

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHỈ DƯỚI BẰNG HEPARIN TRONG LƯỢNG PHÂN TỬ THẤP Ở BỆNH NHÂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN

Ngô Văn Ba^{1,2}, Nguyễn Duy Khương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực-chống độc thường có nguy cơ cao bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, gây nhiều biến chứng đe dọa tính mạng. Tuy vậy, điều trị dự phòng bằng heparin TLPTT cần được cân nhắc nghiên cứu nhiều hơn về hiệu quả và tính an toàn do tiềm ẩn nguy cơ gây xuất huyết. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị dự phòng HKTMSCD và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tại khoa HSTC-CD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 45 bệnh nhân điều trị tại Khoa HSTC-CD, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nữ/nam = 1,5; độ tuổi trung bình là $65,00 \pm 15,66$, phần lớn trên 60 tuổi. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là $20,87 \pm 2,75$, tỷ lệ béo phì là 13,3%. Tỷ lệ đái tháo đường là 60%, nhồi máu não là 28,9%, suy hô hấp và nhiễm trùng lần lượt là 88,9% và 82,2%. Có 64,4% bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, 57,8% dùng thuốc vận mạch và 35,6% dùng thuốc an thần. Sau 7 ngày điều trị, có 22,2% bệnh nhân xuất hiện HKTMSCD và 11,1% có tác dụng phụ, trong đó, 6,7% là xuất huyết. Đái tháo đường có liên quan đến tăng tỷ lệ HKTMSCD, với OR = 8,5 (KTC 95%: 1,0-74,4; p = 0,034). Điểm PADUA cũng ghi nhận cao hơn ở nhóm có HKTMSCD (p<0,001). **Kết luận:** Điều trị dự phòng HKTMSCD bằng heparin TLPTT trên bệnh nhân nằm ở HSTC-CD bước đầu cho thấy kết quả tốt và tính an toàn cao. **Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD), heparin trọng lượng phân tử thấp (heparin TLPTT), dự phòng, hồi sức tích cực-chống độc (HSTC-CD).

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOME OF DEEP VEIN THROMBOSIS PROPHYLAXIS USING LOW-MOLECULAR-WEIGHT HEPARIN IN PATIENTS AT THE INTENSIVE CARE – TOXICOLOGY DEPARTMENT OF BINH THUAN GENERAL HOSPITAL

Background: Patients in the Intensive Care – Toxicology Department are at high risk of developing deep vein thrombosis (DVT) in the lower extremities,

leading to life-threatening complications. However, the prophylactic use of low-molecular-weight heparin (LMWH) requires further investigation regarding its efficacy and safety due to the potential risk of bleeding. **Objectives:** To evaluate the outcomes of DVT prophylaxis and investigate associated factors in patients in the Intensive Care – Toxicology Department. **Materials and methods:** An uncontrolled interventional study was conducted on 45 patients treated at the Intensive Care – Toxicology Department of Binh Thuan General Hospital from September 2024 to March 2025. **Results:** The female-to-male ratio was 1.5, and the average age was 65.00 ± 15.66 years, with the majority being over 60 years old. The mean body mass index was 20.87 ± 2.75 , with an obesity rate of 13.3%. The prevalence of diabetes mellitus was 60%, ischemic stroke 28.9%, respiratory failure 88.9%, and infection 82.2%. Additionally, 64.4% of patients had central venous catheterization, 57.8% received vasopressor therapy, and 35.6% were administered sedatives. After seven days of treatment, 22.2% of patients developed DVT, while 11.1% experienced adverse effects, including 6.7% with bleeding complications. Diabetes mellitus was associated with an increased incidence of DVT, with an odds ratio (OR) of 8.5 (95% confidence interval [CI]: 1.0–74.4; p = 0.034). The PADUA score was significantly higher in the DVT group (p < 0.001). **Conclusion:** Initial findings suggest that LMWH prophylaxis for DVT in intensive care patients demonstrates favorable outcomes and high safety.

