

của chúng tôi ở răng nanh (0,71-0,85-1,03mm cho góc mặt từ cao đến thấp). Tuy nhiên, ở răng hàm nhỏ thứ nhất (0,59-0,52-0,92mm cho góc mặt từ cao đến thấp) và răng hàm nhỏ thứ hai (1,3-1,17-1,44mm cho góc mặt từ cao đến thấp) cho thấy bản xương ở góc mặt thấp vẫn có độ dày lớn nhất, nhưng bản xương ở góc mặt trung bình có độ dày bé hơn so với bản xương ở góc mặt cao. Mặc dù có sự khác biệt nhỏ ở đây, điều này hoàn toàn có thể được lý giải bởi đặc điểm chủng tộc và cỡ mẫu đối tượng người bệnh là không giống nhau giữa 2 nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế về cỡ mẫu và lựa chọn lát cắt trong quá trình đọc phim. Mặc dù trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu lựa chọn lát cắt giống chúng tôi tuy nhiên cũng có nhiều nghiên cứu lựa chọn các lát cắt khác. Bên cạnh đó, chúng tôi chưa so sánh sự khác biệt giữa hàm bên phải và bên trái, giới tính và độ tuổi. Các nghiên cứu trong tương lai nên lựa chọn cỡ mẫu lớn hơn, phân tích phim kết hợp nhiều lát cắt hơn, đánh giá độ dày xương ổ răng giữa các nhóm tuổi, giới tính cũng như các đặc điểm vùng răng cửa, răng hàm lớn và những đặc điểm mô mềm ở vùng răng đang xét.

## V. KẾT LUẬN

Độ dày bản xương có sự tăng lên về phía chóp răng ở cả 3 răng nghiên cứu (răng nanh, 2 răng hàm nhỏ) ở cả 3 góc mặt. Góc mặt có sự ảnh hưởng đến độ dày bản xương (thường ở bản ngoài góc mặt thấp có độ dày xương nhỏ nhất trong 3 góc mặt và ngược lại với bản trong, góc mặt thấp có độ dày xương lớn nhất).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khan MYA, Kishore MSV, Bukhari SAA, Rachala MR, Sashidhar NR. Alveolar and Skeletal Chin Dimensions Associated with Lower Facial Height Among Different Divergent Patterns. J Clin Diagn Res. 2016;10(5):ZC75-80. doi:10.7860/JCDR/2016/19932.7811
2. Sendyk M, Linhares DS, Pannuti CM, Paiva JB de, Rino Neto J. Effect of orthodontic treatment on alveolar bone thickness in adults: a systematic review. Dental Press J Orthod. 2019;24:34-45. doi:10.1590/2177-6709.24.4.034-045.oar
3. Kapila SD, Nervina JM. CTCB in orthodontics: assessment of treatment outcomes and indications for its use. Dentomaxillofac Radiol. 2015;44(1):20140282. doi:10.1259/dmfr.20140282
4. Hoàng Kim Cúc. Xác định kích thước xương ổ răng trên phim CT Cone Beam hàm trên, dưới. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. Nguyễn Thị Hương và Nguyễn Thị Bích Ngọc. Đặc điểm bản ngoài xương hàm dưới ở người bệnh có khớp cắn loại III trên phim chụp cắt lớp vi tính chùm tia nón. VMJ. 2023;531(1B):303-307. doi:10.51298/vmj.v531i1B.7077
6. Li B, Li J, Wang H, Xie X, Wen J, Li H. Relationship between different skeletal facial types and anterior alveolar bone thickness with cone-beam computed tomography in an Asian population. Ann Transl Med. 2022;10(18):956. doi:10.21037/atm-22-935
7. Tayseer Al Zain, Donald J. Ferguson. Cephalometric characterization of an adult Emirati sample with Class I malocclusion. Journal of Orthodontic Science. 2012;1(1):11-15. doi:10.4103/2278-0203.94772
8. Formosa J, Zou M, Chung CH, Boucher NS, Li C. Mandibular alveolar bone thickness in untreated Class I subjects with different vertical skeletal patterns: a cone-beam computed tomography study. The Angle Orthodontist. 2023;93(6):683-694. doi:10.2319/030523-151.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH DỰ PHÒNG HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG

