

**KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI
Ở BỆNH NHÂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Võ Thị Trúc Phươ^{1*}, Ngô Văn Truyền²

1. Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

* Email: votrucphua@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) chi dưới thường gặp ở bệnh nhân (BN) nội khoa nhập viện, đặc biệt ở BN nhập khoa hồi sức (HS). Ở nước ta, các nghiên cứu về HKTMS chi dưới tại các khoa HS chiếm tỷ lệ khá cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ mới mắc và một số yếu tố liên quan HKTMS chi dưới ở bệnh nhân tại khoa HS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 130 bệnh nhân nhập viện khoa Hồi sức tích cực – Chống độc tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3/2019 đến tháng 5/2020, sử dụng siêu âm Duplex phát hiện HKTMS vào ngày thứ 3, ngày thứ 7 sau nhập viện. **Kết quả:** Tỷ lệ mới mắc HKTMS chi dưới là 26,2% (trong đó phát hiện ở thời điểm 3 ngày sau nhập viện chiếm tỷ lệ 11,5% và ở thời điểm 7 ngày sau nhập viện là 14,7%). Tuổi trung bình $71,27 \pm 14,29$. Tuổi cao làm tăng nguy cơ mắc HKTMS chi dưới (OR=5,04; KTC 95%: 1,12-22,67; $p=0,015$). Nhồi máu não cấp có liên quan đến HKTMS chi dưới có ý nghĩa thống kê (OR=3,58; KTC 95%: 1,33-9,60; $p=0,012$). Vị trí HKTMS chi dưới nhiều nhất ở đoạn gần: 91,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ HKTMS chi dưới ở BN tại khoa HS chiếm tỷ lệ cao. Thông qua siêu âm Duplex có thể phát hiện sớm HKTMS chi dưới để điều trị kịp thời, phòng ngừa biến chứng xảy ra ở các BN này.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch sâu, siêu âm Duplex, tỷ lệ mới mắc, khoa hồi sức.

ABSTRACT

**SURVEY OF LOWER EXTREMITY DEEP VENOUS THROMBOSIS
IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

Vo Thi Truc Phua^{1*}, Ngo Van Truyen²

1. Hau Giang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Backgrounds: Deep venous thrombosis (DVT) presents a common complication in hospitalized the intensive care unit (ICU) patients. In Viet Nam, the investigations on DVT prevalence in the medical ICU patients had a high incidence. **Objectives:** Our study was carried out to investigate DVT prevalence and to assess the risk factors of DVT in hospitalized ICU patients. **Materials and methods:** A prospective descriptive cross-sectional study of 130 patients who had been admitted into ICU, Can Tho Central General Hospital from 3/2019 to 5/2020. Duplex diagnostic ultrasound was carried out to detect DVT after 3 days, 7 days admitted into ICU. **Results:** The DVT rate was 26.2% (There were 11.5% of the overall patients who got the DVT after 3 days admitted ICU. There were 14.7% of the rest patients who got this disease after 7 days). The mean age was 71.27 ± 14.29 . The elder increased the risk for low extremity DVT (OR=5.04; 95% CI: 1.12-2.67; $p=0.015$). Acute ischemic stroke was the independent risk factor of DVT (OR=3.58; 95% CI: 1.33-9.60; $p=0.012$). **Conclusion:** Prevalence of DVT in hospitalized ICU patients had a high incidence. The hospitalized ICU patients should be used Duplex diagnostic ultrasound to confirm accurately the prevalence and to treat DVT in these patients.

