

bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và bình thường hóa điện tâm đồ và chức năng tim trên siêu âm. Điều này chứng tỏ trên hệ tim mạch thạch tín có tác dụng độc trực tiếp gây ức chế co bóp của tế bào cơ tim đồng thời gây rối loạn tái cực, ức chế các kênh kali tái cực làm bệnh nhân dễ vào rối loạn nhịp nghiêm trọng. Y văn thế giới thường mô tả các trường hợp ngộ độc thạch tín cấp với biểu hiện rối loạn tiêu hóa nghiêm trọng hoặc mạn tính với biểu hiện ở da, lông, tóc mỏng vì phơi nhiễm thạch tín qua đường ăn uống. Hai ca lâm sàng của chúng tôi phơi nhiễm thạch tín trực tiếp qua đường niêm mạc trực tràng và qua da vùng hậu môn nên bệnh nhân không có triệu chứng tiêu hóa trên nào. Triệu chứng xoắn đỉnh do ngộ độc cấp qua đường niêm mạc như hai trường hợp của chúng tôi dường như hy hữu và có lẽ một trong những nguyên nhân gây đột tử do thạch tín là do xoắn đỉnh thoái triển thành rung thất. Trên thực hành lâm sàng, xử trí cấp cứu xoắn đỉnh trên nền QT dài cũng thường ít được nghĩ đến do ngộ độc thạch tín. Chính vì lý do này, chúng tôi muốn báo cáo hai trường hợp trên để nhân viên y tế ở vị trí cấp cứu hay tim mạch tiếp nhận bệnh nhân có thể cảnh giác nghĩ đến nguyên nhân này để chẩn đoán và điều trị thái độ phù hợp.

IV. KẾT LUẬN

Xoắn đỉnh là một cấp cứu nội khoa, việc nhận diện nguyên nhân gây xoắn đỉnh giúp điều trị hiệu quả, kịp thời. Ngộ độc thạch tín do thuốc bôi trĩ là một nguyên nhân hiếm gặp gây xoắn đỉnh và QT dài cần được cảnh giác và nhận diện kịp thời để điều trị thái độ thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goudis C, Kaiergis E, Simantirakis E, Vardas P, Kochiadakis G. Mechanism, risk factors and management of acquired long QT syndrome. *Scientific World Journal*. 2012;212178.
2. Li Y, Wan R, Liu J, Liu W, Ma L, Zhang H. In silico mechanisms of arsenic trioxide-induced cardiotoxicity. *Frontiers in Physiology*. 2022;13:2586.
3. Unnikrishnan D, Dutcher JP, Varshneya N, et al. Torsades de pointes in 3 patients with leukemia treated with arsenic trioxide. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*. 2001;97(5):1514-1516.
4. Carnicer JO, Lorenzo FR, García DM, Alabau FC. Early onset of torsades de Pointes and elevated levels of serum troponin I due to acute arsenic poisoning. *Medicina intensiva*. 2006;30(2):77-80.
5. Chen Y, Wu F, Parvez F, et al. Arsenic exposure from drinking water and QT-interval prolongation: results from the Health Effects of Arsenic Longitudinal Study. *Environmental health perspectives*. 2013;121(4):427-432.
6. Otten EJ. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. *Journal of Emergency Medicine*. 2012;42(2):239-240.
7. Roden DM, Viswanathan PC. Genetics of acquired long QT syndrome. *The Journal of clinical investigation*. 2005;115(8):2025-2032.
8. Manna P, Sinha M, Sil PC. Arsenic-induced oxidative myocardial injury: protective role of arjunolic acid. *Archives of toxicology*. 2008;82:137-149.
9. Jomova K, Jenisova Z, Feszterova M, et al. Arsenic: toxicity, oxidative stress and human disease. *Journal of Applied Toxicology*. 2011;31(2):95-107.
10. Wu HE, Abdel-Gawad NM, Gharbaoui Y, Teixeira AL, Pigott TA. An unusual case of acute psychosis with obsessive-compulsive features following arsenic poisoning. *Journal of Psychiatric Practice*. 2017;23(5):382-385.

