

phổi thở máy tại bệnh viện tuy chỉ đạt 89,1% nhưng đã là khá cao.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tuân thủ thực hiện gói chăm sóc phòng ngừa VAP của nhóm Bác sỹ đạt 100% và nhóm Điều dưỡng đạt 89.1% và tỉ lệ chưa tuân thủ ở 02 bước kỹ thuật trong gói dự phòng là đặt đầu người bệnh cao 30-45<sup>0</sup> và vệ sinh răng miệng lần lượt đạt 93,9% và 95,2%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế**, "Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế)," Tháng 9 2012.
2. **Đặng Thị Vân Trang (2011)**, "Thực hiện khảo sát mức độ tuân thủ thực hành phòng ngừa viêm

phổi liên quan thở máy tại các đơn vị sản sóc đặc biệt bệnh viện Chợ Rẫy"

3. **Walkey AJ et al (2009)**, "Epidemiology of ventilator-associated pneumonia in a long-term acute care hospital," *Infect Control Hosp Epidemiol*, pp. (4):319-24.
4. **J. o. R. a. C. C. Medicine (2006)**, "Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia," pp. 388-416.
5. **Muscudere JG et al (2010)**, "Mortality, attributable mortality, and clinical events as end points for clinical trials of ventilator-associated pneumonia and hospital-acquired pneumonia.," *Clinical Infectious Diseases*, Volume 51, p. S120–S125, 01 August.
6. **Drakulovic MB, (1999)** Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. *Lancet*. Nov 27 1999;354(9193):1851-1858.

## HỘI CHỨNG HẬU HUYẾT KHỐI SAU ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI CẤP TÍNH

Lê Phi Long<sup>1</sup>, Nguyễn Hoài Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối sau điều trị ngoại khoa huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn chậu – đùi ở thời điểm 6 tháng sau khi được điều trị ngoại khoa (phẫu thuật lấy huyết khối, can thiệp nội mạch tiêu sợi huyết) tại khoa Lồng ngực – Mạch máu Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** 65 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật (PT) mổ mở, 50 bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch (CTNM) bơm tiêu sợi huyết tại chỗ. Tuổi trung bình là 47,3 ± 15,0 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 40 - 60 tuổi chiếm tỉ lệ 39,1%. 98,3% bệnh nhân có hình ảnh huyết khối hoàn toàn trên chụp cắt lớp vi tính. Hội chứng May-Thurner chiếm tỉ lệ 68,7%. Hội chứng hậu huyết khối sau can thiệp điều trị chiếm tỉ lệ 28,9%, trong đó nhóm PT là 30,2% và nhóm CTNM là 26,5%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối ở 2 nhóm điều trị với p=0,72. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian khởi phát và hội chứng hậu huyết khối: BN có triệu chứng khởi phát > 7 ngày có tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối cao hơn so với nhóm < 7 ngày. Bệnh nhân có tắc

nghe sau 6 tháng điều trị có tỷ lệ hội chứng hậu huyết khối cao hơn so với không có tổn thương tắc nghe. **Kết luận:** Hội chứng hậu huyết khối là một vấn đề cần quan tâm theo dõi sau điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp tính.

**Từ khóa:** thuyên tắc tĩnh mạch sâu, hội chứng hậu huyết khối

### SUMMARY

#### POST-THROMBOTIC SYNDROME IN PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF LOWER EXTRIMITY DEEP VENOUS THROMBOSIS

**Objectives:** To investigate the incidence of post-thrombotic syndrome in the patients after surgical treatment of lower extremity deep venous thrombosis. **Methods:** Descriptive cross-sectional study in patients who had lower extremity deep vein thrombosis at iliac-femoral segment undergoing surgical treatment (open thrombectomy and endovascular intervention) after in the Thoracic and Vascular department, UMC, Ho Chi Minh City from January 2016 to December 2020. **Results:** 65 patients were treated with surgical thrombectomy; 50 patients were treated with endovascular intervention. The mean age was 47.3 ± 15.0 years old. It was accounted for 39.1% patients in the age from 40 to 60 years old. Most of the patients had complete thrombosis on contrast-enhanced computed tomography scan (98.3%). May-Thurner syndrome accounted for 68.7%. Of 28.9% patients was confirmed with post-thrombotic syndrome after treatment. This rate in the open thrombectomy group was 30.2% and the endovascular intervention group was 26.5%. There was no statistically significant difference in the rate of post-thrombotic syndrome in