Keywords: Deep vein thrombosis (DVT), low-molecular-weight heparin (LMWH), prophylaxis, intensive care – toxicology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là biến chứng nặng thường gặp ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc (ICU), với tỷ lệ dao động từ 4% đến 17% tùy theo nghiên cứu và phương pháp chẩn đoán.¹ HKTMSCD không chỉ kéo dài thời gian nằm viện mà còn làm tăng nguy cơ tử vong, đặc biệt khi diễn tiến thành thuyên tắc phổi - một biến chứng đe dọa tính mạng. Bệnh nhân tại khoa HSTC-CD thường có nhiều yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng phát triển HKTMSCD, bao gồm tình trạng bất động kéo dài, tuổi cao, nhiễm trùng, bệnh lý nền mạn tính, và các thủ thuật xâm lấn như đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Các hướng dẫn lâm sàng hiện nay đều khuyến cáo sử dụng các biện pháp dự phòng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Ba

Email: bsnvba@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025

HKTMSCD cho bệnh nhân tại khoa ICU, trong đó heparin trọng lượng phân tử thấp (TLPTT) được xem là lựa chọn ưu tiên do đặc tính được động học ổn định, thời gian bán thải dài hơn và nguy cơ tử vong thấp hơn so với heparin không phân đoạn.² Tuy nhiên, hiệu quả và tính an toàn của heparin TLPTT trong bối cảnh dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân Việt Nam tại khoa ICU vẫn cần được nghiên cứu thêm, đặc biệt khi xét đến đặc điểm dân số và mô hình bệnh tật khác biệt.

Một nghiên cứu gần đây cho thấy hoạt động kháng Xa đạt được với liều tiêu chuẩn của heparin TLPTT ở bệnh nhân ICU thường thấp hơn mục tiêu 0,2-0,5 IU/mL, tuy nhiên ý nghĩa lâm sàng của phát hiện này vẫn chưa rõ ràng.¹ Đồng thời, việc áp dụng phác đồ tối ưu vẫn còn nhiều thách thức do lo ngại về nguy cơ xuất huyết, đặc biệt ở bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền hoặc rối loạn đông máu.

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả điều trị dự phòng HKTMSCD bằng heparin TLPTT và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại khoa ICU tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận. Đây là bước quan trọng nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho việc xây dựng phác đồ dự phòng HKTMSCD phù hợp và hiệu quả trong bối cảnh y tế Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận không có HKTMS chi dưới từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa ICU không có HKTMSCD.

Bệnh nhân có nguy cơ cao bị HKTMSCD (Điểm PADUA ≥ 4) được điều trị dự phòng kháng đông theo phác đồ.

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông do các bệnh lý khác.

Bệnh nhân có rối loạn đông máu, bệnh về máu.

Bệnh nhân có chống chỉ định dùng thuốc chống đông, có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin, hiện đang chảy máu hay có nguy cơ chảy máu cao, tổn thương các cơ quan dễ chảy máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh

nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 45 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB $\pm$ ĐLC; ≥ 60 ; < 60), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB $\pm$ ĐLC; ≥ 23 ; < 23), hút thuốc lá (có/không), tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD] (có/không), tiền sử nhồi máu não (có/không).

Đặc điểm bệnh: điểm PADUA (TB $\pm$ ĐLC), đái tháo đường (có/không), suy tim NYHA IV (có/không), suy hô hấp (có/không), nhiễm trùng (có/không), thở máy (có/không), đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (có/không), dùng thuốc vận mạch (có/không), dùng thuốc an thần (có/không).

Đặc điểm cận lâm sàng: hemoglobin [Hb] (g/dL), bạch cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$), tiểu cầu (G/L), hematocrit [Hct] (%), glucose máu (mmol/L), CRP (mg/L), AST (U/L), ALT (U/L), creatinine máu (mmol/L).