ĐẶC ĐIỂM VIÊM TĨNH MẠCH SAU ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI TRÊN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Lý¹, Lê Văn Nhân², Cao Thị Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỹ thuật tiêm truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng catheter tĩnh mạch ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng tĩnh

mạch. Một trong những tai biến muộn hay gặp nhất là tình trạng viêm tĩnh mạch sau đặt và lưu CTMNV. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người bệnh tại Bệnh viện Phổi Trung ương, năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 341 người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu với 403 Catheter tĩnh mạch ngoại vi được quan sát. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung sau đặt CTMNV đánh giá bằng thang điểm INS Phlebitis scale là 43,4% tính theo người bệnh và 45,2% tính theo CTMNV. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV trên NB có sự thay đổi và khác nhau theo độ tuổi, giới tính, BIM, thời gian lưu catheter, vị trí đặt catheter và loại catheter. **Từ khóa:** Viêm tĩnh mạch, người bệnh, đặt

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

catheter tĩnh mạch ngoại vi

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PHLEBITIS AFTER PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERS IN PATIENTS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Background: The technique of intravenous infusion is performed by a peripheral venous catheter, which is a method of intravenous injection and infusion using a needle made of a flexible plastic tube inserted into the vein. One of the most common late complications is phlebitis after peripheral venous catheterization and retention. **Objectives:** Describe the characteristics of phlebitis after peripheral intravenous catheters in patients at the National Lung Hospital, in 2018. **Methods:** Cross-sectional survey. **Results:** 341 patients were included in the study with 403 peripheral venous catheters observed. The overall rate of phlebitis after peripheral venous catheterization as assessed by the INS Phlebitis scale was 43.4% according to the patient and 45.2% calculated according to the peripheral venous catheter. The rate of phlebitis after peripheral vein catheterization in patients varies and differs according to age, sex, BMI of patients, catheter retention time, catheter placement and catheter type.

Keywords: Peripheral phlebitis, peripheral venous catheterization, patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch ngoại vi là ống thông thường được sử dụng nhất trong các bệnh viện. Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi khi NB nằm điều trị trong bệnh viện là một thao tác thường gặp trong chăm sóc, chẩn đoán, theo dõi và điều trị. Có tới 70% người bệnh cần đường tĩnh mạch ngoại biên trong thời gian nằm viện và 200 triệu catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng mỗi năm tại một bệnh viện cấp cứu của Hoa Kỳ [1]. Tại Australia tỷ lệ catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng trên nhóm đối tượng nghiên cứu là 86.4% [2] và 80.6% số catheter mạch máu đặt cho NB là catheter tĩnh mạch ngoại vi được xác định trong một nghiên cứu tại Tây Ban Nha [3].

Tại Việt Nam, catheter tĩnh mạch ngoại vi (CTMNV) là một kỹ thuật phổ biến, được sử dụng trong hầu hết các bệnh viện từ tuyến cơ sở cho đến trung ương, đặc biệt là NB tại khoa cấp cứu – hồi sức và phẫu thuật [4-6]. Tại Bệnh viện Phổi Trung ương, CTMNV được sử dụng ở hầu hết các khoa lâm sàng với mục đích tiêm truyền thuốc, đặc biệt tại các khoa có nhiều NB nặng, khoa có NB có chỉ định phẫu thuật thì việc đặt và lưu CTMNV trở thành kỹ thuật thường quy khi NB nhập viện và NB chuẩn bị phẫu thuật giúp cho việc xử trí NB khi có diễn biến bất thường được diễn ra nhanh chóng và thuận tiện. Với các khoa khối nội số lượng NB đông và dùng nhiều loại

thuốc truyền thì kỹ thuật đặt và lưu CTMNV được ưu tiên sử dụng để giảm áp lực công việc cho điều dưỡng viên.

Việc đặt CTMNV góp phần làm tăng tỷ lệ tiêm an toàn khi không phải có thêm những lần lấy kim mới, hạn chế biến chứng cho người được tiêm và an toàn cho người tiêm, giảm số lượng rác thải và vật sắc nhọn có dính máu ra môi trường [7]. Những catheter này đòi hỏi phải được duy trì và chăm sóc cẩn thận để tránh các biến chứng như viêm tĩnh mạch, thâm nhiễm, tắc nghẽn, nhiễm trùng cục bộ và trong một số trường hợp có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết [8]. Một trong những biến chứng hay gặp của việc đặt CTMNV là viêm tĩnh mạch trong thời gian lưu kim [26], [47]. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đặc điểm viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi trên người Bệnh tại bệnh viện Phổi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh có chỉ định đặt Catheter tĩnh mạch ngoại vi và được đặt catheter tại khoa điều trị trong vòng 24 giờ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Hồi sức tích cực, khoa Lao Hô hấp, khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 12/2017 đến tháng 7/2018.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Toàn bộ người bệnh điều trị tại 3 khoa, đáp ứng tiêu chuẩn đều được lựa chọn tham gia nghiên cứu. Thực tế có 341 người bệnh, 403 CTMNV được đưa vào nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu. Phiếu thu thập thông tin về NB lưu CTMNV gồm 10 câu (khai thác từ HSBA).

