

- Arkan S Sayed-Noor, Sebastian Mukka, Maziar Mohaddes, Johan Kärrholm, Ola Rolfson. Sweden: Acta Orthop, 2019 Jun, Vol. 90(3), pp. 220–225. 30931664.
7. **Population-Based Rates** of Revision of Primary Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. Kelly L. Corbett, Elena Losina, Akosua A. Nti, Julian J. Z. Prokopetz, Jeffrey N. Katz. Massachusetts, USA: PLoS One, 2010 Oct, Vol. 5(10), p. e13520. 20976011.
8. **What Is the Risk of** Revision Surgery in Hydroxyapatite-coated Femoral Hip Stems? Findings From a Large National Registry. Maria C Inacio, Michelle Lorimer, David C Davidson, Richard N De Steiger, Peter L Lewis, Stephen E Graves. s.l: Clin Orthop Relat Res, 2018 Dec, Vol. 476(12), pp. 2353-2366. 30303878.
9. **The Effect of Size for** a Hydroxyapatite-Coated Cementless Implant on Component Revision in Total Hip Arthroplasty: An Analysis of 41,265 Stems. Wayne T Hoskins, Roger J Bingham, Michelle Lorimer, Richard N de Steiger. s.l: J Arthroplasty, 2020 Apr, Vol. 35(4), pp. 1074-1078. 31787355.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG BẰNG VẬT DƯỚI CẪM TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ KHOANG MIỆNG

Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>, Ngô Quốc Duy<sup>1</sup>, Lê Thế Đường<sup>1</sup>,  
Trần Đức Toàn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trọng<sup>2</sup>, Ngô Xuân Quý<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 25 BN mắc ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật dưới cằm tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K giai đoạn từ T1/2015 đến T3/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Trong số 25 BN nghiên cứu, tuổi mắc bệnh trung bình là 56,4 ± 10,3 tuổi; Tỷ lệ Nam/ Nữ 7,3/1. Trong đó: 17 BN ung thư sàn miệng, 4 BN niêm mạc má, 3 BN lưỡi, 1 BN lợi hàm dưới; BN chủ yếu ở giai đoạn T2 (64%) và N0 (72%). Kích thước u trung bình 22,4 ± 6,2 mm. Kích thước vật dưới cằm, chiều dài trung bình 42,8 ± 7,9mm, chiều rộng trung bình 30,2 ± 6,8 mm. Tình trạng vật tạo hình sau mổ 88% sống, có 3 TH vật hoại tử một phần chiếm 12%. Chức năng phát âm và nuốt sau mổ đều đạt kết quả tốt và trung bình ở tất cả các bệnh nhân. Có 68% được xạ trị hoặc hóa xạ trị sau mổ, không có mối liên quan giữa điều trị tia xạ sau mổ với tỷ lệ vật sống ( $p = 0,527$ ), chức năng nói ( $p = 0,114$ ) và chức năng nuốt ( $p = 0,432$ ). **Kết luận:** Vật dưới cằm là lựa chọn thích hợp cho các khuyết hồng khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình sau cắt bỏ u nguyên phát do đây là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, kèm theo kết quả chức năng tốt, thẩm mỹ.

**Từ khóa:** ung thư khoang miệng, tạo hình, vật dưới cằm.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF SUBMENTAL FLAP RECONSTRUCTION FOR ORAL DEFECTS IN

<sup>1</sup>Bệnh viện K Trung Ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quảng

Email: Lequang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 5.01.2021

Ngày duyệt bài: 18.01.2021

### SURGICAL TREATMENT OF ORAL CANCER

**Objectives:** To evaluate the result of OCC treatment using nasolabial flap reconstruction. **Patients and methods:** 25 cases of carcinoma of oral cavity who had undergone excision and reconstruction using a submental flap between January 2015 and March 2020. **Results:** The mean age was 56,4±10,3. Male/Female was 7,3/1. In total 25 patients, there were 17 floor of the mouth cancer patients, 4 buccal mucosa cancer patients, 3 tongue cancer patients, and 1 lower gingiva cancer patient. The mean tumor size was 31,2±8,0 mm. The mean length of flap was 42,8±7,9mm, and the mean width was 30,2±6,8mm. Flap survival was 88% and partial necrosis occurred in 3 patients (12%). The postoperative speech and swallowing function were good and intermediate level. **Conclusion:** Submental flap is simple and viable option in the reconstruction of small to medium oral defects after excision of oral cancer with good functional outcome and minimal complications.

