

#### IV. KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân (đặc biệt là bệnh nhân trẻ tuổi) có khối u não thất bên, bác sĩ cần đặt ra chẩn đoán phân biệt bệnh xơ cứng củ và đi tìm các dấu hiệu khác ở da, thận, phổi... Bệnh xơ cứng củ là một hội chứng da thần kinh và nó là một rối loạn di truyền hiếm gặp. Ngoài bệnh sử lâm sàng, các tổn thương trên da, việc sàng lọc bằng hình ảnh học đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán phát hiện sớm. bệnh nhân đến với chúng tôi khi khối u não thất có kích thước rất lớn. Xét nghiệm gen TSC1 và TSC2 đóng vai trò quan trọng trong khẳng định chẩn đoán. Điều trị bằng everolimus có khả năng kiểm soát sự phát triển của các khối u.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rodrigues DA, Gomes CM, Costa IM.** Tuberous sclerosis complex. An Bras Dermatol. 2012;87(2):184-196.
2. **Portocarrero LKL, Quental KN, Samorano LP, Oliveira ZNP, Rivitti-Machado MCDM.** Tuberous sclerosis complex: review based on new diagnostic criteria. An Bras Dermatol. 2018;93(3):323-331.
3. **Randle, S. (2020).** Tuberous sclerosis complex: Genetics, clinical features, and diagnosis. In J. F. Dashe (Ed.), UpToDate. Retrieved October 09, 2020.
4. **Bissler JJ, Kingswood JC;** Renal angiomyolipomata. Kidney International, Vol. 66 (2004), pp. 924-934
5. **Krueger DA, Northrup H,** Tuberous Sclerosis Complex Diagnostic Criteria Update: Recommendations of the 2012 International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference. Paediatr Neurol 2013; 49 (4), 243-54
6. **D.W. Webb, J. Kabala, J.P. Osborne;** A population study of renal disease in patients with tuberous sclerosis. Br J Urol, 74 (1994), pp. 151-154.
7. **Park, S. M., Lee, Y. J., Son, Y. J., Kim, Y. O., & Woo, Y. J. (2011, December).** Clinical Progress of Epilepsy in Children with Tuberous Sclerosis: Prognostic Factors for Seizure Outcome. Chonnam Medical Journal, 47(3), 150-154. Retrieved October 10, 2020.
8. **Lorena Lechuga & David Neal Franz (2019):** Everolimus as adjunctive therapy for tuberous sclerosis complex-associated partial-onset seizure. Expert Review of Neurotherapeutics, DOI: 10.1080/14737175.2019.1635457

## NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Ngọc Trân<sup>1</sup>, Lý Minh Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Hùng Trán<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Tỷ lệ bệnh nhân cần dự phòng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. (2) Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân tim mạch với các yếu tố nhân trắc xã hội, lâm sàng và cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có phân tích 124 bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 1/2024 đến hết tháng 3/2024. **Kết quả:** Từ tháng 1/2024 đến tháng 3/2024 có 124 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Trong đó nữ giới có 72 bệnh nhân (chiếm 58%). Tuổi trung bình là 66,3 ± 18,1 tuổi. Có 57,3% bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao (Padua ≥ 4 điểm). Các yếu tố nguy cơ tim mạch như: hút thuốc lá, béo phì và lý do nhập viện như: khó thở, đau ngực, mệt cũng được xem là yếu tố dẫn đến nguy cơ TTHKTM. Các yếu tố xuất hiện phổ biến trong thang điểm Padua lần lượt là: Bất động (57,3%), suy tim hoặc suy hô hấp (55,6%), tuổi ≥ 70 (51,6%), nhiễm trùng cấp (45,2%), nhồi máu cơ tim cấp (12,9%). Những bệnh nhân mắc đái tháo đường,

tăng huyết áp, suy tim, COPD có nguy cơ mắc TTHKTM cao hơn những bệnh nhân không mắc lần lượt là: Đái tháo đường (OR=3,2; p=0,002); Tăng huyết áp (OR=2,67; p=0,009); Suy tim (OR=3,6; P=0,001); COPD (OR=3; p=0,036). Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân suất tổng máu (EF), các yếu tố đông máu (APTT, PT, INR) với nguy cơ TTHKTM. **Kết luận:** Trên bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch có nguy cơ cao mắc TTHKTM theo thang điểm đánh giá PADUA. Vì vậy, việc dự phòng sớm cần được chú trọng và nâng cao trong quá trình điều trị của bệnh nhân.