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

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phi Long

Email: long.lp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2021

Ngày duyệt bài: 4.6.2021

the 2 groups ( $p=0.72$ ). There was a statistically significant association between time to onset and post-thrombotic syndrome: patients with symptom onset > 7 days had an increased rate of post-thrombotic syndrome compared with the group < 7 days with  $p = 0.004$ . There is a statistically significant association between obstructive lesions and post-thrombotic syndrome. ( $p<0.001$ ). **Conclusion:** Post-thrombotic syndrome had been need follow-up after treatment of acute lower extremity deep vein thrombosis.

**Key words:** deep vein thrombosis, post-thrombotic syndrome

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng hậu huyết khối, là một di chứng mạn tính của huyết khối TM sâu, cũng gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống và làm tiêu tốn rất nhiều kinh phí điều trị [1]. Một khảo sát khác của tác giả Prandoni và cộng sự trên 224 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu, theo dõi sau 5 năm, tỷ lệ mắc hội chứng sau huyết khối là 30%. Tỷ lệ thuyên tắc phổi có triệu chứng trên các trường hợp bị huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính là khoảng 10%. Tỷ lệ di chứng sau huyết khối cũng chiếm khoảng 2/3 các trường hợp này [1]. Do đó, việc loại bỏ sớm huyết khối trong lòng tĩnh mạch, phục hồi sớm lưu thông máu bình thường, phối hợp với kháng đông liệu pháp, sẽ giúp ngăn chặn huyết khối tiến triển, giảm thiểu nguy cơ di chuyển huyết khối, giảm thiểu hiện tượng tái phát huyết khối, giúp bảo tồn chức năng các van tĩnh mạch. Hiện tại ở Việt Nam, các báo cáo về can thiệp điều trị lấy huyết khối hoặc dùng tiêu sợi huyết trực tiếp còn rất ít. Tỷ lệ hội chứng hậu huyết khối còn chưa được ghi nhận trong các báo cáo. Chính vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối ở các bệnh nhân được điều trị ngoại khoa huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y dược Tp Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn chậu – đùi đã được phẫu thuật lấy huyết khối, can thiệp nội mạch

tiêu sợi huyết theo Thời điểm khảo sát là 6 tháng sau điều trị. Hội chứng hậu huyết khối được chẩn đoán khi thang điểm Villalta  $\geq 5$  điểm, hoặc có loét chân do tĩnh mạch [2]

\*Phân độ hội chứng hậu huyết khối [2]

+ Nhẹ: thang điểm Villalta từ 5 – 9 điểm

+ Trung bình: thang điểm Villalta từ 10-14 điểm

+ Nặng: thang điểm Villalta  $\geq 15$  điểm hoặc có loét chân do tĩnh mạch.

\* **Xử lý và phân tích số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu thị bằng trung bình và độ lệch chuẩn, biến định tính được biểu thị dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh đặc điểm trước mổ giữa hai nhóm sử dụng phép kiểm chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc kiểm định Fisher. Sử dụng phép kiểm t test, hay Mann-Whitney với các biến liên tục để so sánh các trung bình. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p<0.05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