Nguyễn Huỳnh Hoài Chương<sup>1</sup>, Lê Hồng Hân<sup>2</sup>, Nguyễn Hương Thảo<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dự phòng huyết khối tĩnh mạch (DP HKTM) giúp giảm thiểu biến chứng và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm phẫu thuật, nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và việc DP HKTM trên BN phẫu thuật

chỉnh hình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của các BN nội trú  $\geq 18$  tuổi, có phẫu thuật chỉnh hình chi dưới (01/04/2024 - 30/09/2024) tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Trưng Vương. Thông tin thu thập gồm đặc điểm BN và đặc điểm phẫu thuật. Nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định thuốc kháng đông và đặc điểm DP HKTM được đánh giá theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2023). **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 113 HSBA (tuổi trung bình:  $50,5 \pm 17,2$ ; nữ giới: 61,1%). BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ chiếm đa số (83,1%). Tỷ lệ BN có nguy cơ HKTM trung bình/cao là 45,2%. Nguy cơ chảy máu cao gặp ở 2/113 BN. Có 54,9% BN được DP HKTM hợp lý, chủ yếu ở BN phẫu thuật chỉnh

<sup>1</sup>Trường Dược - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Trưng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

hình nhỏ. Tuổi  $\geq 60$  có khả năng được DP HKTM hợp lý thấp hơn so với BN  $< 60$  tuổi ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ BN phẫu thuật chỉnh hình được DP HKTM hợp lý còn thấp. Cần có các can thiệp phù hợp để cải thiện việc bám sát hướng dẫn DP HKTM, đặc biệt là trên BN cao tuổi. **Từ khóa:** dự phòng, huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật chỉnh hình.

## SUMMARY

### VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN ORTHOPEDIC SURGERY PATIENTS AT TRUNG VUONG HOSPITAL

**Background:** Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis helps minimize complications and ensures patient safety after orthopedic surgery. **Objectives:** To describe surgical characteristics, VTE risk, bleeding risk, and the practice of VTE prophylaxis in orthopedic surgery patients. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on medical records of hospitalized patients aged  $\geq 18$  years who underwent lower limb orthopedic surgery (April 1<sup>st</sup> 2024 - September 30<sup>th</sup> 2024) at the Department of Orthopedic Trauma Surgery, Trung Vuong Hospital. Data collected included patient's and surgical characteristics. VTE risk, bleeding risk, contraindications to anticoagulants, and the appropriateness of thromboprophylaxis were assessed based on the guideline issued by the Ministry of Health (2023). **Results:** There were 113 patients included (mean age:  $50.5 \pm 17.2$  years; female: 61.1%). The majority of patients (83.1%) underwent minor orthopedic surgery. The proportion of patients with moderate to high risk of VTE was 45.2%. High bleeding risk was identified in 2 out of 113 patients. Appropriate VTE prophylaxis was achieved in 54.9% of cases, primarily among those undergoing minor orthopedic procedures. Patients aged  $\geq 60$  years were significantly less likely to receive appropriate VTE prophylaxis compared to those under 60 years ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** The proportion of orthopedic surgery patients receiving appropriate VTE prophylaxis was low. Interventions are needed to enhance compliance with thromboprophylaxis guideline, especially among older patients.

**Keywords:** thromboprophylaxis, venous thromboembolism (VTE), orthopedic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch (HKTM) là một bệnh mạch máu phổ biến với tỷ lệ hiện mắc khoảng 1 - 2/1000 người trưởng thành mỗi năm và có xu hướng gia tăng [7]. Nguy cơ HKTM thường cao hơn ở các BN trải qua phẫu thuật. Cụ thể, gần 60% BN phẫu thuật chỉnh hình lớn (thay khớp háng, khớp gối...) mắc HKTM sâu [4]. Bên cạnh đó, hơn 30% BN trải qua phẫu thuật chỉnh hình nhỏ (nội soi tái tạo dây chằng chéo, phẫu thuật kết hợp xương...) được ghi nhận có nguy cơ HKTM cao [8]. Trong bối cảnh đó, các khuyến cáo về DP HKTM đã được ban hành giúp đội ngũ điều trị có cách tiếp cận phù hợp và giảm thiểu biến chứng HKTM cho BN sau phẫu thuật. Tại