**Từ khóa:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, thang điểm PADUA, nội tim mạch.

#### SUMMARY

#### RISK OF VENOUS THROMBOSIS AT THE DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR ENDOCRINOLOGY, CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Aim:** (1) Proportion of patients requiring prevention of risk of venous thromboembolism. (2) Investigate the relationship between the risk of venous thromboembolism in cardiovascular patients with sociometric, clinical and paraclinical factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive analysis of 124 patients hospitalized at the Department of Cardiology, Can Tho Central General Hospital from January 2024 to the end of March 2024. **Results:** From January 2024 to March 2024, 124 patients were selected for

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trân

Email: 6219014597@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

the study. Among them, there are 72 patients (58%). The average age was  $66.3 \pm 18.1$  years. There are 57.3% of patients at high risk of VTE (Padua  $\geq 4$  points). Cardiovascular risk factors such as smoking, obesity and reasons for hospitalization such as shortness of breath, chest pain, fatigue is also considered a factor leading to the risk of VTE. Commonly appearing factors in the Padua scale are: Immobility (57.3%), heart or respiratory failure (55.6%), age  $\geq 70$  (51.6%), acute infection (45.2%), acute myocardial infarction (12.9%). Patients with diabetes, hypertension, heart failure, and COPD have a higher risk of VTE than patients without: Diabetes (OR=3.2;  $p=0.002$ ); Hypertension (OR=2.67;  $p=0.009$ ); Heart failure (OR=3.6;  $P=0.001$ ); COPD (OR=3;  $p=0.036$ ). No statistically significant difference was found between ejection fraction (EF), coagulation factors (APTT, PT, INR) and the risk of VTE. **Conclusion:** Inpatients at the Department of Cardiology are at high risk of VTE according to the PADUA assessment scale. Therefore, early prevention needs to be emphasized and enhanced during the patient's treatment process. **Keywords:** Venous thromboembolism, PADUA score, internal cardiology.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là nguyên nhân thứ ba gây tử vong trên toàn thế giới chỉ xếp sau nhồi máu cơ tim và đột ngột [2]. Số lượng mắc mỗi năm ở Hoa Kỳ về thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch lên đến 300.000 - 600.000 người, với tỉ lệ mới mắc trung bình là 100 - 200/100.000 và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhân trắc, bệnh tật [4]. Huyết khối tĩnh mạch xảy ra ở mọi lứa tuổi và thường ở những bệnh nhân sau phẫu thuật không thể cử động trong một thời gian dài. Trong đó, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thay đổi rõ rệt theo tuổi ở nhóm người trẻ tỉ lệ mới mắc là 1/100.000 và tăng lên ở nhóm người  $\geq 80$  tuổi là 1.000/100.000 [4]. Bệnh nhân khoa nội tim mạch thường là những bệnh nhân có nhiều bệnh nền kèm theo, thời gian điều trị lâu dài và có nhiều yếu tố nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch như suy tim, suy hô hấp, tuổi cao...

Thang điểm đơn giản và thường được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để đánh giá yếu tố nguy cơ của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là PADUA [3]. Trên thế giới và Việt Nam những nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nội tim mạch chưa có nhiều. Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ là một bệnh viện hạng I trực thuộc Bộ Y Tế, giữ vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân địa phương và khu vực lân cận. Do đó, việc khảo sát yếu tố nguy cơ gây ra thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở khoa nội tim mạch tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là vô cùng thiết yếu nhằm đánh giá mức độ nguy

hiểm và thực trạng của bệnh lý này, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Khảo sát nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ" nhằm các mục tiêu sau:

**Mục tiêu tổng quát:** Đánh giá yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội tim mạch bằng thang điểm PADUA.