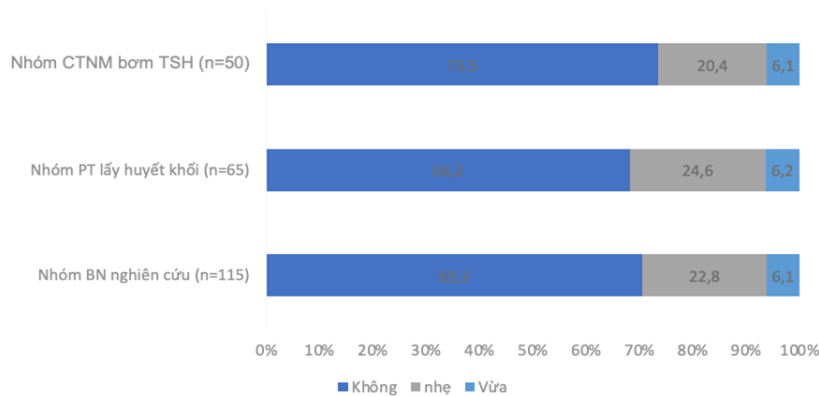
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2016 đến 12/2020, chúng tôi thu nhận được 115 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp tính tầng chậu – đùi và được can thiệp điều trị tại khoa Lồng ngực – Mạch máu Bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, bao gồm 65 BN được phẫu thuật (PT) lấy huyết khối tĩnh mạch, có hoặc không kèm đặt giá đỡ nội mạch và 50 BN được can thiệp nội mạch (CTNM) bơm tiêu sợi huyết trực tiếp vào huyết khối, có/không kèm hút huyết khối, có/không kèm đặt giá đỡ nội mạch. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là  $47,3 \pm 15,0$ . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình của 2 nhóm can thiệp với  $p = 0,53 > 0,05$  (t-test). Trong nhóm BN nghiên cứu, độ tuổi thường gặp nhất là từ 40 -60 tuổi chiếm tỉ lệ 39,1%. Nhóm tuổi kế tiếp thường gặp là nhóm tuổi 20 – 40 tuổi chiếm 32,2%. Ở các nhóm can thiệp, độ tuổi thường gặp nhất cũng là từ 40 – 60 tuổi, lần lượt là 38,5% ở nhóm PT lấy huyết khối và 40% ở nhóm CTNM bơm TSH. Số liệu cụ thể minh họa trong bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm BN nghiên cứu (N=115)	Nhóm PT lấy huyết khối (N=65)	Nhóm CTNM bơm TSH (N=50)	Giá trị p*
Giới tính				0,50
Nam	26 (22,6%)	13 (20,0%)	13 (26,0%)	
Nữ	89 (77,4%)	52 (80,0%)	37 (74,0%)	
Tuổi (năm)	$47,3 \pm 15,0$	$48,1 \pm 15,4$	$46,3 \pm 14,6$	0,53

Nhóm tuổi				0,86
<20	3 (2,6%)	1 (1,5%)	2 (4,0%)	
20-40	37 (32,2%)	21 (32,3%)	16 (32,0%)	
40-60	45 (39,1%)	25 (38,5%)	20 (40,0%)	
>=60	30 (26,1%)	18 (27,7%)	12 (24,0%)	
Tiền căn huyết khối TM sâu	11 (9,6%)	7 (10,8%)	4 (8,0%)	0,75
Tiền căn ung thư	1 (0,9%)	1 (1,5%)	0 (0,0%)	>0,99
Tiền căn phẫu thuật	14 (12,2%)	11 (16,9%)	3 (6,0%)	0,091
Tiền căn chấn thương	5 (4,3%)	5 (7,7%)	0 (0,0%)	0,068
Tiền căn gia đình	4 (3,5%)	3 (4,6%)	1 (2,0%)	0,63
Bất động	8 (7,0%)	6 (9,2%)	2 (4,0%)	0,46
Uống thuốc ngừa thai	20 (17,4%)	9 (13,8%)	11 (22,0%)	0,32
Sử dụng nội tiết tố nữ	2 (1,7%)	1 (1,5%)	1 (2,0%)	>0,99
U vùng chậu	4 (3,5%)	2 (3,1%)	2 (4,0%)	>0,99
Bệnh tự miễn	3 (2,6%)	2 (3,1%)	1 (2,0%)	>0,99

Hội chứng hậu huyết khối (p=0,072)\*



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ hội chứng hậu huyết khối tại tháng thứ 6 sau can thiệp**