Kết quả dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: xuất hiện HKTMSCD trên siêu âm (có/không). Đánh giá sau 7 ngày điều trị với phác đồ dự phòng heparin trọng lượng phân tử thấp Enoxaparin 40mg tiêm dưới da một lần/ngày trong 7 ngày.

Tính an toàn khi dự phòng: giảm tiểu cầu (có: < 150 G/L hay giảm $> 50\%$ so với trước điều trị), dị ứng (có/không), xuất huyết (có/không), bầm nơi tiêm chích (có/không).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân sử dụng phép kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher để tìm hiểu mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, đái tháo đường, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, suy hô hấp với kết quả dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Sử dụng phép kiểm T-test để so sánh sự khác biệt giữa điểm PADUA, nồng độ CRP và chỉ số khối cơ thể với kết quả dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Kết quả có $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 2546/QĐ-ĐHYDCT).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng

03/2025, có tổng cộng 45 bệnh nhân tại Khoa HSTC-CD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (N=45)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	15	33,3
	≥ 60	30	66,7
Tuổi (TB ± ĐLC)		65,0 ± 15,66	
Giới tính	Nam	18	40,0
	Nữ	27	60,0
BMI (TB ± ĐLC)		20,87 ± 2,75	
Béo phì		6	13,3
Hút thuốc lá		17	37,8
Tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính		12	26,7
Tiền sử nhồi máu não		13	28,9
Đái tháo đường		27	60,0
Suy tim NYHA IV		6	13,3
Suy hô hấp		40	88,9
Nhiễm trùng		37	82,2
Thở máy		20	44,4
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm		29	64,4
Dùng thuốc vận mạch		26	57,8
Dùng thuốc an thần		16	35,6
PADUA (TB ± ĐLC)		5,9 ± 1,35	

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nữ/nam = 1,5; độ tuổi trung bình là 65,0 ± 15,66, phần lớn trên 60 tuổi. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là 20,87 ± 2,75, tỷ lệ béo phì là 13,3%. Tỷ lệ đái tháo đường là 60%, nhồi máu não là 28,9%, suy hô hấp và nhiễm trùng lần lượt là 88,9% và 82,2%. Có 64,4% bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, 57,8% dùng thuốc vận mạch và 35,6% dùng thuốc an thần.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=45)

Đặc điểm	Kết quả
Số lượng bạch cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	13,41 (4,33 - 43,09)
Glucose máu (mmol/L)	10,71 (4,37 - 42,10)

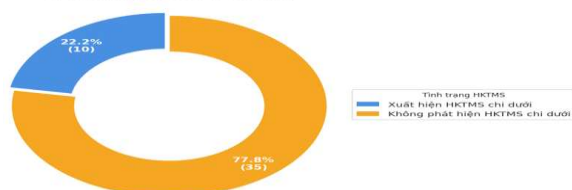
Bảng 3. Một số yếu tố liên quan kết quả điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Yếu tố	Kết quả		OR (KTC 95%)	p
	Xuất hiện HKTMSCD (n,%)	Không có HKTMSCD (n,%)		
Nhóm tuổi (≥ 60 tuổi)	9 (90,0)	21 (60,0)	0,1 (0,2-1,5)	0,129
Giới tính (Nam)	3 (30,0)	15 (42,9)	0,6 (0,1-2,6)	0,716
Đái tháo đường	9 (90,0)	18 (51,4)	8,5 (1,0-74,4)	0,034
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	8 (80,0)	21 (60,0)	2,7 (0,5-14,5)	0,292
Suy hô hấp	10 (100,0)	30 (85,7)	-	0,571
PADUA	7,9 ± 0,88	5,3 ± 0,80	-	<0,001

Hemoglobin (g/dL)	11,33 ± 1,98
CRP (mg/L)	41,00 (1,00 - 224,00)
Số lượng tiểu cầu (G/L)	282,04 ± 114,02
Hct (%)	37,80 (22,40 - 55,13)
ALT (U/L)	26,20 (4,90 - 203,00)
AST (U/L)	26,00 (7,50 - 116,40)
Creatinin máu (mmol/L)	98,00 (21,00 - 480,00)