**Key words:** oral cavity cancer, reconstruction, submental flaps.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến, chiếm tới 30 – 40% ung thư vùng đầu cổ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, với nguyên tắc phẫu thuật cắt u rộng rãi, nạo vét hạch hệ thống kết hợp với phẫu thuật tạo hình lại khuyết hồng[1]. Việc phục hồi các khiếm khuyết vùng miệng sau khi phẫu thuật cắt bỏ u cần đảm bảo cả về hình thái và chức năng. Vật dưới cằm được mô tả lần đầu năm 1993 bởi Martin và ngày càng được sử dụng rộng rãi với nhiều ưu điểm: hình thái, màu sắc và tổ chức đồng đều với mô cắt, vật dài (có thể dài tới 8cm), cuống chắc sức sống tốt, sẹo nơi tạo vật được che bởi bờ dưới cằm [2]. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu cho thấy vật dưới cằm an toàn và hiệu quả khi tạo hình cho nhóm bệnh nhân

ung thư khoang miệng [3], [4], [5].

Tại Việt Nam hiện chưa có nhiều báo cáo về an toàn và hiệu quả trong sử dụng kỹ thuật tạo hình vạt dưới cằm trong tái tạo các khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư khoang miệng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình bằng vạt dưới cằm trong phẫu thuật ung thư khoang miệng.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 25 bệnh nhân mắc ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình bằng vạt dưới cằm tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K giai đoạn từ T1/2015 đến T3/2020.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

**2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu**

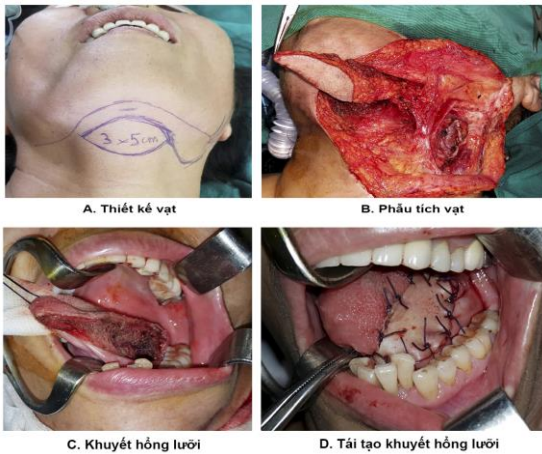
Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh (tháng), triệu chứng lâm sàng, tiền sử, vị trí, kích thước khối u, giai đoạn bệnh TNM (theo phân loại AJCC 2017), điều trị bổ trợ trước.

- Thông tin ghi nhận trong mổ: vị trí, kích thước khuyết hồng, kích thước vạt, thời gian lấy vạt, mức độ vét hạch cổ, tai biến trong mổ.

- Kết quả sớm sau mổ: biến chứng sau mổ, tình trạng vạt, vị trí lấy vạt

- Đánh giá phục hồi chức năng (chức năng nói, ăn, nuốt), thẩm mỹ sau mổ, theo dõi tái phát, sống thêm toàn bộ.



**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

<b>Tuổi</b>	<b>56,4 ± 10,3</b>	<b>35-75</b>
<b>Giới (Nam/Nữ)</b>	22/3	88,0%/12,0%

<b>Kích thước u</b>	22,4±6,2mm	15-35 mm
<b>Vị trí u</b>		
<b>Đặc điểm</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sàn miệng	17	68%
Niêm mạc má	4	16%
Lưỡi	3	12%
Lợi hàm	1	4%
<b>Giai đoạn pT</b>		
T1	4	16%
T2	16	64%
T3	5	20%
<b>Giai đoạn pN</b>		
N0	18	72%
N1	2	8%
N2a	0	0%
N2b	5	20%
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>		
Cắt rộng u, tạo hình, VHC 1 bên	19	76%
Cắt rộng u, tạo hình, VHC 2 bên	4	16%
Cắt rộng u, cắt xương hàm dưới không đứt đoạn, tạo hình, VHC	2	8%