Keywords: Deep venous thrombosis, duplex ultrasound, incidence, ICU.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là sự thành lập huyết khối trong lòng tĩnh mạch có thể gây tắc nghẽn một phần hay toàn bộ tĩnh mạch, đa số xảy ra ở chi dưới. Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là một trong ba bệnh lý tim mạch lớn, bên cạnh nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Bệnh nhân (BN) hồi sức tích cực có nguy cơ HKTMS tăng ít nhất gấp 3 lần những BN nội khoa khác [11]. Bệnh lý này trở thành một vấn đề sức khỏe đặc biệt nghiêm trọng vì những biến chứng cấp tính nguy hiểm có thể dẫn đến 30 – 50% thuyên tắc phổi với tỷ lệ tử vong 30% và biến chứng mạn tính làm ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và gánh nặng chi phí y tế của xã hội [10]. Tại Việt Nam, thông qua siêu âm Duplex tĩnh mạch chi dưới, Đặng Vạn Phước và cộng sự tìm thấy huyết khối tĩnh mạch sâu ở 28% bệnh nhân nội khoa cấp tính nhập viện [2]. Tỷ lệ này còn cao hơn ở nghiên cứu của Huỳnh Văn Ân và cộng sự trên bệnh nhân nội khoa tại khoa hồi sức tích cực thì tỷ lệ bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới được phát hiện bằng siêu âm là 46% sau 1 tuần và 63% sau 2 tuần nằm viện d: Chọn giá trị 0,06 [1]. Tác giả Hồ Châu Anh Thư ghi nhận tỷ lệ HKTMS mới xuất hiện tại khoa HS là 12,5% sau 3 ngày điều trị [6]. Những nghiên cứu trên cho thấy tần suất HKTMS ở BN hồi sức chiếm tỷ lệ cao, nhưng việc tầm soát và dự phòng chưa được thầy thuốc quan tâm đúng mức. Hiện Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ chưa có nghiên cứu về tỷ lệ HKTMS chi dưới ở bệnh nhân HS. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019-2020” với mục tiêu sau:

- (1). Khảo sát tỷ lệ mắc và đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.
- (2). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực - Chống độc tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 3-2019 đến tháng 5-2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Thời gian nằm viện ≥ 7 ngày tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc.
- Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ mục tiêu, tiến trình của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN nhập viện trong vòng 24h siêu âm phát hiện có HKTMS chi dưới.
- Có tiền sử bị HKTMS, thuyên tắc phổi trước đó đang điều trị.
- Các trường hợp HKTMS chi dưới trên các đối tượng BN: Ung thư đang điều trị, thai sản, sau phẫu thuật.
- Có bệnh lý bất thường về đông máu, bệnh huyết học.
- BN có bệnh về xuất huyết, chống chỉ định dùng thuốc chống đông.
- Suy thận (độ lọc cầu thận < 30 ml/phút).
- Đang sử dụng Heparin trong vòng 48h để điều trị bệnh lý khác không phải HKTMS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện khoa Hồi sức tích cực – Chống độc tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 3-2019 đến tháng 5-2020.

Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: Số lượng bệnh nhân; Z: Chọn giá trị 1,96; d: chọn giá trị 0,06.

p: Chọn giá trị 0,125 (p là tỷ lệ HKTMS chi dưới trong nghiên cứu của tác giả Hồ Châu Anh Thư) [7].

Từ đó tính được $n=116$. Thực tế số mẫu thu thập được là 130.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

- Tỷ lệ mắc và đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới
- Khảo sát tỷ lệ huyết khối, các dấu hiệu lâm sàng, thang điểm Wells, đặc điểm huyết khối trên siêu âm Duplex.
- Một số yếu tố liên quan với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới
- Đặc điểm bệnh nhân, các bệnh nội khoa đi kèm.

Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Các bệnh nhân vào viện khoa Hồi sức tích cực – Chống độc được thăm khám và siêu âm Duplex lần 1 để loại trừ HKTMS có trước trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Siêu âm lần 2 được thực hiện sau 3 ngày và lần 3 sau 7 ngày (nếu siêu âm lần 2 âm tính). Ghi nhận các trường hợp có HKTMS, khảo sát tỷ lệ và các yếu tố liên quan. Số liệu được thu thập được ghi vào bảng câu hỏi có sẵn.