Phiếu theo dõi catheter lưu trên người bệnh gồm 10 câu (điều dưỡng viên theo dõi và ghi thông tin).

Thang đo và tiêu chí đánh giá: Tiêu chí đánh giá viêm tĩnh mạch: Thang đo INS Phlebitis Scale

Mức độ	Biểu hiện
0	Không biểu hiện
1	Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau
2	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/hoặc phù nề
3	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/hoặc phù nề, bắt đầu hình thành thừng tĩnh mạch có thể sờ thấy được
	Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/

4	hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, rỉ dịch mủ.
---	---

Phân tích số liệu: Làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 12.0. Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả đặc điểm NB, đặc điểm viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV.

Biến số nghiên cứu: (1) Nhóm biến số về NB: Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, khoa điều trị (2) Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV: phân theo thang đo INS Phlebitis Scale

(3) Đặc điểm viêm tĩnh mạch: Tỷ lệ viêm theo tuổi, giới, loại catheter, loại kháng sinh sử dụng, vị trí lưu kim, số lần đặt kim, thời gian lưu catheter.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=341)

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 18 đến 59 tuổi	198	58,1
	Từ 60 tuổi trở lên	143	41,9
	Mean \pm SD: 52,7 \pm 9,7, Max: 95, Min: 18		

Bảng 3.2: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch chung và sự phân bố các trường hợp viêm tĩnh mạch theo phân độ

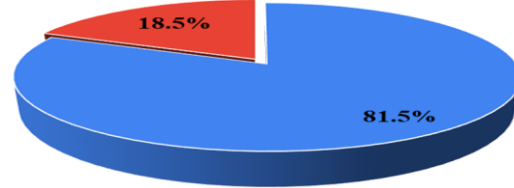
Các dấu hiệu lâm sàng tại vị trí lưu catheter	Phân độ	CTMNV viêm (n=403)		Người bệnh bị viêm (n=341)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau	1	92	50,5	72	48,9
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề	2	82	45,1	68	46
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, bắt đầu hình thành thừng tĩnh mạch có thể sờ thấy được	3	7	3,8	6	4,1
Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, thoát nước mủ	4	1	0,6	1	0,7
Tổng số		182	45,2	147	43,1

Nhận xét: Bảng 3.2 chỉ ra rằng tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau khi đặt CTMNV tính theo người bệnh là 43,1% (147 người bệnh có biểu hiện viêm tĩnh mạch trong tổng số 341 người bệnh được theo dõi), tỷ lệ này khi tính theo tổng số catheter là 45,2% (182/403 catheter). Sự phân bố các trường hợp viêm tĩnh mạch tập trung chủ yếu ở phân độ 1 và phân độ 2 với tỷ lệ từ 50,5% và 45,1%. Phân độ 4 chỉ có một trường hợp chiếm tỷ lệ 0,6% và 0,7%.

3.3. Đặc điểm viêm tĩnh mạch sau đặt

BMI	Gầy (<18,5)	140	41,1
	Bình thường (18,5-22,9)	162	47,5
	Thừa cân (≥ 23)	39	11,4
Bệnh chính	Các bệnh về phổi	193	56,6
	Bệnh lao	82	24,1
	Cả bệnh phổi và lao	66	19,4

Nhận xét: 58,1% người bệnh trong độ tuổi lao động (18-59 tuổi), NB già nhất là 95 tuổi và trẻ nhất là 18 tuổi. NB có thể trạng gầy (41,1%), NB mắc các bệnh về phổi (56,6%).



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính (n= 341)

Nhận xét: Trong số 341 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, người bệnh là nam (81,5%), NB là nữ (18,5%).