Việt Nam, việc thực hành DP HKTM tại các cơ sở y tế hiện dựa trên "Hướng dẫn điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch" theo quyết định 3908/QĐ-BYT ngày 20 tháng 10 năm 2023 (HDBYT) [1]. Tuy nhiên, việc bám sát hướng dẫn trên thực hành lâm sàng còn hạn chế, với tỷ lệ dự phòng (DP) phù hợp chỉ đạt 35% ở BN phẫu thuật chỉnh hình [3]. Tại bệnh viện Trưng Vương, việc DP HKTM cho BN phẫu thuật chỉnh hình đã được thực hiện trong nhiều năm nay. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu khảo sát tình hình DP HKTM trên các BN này. Do đó, nghiên cứu "*Khảo sát tình hình dự phòng huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình tại bệnh viện Trưng Vương*" được thực hiện, với các mục tiêu: *Mô tả đặc điểm phẫu thuật, nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và việc DP HKTM trên BN phẫu thuật chỉnh hình.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** HSBA của các BN nội trú, có phẫu thuật chỉnh hình chi dưới (01/04/2024 - 30/09/2024), tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Trưng Vương.

**Tiêu chí lựa chọn:** BN (1)  $\geq 18$  tuổi và (2) điều trị nội trú  $\geq 24$  giờ.

**Tiêu chí loại trừ:** BN (1) có HKTM trước nhập viện, (2) dùng các thuốc chống đông cho bệnh lý khác, (3) ung thư, (4) phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

### 2.2.1. Biến số khảo sát

- Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI), độ lọc cầu thận ước tính (estimated Glomerular Filtration Rate - eGFR), bệnh đồng mắc.

- Đặc điểm phẫu thuật: loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, phương pháp vô cảm.

- Đặc điểm nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định thuốc kháng đông.

- Đặc điểm DP HKTM: biện pháp DP, sử dụng thuốc kháng đông, tính hợp lý trong DP HKTM.

### 2.2.2. Tiêu chí đánh giá

- Nguy cơ huyết khối:

• Nguy cơ trung bình/cao: BN phẫu thuật chỉnh hình lớn hoặc BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ có một trong các yếu tố: (1) tuổi  $\geq 60$ , (2) phẫu thuật  $> 120$  phút, (3) BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, (4) bất động trước mổ  $\geq 4$  ngày, (5) suy tĩnh mạch mạn tính, (6) tiền sử HKTM [1].

• Nguy cơ thấp: các trường hợp còn lại [1].

- Nguy cơ chảy máu: đánh giá theo thang điểm IMPROVE [1].

- Chống chỉ định với thuốc kháng đông đánh giá theo HDBYT [1].

- Biện pháp DP được xem là hợp lý khi:

• BN chỉnh hình lớn: vận động sớm kết hợp DP cơ học và DP dược lý [1].

• BN chỉnh hình nhỏ có nguy cơ huyết khối trung bình/cao: vận động sớm kết hợp DP cơ học và/hoặc DP dược lý [1].

• BN có nguy cơ huyết khối thấp: vận động sớm [1].

- Sử dụng thuốc kháng đông hợp lý: đánh giá theo HDBYT [1].

- Tính hợp lý trong DP HKTM được xác định khi biện pháp DP và sử dụng thuốc kháng đông phù hợp.

- Các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, thời gian nằm viện sau phẫu thuật và phương pháp vô cảm được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan với tính hợp lý trong DP HKTM.

**2.2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (TB  $\pm$  ĐLC) nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (TV (TPV)) nếu phân phối không chuẩn. Biến định tính được trình bày bằng tần số/tỷ lệ %. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các yếu tố khảo sát và tính hợp lý trong DP HKTM, với  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trưng Vương (Quyết định số 1809/BVTV-HĐĐĐ ngày 25/12/2024).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật.** Có 113 HSBA của BN phẫu thuật chỉnh hình chi dưới được thu thập. Đặc điểm BN và đặc điểm phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật (N=113)**