Phương pháp kiểm soát sai số: Cách khắc phục sai số: Sai số ngẫu nhiên có thể khắc phục bằng nghiên cứu trên cỡ mẫu đủ lớn, đo lường cẩn thận với một bộ thiết bị duy nhất. Sai số hệ thống nghiên cứu kỹ các đặc tính, lập ra một tiêu chuẩn chọn mẫu đầy đủ, khách quan, phản ánh chân thực tình trạng bệnh tật của quần thể. Sai số hệ thống từ sự nhớ lại được khắc phục bằng việc thăm khám, hỏi bệnh kỹ càng bằng bảng câu hỏi cũng như kiến thức đã được chuẩn bị tốt và tập luyện trước.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Nhập dữ liệu bằng máy tính và xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh

Nghiên cứu được tiến hành với sự thống nhất giữa người nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Mục đích của nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc và đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Chúng tôi ghi nhận có 34/130 BN có HKTMS chi dưới, chiếm tỷ lệ là 26,2%.

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện HKTMS trên siêu âm Duplex ở thời điểm 3 ngày, 7 ngày

Siêu âm Duplex	Tần số	Tỷ lệ (%)
Siêu âm ngày thứ 3	15	11,5%
Siêu âm ngày thứ 7	19	14,7%
Tổng	34	26,2%

Nhận xét: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới mới phát hiện ngày thứ 3 tỷ lệ 11,5%, ngày thứ 7 tỷ lệ thêm 14,7%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng HKTMS chi dưới

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sưng	8	23,5%
Đỏ	1	3%
Không có triệu chứng	25	73,5%
Tổng	34	100%

Nhận xét: Đa phần HKTMS chi dưới phát hiện tại khoa HS là không có triệu chứng chiếm tỷ lệ 73,5%, có 23,5% có triệu chứng sưng, 3% có triệu chứng đỏ chân.

Bảng 3. Nguy cơ HKTMS đánh giá theo thang điểm Wells

Thang điểm Wells	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp < 1 điểm	0	0%
Nguy cơ trung bình 1-2 điểm	27	79,4%
Nguy cơ cao > 2 điểm	7	20,6%

Nhận xét: Trong 34 trường hợp có HKTMS chi dưới, đánh giá nguy cơ theo thang

điểm Wells có 79,4% nguy cơ trung bình, 20,6% nguy cơ cao và không có trường hợp nào ở nguy cơ thấp.

Bảng 4. Tỷ lệ HKTMS theo vị trí chân

Chân có huyết khối	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Chân trái	14	41,2%
Chân phải	11	32,3%
Hai chân	9	26,5%
Tổng cộng	34	100%

Nhận xét: Tỷ lệ HKTMS cao nhất ở chân trái, thấp nhất là HKTMS hai chân.

Bảng 5. Tỷ lệ phân bố vị trí HKTMS chi dưới và theo chi bệnh

Vị trí	HK chân (T)	HK chân (P)	HK hai chân	Tổng cộng
Đoạn gần	12(38,7%)	11(35,5%)	8(25,8%)	31(100%)
Đoạn xa	1(100%)	0(0%)	0(0%)	1(100%)
Đoạn gần + xa	1(50%)	0(0%)	1(50%)	2(100%)
Tổng cộng	14(41,2%)	11(32,3%)	9(26,5%)	34(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ HKTMS chi dưới đa số ở đoạn gần chiếm đa số, thấp nhất ở đoạn xa.