3.2. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch đánh giá theo thang điểm INS phlebitis scale

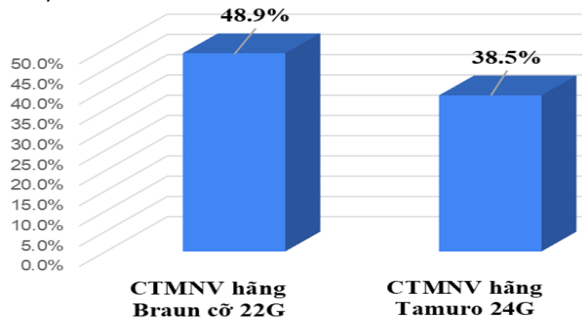
catheter tĩnh mạch ngoại vi

Bảng 3.3: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB theo tuổi, giới và BMI (n=341)

Đặc điểm	Tình trạng viêm tĩnh mạch	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: Từ 18-59	75	52,1
	68	47,2
Giới tính: Nam	29	46,0
	34	54,0

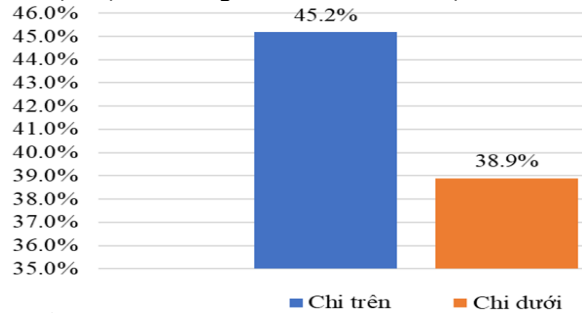
BMI		
Gầy (< 18,5)	63	42,9
Bình thường (18-5-22,9)	72	48,9
Thừa cân (≥ 23)	12	8,2

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy 52,1% NB nhóm tuổi lao động có viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV (tỷ lệ này ở nhóm ≥ 60 tuổi là 47,2%). Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB là nam (46%), NB nữ là 54%. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB gầy là 42,9%, NB bình thường là 48,9% và NB thừa cân là 8,2%.



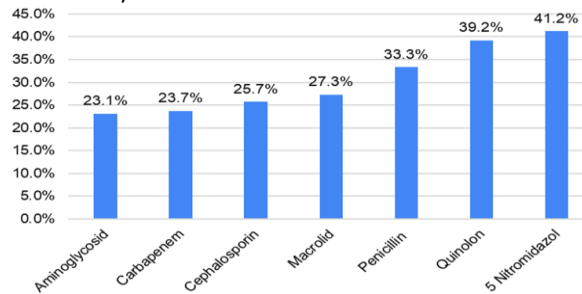
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo loại catheter (n= 403)

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV của hãng Braun 22G là 48,9%, của hãng Tamuro 24G là 38,5%.



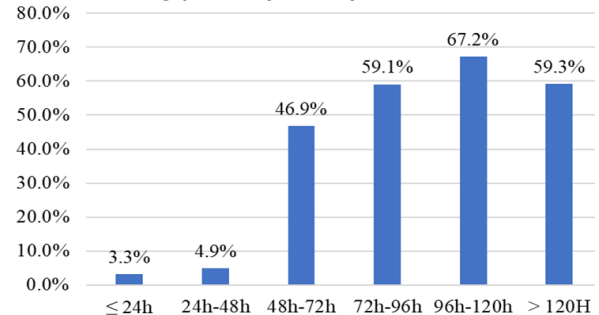
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo vị trí lưu kim (n= 341)

Nhận xét: Biểu đồ 3.3 cho thấy những NB có vị trí lưu kim ở chi trên có tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV là 45,2%, tỷ lệ này ở chi dưới là 38,9%.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo loại kháng sinh sử dụng (n=341)

Nhận xét: Biểu đồ 3.4 cho thấy NB sử dụng kháng sinh nhóm 5 Nitromidazol có tỷ lệ viêm tĩnh mạch cao nhất 941,2%) và thấp nhất là nhóm Aminoglycosid (23,1%).



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ viêm tĩnh mạch theo thời gian lưu catheter (n=341)

Nhận xét: Biểu đồ 3.5 cho thấy, những NB thời gian lưu catheter dưới 24h có tỷ lệ viêm tĩnh mạch thấp nhất (3,3%), thời gian lưu catheter trên 72h có tỷ lệ viêm tĩnh mạch cao gần 60%.