**Mục tiêu cụ thể:**

1. Tỉ lệ bệnh nhân cần dự phòng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.
2. Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân tim mạch với các yếu tố nhân trắc xã hội, lâm sàng và cận lâm sàng.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 124 bệnh nhân.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm những bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ, từ 1/2024 đến 3/2024.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 1/2024 đến hết tháng 3/2024 tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Với mục tiêu 1 áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n \geq Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:  $\alpha = 0,05$ ; d: sai số tối đa ước lượng, chúng tôi chọn  $d = 0,1$

Theo tác giả Trịnh Ngọc Thanh và Hoàng Văn Sỹ vào năm 2023 tỷ lệ bệnh nhân vào khoa nội tim mạch cần được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là 57% nên lấy  $p = 0,57$  [4]. Tính ra được  $n = 95$ . Vậy cần lấy tối thiểu 95 người bệnh. Với mục tiêu 2, sử dụng phương pháp phân tích mô hình hồi quy đa biến: Theo Green, với 1 biến phụ thuộc và 14 biến độc lập, cỡ mẫu cần tối thiểu là:  $N \geq 104 + 14 = 118$  [6] Vậy cần lấy tối thiểu 118 người bệnh. Như vậy cỡ mẫu của nghiên cứu là  $\geq 118$  đối tượng.

**2.5. Nội dung nghiên cứu:** Tỉ lệ bệnh nhân cần dự phòng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ TTHKTM trên bệnh nhân tim mạch với các yếu tố nhân trắc xã hội, lâm sàng và cận lâm sàng

Đánh giá dựa vào tiêu chuẩn đánh giá thang điểm PADUA

**Bảng 1: Thang điểm PADUA [4]**

Yếu tố nguy cơ	Điểm
----------------	------

Ung thư tiến triển	3
Tiền sử TTHKTM (loại trừ huyết khối tĩnh mạch nông)	3
Bất động (do hạn chế của chính bệnh nhân hoặc do chỉ định của bác sĩ) ≥ 3 ngày	3
Tình trạng bệnh lý tăng đông đã biết	3
Bị chấn thương và/hoặc phẫu thuật gần đây (≤ 1 tháng)	2
Tuổi cao (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hoặc suy hô hấp	1
Nhồi máu cơ tim cấp hoặc nhồi máu não cấp	1
Nhiễm khuẩn cấp và/hoặc bệnh cơ xương khớp do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30)	1
Đang điều trị hormone	1
PPS < 4: Nguy cơ thấp: không cần điều trị dự phòng	
PPS ≥ 4: Nguy cơ cao: cần điều trị dự phòng	

**2.6. Phương pháp xử lý phân tích số liệu.** Kết quả nghiên cứu được ghi nhận và xử lý theo phương pháp thống kê y học chương trình SPSS 25.0.

**2.7. Y đức.** Các bước tiến hành trong nghiên cứu nhìn chung nằm trong qui trình hoạt động của khoa Nội tim mạch Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ chỉ phục vụ cho mục đích khoa học, không nhằm bất cứ mục đích khác và tuân thủ các quy định tại bệnh viện lấy mẫu, đồng thời có thông qua hội đồng y đức Khoa Y Trường Đại Học Võ Trường Toàn.

Các đối tượng được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ sử dụng vì mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu vẫn được điều trị tương tự như các bệnh nhân khác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

**Bảng 2: Đặc điểm chung của bệnh nhân**

	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	42	42
	Nữ	72	58
Lý do nhập viện	Khó thở	40	32,3
	Mệt	13	10,5
	Đau ngực	45	36,3
	Sốt	1	0,8
	Rối loạn tri giác	1	0,8
	Khác	24	19,4
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn) (năm)		66,3 ± 18,1	
Cân nặng (trung bình ± độ lệch chuẩn) (kg)		60,9 ± 9,7	
Chiều cao (trung bình ± độ lệch chuẩn) (m)		1,6 ± 0,66	

BMI (trung bình ± độ lệch chuẩn) (kg/m <sup>2</sup> )	23,7 ± 3,8
---	------------

#### 3.2 Các bệnh đồng mắc

**Bảng 3: Tỷ lệ các bệnh đồng mắc**

Bệnh đồng mắc	Số người bệnh (n=124)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	52	49,1
Tăng huyết áp	75	60,5
Suy tim	54	43,5
COPD	22	17,7

#### 3.3 Đánh giá theo thang điểm PADUA

**Bảng 4: Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch**

Nguy cơ TTHKTM	Số người bệnh (n=124)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ cao (Padua ≥ 4)	71	57,3
Nguy cơ thấp (Padua < 4)	53	42,7
<b>Tổng</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