3.2. Các yếu tố liên quan với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Bảng 6. Liên quan giữa HKTMS chi dưới và đặc điểm dân số học của bệnh nhân

Đặc điểm	Có huyết khối	Không huyết khối	OR, KTC 95%, p
Giới			
- Nam	18 (24,3%)	56 (75,7%)	p= 0,585
- Nữ	16(28,6%)	40 (71,4%)	
Nhóm tuổi			
> 60 tuổi	32 (30,5%)	73 (69,5%)	5,04 (1,12 - 22,67) 0,015
< 60 tuổi	2 (8%)	23 (92%)	
BMI			
> 23	19 (32,8%)	39 (67,2%)	p= 0,124
< 23	15 (20,8%)	57 (79,2%)	
Hút thuốc lá			
- Có	16 (28,6%)	40 (71,4%)	p= 0,585
- Không	18 (24,3%)	56 (75,7%)	

Nhận xét: Tỷ lệ HKTMS chi dưới có sự gia tăng theo nhóm tuổi: nhóm tuổi < 60 là 2 (8%) và tỷ lệ này tăng đáng kể ở nhóm tuổi > 60 đến 32 (30,5%). Chúng tôi ghi nhận liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi (OR= 5,04; KTC 95%: 1,12-22,67) với $p < 0,05$. Chưa ghi nhận liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HKTMS chi dưới với giới tính, BMI và hút thuốc lá.

Bảng 7. Liên quan giữa HKTMS chi dưới và các bệnh đi kèm

Bệnh đi kèm/ đặc điểm BN hồi sức	Có huyết khối	Không huyết khối	OR, KTC 95%, p
Suy tim nặng	13 (27,1%)	35 (72,9%)	p= 0,854
Đái tháo đường	9 (24,3%)	28 (75,7%)	p= 0,765
Nhồi máu não cấp	10 (50%)	10 (50%)	3,58 (1,33 – 9,60) p= 0,008
Đợt cấp COPD	2 (13,3%)	13 (86,7%)	p= 0,230

Bệnh đi kèm/ đặc điểm BN hồi sức	Có huyết khối	Không huyết khối	OR, KTC 95%, p
Suy hô hấp cấp	32 (27,1%)	86 (72,9%)	p= 0,432
Nhiễm trùng cấp	31 (27,4%)	82 (72,6%)	p= 0,392
Thở máy	31 (27%)	84 (73%)	p= 0,564
Dùng thuốc vận mạch	18 (34%)	35 (66%)	p= 0,093
Dùng thuốc an thần	12 (37,5%)	20 (62,5%)	p= 0,093

Nhận xét: Trong nghiên cứu, liên quan giữa HKTMS và các bệnh lý đi kèm, các đặc điểm của BN hồi sức, chúng tôi ghi nhận có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HKTMS chi dưới và nhồi máu não cấp với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc và đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Chúng tôi khảo sát bằng siêu âm Duplex trên tổng cộng 130 BN nhập khoa HS vì bệnh lý nội khoa. Kết quả có 34/130 ca có HKTMS chi dưới, chiếm tỷ lệ 26,2% sau nhập viện khoa HS. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ mắc HKTMS chi dưới của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Cook D. thực hiện trên 261 BN nặng khoa hồi sức cấp cứu trong vòng 72 giờ đầu nhập viện. Sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu của Cook D. thực hiện trên bệnh nội khoa lẫn ngoại khoa và các BN này đã được dự phòng bằng Heparin không phân đoạn 5000 UI 2 lần trong ngày và mang vớ ép. Vì thế, tỷ lệ mới mắc HKTMS của nghiên cứu Cook D. là 9,6% sau 2 tuần nằm tại khoa HS [9]. Tại Việt Nam, tác giả Huỳnh Văn Ân nghiên cứu trên 54 BN nhập khoa HS thì tỷ lệ HKTMS sau 1 tuần nhập viện là 46% [1]. Nghiên cứu của Mai Đức Thảo trên 120 BN tại khoa HS, tỷ lệ HKTMS chi dưới phát hiện là 76,8% [3]. Nghiên cứu của Phạm Thị Phương Thảo trên 72 bệnh nhân tại khoa hồi sức Bệnh viện Trung Vương ghi nhận tỷ lệ mắc HKTMS chi dưới là 31,94% [5]. Các nghiên cứu trên tỷ lệ HKTMS cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do các tác giả chưa loại trừ HKTMS đã mắc trước khi nằm viện. Chúng tôi đã khảo sát qua 2 lần siêu âm, sau 3 ngày nhập viện tỷ lệ HKTMS mới mắc là 11,5% tương đương với tỷ lệ HKTMS phát hiện sau 3 ngày nhập ICU của Hồ Châu Anh Thư [6]. Sau 7 ngày nhập viện, chúng tôi ghi nhận thêm 14,7% trường hợp có HKTMS chi dưới, tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Phương Thảo (2011) là 15,51% [5], thấp hơn kết quả nghiên cứu của Huỳnh Văn Ân (2009) là 17% [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn HKTMS là không có triệu chứng lâm sàng, có 25/34 ca chiếm tỷ lệ 73,6%. Có 23,5% có triệu chứng lâm sàng là sưng 8/34 ca và 1 ca có triệu chứng đau nơi chân có huyết khối. Đánh giá nguy cơ HKTMS theo thang điểm Wells, trong tổng số 34 ca được phát hiện có HKTMS, có đến 79,4% nằm trong nhóm nguy cơ trung bình, 20,6% nằm trong nhóm nguy cơ cao và không có BN nào nằm trong nhóm nguy cơ thấp. So sánh trung bình giữa hai nhóm bằng phép kiểm T, chúng tôi nhận thấy điểm Wells trung bình trên nhóm có HKTMS ($1,71 \pm 0,83$), cao hơn nhóm không có HKTMS ($0,92 \pm 0,34$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của Phạm Thị Phương Thảo khi so sánh điểm Wells trung bình giữa hai nhóm có HKTMS cao hơn nhóm không có HKTMS có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [5]. Chúng tôi ghi nhận HKTMS xuất hiện nhiều ở chân trái 41,2%, chân phải 32,3%, hai chân 26,5%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hồ Châu Anh Thư chân trái 47,4%, chân phải 36,8%