**Nhận xét:** Tuổi mắc bệnh lớn nhất là 75, nhỏ nhất là 35, tuổi trung bình là 56,4 ± 10,3. Tỷ lệ nam/nữ là 7,3/1. Thường gặp nhất là u sàn miệng chiếm 68%, vị trí lợi hàm ít gặp, không có BN nào ung thư vị trí khẩu cái. U thường gặp nhất ở giai đoạn T2 (64% trường hợp), 72% trường hợp chưa có di căn hạch vùng N0.

**2.2. Đặc điểm phẫu thuật**

**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật**

<b>Kích thước vạt trung bình</b>		
<b>Chiều dài</b>	42,8 ± 7,9 mm	30 - 60 mm
<b>Chiều rộng</b>	30,2 ± 6,8 mm	20 - 40 mm
<b>Thời gian bóc vạt trung bình</b>		
Thời gian bóc vạt	50,6 ± 11,5 phút	40 - 70 phút

**Nhận xét:** Vạt dưới cằm lấy được có kích thước vừa và nhỏ, từ 30 – 60mm. Thời gian bóc vạt trung bình là 50,6 ± 11,5 phút.

**2.3. Kết quả sớm sau mổ**

**Bảng 3: Kết quả sớm sau mổ**

<b>Đặc điểm</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tình trạng vạt tạo hình</b>		
Sống	22	88%
Hoại tử 1 phần	3	12%
Hoại tử toàn bộ	0	0%
<b>Thời gian nằm viện trung bình</b>		
Thời gian nằm viện	10,5 ± 2,0 ngày	8 – 12 ngày

**Nhận xét:** 88% vật tạo hình sống, 3 BN hoại tử 1 phần vật chiếm 12%, không có BN hoại tử toàn bộ vật. Thời gian nằm viện trung bình là  $10,5 \pm 2,0$  ngày.

**2.4. Đánh giá phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau phẫu thuật**

**Bảng 4: Đánh giá chức năng và thẩm mỹ sau mổ**

Đặc điểm	N	%
<b>Chức năng nói</b>		
Nói khó	0	0%
Nói được (chỉ người nhà nghe hiểu)	0	0%
Nói được (người ngoài nghe hiểu)	12	48%
Nói bình thường	13	52%
Thời gian hồi phục trung bình	$3,8 \pm 1,6$ tuần	2 - 8 tuần
<b>Chức năng ăn, nuốt</b>		
Không ăn được	0	0%
An được thức ăn lỏng	0	0%
An được thức ăn đặc	9	36%
An được cơm	16	64%
Thời gian hồi phục trung bình	$4,9 \pm 1,8$ tuần	2 - 8 tuần

**Bảng 6: Mối liên quan xạ trị và kết quả vật, chức năng nói, nuốt**

		Xạ trị		Tổng số N (tỉ lệ)	p
		Có N (tỉ lệ)	Không N (tỉ lệ)		
Kết quả vật	Sống	8 (32%)	14 (56%)	22 (88%)	0,527
	Hoại tử 1 phần	0 (0%)	3 (12%)	3 (12%)	
Chức năng nói	Nói được (người ngoài nghe hiểu)	2 (8%)	10 (40%)	12 (48%)	0,114
	Nói bình thường	6 (24%)	7 (28%)	13 (52%)	
Chức năng nuốt	An được thức ăn đặc	2 (8%)	7 (28%)	9 (36%)	0,432
	An được cơm	6 (24%)	10 (40%)	16 (64%)	
<b>Tổng số</b>		<b>8 (32%)</b>	<b>17 (68%)</b>	<b>25 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Không có mối liên quan giữa xạ trị sau phẫu thuật với kết quả vật, chức năng nói, chức năng nuốt (tương ứng giá trị P lần lượt 0,527; 0,114; 0,432).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 25 bệnh nhân phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình sử dụng vật dưới cằm. Trong đó, có 22 nam và 3 nữ, độ tuổi trung bình 56,4 tuổi. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện bệnh ở giai đoạn còn sớm, với T1-2 chiếm 80% và N0 chiếm 72%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Cariati với tỷ lệ T1-2 67% và N0 77% [6], còn trong nghiên cứu của Muhammad, tỷ lệ T1-2 63% và N0 85% [7].