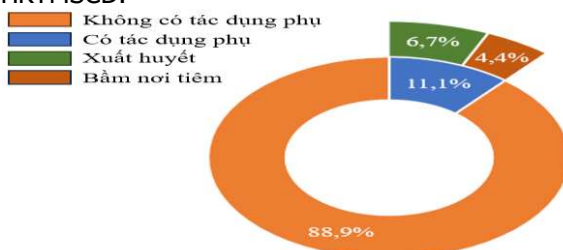
Nhận xét: Về đặc điểm cận lâm sàng, bạch cầu và CRP có xu hướng tăng, lần lượt có trung vị là 13,41 $\times 10^3/\text{mm}^3$ và 41,0 mg/L). Nồng độ glucose máu và creatinine cũng có xu hướng tăng và dao động lớn, trung vị glucose máu = 10,71 (Q1-Q3: 4,37-42,10) và creatinine máu = 98,0 (Q1-Q3: 21,0-480,0).

Tỷ lệ phát hiện HKTMS chi dưới



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Nhận xét: Sau 7 ngày dự phòng với heparin trọng lượng phân tử thấp trên các đối tượng nguy cơ cao, có 22,2% bệnh nhân xuất hiện HKTMSCD.



Biểu đồ 2. Tính an toàn sau điều trị dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, có 11,1% bệnh nhân có tác dụng phụ, trong đó, 6,7% là xuất huyết và 4,4% là bầm nơi tiêm chích. Không có bệnh nhân nào bị giảm tiểu cầu sau điều trị.

CRP (mg/l)	22,65	23,10	-	0,93
BMI (kg/m ²)	20,7 ± 0,81	20,9 ± 2,83	-	0,78

Nhận xét: Đánh giá một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị, chúng tôi ghi nhận đái tháo đường có liên quan đến tăng tỷ lệ HKTMSCD, với OR = 8,5 (KTC 95%: 1,0-74,4; p = 0,034). Điểm PADUA cũng ghi nhận cao hơn ở nhóm có HKTMSCD (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 45 bệnh nhân có nguy cơ HKTMSCD điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho thấy kết quả điều trị dự phòng tốt với heparin trọng lượng phân tử thấp, với 77,8% bệnh nhân không xuất hiện HKTMSCD trên siêu âm. Về tính an toàn, có 11,1% bệnh nhân có tác dụng phụ, nhưng chỉ có 6,7% có xuất huyết không đe dọa tính mạng và 4,4% bầm nơi tiêm chích. Đồng thời, đái tháo đường và điểm PADUA là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm dân số nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân ICU. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,00 ± 15,66, với phần lớn bệnh nhân trên 60 tuổi. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây đã xác định tuổi cao là một yếu tố nguy cơ quan trọng của HKTMSCD. Trong một nghiên cứu tiền cứu gần đây về dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân ICU, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,8 tuổi.³ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường khá cao (60%), cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác, điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đối nhỏ. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy hô hấp (88,9%) và nhiễm trùng (82,2%) cũng cao, phản ánh mức độ nặng của bệnh nhân tại khoa HSTC-CD của chúng tôi. Tỷ lệ bệnh nhân đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là 64,4%, sử dụng thuốc vận mạch là 57,8% và thuốc an thần là 35,6%, tương đồng với đặc điểm bệnh nhân ICU trong nhiều nghiên cứu khác. Các yếu tố này đều được biết đến là làm tăng nguy cơ HKTMSCD do gây ra tình trạng bất động, tổn thương nội mô mạch máu và tăng đông.

