Trong một quốc gia việc dự phòng HKTMS cũng khác nhau, cần có hướng dẫn và sự đồng thuận.

Trong nhóm không dùng dự phòng có 16/64 BN bị HKTMS chi dưới (25%), nhóm BN có dự phòng không có BN nào bị HKTMS chi dưới, việc dự phòng HKTMS có hiệu quả và cần thiết có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự kết quả nghiên cứu của Samama đã nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh giữa 291 BN dự phòng HKTMS bằng Enoxaparin với 288 BN không dùng dự phòng cho thấy tỷ lệ HKTMS là 5,5% thấp hơn nhiều so với nhóm không dùng dự phòng 14,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Tỷ lệ HKTMS chi dưới trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Vạn Phước và cộng sự, nghiên cứu trên bệnh nhân nội khoa cấp tính nhập viện bằng siêu âm doppler mạch

có 28% BN bị HKTMS chi dưới [2], Huỳnh Văn Ân và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân nội khoa tại khoa HSTC thì tỷ lệ BN bị HKTMS chi dưới được phát hiện bằng siêu âm là 63% sau 2 tuần nằm viện [3].

3. Đặc điểm lâm sàng của nhóm BN bị HKTMS chi dưới

Trong số 16 BN bị HKTMS chi dưới (bảng 5) cho thấy 2/16 BN (12,5%) bị đau chân, chân sưng có 3/16 BN (18,8%), 10 BN bị phù chân (62,5%), 3 BN không đáng giá được (18,8%), 3 BN không có triệu chứng (18,8%). Điều này cho thấy các BN trong nghiên cứu bị HKTMS chi dưới triệu chứng không điển hình. Mặt khác vì BN HSTC là những BN nặng, ý thức không tỉnh, phải thở máy, dùng an thần... việc khai thác các triệu chứng sẽ khó khăn và không đánh giá được. Chính vì vậy cần phải chủ động dự phòng HKTMS.

Thời điểm xuất hiện HKTMS chi dưới và phân bố ở các chân: Ở một BN huyết khối có thể gặp ở nhiều hơn một vị trí, có thể có cả 2 bên chân. Qua kết quả siêu âm, chúng tôi ghi nhận HKTMS chi dưới ở cả 2 chân là 43,7% (7/16 BN), chân phải 25%, chân trái 31,3%. HKTMSCD xuất hiện chủ yếu trong đầu sau khi vào viện với 10 BN (62,5%), 6 BN xuất hiện vào tuần thứ 2 (37,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Vạn Phước và Huỳnh Văn Ân HKTMS chi dưới xuất hiện chủ yếu vào tuần thứ nhất và HKTMS chi dưới bên chân trái bị nhiều hơn chân phải [2][3].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 90 bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới là 25%, xuất hiện chủ yếu vào tuần đầu và tuần thứ 2.
2. Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới bằng heparin trọng lượng phân tử thấp là có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clémence Minet, Leila Potton, Agnès Bonadona et al (2015). *Venous thromboembolism in the ICU: main characteristics, diagnosis and thromboprophylaxis*. *Critical Care* 19:287 DOI 10.1186/s13054-015-1003-9.
2. Đặng Vạn Phước và cộng sự (2010). *Nghiên cứu tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nội khoa bằng phương pháp siêu âm Duplex*. *Tạp chí Tim mạch học*, 56, tr. 24 - 36.
3. Huỳnh Văn Ân (2009). *Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa tại khoa Sản sóc đặc biệt Bệnh viện Nhân dân Gia Định*. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 6, tr. 127 - 134.