| Đặc điểm                                        |           | Tần số (%)       |
|-------------------------------------------------|-----------|------------------|
| Đặc điểm chung                                  |           |                  |
| Tuổi (TB $\pm$ ĐLC)                             |           | 50,5 $\pm$ 17,2  |
| Nhóm tuổi                                       | 18 - 59   | 69 (61,1)        |
|                                                 | $\geq 60$ | 44 (38,9)        |
| Giới tính                                       | Nam       | 43 (38,1)        |
|                                                 | Nữ        | 70 (61,9)        |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )                        | < 25      | 92 (82,3)        |
|                                                 | $\geq 25$ | 21 (17,7)        |
| eGFR (mL/ phút/1,73m <sup>2</sup> ), (TV (TPV)) |           | 85,0 (74,5-95,0) |
| Bệnh đông                                       |           | Không 64 (56,7)  |

| mắc                                                 | Có                         | 49 (43,3)        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| Loại bệnh đồng mắc                                  | Bệnh tim mạch              | 24 (21,2)        |
|                                                     | Bệnh nội tiết - chuyển hóa | 18 (15,9)        |
|                                                     | Bệnh tiêu hóa              | 12 (10,6)        |
|                                                     | Khác (COPD, thiếu máu)     | 6 (5,3)          |
| Đặc điểm phẫu thuật                                 |                            |                  |
| Loại phẫu thuật                                     |                            |                  |
| Chỉnh hình lớn                                      | Thay khớp háng             | 14 (12,4)        |
|                                                     | Thay khớp gối              | 3 (2,7)          |
|                                                     | Gãy xương đùi              | 2 (1,8)          |
| Chỉnh hình nhỏ                                      | Nội soi tái tạo dây chằng  | 68 (60,1)        |
|                                                     | Kết hợp xương              | 26 (23,0)        |
| Thời gian phẫu thuật (phút), (TV(TPV))              |                            | 60,0 (50,0-87,5) |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày), (TV(TPV)) |                            | 10,0 (7,0-14,0)  |
| Phương pháp vô cảm                                  | Gây tê                     | 80 (70,8)        |
|                                                     | Gây mê                     | 33 (29,2)        |

Tuổi trung bình của BN là 50,5  $\pm$  17,2, với hơn một phần ba BN  $\geq 60$  tuổi. Nữ giới chiếm đa số (61,9%). Gần một nửa BN có bệnh đồng mắc, nhiều nhất là bệnh tim mạch (21,2%). Phần lớn BN trải qua phẫu thuật chỉnh hình nhỏ (83,1%), chủ yếu là phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng (60,1%).

**3.2. Đặc điểm nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định với thuốc kháng đông.** Đặc điểm nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định kháng đông của 113 BN được thể hiện ở Bảng 2.

**Bảng 2. Nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định với thuốc kháng đông (N=113)**

| Đặc điểm                            | Tần số (%) |
|-------------------------------------|------------|
| Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch        |            |
| Nguy cơ trung bình/cao              | 51 (45,2)  |
| + Chỉnh hình lớn (n=51)             | 19 (37,3)  |
| + Chỉnh hình nhỏ (n=51)             | 32 (62,7)  |
| Nguy cơ thấp                        | 62 (54,8)  |
| Nguy cơ chảy máu                    |            |
| Nguy cơ cao                         | 2 (1,8)    |
| Nguy cơ thấp                        | 111 (98,2) |
| Chống chỉ định với thuốc kháng đông |            |
|                                     | 0 (0)      |

Gần một nửa BN có nguy cơ huyết khối trung bình/cao (45,2%), chủ yếu là các BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ. Có 2/113 BN thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao.

Các yếu tố nguy cơ huyết khối và yếu tố nguy cơ chảy máu được trình bày ở **Bảng 3**.