Hội chứng hậu huyết khối sau 6 tháng điều trị chiếm tỷ lệ 28,9%. Nhóm PT là 30,2% và nhóm CTNM là 26,5%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hội chứng hậu huyết khối ở 2 nhóm điều trị với  $p=0,72 > 0,05$ . Có 1 bệnh nhân tử vong ở nhóm PT lấy huyết khối, BN này tử vong ở tháng thứ 5 sau can thiệp do bệnh lý ung thư tiến triển. 1 bệnh nhân bỏ tái khám và mất theo dõi

**Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến hội chứng hậu huyết khối**

Đặc điểm	Không HC hậu HK (N=80)	HC hậu HK (N=33)	Giá trị p
Nữ	66 (82,3%)	22 (66,7%)	0,084*
Tuổi (năm)	47,8 ± 13,9	46,8 ± 17,6	0,77**
Thời gian khởi phát (ngày)	5,9 ± 3,7	8,3 ± 4,3	<b>0,006**</b>
<b>Ngày khởi phát bệnh</b>			<b>0,004*</b>
<=7 ngày	61 (75,9%)	15 (45,5%)	
>7 ngày	19 (24,1%)	18 (54,5%)	
<b>Phương pháp điều trị</b>			0,68
Phẫu thuật lấy HK	44 (55,0%)	20 (60,6%)	
CTNM bom TSH	36 (45,0%)	13 (39,4%)	
<b>Tổn thương sau 6 tháng</b>			< 0,001
Không hẹp tắc	66 (82,3%)	4 (12,1%)	
Hẹp lòng mạch	12 (15,2%)	10 (30,3%)	
Tắc nghẽn hoàn toàn	1 (1,3%)	19 (57,6%)	
Không đánh giá được	1 (1,3%)	0 (0%)	

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối ở 2 nhóm điều trị với  $p=0,72 > 0,05$ . Không ghi nhận có sự liên quan hội chứng hậu huyết khối với các yếu tố: tuổi, giới, yếu tố đông máu, phương pháp can thiệp, tỉ lệ biến chứng. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian khởi phát và hội chứng hậu huyết khối. BN có triệu chứng khởi phát > 7 ngày có tỉ lệ hội chứng hậu huyết khối tăng hơn so với nhóm < 7 ngày với  $p = 0,004 < 0,05$ . Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương tắc nghẽn và hội chứng hậu huyết khối. BN có tắc nghẽn sau 6 tháng điều trị có tỷ lệ hội chứng hậu huyết khối cao hơn so với BN không có tổn thương tắc nghẽn. ( $p < 0,001$ )

#### IV. BÀN LUẬN

Không có tiêu chuẩn vàng nào để chẩn đoán hội chứng hậu huyết khối. Hội chứng hậu huyết khối nên được đánh giá ở bệnh nhân có HKTM sâu và tiếp tục có triệu chứng ở chi cùng bên sau nhiều tháng [3]. Gần đây, các chuyên gia về mạch máu đã khuyến cáo nên sử dụng thang điểm Villalta nhằm chẩn đoán cũng như phân loại mức độ nghiêm trọng của bệnh. Trong nghiên cứu của tác giả Chan Park ghi nhận thang điểm Villalta ở nhóm được dùng giá đỡ nội mạch kèm theo tiêu sợi huyết trực tiếp qua can thiệp nội mạch thấp hơn nhóm không sử dụng giá đỡ nội mạch, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3].

Hội chứng hậu huyết khối là một di chứng khá thường gặp và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh, sau khi huyết khối TM sâu diễn tiến dần sang giai đoạn mạn tính. Tỷ lệ mắc hậu huyết khối xuất hiện đến 30% các trường hợp huyết khối TM sâu trong vòng năm đầu [4], và sẽ tăng lên nếu có kèm theo các yếu tố thúc đẩy như béo phì, bệnh tăng đông tiềm ẩn, tái phát huyết khối chân cùng bên, sử dụng kháng đông không đầy đủ và có đặt lưới lọc TM chủ dưới [5].