**4.1. Đặc điểm phẫu thuật.** Vật dưới cằm được mô tả lần đầu năm 1993 bởi Martin và trở thành phổ biến trong tạo hình các khuyết hồng vừa và nhỏ vùng khoang miệng với nhiều ưu thế như thời gian lấy vật nhanh chóng nhưng đảm

<b>Tính thẩm mỹ vùng mặt</b>		
Biến dạng	0	0
Méo miệng	1	4%
Bình thường	24	96%

**Nhận xét:** 100% BN nói được trong đó 52% BN nói bình thường với thời gian phục hồi trung bình là  $3,8 \pm 1,6$  tuần. 100% BN ăn nuốt được, trong đó 64% BN ăn được cơm, thời gian phục hồi trung bình  $4,9 \pm 1,8$  tuần. Vật dưới cằm cho kết quả tốt về thẩm mỹ, không có BN nào biến dạng mặt. Có 1 BN méo miệng (chiếm 4% trường hợp) do tổn thương thần kinh bờ hàm dưới trong quá trình phẫu thuật.

**2.5. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật**

**Bảng 5: Điều trị sau phẫu thuật**

Điều trị bổ trợ	N	%
Không	8	32%
Xạ trị bổ trợ	12	48%
Hóa xạ trị bổ trợ	5	20%

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị bổ trợ, có 32% BN sau phẫu thuật chỉ ra viện theo dõi.

**- Mối liên quan giữa xạ trị và tình trạng vật, phục hồi chức năng**

bảo an toàn và tính thẩm mỹ [2]. Vật có cuống mạch từ động mạch dưới cằm, một nhánh bên lớn của động mạch mặt tách ra trước khi động mạch bắt chéo bờ hàm dưới, với khuyết hồng lấy vật trùng với nếp da dưới cằm cho kết quả thẩm mỹ tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vật trung bình chiều dài  $42,8 \pm 7,9$ mm, chiều rộng  $30,2 \pm 6,8$ mm, tương tự nghiên cứu của Sebastian với kích thước vật trung bình 49 x 40mm [8], nhỏ hơn vật lấy được của Chow 51 x 60 mm [9]. Nhìn chung, vật dưới cằm linh động về kích thước phù hợp với tổn thương cắt bỏ, trong số bệnh nhân nghiên cứu, vật được lấy có chiều dài 30 - 60mm, đảm bảo về thẩm mỹ sau cắt rộng rãi u vùng khoang miệng. Trong nghiên

cứ của Chow, vạt lớn nhất lấy được có chiều dài 12cm tạo hình sau cắt bỏ ung thư má và không có hoại tử vạt sau đó.

Mặc dù kích thước vạt vừa và nhỏ, nhưng cũng đủ che phủ được các trường hợp khuyết hồng có cắt không đứt đoạn xương hàm dưới. Như trong nghiên cứu này, vạt dưới cằm sử dụng tốt và đảm bảo trong 2 trường hợp phẫu thuật cắt u sàn miệng kèm cắt không đứt đoạn xương hàm dưới. Muhammad cũng sử dụng vạt dưới cằm tạo hình 8 trường hợp có cắt u kèm đoạn xương hàm, các vạt đều không bị hoại tử và đảm bảo chức năng nói và nuốt [7].