Sau 7 ngày điều trị dự phòng bằng heparin TLPTT, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện HKTMSCD là 22,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Method và cộng sự báo cáo tỷ lệ HKTMSCD chỉ 2,7% với việc sử dụng enoxaparin

liều cố định.¹ Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm bệnh nhân (tỷ lệ đái tháo đường cao trong nghiên cứu của chúng tôi), phương pháp chẩn đoán, liều lượng và loại heparin TLPTT sử dụng, cũng như sự khác biệt về cỡ mẫu. Một phân tích gần đây về việc sử dụng heparin TLPTT trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết não cấp cho thấy heparin TLPTT liều thấp sớm làm giảm đáng kể tỷ lệ HKTMSCD (3,6% so với 17,5%; RR, 0,25).⁴ Tuy nhiên, nếu so sánh tỷ lệ này với tỷ lệ mắc HKTMSCD thường gặp ở bệnh nhân điều trị tại ICU, phần nào có thể phản ánh gián tiếp được hiệu quả điều trị dự phòng. Cụ thể, trong bài phân tích của tác giả M. Miri ghi nhận tỷ lệ HKTMSCD ở bệnh nhân nhập ICU không được điều trị dự phòng dao động từ 28-32%.⁵ Do đó, tỷ lệ ghi nhận HKTMSCD sau điều trị dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ mắc chung trên nhóm bệnh nhân nhiều yếu tố nguy cơ.

Về tính an toàn, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 11,1% bệnh nhân có tác dụng phụ, trong đó 6,7% là xuất huyết. Tỷ lệ này tương đối thấp và có thể chấp nhận được trong bối cảnh bệnh nhân ICU có nhiều yếu tố nguy cơ xuất huyết. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả F. Lauzier và cs thực hiện trên 1935 bệnh nhân nặng và được điều trị dự phòng HKTMSCD. Cụ thể, trong nghiên cứu này có 9,7% bệnh nhân có xuất huyết nặng và 23,6% có xuất huyết bất kỳ vị trí nào. Hơn nữa, phân tích tổng hợp của tác giả Alhazzani W. và cs với 7226 bệnh nhân từ 7 thử nghiệm lâm sàng cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ xuất huyết lớn ở nhóm không được điều trị dự phòng heparin so với nhóm không được điều trị dự phòng, với RR = 0,82 (KTC 95%: 0,56-1,21), p = 0,32.⁶ Do đó, mặc dù bối cảnh lâm sàng khác nhau, nhưng kết quả này gợi ý rằng heparin TLPTT có thể được sử dụng an toàn ngay cả ở những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao nếu được chỉ định và theo dõi thích hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi xác định đái tháo đường là một yếu tố liên quan đáng kể đến tăng nguy cơ HKTMSCD, với OR = 8,5 (KTC 95%: 1,0-74,4; p = 0,034). Kết quả này đồng nhất với nghiên cứu của tác giả X. Chen và cs, cho thấy đái tháo đường làm tăng nguy cơ HKTMSCD ở bệnh nhân lớn tuổi điều trị tại ICU (p < 0,05).⁷ Mỗi liên quan này có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế bệnh sinh, bao gồm tổn thương nội

mô mạch máu, tăng đông và giảm tiêu sợi huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Điểm PADUA cao hơn ở nhóm bệnh nhân phát triển HKTMSCD trong nghiên cứu của chúng tôi ($p < 0,001$) cho thấy giá trị của thang điểm này trong việc dự đoán nguy cơ HKTMSCD ở bệnh nhân ICU. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá nguy cơ HKTMSCD một cách hệ thống ở tất cả bệnh nhân ICU để xác định nhóm bệnh nhân cần được chú ý đặc biệt và có thể hưởng lợi từ các biện pháp dự phòng tích cực hơn.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được thảo luận. Thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng, do đó không thể đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng HKTMSCD của heparin TLPTT so với nhóm không được điều trị dự phòng. Đồng thời, cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi tương đối ngắn cũng là các nhược điểm quan trọng của nghiên cứu. Cần có những nghiên cứu được thiết kế cao cấp hơn, quy mô lớn hơn, có nhóm chứng, đa trung tâm để đánh giá một cách khách quan về hiệu quả điều trị dự phòng của HKTMSCD.