**Bảng 5: Phân bố các yếu tố trong thang điểm PADUA với nguy cơ TTHKTM**

Thang điểm PADUA	Số người bệnh (n=124)	Tỷ lệ (%)	P
Ung thư tiến triển	0	0	NA
Tiền căn TTHKTM	2	1,6	0,218
Bất động	71	57,3	<0,001
Tình trạng tăng đông đã biết	0	0	NA
Chấn thương hoặc phẫu thuật trong vòng 1 tháng	6	4,8	0,186
Tuổi ≥ 70 tuổi	64	51,6	<0,001
Suy tim hoặc suy hô hấp	69	55,6	0,101
Nhồi máu cơ tim hoặc nhồi máu não	16	12,9	0,65
Nhiễm trùng cấp hoặc bệnh thấp	56	45,2	0,48
Béo phì	12	9,7	0,011
Đang điều trị hormon	2	1,6	0,099

#### 3.4. Mối liên hệ giữa nguy cơ TTHKTM và các biến số

**Bảng 6: Mối liên hệ giữa nguy cơ tim mạch và nguy cơ TTHKTM**

Các yếu tố nguy cơ	Nguy cơ cao (Padua ≥ 4) n(%)	Nguy cơ thấp (Padua < 4) n(%)	P
<b>Hút thuốc lá</b>			
Có	40 (69)	18 (31)	0,013
Không	31 (47)	35 (53)	
<b>Béo phì</b>			
Có	12 (85,7)	2 (14,3)	0,022
Không	59 (53,6)	51 (46,4)	

**Bảng 7: Mối liên hệ giữa các bệnh đồng mắc và nguy cơ TTHKTM**

Các bệnh đồng mắc	Nguy cơ cao (Padua ≥ 4)	Nguy cơ thấp (Padua < 4)	P	OR
-------------------	-------------------------	--------------------------	---	----

	n(%)	<4) n(%)		
<b>Đái tháo đường</b>				
Có	38 (73,1)	14 (26,9)	0,002	3,2
Không	33 (45,8)	39 (54,2)		
<b>Tăng huyết áp</b>				
Có	50 (66,7)	25 (33,3)	0,009	2,67
Không	21 (42,9)	28 (57,1)		
<b>Suy tim</b>				
Có	40 (74,1)	14 (25,9)	0,001	3,6
Không	31 (44,3)	39 (55,7)		
<b>COPD</b>				
Có	17 (77,3)	5 (22,7)	0,036	3
Không	54 (52,9)	48 (47,1)		

**Bảng 8: Môi liên quan giữa phân suất tổng máu thất trái và nguy cơ TTHKTM**

Phân suất tổng máu thất trái	Nguy cơ cao (Padua $\geq$ 4) n(%)	Nguy cơ thấp (Padua<4) n(%)	P	OR
EF $\leq$ 40%	24 (63,2)	14 (36,8)	0,377	1,42
EF > 40%	47 (54,7)	39 (45,3)		

**Bảng 9: Môi liên quan giữa các yếu tố đông máu và nguy cơ TTHKTM**

Tên xét nghiệm	Nguy cơ cao (Padua $\geq$ 4) n(%)	Nguy cơ thấp (Padua<4) n(%)	P
<b>APTT</b>			
Giảm	8 (80)	2 (20)	0,192
Bình thường	57 (57)	43 (43)	
Tăng	6 (42,9)	8 (57,1)	
<b>PT</b>			
Giảm	15 (57,7)	11 (42,3)	0,684
Bình thường	55 (56,7)	42 (43,3)	
Tăng	1 (100)	0 (0)	
<b>INR</b>			
Giảm	0	0	0,897
Bình thường	49 (57,6)	36 (42,4)	
Tăng	22 (56,4)	17 (43,6)	

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 66,3 $\pm$ 18,1 độ tuổi trung bình của những bệnh nhân nội khoa có nguy cơ mắc TTHKTM ngày càng tăng. Các khuyến cáo tuyên truyền và y học phát triển cũng góp phần nâng cao chất lượng cũng như thời gian sống cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là nữ điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trịnh Ngọc Thanh [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi BMI trung bình là 23,7  $\pm$  3,8 kg/m<sup>2</sup>, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Ngọc Thanh [4] và Mai Đức Thảo [2] điều này cho thấy rằng BMI ngày càng tăng ở người bệnh do chế độ ăn uống và sinh hoạt chưa được quan tâm và kiểm soát