**4.2. Kết quả sớm sau mổ.** Chúng tôi phân tích trạng thái của vạt dựa trên hiện tượng vạt sống, hoại tử hoàn toàn hay hoại tử một phần. Mặt khác, kết quả trạng thái của vạt cũng trùng với kết quả mức độ nhận máu của vạt và đánh giá về mặt phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi lấy kết quả này làm đại diện để so sánh với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88% vạt tạo hình sống, 3 bệnh nhân hoại tử 1 phần vạt chiếm 12% và không có trường hợp nào hoại tử vạt toàn bộ. Tỷ lệ vạt sống trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Muhammad với 85% (trong khi 15% vạt hoại tử một phần) [7] và cao hơn Sittitrai với 71% (trong khi 29% hoại tử 1 phần) [3], thấp hơn Chow với 93,3% (trong khi 6,7% vạt hoại tử 1 phần)[9], còn trong nghiên cứu của Zenga với 24 bệnh nhân, không có trường hợp hoại tử vạt nào. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 10,5 ngày, tương ứng với thời gian vạt hồi phục và rút sonde dạ dày, không có bệnh nhân nào nằm hậu phẫu quá 2 tuần.

**4.3. Đánh giá phục hồi chức năng, thẩm mỹ sau phẫu thuật.** Trong phẫu thuật ung thư sàn miệng, mục tiêu lý tưởng là phẫu thuật cắt bỏ u rộng rãi, nhưng cần đảm bảo về tính thẩm mỹ và chức năng sau mổ. Bảo tồn chức năng nói và nuốt là cần thiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống sau này của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều nói được sau phẫu thuật, trong đó 52% bệnh nhân nói bình thường, với thời gian phục hồi trung bình  $4,9 \pm 1,8$  tuần, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Cariati và Chow với tất cả bệnh nhân đều có thể nói hiểu được [6],[9].

Tất cả các bệnh nhân ăn nuốt được, trong đó 64% bệnh nhân ăn được cơm bình thường và không có trường hợp nào cần đặt sonde dạ dày nuôi ăn thay thế, kết quả này tương tự nghiên cứu của Chow với 66% số bệnh nhân ăn uống bình thường và 1 trường hợp cần đặt sonde dạ

dày nuôi dưỡng do hoại tử vạt gây rò mũi miệng [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào biến dạng mặt sau phẫu thuật. Một trường hợp méo miệng do tổn thương thần kinh bờ hàm dưới trong quá trình phẫu thuật.

**4.4. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 68% bệnh nhân được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật, với xạ trị hoặc hoá xạ trị. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa điều trị tia xạ với tỷ lệ vạt sống ( $p = 0,527$ ), chức năng nói ( $p = 0,114$ ) và chức năng nuốt ( $p = 0,432$ ).

## V. KẾT LUẬN

- Vạt dưới cằm lấy được có kích thước vừa và nhỏ, trung bình  $42,8 \times 30,2$ mm.

- Thời gian bóc vạt trung bình 50,6 phút.

- Không có vạt nào hoại tử toàn bộ, tỷ lệ vạt sống 88%.

- Tất cả bệnh nhân đều nói và nuốt được, với thời gian hồi phục nói trung bình 3,8 tuần, nuốt trung bình 4,9 tuần. Tính thẩm mỹ nhờ vạt dưới cằm cao, không có trường hợp nào biến dạng mặt sau mổ.

Như vậy, trong phẫu thuật ung thư khoang miệng, vạt dưới cằm là chất liệu an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, đi kèm với kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt. Đây là kỹ thuật có tỷ lệ thành công cao, đồng thời là lựa chọn phẫu thuật lý tưởng cho các khuyết hồng trong khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DeVita V.T., Lawrence T.S., and Rosenberg S.A. (2015). DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & practice of oncology: Tenth edition. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology: Tenth Edition, 1–2280.
2. Martin D, Pascal J F, Baudet J, et al (1993). The submental island flap: a new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled flap. *Plast Reconstr Surg*;92(5):867-873.
3. Sittitrai P., Srivanitchapoom C., Reunmakkaew D., et al (2017). Submental island flap reconstruction in oral cavity cancer patients with level I lymph node metastasis. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(3), 251-255.
4. Howard B. E., Nagel T. H., Donald C. B., et al (2014). Oncologic safety of the submental flap for reconstruction in oral cavity malignancies. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 150(4), 558-562.
5. Wang J., Tan Y., Shen Y., et al (2020). Oncological safety of submental island flap for reconstruction of pathologically node-negative and node-positive T1–2 oral squamous cell carcinoma-related defects: A retrospective study and comparison of outcomes. *Oral Oncology*, 102, 104507.