**Bảng 3. Yếu tố nguy cơ huyết khối và nguy cơ chảy máu (N=113)**

| Đặc điểm                                                     | Tần số (%) |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Yếu tố nguy cơ huyết khối</b>                             |            |
| Tuổi $\geq 60$                                               | 44 (38,9)  |
| Thời gian phẫu thuật $> 120$ phút                            | 11 (9,8)   |
| <b>Yếu tố nguy cơ chảy máu</b>                               |            |
| Tuổi $\geq 85$                                               | 1 (0,9)    |
| Tuổi 40-84                                                   | 78 (69,0)  |
| Nam giới                                                     | 43 (38,1)  |
| Cổ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm                          | 2 (1,8)    |
| Suy thận trung bình (eGFR 30-59 mL/phút/1,73m <sup>2</sup> ) | 5 (4,4)    |

Tuổi  $\geq 60$  (38,9%) và phẫu thuật  $> 120$  phút (9,8%) là các yếu tố nguy cơ huyết khối phổ biến. Yếu tố nguy cơ chảy máu thường gặp là nhóm tuổi 40 - 84 (69,0%) và nam giới (38,1%).

### 3.3. Đặc điểm dự phòng huyết khối tĩnh mạch

**Biện pháp dự phòng.** Các biện pháp DP và tính hợp lý được trình bày ở Bảng 4.

**Bảng 4. Biện pháp dự phòng và tính hợp lý (N=113)**

| Loại phẫu thuật       | Nguy cơ huyết khối | Tần số | Biện pháp DP được chỉ định                                 | Số trường hợp hợp lý |
|-----------------------|--------------------|--------|------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Chỉnh hình nhỏ</b> | Thấp               | 62     | 62 BN vận động sớm                                         | 62                   |
|                       | Trung bình/cao     | 32     | 32 BN vận động sớm                                         | 0                    |
| <b>Chỉnh hình lớn</b> | Trung bình/cao     | 19     | 16 BN vận động sớm kết hợp DP được lý<br>3 BN vận động sớm | 0                    |
| <b>Tổng cộng</b>      |                    | 113    |                                                            | 62 (54,9%)           |

Vận động sớm là biện pháp DP HKTM được chỉ định cho tất cả các BN. Có 16/113 BN được DP bằng thuốc và không có BN nào được sử dụng biện pháp DP cơ học. Hơn một nửa BN được chỉ định biện pháp DP hợp lý.

**Sử dụng thuốc kháng đông.** Có 16 BN được DP được lý với enoxaparin 40mg (tiêm dưới da), 1 lần/ngày hoặc rivaroxaban 10mg (uống), 1 lần/ngày. Trong đó, 2/16 BN được sử dụng phù hợp với khuyến cáo. Các trường hợp không hợp lý bao gồm sai thời điểm (68,8%) và/hoặc thời gian (75,0%) dùng thuốc.

**Tính hợp lý trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch.** Tỷ lệ hợp lý trong DP HKTM là 54,9%, chủ yếu ghi nhận ở BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ (62/94 BN). Không có BN phẫu thuật chỉnh hình lớn nào được DP HKTM hợp lý.

### 3.4. Các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch

Các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong DP HKTM được xác định bằng hồi quy logistic đa

biến (Bảng 5).

**Bảng 5. Kết quả hồi quy logistic đa biến**

| Yếu tố khảo sát                   |           | OR    | 95% CI        | p      |
|-----------------------------------|-----------|-------|---------------|--------|
| Tuổi                              | <60*      | 0,004 | 0,000 - 0,037 | <0,001 |
|                                   | ≥60       |       |               |        |
| Giới tính                         | Nam*      | 1,330 | 0,029 - 6,113 | 0,714  |
|                                   | Nữ        |       |               |        |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )          | <25*      | 1,215 | 0,188 - 8,348 | 0,817  |
|                                   | ≥25       |       |               |        |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật | <10 ngày* | 0,388 | 0,084 - 1,794 | 0,225  |
|                                   | ≥10 ngày  |       |               |        |
| Loại gây mê                       | Gây tê*   | 1,394 | 0,300 - 6,472 | 0,671  |
|                                   | Gây mê    |       |               |        |

\* Nhóm tham chiếu

Theo phân tích, BN  $\geq 60$  tuổi có khả năng được DP HKTM thấp hơn BN  $< 60$  tuổi (OR = 0,004; 95% CI: 0,000 - 0,037,  $p < 0,001$ ).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật.** Độ tuổi trung bình của 113 BN là  $50,5 \pm 17,2$ , với đa số BN  $< 60$  tuổi (61,1%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) [3]. Tỷ lệ BN nữ chiếm ưu thế (61,9%), cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) (42,4%) [3] và Nguyễn Hương Thảo (2022) (47,8%) [2]. Điều này có thể được lý giải là BN nữ có khả năng chấn thương dây chằng chéo cao hơn so với nam [6], mà đa phần BN trong nghiên cứu của chúng tôi có phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng (60,1%).