IV. BÀN LUẬN

Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi khi NB nằm điều trị trong bệnh viện là một thao tác thường gặp trong chăm sóc, chẩn đoán, theo dõi và điều trị đặc biệt là tại khoa cấp cứu – hồi sức và phẫu thuật giúp cho việc xử trí NB khi có diễn biến bất thường được diễn ra nhanh chóng và thuận tiện. Tuy nhiên việc đặt CTMNV cũng có những tai biến sớm và tai biến muộn, trong số những tai biến muộn thì viêm tĩnh mạch ngoại vi là tai biến thường gặp nhất. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 43,4% NB xuất hiện tình trạng viêm tĩnh mạch ngoại vi theo thang điểm INS Phlebitis Scale và 45,2% catheter trong tổng số catheter đã đặt gây viêm tĩnh mạch cho NB. Kết quả này khá cao so với những kết quả nghiên cứu khác về viêm tĩnh mạch đã được thực hiện tại một số bệnh viện tại Việt Nam, có thể do tính chất bệnh lý cùng với cỡ mẫu, thang đo sử dụng khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong có tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB tim mạch ở khoa hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Tim mạch An Giang tiến hành trên 174 người bệnh là 8% [6].

Về mức độ viêm, tỷ lệ viêm theo phân độ 1 (Đỏ da ở vị trí đặt kim có kèm đau hoặc không đau) chiếm tỷ lệ cao nhất trong số người bệnh và phân độ 4 (Đau tại vị trí đặt kim có kèm theo đỏ da và/ hoặc phù nề, hình thành thừng tĩnh mạch rõ rệt có chiều dài trên 2,5cm, thoát nước mủ) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,6% và 0,7%. Điều này có thể lý giải là do khi NB đã bắt đầu có biểu hiện viêm đa số sẽ thấy đau ở vị trí lưu

catheter, trong quá trình điều dưỡng đến chăm sóc, thực hiện y lệnh cho NB, NB sẽ phản hồi lại cho điều dưỡng về vấn đề mình gặp phải để điều dưỡng giải thích và xử trí. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong với 100% người bệnh có mức độ viêm theo phân độ 2 [6]. Có sự khác biệt này là do sự chênh lệch về cỡ mẫu (342 với 174), tỷ lệ viêm (43,4% với 8%), về mặt bệnh (bệnh hô hấp với bệnh tim mạch).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB cao tuổi khá cao (47,9%), điều này được giải thích là do ở tuổi già các cơ quan đều bị lão hóa, chức năng suy giảm nên vị trí lưu catheter dễ tổn thương hơn. Ngoài ra, người bệnh nữ giới trong nghiên cứu này có tỷ lệ VTM cao hơn người bệnh là nam giới. Một nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 300 người bệnh tại Iran cũng cho kết quả tương tự - viêm tĩnh mạch ở nữ nhiều hơn nam.

Có hai loại catheter sử dụng chủ yếu được sử dụng tại bệnh viện cũng như được theo dõi trong nghiên cứu này là catheter tĩnh mạch ngoại vi an toàn của hãng Braun cỡ 22G (68,5%) và catheter tĩnh mạch ngoại vi của hãng Temuro số 24G (30,3%). Không chỉ có số lượng lớn nhất mà CTMNV Braun 22G có tỷ lệ viêm cao nhất với 48,9% cao hơn CTMNV của Temuro 24G (38,5%). Điều này hợp lý vì kích thước của CTMNV được xem là có liên quan đến nguy cơ viêm tĩnh mạch. Kết quả này tương đồng với một kết quả nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện địa phương ở Brazil, với tỷ lệ viêm tĩnh mạch của catheter số 18 và 20 là 62,3% gần gấp đôi tỷ lệ viêm tĩnh mạch khi sử dụng catheter số 22 và 24 (37,7%). Ngoài ra, tuy sử dụng cùng kích thước kim nhưng có sự chênh lệch lớn về tỷ lệ viêm do tình trạng bệnh lý của NB khác nhau, NB trong nghiên cứu của chúng tôi khá đa dạng, có nhiều yếu tố dễ gây nhiễm trùng bao gồm HIV, gan, thận, tim mạch.