đúng cách. Nhóm người bệnh vào viện vì đau ngực chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,3%, tiếp theo là khó thở với tỷ lệ 32,3%, mệt với 10,5% khác với nghiên cứu của tác giả Trịnh Ngọc Thanh tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì khó thở chiếm cao nhất tiếp đến là mệt và đau ngực lần lượt là 51,7%; 8,4%; 7,2% [4].

**4.2. Các bệnh đồng mắc.** Tỷ lệ người bệnh mắc đái tháo đường là 41,9% cao hơn nghiên cứu của Naseem Ambra [5] 38,3% điều này cho thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường ngày càng tăng cao, lối sống không lành mạnh ăn uống không cân đối cũng làm tăng tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh này. Tỷ lệ người bệnh mắc tăng huyết áp là 60,5% cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Naseem Ambra [5] 43,4%, điều này cho chúng tôi thấy rằng tăng huyết áp đều là bệnh lý đi kèm chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ người bệnh mắc suy tim là 43,5% điều này tương tự với tỷ lệ suy tim trong nghiên cứu của tác giả Điều Thanh Hùng [1]. Tỷ lệ người bệnh mắc COPD là 17,7% thấp hơn nghiên cứu của tác giả Xia Liu [9] 24,5%. COPD cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với VTE và thường có tiên lượng xấu [9].

##### 4.3. Đánh giá theo thang điểm PADUA.

Người bệnh có nguy cơ cao mắc TTHKTM chiếm đa số với 57,3%, tỷ lệ này cao hơn của Trịnh Ngọc Thanh [4] 56,7%, nhóm bệnh nhân nội khoa của tác giả Lavon [8] 22% và nhóm người bệnh hồi sức cấp cứu của tác giả Mai Đức Thảo [2] 40,96%. Điều đó giúp chúng ta nhận ra rằng tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM ở khoa nội tim mạch cao hơn cả bệnh nhân hồi sức cấp cứu và nội khoa nói chung. Trong thang điểm PADUA bất động, suy tim hoặc suy hô hấp, tuổi cao chiếm phần lớn trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt 57,3%; 55,6%; 51,6%. Nhận thấy rằng tỷ lệ bất động (3 điểm) chiếm cao nhất trong nghiên cứu chỉ cần thêm 1 yếu tố sẽ khiến bệnh nhân có nguy cơ mắc TTHKTM (PADUA  $\geq$ 4) [4]. Vì vậy cần hạn chế bất động ở bệnh nhân để tránh các nguy cơ mắc bệnh này.

**4.4. Môi liên qua giữa nguy cơ TTHKTM và các biến số.** Hút thuốc lá (p=0,013), béo phì (p=0,022) cũng được xem là yếu tố nguy cơ TTHKTM. Ở bệnh nhân mắc đái tháo đường, tăng huyết áp có nguy cơ mắc TTHKTM so với nhóm không mắc là lần lượt là (OR=3,2) (OR=2,67), tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Yuhong Mi [10] (OR=1,78),(OR=1,4). Tỷ lệ nguy cơ mắc TTHKTM ở những người bệnh mắc suy tim cao hơn gấp 3,6 lần so với những người không mắc bệnh này (P=0,001). Sự suy giảm này có thể dẫn đến tăng nguy cơ hình thành cục