Phần lớn BN trải qua phẫu thuật chỉnh hình nhỏ (83,1%), với thời gian phẫu thuật trung vị là 60,0 (50,0 - 87,5) phút. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023), nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ cao hơn và thời gian phẫu thuật ngắn hơn [3]. Đây là các đặc điểm giúp giảm nguy cơ HKTM. Tuy nhiên, thời gian nằm viện sau phẫu thuật (10,0 (7,0 - 14,0) ngày) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) (4,0 (3,0 - 6,0) ngày) là một đặc điểm làm tăng nguy cơ HKTM [3].

**4.2. Đặc điểm nguy cơ huyết khối, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định thuốc kháng đông.** Về nguy cơ huyết khối, có 45,2% BN có nguy cơ HKTM trung bình/cao, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) (80,2%) [3]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN phẫu thuật chỉnh hình lớn và BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ có nguy cơ HKTM trung bình/cao thấp hơn. Thời gian phẫu thuật  $> 120$  phút và tuổi  $\geq 60$  là các

yếu tố nguy cơ HKTM trong nghiên cứu. BN có một trong các đặc điểm này cần được DP HKTM phù hợp (DP cơ học và/hoặc DP được lý kết hợp với vận động sớm) [1].

Do chưa có hướng dẫn về đánh giá nguy cơ chảy máu cho BN ngoại khoa, chúng tôi tham khảo thang điểm IMPROVE (áp dụng cho BN nội khoa) để đánh giá nguy cơ chảy máu trong nghiên cứu này. Theo thang điểm này, có 2/113 BN thuộc nhóm nguy cơ chảy máu cao. Những BN này cần ưu tiên lựa chọn biện pháp DP cơ học (nếu có nguy cơ HKTM trung bình/cao) [1]. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận BN nào được DP cơ học trong nghiên cứu. Các yếu tố nguy cơ chảy máu phổ biến là tuổi 40 - 84 (69,0%) và giới nam (38,1%). Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hương Thảo (2022) với các tỷ lệ lần lượt là 42,1% và 31,3% [2].

**4.3. Đặc điểm dự phòng huyết khối tĩnh mạch.** Về biện pháp DP, tỷ lệ chỉ định hợp lý đạt 54,9%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) (53,0%) [3]. Đáng chú ý, tất cả BN có nguy cơ huyết khối trung bình/cao đều không được chỉ định biện pháp DP hợp lý. Điều này là do không có BN nào được sử dụng biện pháp DP cơ học. Hơn nữa, tất cả các BN phẫu thuật chỉnh hình nhỏ có nguy cơ huyết khối trung bình/cao chỉ được DP bằng cách vận động sớm. Điều này cần được cải thiện trên thực hành lâm sàng.

Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông hợp lý (12,5%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hương Thảo (2022) (22,2%) [2]. Điều này chủ yếu do sử dụng thuốc sai thời điểm (68,8%) và/hoặc thời gian (75,0%) dùng thuốc. Theo HDBYT, BN sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp cần được bắt đầu 12 giờ sau khi kết thúc phẫu thuật và sử dụng thuốc kháng đông kéo dài 28 ngày, đối với BN phẫu thuật chỉnh hình lớn [1]. Tuy nhiên, thực tế phần lớn BN được dùng thuốc kháng đông sớm hơn 2 - 4 giờ so với khuyến cáo và dùng không đủ 28 ngày.

Tỷ lệ BN được DP HKTM hợp lý là 54,9%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) (35,0%) [3] và Kiraci ZK (2023) [5] (46,6%). Sự khác biệt này là do phần lớn BN trong nghiên cứu có nguy cơ HKTM thấp (54,9%) và vận động sớm được áp dụng cho tất cả BN. Tuy nhiên, các BN có nguy cơ huyết khối trung bình/cao đều không được DP HKTM hợp lý. Nguyên nhân có thể là do phương tiện để áp dụng biện pháp DP cơ học và/hoặc việc cập nhật

hướng dẫn DP HKTM còn hạn chế tại cơ sở nghiên cứu.