Loét chân khó lành trong hội chứng hậu huyết khối là một biểu hiện ở giai đoạn trễ của tình trạng suy tĩnh mạch thứ phát hậu huyết khối, khi các van tĩnh mạch hư hỏng toàn bộ, ứ trệ máu kéo dài dẫn đến loạn dưỡng nặng và mất mô. Loét chân hậu huyết khối chiếm đến 40% các trường hợp loét liên quan đến bệnh TM mạn tính chi dưới [6].

Thử nghiệm lâm sàng CaVenT năm 2012 trên 209 bệnh nhân được điều trị huyết khối TM sâu chi dưới, theo dõi kết quả dài hạn với hội chứng sau huyết khối là kết quả nguyên phát. Sau 2

năm, CNTM bơm TSH giảm thiểu nguy cơ mắc hội chứng từ 55.6% xuống 41.1% ( $p=0.047$ ). Sau 5 năm, nguy cơ được giảm đến 28% (từ 71% xuống 43%,  $p < 0.001$ ), [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có Villalta < 5 điểm ở nhóm phẫu thuật thấp hơn nhóm TSH (68.8% và 74%), không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa hai nhóm trong từng thang điểm. Tỉ lệ này tương đối thấp hơn so với các kết quả đã được đưa ra trước đây.

Nghiên cứu của tác giả Ignatyev trên 65 bệnh nhân có huyết khối TM chậu - đùi từ năm 2012 đến năm 2018 ghi nhận thang điểm Villalta sau thời gian theo dõi dài hạn ở nhóm phẫu thuật và nhóm dùng kháng đông như sau: không có (0-4 điểm) 83.3% và 12.5%, trung bình (5-9 điểm) 5.6% và 29.2%, nặng (10-14 điểm) 11.1% và 41.6%, nghiêm trọng (>14 điểm) 0 và 16.7%. ( $p < 0.001$ ) [8].

#### V. KẾT LUẬN

Hội chứng hậu huyết khối là một vấn đề cần quan tâm theo dõi sau điều trị can thiệp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cấp tính. Tỉ lệ mắc phải huyết khối tĩnh mạch sâu sau 6 tháng là 28,9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prandoni P, Lensing A (1996), "The long term clinical course of acute deep venous thrombosis", *Ann Intern Med*, p125.
2. Kahn S.R., Partch H., Vedantham S., et al (2009), "Definition of post-thrombotic syndrome of the leg for use in clinical investigations: a recommendation for standardization", *Journal of thrombosis and haemostasis*, 7, p.879-883
3. Park C, So BJ (2015). "Long-Term Results of Catheter-Directed Thrombolysis Combined with Iliac Vein Stenting for Iliofemoral Deep Vein Thrombosis". *Vasc Specialist Int.*, 31(2): 47-53. doi: 10.5758/vsi.2015.31.2.47.
4. Patrick H. Carpenter, Peter Glociczki (2017), "Outcome assessment in acute venous disease", *Handbook of Venous disorders*, 4th edition pp.763
5. Kahn S.R, Kearon C, Julian JA, et al (2005), "Predictors of the postthrombotic syndrome during long-term treatment of proximal deep vein thrombosis", *J. Thromb Haemost*, pp.718-23.
6. Cornwall JV, Doré CJ, Lewis JD (1986), "Leg ulcers: Epidemiology and aetiology", *Br. J. Surg*, pp.693-6
7. Hölper P, Kotelis D, Attigah N, Hyhlik-Dürr A, et al (2010), "Longterm results after surgical thrombectomy and simultaneous stenting for symptomatic iliofemoral venous thrombosis". *Eur J Vasc Endovasc Surg.*, 39(3): 349-55. doi: 10.1016/j.ejvs.2009.09.028. Epub 2010 Jan 8. PMID: 20060755
8. Ignatyev IM (2020). "Surgical Thrombectomy for Treatment of Acute Iliofemoral Venous Thrombosis". *Austin J Surg*. 7(1): 1242.