6. **Cariati P., Serrano A. C., Fernandez A. M., et al (2018).** Is submental flap safe for the oncological reconstruction of the oral cavity?. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, 119(4), 284-287.
7. **Faisal M., Adeel M., Riaz S., et al (2018).** The submental island flap in head and neck cancer. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 8(2), 287.
8. **Sebastian P., Thomas S., Varghese B. T., et al (2008).** The submental island flap for reconstruction of intraoral defects in oral cancer patients. *Oral oncology*, 44(11), 1014-1018.
9. **Chow T. L., Kwan W. W., Fung S. C., et al (2018).** Reconstruction with submental flap for aggressive orofacial cancer-an updated series. *American journal of otolaryngology*, 39(6), 693-697.

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn\*, Trần Thị Anh Thơ\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 131 bệnh nhân phẫu thuật có chỉ định thuốc dự phòng huyết khối ở khoa ngoại Bệnh viện đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hợp lý theo phân tầng nguy cơ là rất cao (96,95%); (2) Theo hướng dẫn của VNHA 2016, tỷ lệ BN lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%; (3) Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có thời điểm dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo; (4) Thời điểm sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch phù hợp có tỷ lệ cao, trong đó phẫu thuật chỉnh hình (82,25%), phẫu thuật không chỉnh hình (72,22%); (5) Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật không chỉnh hình có thời gian sử dụng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo là 71,43%, trong khi đó các bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình có tỷ lệ phù hợp về thời gian dùng thuốc thấp hơn (43,55%). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hợp lý là rất cao (96,95%). Tỷ lệ Bệnh nhân lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có thời điểm dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo. Bệnh nhân phẫu thuật được chỉ định thời điểm dùng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch phù hợp với tỷ lệ cao trong đó phẫu thuật chỉnh hình (82,25%), phẫu thuật không chỉnh hình (72,22%).

**Từ khóa:** huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật

### SUMMARY

#### THE CURRENT SITUATION OF USING DRUGS TO PREVENT VENOUS THROMBOEMBOLISM IN SURGICAL PATIENTS AT NGHE AN GENERAL

\*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 31.12.2020

Ngày duyệt bài: 14.01.2021

### FRIENDSHIP HOSPITAL

**Research objectives:** To assess the current situation of using drugs to prevent venous thromboembolism in surgical patients at the Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional study was conducted on 131 surgical patients who were indicated to use drugs to prevent thrombosis in the surgical department of Nghe An General Friendship Hospital. **Results:** (1) The rate of prevention of reasonable venous thromboembolism was very high (96.95%); (2) According to VNHA 2016's guidance, the percentage of patients using a suitable anticoagulant is 93.89%; (3) All surgical patients have an appropriate time for taking anticoagulants; (4) There is a high proportion of appropriate timing of using drugs to prevent venous thromboembolism, including orthopedic surgery (82.25%), non-orthopedic surgery (72.22%); (5) The proportion of patients with non-orthopedic surgery who have used anticoagulants in accordance with the recommendation is 71.43%, while the orthopedic surgery patients have time to use anticoagulants which conforms to recommendations is lower (43.55%). **Conclusion:** The proportion of patients with reasonable prophylaxis against venous thromboembolism was very high (96.95%). The proportion of patients receiving an appropriate anticoagulant is 93.89%. All surgical patients have an appropriate timing of anticoagulant therapy. The right time to use drugs to prevent venous thromboembolism has a high rate

**Keywords:** venous thrombosis, surgery

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch không có triệu chứng nhưng là nguyên nhân quan trọng gây tử vong, đặc biệt là thuyên tắc phổi [1]. Trong ngoại khoa, bệnh nhân trải qua các cuộc phẫu thuật (PT), đặc biệt phẫu thuật chỉnh hình sẽ có nguy cơ phát triển thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nguy cơ này gia tăng ở những bệnh nhân lớn tuổi, béo phì, bệnh ác tính, tiền sử bản thân hoặc gia đình bị thuyên tắc huyết khối tĩnh