**4.4. Các yếu tố liên quan đến tính hợp lý trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch.** BN  $\geq 60$  tuổi có ít khả năng được DP HKTM hợp lý so với BN  $< 60$  tuổi (OR = 0,004; 95% CI: 0,000 - 0,037,  $p < 0,001$ ). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Dương (2023) [3]. Tuổi cao ( $\geq 60$ ) là một yếu tố nguy cơ huyết khối ở BN phẫu thuật chỉnh hình theo HDBYT [1]. Do đó, các BN này cần phải kết hợp các biện pháp DP khác (DP cơ học và/hoặc DP được lý) với vận động sớm. Ngoài ra, tuổi cao ( $\geq 60$ ) cũng là yếu tố nguy cơ chảy máu nên việc lựa chọn biện pháp DP trên các BN này cần cân nhắc cẩn thận. Điều này có thể lý giải một phần cho khả năng DP HKTM hợp lý trên nhóm BN  $\geq 60$  tuổi thấp hơn BN  $< 60$  tuổi.

## V. KẾT LUẬN

BN phẫu thuật chỉnh hình có nguy cơ cao mắc HKTM. Tuy nhiên, tính hợp lý trong DP HKTM trên các BN này còn hạn chế. Cần có các can thiệp phù hợp để cải thiện việc bám sát hướng dẫn DP HKTM, đặc biệt trên BN cao tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Quyết định số 3908/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch" 2023.
- Nguyễn Hương Thảo và cộng sự.** Tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân ngoại khoa tại bệnh viện nhân dân Gia Định. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022;520 (chuyên đề):379-387.
- Duong HN, et al.** Risk of venous thromboembolism and appropriateness of thromboprophylaxis in patients undergoing lower limb orthopedic surgery in a Vietnamese hospital. MedPharmRes. 2023;7(1):61-67.
- Bui MH, et al.** Frequency and Risk Factor of Lower-limb Deep Vein Thrombosis after Major Orthopedic Surgery in Vietnamese Patients. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(24):4250-4254.
- Kiraci ZK, et al.** Education and clinical pharmacist-led management strategies for the risk and prophylaxis of venous thromboembolism in general surgery. Thromb J. 2023 Aug 9;21(1):86.
- Mancino F, et al.** Anterior cruciate ligament injuries in female athletes: risk factors and strategies for prevention. Bone Jt Open. 2024 Feb 5;5(2):94-100.
- Pastori D, et al.** A Comprehensive Review of Risk Factors for Venous Thromboembolism: From Epidemiology to Pathophysiology. Int J Mol Sci. 2023 Feb 5;24(4):3169.
- Samama MM.** Applying risk assessment models in general surgery: effective risk stratification. Blood Coagul Fibrinolysis. 1999;10(2):S79-S84.

## ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI SINH THIẾT VIÊM DẠ DÀY RUỘT TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hà Văn Thiệu<sup>1,2,3</sup>, Hồ Quốc Pháp<sup>2</sup>, Hà Huy Khôi<sup>5</sup>,  
Nguyễn Thị Thu Thuý<sup>2</sup>, Ngô Văn Bách<sup>3</sup>, Võ Ngọc Hân<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm nội soi, sinh thiết EGE tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2018 đến 08/2024. **Đối tượng:** Trẻ em được chẩn đoán viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được nội soi dạ dày và tá tràng, 88% bệnh nhân được nội soi đại tràng. Tiền sử bệnh nhân có dị ứng là 40%. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi được chẩn đoán từ 1- 6 tháng chiếm tỷ lệ 56%. Mức độ tăng BCAT/máu nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 35%, 35% và 30%. Trên CT scan bụng, các biểu hiện thường gặp có dịch ổ bụng và viêm dày thành ruột là 80% và 70%. - Hầu hết các bệnh nhân được lấy mẫu sinh thiết trên 2 vị trí. Bệnh nhân được lấy mẫu sinh thiết qua nội soi tiêu hoá kết hợp phẫu thuật thăm sát ổ bụng và sinh thiết chỉ qua nội soi tiêu hoá chiếm tỷ lệ lần lượt là 52% và 48%. - Không có sự khác biệt giữa số lượng BCAT trong máu và tình trạng bụng,  $p>0,05$ . **Kết luận:** EGE là bệnh lý thường bị chẩn đoán muộn, có thể do triệu chứng không đặc hiệu và đa dạng, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý tiêu hoá khác. Trong thực hành lâm sàng cần nghĩ đến EGE khi có triệu chứng tiêu hoá kéo dài kèm theo có BCAT tăng, có hoặc không có tràn dịch màng bụng và sau khi loại trừ các nguyên nhân khác.