máu đông trong tim, gây ra các biến chứng như đau tim và đột quy. Tỷ lệ nguy cơ mắc TTHKTM ở những người bệnh mắc COPD cao hơn gấp 3 lần so với những người không mắc bệnh này ( $P=0,036$ ). Nghiên cứu của tác giả Job Harenberg kết luận rằng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc VTE có COPD giai đoạn III/IV cao hơn gấp 5 lần so với bệnh nhân không mắc COPD [7]. Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân suất tổng máu EF ( $p=0,377$ ), các yếu tố đông máu APTT( $p=0,192$ ), PT( $p=0,684$ ), INR( $p=0,897$ ) với nguy cơ TTHKTM.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tại khoa Nội tim mạch có nguy cơ cao chiếm 57,3% trong nghiên cứu. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: hút thuốc lá, béo phì, lý do nhập viện, đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim COPD. Chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân suất tổng máu, các yếu tố đông máu và nguy cơ mắc TTHKTM.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Sĩ Ngọc Điều Thanh Hùng, Trương Bảo Ân, Trần Thị Thúy Phương**, "Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu ở bn nội khoa cấp tính khoa TM-LH bv tim mạch AN GIANG 4-10/2013".
2. **Mai Đức Thảo** (2019), 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, Trường Đại học Y Hà Nội,
3. **Vũ Hải Nam Tạ Văn Tuấn, Đỗ Thị Tuyết, Nguyễn Thị Thu**, (2022), "Nghiên cứu đánh giá nguy cơ huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân đột

- quy não cấp bằng thang điểm PADUA", Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy.
4. **Hoàng Văn Sỹ Trịnh Ngọc Thạnh** (2022), "Đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân nhập viện mắc bệnh lý tim mạch bằng thang điểm Padua", Tạp chí Y học Việt Nam, 520, (1B).
  5. **N. Ambra, O. H. Mohammad, V. A. Naushad, N. K. Purayil, M. G. Mohamedali, A. N. Elzouki, M. K. Khalid, M. N. Illahi, A. Palol, M. Barman, M. Sharif, S. Chalihadan, A. Punnorath, A. Mostafa, B. Al Hariri, T. G. M. Khidir, I. Varikkodan** (2022), "Venous Thromboembolism Among Hospitalized Patients: Incidence and Adequacy of Thromboprophylaxis - A Retrospective Study", Vasc Health Risk Manag, 18, 575-587.
  6. **S. B. Green** (1991), "How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis", Multivariate Behav Res, 26, (3), 499-510.
  7. **J. Harenberg, P. Verhamme** (2020), "The Dangerous Liaisons between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Venous Thromboembolism", Thromb Haemost, 120, (3), 363-365.
  8. **O. Lavon, T. Tamir** (2022), "Evaluation of the Padua Prediction Score ability to predict venous thromboembolism in Israeli non-surgical hospitalized patients using electronic medical records", Sci Rep, 12, (1), 6121.
  9. **X. Liu, X. Jiao, X. Gong, Q. Nie, Y. Li, G. Zhen, M. Cheng, J. He, Y. Yuan, Y. Yang** (2023), "Prevalence, Risk Factor and Clinical Characteristics of Venous Thrombus Embolism in Patients with Acute Exacerbation of COPD: A Prospective Multicenter Study", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 18, 907-917.
  10. **Y. Mi, S. Yan, Y. Lu, Y. Liang, C. Li** (2016), "Venous thromboembolism has the same risk factors as atherosclerosis: A PRISMA-compliant systemic review and meta-analysis", Medicine (Baltimore), 95, (32), e4495.

## KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ ẢNH HƯỞNG SỨC KHỎE VÀ Ý ĐỊNH TỪ BỎ THUỐC LÁ Ở NGƯỜI BỆNH TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

Phạm Thị Xuân Thảo<sup>2</sup>, Trần Lê Thị Thành Nam<sup>3</sup>, Hồ Tất Bằng<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Minh Tấn<sup>1</sup>, Lâm Thảo Cường<sup>1,2</sup>, Lê Thị Thiên Nga<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thanh Trúc<sup>1</sup>, Trần Thanh Vỹ<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM, Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>3</sup>Trung tâm Y tế Quận 5

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tất Bằng

Email: bang.ht@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

**Mục tiêu:** Khảo sát kiến thức người bệnh tắc hẹp động mạch mạn tính chi dưới (THĐMMTCD) về ảnh hưởng sức khỏe của việc hút thuốc lá và ý định bỏ thuốc lá trong tương lai. **Đối tượng và phương pháp:** Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 47 người bệnh, thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 2/2024 đến tháng 05/2024. Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn với bộ câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 3/1, nhóm tuổi từ 65-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,43%. Điểm kiến thức trung bình của người bệnh THĐMMTCD về ảnh hưởng sức khỏe của thuốc lá đạt 2,68/8 điểm. Điểm kiến thức trung bình của người bệnh