[6]. Huyết khối đoạn gần 91,2% (31/34), có 01 trường hợp ghi nhận HKTMS đoạn xa tỷ lệ 2,9% và 02 trường hợp HKTMS cả đoạn gần + xa chiếm tỷ lệ 5,9%. Ở nghiên cứu của Hồ Châu Anh Thư ghi nhận tỷ lệ HKTMS đoạn gần 78,9%, đoạn xa 21,1% [6].

4.2. Các yếu tố liên quan với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam giới và nữ giới trong nghiên cứu lần lượt là 56,9% và 43,1%. Mai Đức Thảo và cộng sự (2017) ghi nhận tỷ lệ 73,3% nam và 26,7% bệnh nhân nữ [3]. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu Ali Akbar Heydari và cộng sự (2014) nghiên cứu tỷ lệ nam giới chiếm 53,2% và 46,8% nữ giới [7] và nghiên cứu của MirMohammad Miri (2017) trên bệnh nhân HS là nam 58,18%, nữ là 41,82% [12]. Sự khác biệt giữa nam và nữ chưa có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu chúng tôi, trong số BN có HKTMS, nhóm tuổi < 65 chiếm tỷ lệ 2 (8%) và tỷ lệ này tăng đáng kể ở nhóm tuổi > 65 chiếm 32 (30,5%) gấp 5,04 lần có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022$ ($< 0,05$). Tương tự của Mai Đức Thảo (2020) trên 103 BN bị HKTMS cho thấy nhóm BN > 60 tuổi cao hơn nhóm BN < 60 tuổi 2,37 lần có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [4]. Chúng tôi chưa ghi nhận có mối liên quan giữa HKTMS chi dưới với BMI, hút thuốc lá.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận nhóm BN nhồi máu não có HKTMS chiếm 50% cao hơn nhóm BN nhồi máu não không có HKTMS là 21,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR= 3,58; KTC 95%: 1,33 – 9,60; $p = 0,008$). Pizza (2014) đã nghiên cứu trên 2.488 BN, trong nhóm đó 16,7% BN đột quỵ có HKTMS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ [13]. Tác giả Aman Dolla (2017) nghiên cứu trên 2.644 BN ở ICU nhồi máu não cấp có 161 BN bị HKTMS chiếm 6,1% [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu Hồ Châu Anh Thư nhóm BN đột quỵ cấp có HKTMS 66,7% cao hơn nhóm không có HKTMS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,004$ [6]. Chúng tôi chưa tìm thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HKTMS chi dưới với các bệnh lý nội khoa khác đi kèm và các đặc điểm của BN nằm tại khoa HS. Có thể do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ, cần phải nghiên cứu ở cỡ mẫu lớn hơn để chứng minh có sự liên quan với các bệnh lý nội khoa khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 BN bị HKTMS chi dưới, chúng tôi rút ra nhận xét như sau: HKTMS chi dưới chiếm tỷ lệ 26,2% (tỷ lệ HKTMS ngày thứ 3 là 11,5%, ngày thứ 7 là 14,7%), huyết khối đa số không có biểu hiện lâm sàng, huyết khối xuất hiện ở đoạn gần 91,1%, chân trái nhiều hơn chân phải. Tuổi cao và nhồi máu não cấp là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với HKTMS chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Văn Ân và cs, (2009), Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa tại Khoa Săn sóc đặc biệt (ICU) Bệnh viện Nhân dân Gia Định, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 13(6), tr .127-137.
2. Đặng Vạn Phước và cs, (2010), Huyết khối tĩnh mạch sâu: Chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên Bệnh nhân Nội khoa nhập viện, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 56, tr. 24-36.
3. Mai Đức Thảo và cs, (2017), Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân Hồi sức tích cực và dự phòng, *Tạp chí Y Dược học*, Trường Đại học Y Dược Huế, 7(2), tr 74-78.
4. Mai Đức Thảo, (2020), *Nghiên cứu nguy cơ xuất hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới lần đầu và kết quả dự phòng bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp ở bệnh nhân hồi sức*

- cấp cứu*, Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội.
5. Phạm Thị Phương Thảo, (2011), *Góp phần nghiên cứu huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
 6. Hồ Châu Anh Thư, (2018), Tỷ lệ và một số yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân tại Khoa Hồi sức Bệnh viện Chợ Rẫy, *Nghiên cứu Y học*, Y học TP. Hồ Chí Minh, 22(2), tr. 49-54.
 7. Ali Akbar Heydari, (2015), The role of daily measurement of lower limb circumference in early diagnosis of deep vein thrombosis in the presence of other risk factors in patients admitted to Infectious Diseases Ward of Imam Reza Hopital, Mashhad, during 2012-2013, *Patient Safety and Quality Improvement Journal*, 2015, 3(4), pp. 286-290.
 8. Aman Dolla, Matthew Vibbert, (2017), Incidence and prevalence of deep vein thrombosis among neurocritical intensive care unit patients, *JHN Journal*, pp. 38-39.
 9. Cook D., Crowther M., Meade M., et al, (2005), Deep venous thrombosis in medical-surgical critically ill patients: prevalence, incidence, and risk factors, *Crit Care Med*, 33(7), pp. 1565-1571.
 10. Jonathan Stone, Patrick Hangge, (2017), *Deep vein thrombosis: pathogenesis, diagnosis, and medical management*, *Cardiovasc Diagn Ther* 2017; 7(Suppl 3): e. S276-S284.
 11. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, et al, (2012), *Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, *Chest*, 141 (2Suppl): e. 195S-226S.
 12. Mir Mohammad Miri, Reza Goharani, Mohammad Sistanizad, (2017), *Deep Vein Thrombosis among Intensive Care Unit Patients; an Epidemiologic Study*, *Emergency*, 5 (1): e13.
 13. Pizza G, et al, (2014), Venous thromboembolism in patients with prior stroke, *Clin Appl Thromb Hemost*, 20(1), pp. 43-49.

(Ngày nhận bài: 28/7/2020 - Ngày duyệt đăng: 03/10/2020)