Về thời gian lưu kim, NB có thời gian lưu nhỏ hơn 24 h có tỷ lệ viêm tĩnh mạch thấp nhất với 3,3%. Thời gian lưu từ 48h – 72h có số lượng lớn nhất với 98 trường hợp trong tổng số 403 CTMNV được theo dõi. Kết quả này với nghiên cứu về CTMNV cho trẻ nhi ở Quảng Nam khi thời gian lưu kim từ 48-72 h chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,5% [6]. Theo hướng dẫn của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ thì các kim luồn được thay thế mỗi 72-96 h để giảm nguy cơ viêm tĩnh mạch và nhiễm khuẩn huyết. Tuy nhiên, năm 2012 Bộ Y Tế đã ban hành hướng dẫn với khuyến cáo không cần thiết thay đổi đường

truyền thường quy mỗi 72 giờ [4]. Qua kết quả ở biểu đồ 3.5 cho thấy, tỷ lệ viêm của NB đặt CTMNV sẽ tăng dần theo thời gian từ 3,3% với thời gian lưu <24 h và đạt đỉnh ở 67,2% với thời gian lưu từ 96h – 120h sau đó giảm nhẹ xuống 59,3% với thời gian lưu >120h. Kết quả của chúng tôi còn tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Rạng với kết quả NB thay kim luồn thường quy (<72 h) có tỷ lệ viêm thấp hơn NB thay kim luồn theo chỉ định lâm sàng với kết quả lần lượt là 11% và 20,2% [9]. Kết quả này đặt ra giả thiết có một mối liên quan giữa thời gian lưu CTMNV và tỷ lệ viêm của NB. Giả thiết này có thể được giải thích do thời gian lưu càng lâu thì càng làm tăng khả năng nhiễm khuẩn chỗ đặt CTMNV của NB từ đó gia tăng tỷ lệ viêm cho NB. Vì thế cần xem xét giảm thời gian lưu catheter trên NB trong quá trình chăm sóc, chủ động phối hợp với bác sỹ trong lựa chọn đường dùng thuốc phù hợp.

Theo kết quả ở biểu đồ 3.3, tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB lưu kim ở chi trên cao hơn NB lưu catheter ở chi dưới (45,2% so với 38,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong với kết quả 95,8% người bệnh đặt CTMNV ở tay và cụ thể là cẳng tay với 67,8% và mu bàn tay với 27,6%. Cũng theo nghiên cứu này thì cẳng tay có tỷ lệ viêm cao nhất với 64,2% tiếp theo đó đến mu bàn tay với 28,5 % [6]. Ngoài ra, trong một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Ngọc Rạng và cộng sự, có 80% NB được đặt CTMNV ở chi trên, không có trường hợp nào trong số NB được đặt CTMNV ở chi dưới bị viêm tĩnh mạch và có vi khuẩn khu trú tại đầu ống thông [9]. Lý giải cho việc NB chủ yếu được đặt ở tay vì đây là vị trí thuận lợi cho việc đặt catheter, hợp vệ sinh, không làm ảnh hưởng đến sự di chuyển của NB, giảm tỷ lệ bị tuột catheter hơn so với đặt ở chi dưới.

Về kháng sinh, NB trong nghiên cứu sử dụng nhóm kháng sinh 5- nitromidazol có tỷ lệ viêm cao nhất (41,2%). Tỷ lệ viêm trung bình của kháng sinh là 45,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong với tỷ lệ viêm của người bệnh truyền kháng sinh tĩnh mạch 8,6% [6]. Sự khác biệt này là do khác biệt về cỡ mẫu (341 với 174), về số lượng kháng sinh sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NB viêm tĩnh mạch chung sau đặt CTMNV là 43,1%, tỷ lệ này khi đánh giá theo CTMNV là 45,2%. Viêm tĩnh mạch phân độ 1 và phân độ 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50,5% và 45,1%).

Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV có sự thay đổi và khác nhau giữa các nhóm:

- NB trên 60 tuổi, nữ giới và người bệnh thể trạng yếu có tỷ lệ viêm tĩnh mạch cao hơn các nhóm còn lại.

- Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB sử dụng CTMNV an toàn của Braun là 48,9% cao hơn NB sử dụng CTMNV của hãng Temuro là 38,5%.

- VTM xuất hiện với tỷ lệ cao nhất ở thời điểm lưu từ 96 giờ đến 120 giờ (67,2%), thấp nhất là trong vòng 24 giờ (3,3%).