V. KẾT LUẬN

Điều trị dự phòng HKTMSCD bằng heparin TLPTT trên bệnh nhân nằm ở HSTC-CD bước đầu cho thấy kết quả tốt và tính an toàn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benes J, Skulec R, Jobanek J, Cerny V. Fixed-dose enoxaparin provides efficient DVT

prophylaxis in mixed ICU patients despite low anti-Xa levels: A prospective observational cohort study. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.2022;166(2):204-210. Doi: 10.5507/bp.2021.031.

2. Samuel S, Li W, Dunn K, et al. Unfractionated heparin versus enoxaparin for venous thromboembolism prophylaxis in intensive care units: a propensity score adjusted analysis. J Thromb Thrombolysis.2023;55(4):617-625. Doi: 10.1007/s11239-023-02795-w.
3. Degala RP, Kamala GR, Vydani K. A Prospective Study of Deep Vein Thrombosis Prophylaxis and Management in ICU Patients. Journal of Pharma Insights and Research. 2024;2(6):158-164. Doi: 10.69613/3sw7tq98.
4. Li H, Wu Z, Zhang H, Qiu B, Wang Y. Low-molecular-weight heparin in the prevention of venous thromboembolism among patients with acute intracerebral hemorrhage: A meta-analysis. PloS one.2024;19(10):e0311858. Doi: 10.1371/journal.pone.0311858.
5. Miri M, Goharani R, Sistanizad M. Deep vein thrombosis among intensive care unit patients; an epidemiologic study. Emergency.2017;5(1):e13.
6. Alhazzani W, Lim W, Jaeschke RZ, Murad MH, Cade J, Cook DJ. Heparin thromboprophylaxis in medical-surgical critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Critical care medicine. 2013; 41(9): 2088-2098. Doi: 10.1097/ccm.0b013e31828cf104.
7. Chen X, Huang J, Liu J, Deng H, Pan L. Venous thromboembolism risk factors and prophylaxis of elderly intensive care unit patients in a Chinese general hospital. Annals of Palliative Medicine. 2021;10(4): 4453-4462. Doi: 10.21037/apm-21-464.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÃNH LỆ SÂU MI DƯỚI BẰNG KỸ THUẬT CHUYỂN VỊ TÚI MỖ QUA ĐƯỜNG MỖ BỜ MI DƯỚI TẠI PHÒNG KHÁM THẨM MỸ DAVINCI

Trần Sinh Lục¹, Nguyễn Trương Toàn¹, Phạm Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chuyển vị túi mỡ mi dưới trong điều trị rãnh lệ sâu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 223 khách hàng có rãnh lệ sâu, được thực hiện tại Phòng khám

thẩm mỹ Davinci từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025. Phẫu thuật được tiến hành qua đường mỡ bờ mi dưới. **Kết quả:** 223 khách hàng với độ tuổi trung bình $48,13 \pm 10,03$ (từ 23 đến 72 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 1:26. So sánh lâm sàng trước và sau phẫu thuật cho thấy cải thiện rõ rệt về rãnh lệ sâu, thoát vị túi mỡ và tình trạng thừa da mi dưới. Cụ thể, không còn trường hợp rãnh lệ sâu độ III, chỉ 1% còn độ II, và 71,7% hoàn toàn hết rãnh lệ sâu. Sau 3 tháng, không còn tình trạng thoát vị mỡ nặng, tỷ lệ thoát vị nhẹ còn 5,4%. Tình trạng thừa da cải thiện đáng kể, từ 90,1% xuống còn 4,5%. Mức độ cải thiện đánh giá là tốt, với 93% khách hàng hài lòng với kết quả sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kỹ thuật chuyển vị túi mỡ mi dưới qua đường mỡ bờ mi dưới là phương pháp hiệu quả cao trong trẻ hóa vùng mi dưới, đặc biệt ở các trường hợp có rãnh lệ sâu kèm theo thoát vị mỡ và da thừa.

¹Phòng khám Chuyên khoa Thẩm mỹ DAVINCI

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Sinh Lục

Email: drtransinhLuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025