**Từ khóa:** Viêm dạ dày ruột tăng BCAT, nội soi sinh thiết, bạch cầu ái toan ở trẻ em, đường tiêu hoá.

### SUMMARY

#### ENDOSCOPIC AND BIOPSY CHARACTERISTICS OF EOSINOPHILIC GASTROENTERITIS IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Objective:** To describe the endoscopic and biopsy characteristics of EGE at Children's Hospital No.2 from January 2018 to August 2024. **Subjects:** Children diagnosed with eosinophilic gastroenteritis at Children's Hospital 2. **Research Method:** Case series descriptive study. **Results:** 100% of patients underwent gastroscopy and duodenoscopy, 88% underwent colonoscopy. 40% of patients have a history of allergies. The time from symptom onset to diagnosis was 1-6 months in 56% of cases. The

severity of peripheral eosinophilia (mild, moderate, and severe) was 35%, 35%, and 30% respectively. On abdominal CT scans, common findings include ascites (80%) and bowel wall thickening (70%). - Most patients had biopsies taken from more than one site. The percentage of patients who underwent biopsy via gastrointestinal endoscopy combined with exploratory laparotomy and those who only had a gastrointestinal endoscopy biopsy were 52% and 48%, respectively. - There was no significant difference between the number of eosinophils in the blood and the presence of ascites ( $p>0.05$ ). **Conclusion:** EGE is often diagnosed late, possibly due to its non-specific and varied symptoms, that can easily be mistaken for other gastrointestinal diseases. In clinical practice, EGE should be considered when there are persistent gastrointestinal symptoms accompanied by elevated eosinophil count, with or without ascites, and after other causes have been ruled out. **Keywords:** Eosinophilic gastroenteritis, endoscopic biopsy, eosinophils in children, gastrointestinal tract.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan (EGE) là một nhóm bệnh viêm mạn tính hiếm gặp, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm BCAT khu trú hay lan toả vào các vị trí khác nhau của đường tiêu hoá như thực quản, dạ dày, ruột non, đại tràng dẫn đến rối loạn chức năng cơ quan và gây ra các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Việc chẩn đoán EGE rất khó khăn do các triệu chứng thường không đặc hiệu và trùng lặp với các tình trạng bệnh lý đường tiêu hoá khác phổ biến khác.

Triệu chứng lâm sàng của viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan khác nhau tùy thuộc vào vị trí và mức độ thâm nhiễm bạch cầu ái toan vào đường tiêu hoá, thường gặp như đau bụng, tiêu chảy, nôn và tiêu máu. Do đó, về phương diện chẩn đoán, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn vì triệu chứng đa dạng và không đặc hiệu [1],[2].

Tác giả Jong Sub Choi và cộng sự trong một nghiên cứu hồi cứu trên 24 bệnh nhi từ năm 1993 đến 2014 tại khoa Nhi, bệnh viện Nhi đồng Đại học quốc gia Seoul đã ghi nhận độ tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 5,3 tuổi. Các triệu chứng tiêu hoá bao gồm tiêu chảy (54,2%) và đau bụng (45,8%). Phân loại theo thể bệnh là niêm mạc, thanh mạc và cơ gặp trong 75,0%, 20,8% và 4,2% trường hợp. Hầu hết các bệnh nhi đều cải thiện khi hạn chế ăn uống hoặc điều trị bằng

<sup>1</sup>Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 2

<sup>3</sup>Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>4</sup>Trường Đại học Tây Nguyên

<sup>5</sup>Phòng Khám Nhi

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thiệu, Hà Huy Khôi

Email: havanthieu67@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025