- Người bệnh được lưu CTMNV ở chi trên có tỷ lệ VTM cao hơn so với chi dưới (45,2% và 38,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stéphanie F. Bernatchez** (2014). Care of Peripheral Venous Catheter Sites: Advantages of Transparent Film Dressings Over Tape and Gauze. *Journal of the Association for Vascular Access*, 19 (4),256-261.
2. **Karen A New và các cộng sự** (2014). Intravascular device use, management, documentation and complications: a point prevalence survey. *Australian Health Review*, 38 (3),345-349.
3. **M. Fernandez-Ruiz và các cộng sự** (2014). Hospital-wide survey of the adequacy in the

number of vascular catheters and catheter lumens. *J Hosp Med*, 9(1),35-41.

4. **Nguyễn Thị Thanh Hồng** (2015). Đánh giá tình hình sử dụng kim luồn tĩnh mạch ngoại biên tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi Quảng Nam, Đề tài cơ sở, Bệnh viện Nhi Quảng Nam.
5. **Lê Thị Hương** (2013). Đánh giá hiệu quả sử dụng kim luồn tĩnh mạch cho bệnh nhân mới vào tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, 3,74- 78.
6. **Thái Đức Thuận Phong và các cộng sự** (2011). Khảo sát tỉ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa Hồi sức cấp cứu BVTM An Giang 4-10/2011, Đề tài cơ sở, Bệnh viện Tim mạch An Giang.
7. **Sandra Maria Sampaio Enes và các cộng sự** (2016). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2),263-271.
8. **Lyda Zoraya Rojas-Sánchez, Dora Inés Parra và Fabio Alberto Camargo-Figuera** (2015). Incidence and factors associated with the development of phlebitis: results of a pilot cohort study/Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte/Incidência e fatores associados com o desenvolvimento de flebite: resultados do estudo piloto de uma coorte. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4),61.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NHỒI MÁU RUỘT DO TẮC MẠCH MẠC TREO RUỘT

Nguyễn Quang Huy¹, Hồ Đặng Đăng Khoa¹,
Phạm Thanh Trung¹, Trần Thị Mai Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật tắc mạch mạc treo. **Phương pháp:** Hồi cứu tất cả bệnh nhân tắc mạch mạc treo được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2018 đến 8/2022. **Kết quả:** Có 47 bệnh nhân gồm 22 nam và 25 nữ, tuổi trung bình 63 (thay đổi từ 25 đến 97). Có 13 trường hợp tắc động mạch mạc treo và 34 trường hợp tắc tĩnh mạch mạc treo. Chụp cắt lớp vi tính giúp phát hiện 80,9% huyết khối mạc mạc treo, 100% thành ruột giảm bắt thuốc và phù nề mạc treo. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật là $3,57 \pm 2,56$ ngày. Phần ruột bị hoại tử: 80,9% là ruột non, 10,6% là ruột non và đại tràng, 8,5% là đại tràng. Phương pháp phẫu thuật: cắt ruột, nối ngay (68,1%), cắt ruột, đưa 1 đầu ra da (17%), cắt ruột và đưa 2

đầu ra da (14,9%). Chiều dài ruột bị hoại tử là $109,26 \pm 83,38$ cm. Biến chứng sau mổ có 3 trường hợp (6,38%) đều hoại tử ruột tiếp diễn. Thời gian nằm viện trung bình là $8,57 \pm 4,27$ ngày. Tỷ lệ tử vong là 21,3%. Các yếu tố có khả năng làm tăng tỷ lệ tử vong gồm: nguyên nhân do tắc mạch máu, bệnh thận mạn và tình trạng hoại tử ruột non và đại tràng. **Kết luận:** Điều trị tắc mạch mạc treo vẫn còn là thử thách. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là cần thiết cải thiện kết quả.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

Aims: To evaluate early results of surgical treatment of acute mesenteric ischemia. **Methods:** Charts of patients who had acute mesenteric ischemia operated at 115 People's Hospital between January 2018 and August 2022 were reviewed. Definite diagnosis was based on operative findings. **Results:** There were 47 patients including 22 males and 25 females with the mean age of 63 years (range 25 – 97 years). 34 patients had mesenteric venous thrombosis and 13 patients had mesenteric embolism. Computed tomography detect 80,9% mesenteric vascular

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023