

Như vậy, phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu là một phương pháp hiệu quả trong điều trị u bì kết giác mạc.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn BN sau mổ có kết quả điều trị tốt và trung bình (86,4%), chỉ có 13,6% mắt có kết quả kém do đục giác mạc. Tuy nhiên các BN đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau mổ.

- Một số BN trong nghiên cứu không đo được thị lực và khúc xạ ở các thời điểm theo dõi do không hợp tác hoặc còn nhỏ.

- Biến chứng gặp có thể gặp: Trong mổ thường gặp nguy cơ thủng giác mạc và chảy máu. Tân mạch, lỏng chỉ giác mạc, nhiễm trùng màng ghép là nguy cơ thường gặp sau mổ. Nếu không phát hiện sớm và điều trị tốt có thể dẫn tới hỏng màng ghép và đục giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garner A (1989), The pathology of tumours at the limbus, Eye, 3(2), 210-217.
2. Harding SA, Nischal KK, Upponi-Patil A et al (2010), Indications and outcomes of deep

- anterior lamellar keratoplasty in children, Ophthalmology, 117(11), 2191-2195.
3. Pirouzian A, Merrill KD, Khadem E et al (2011), Amniotic membrane transplantation for surgical management of pediatric corneal limbal dermoids., J Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus., 15(1), e27.
4. Scott JA, Tan DTH (2001), Therapeutic lamellar keratoplasty for limbal dermoids, Ophthalmology, 108(10), 1858-1867.
5. Watts P, Michaeli-Cohen A, Abdolell M và các cộng sự. (2002), Outcome of lamellar keratoplasty for limbal dermoids in children, J AAPOS, 6(4), 209-215.
6. Shen YD, Chen WL, Wang IJ et al (2005), Full-thickness central corneal grafts in lamellar keratoscleroplasty to treat limbal dermoids, Ophthalmology, 112(11), e1-1955.
7. Xin M, Gong Y R, Jiang S H et al (2016), Preoperative evaluation and outcome of corneal transplantation for limbal dermoids: a ten-year follow-up study, Int J Ophthalmol,9(12),1756-1760.
8. Pham Ngoc D, Tuyet Nhung D, Nguyen Nga D. (2018), Deep Anterior Lamellar Keratoscleroplasty Using The Anterior Corneal Cap of Pre-cut Cornea for Limbal Dermoid, Eye South East Asia, 13(2), 49-55.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Lê Sáu Nguyễn¹, Nguyễn Thị Thúy¹,
Vũ Văn Hoàng¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ thuyên tắc mạch trên bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu, 100 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 76,25 ± 7,53. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 81,0%. Bệnh lý mạn tính trước mổ: Tăng huyết áp 44,9%, Đái tháo đường 33,4% Rối loạn chuyển hóa lipid 31,0% Bệnh lý ung thư 31,5%. Thời gian phẫu thuật 119,03 ± 55,57 phút. Thời gian gây mê 163,6 ± 45,93 phút. Phẫu thuật tiêu hóa chiếm 35,3%. Phẫu thuật ung thư dạ dày chiếm 42,25% trong bệnh lý ung thư. Điểm Padua ≥4 là 38,8%. Yếu tố nguy cơ tắc mạch: ung thư tiến triển 26,2%, tiền sử huyết khối 14,9%, suy tim hoặc suy hô hấp có tỷ lệ gặp 41,9% và nhiễm khuẩn cấp gặp 15,8%. Điểm caprini là 6,03 ± 1,27 (3-15 điểm), điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%. Tỷ lệ tắc mạch được chẩn đoán chung là 2,4%, trong nhóm nguy cơ cao là 6,2%, đông máu nội mạc rải rác

ở nhóm nguy cơ cao là 3,45%. **Kết luận:** Điểm Caprini trung bình trong nghiên cứu là 6,03 ± 1,27 điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%. Tỷ lệ điểm Padua ≥ 4 là 38,8%. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ gây tắc mạch: ung thư 26,2%, tiền sử huyết khối tĩnh mạch là 2,9%, tuổi >70 là 79,1%, suy tim và suy hô hấp là 41,9%, nhiễm khuẩn cấp là 15,8%. Tỷ lệ tắc mạch chung được chẩn đoán trong nghiên cứu là 2,4% và 6,4% ở nhóm nguy cơ cao. **Từ khóa:** Thuyên tắc mạch, người cao tuổi, phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RISK OF EMBOLISM IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Evaluate the risk of thromboembolism in elderly patients undergoing surgery at Huu Nghi Hospital. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study, 100 patients ≥ 60 years old, operated at Huu Nghi hospital. **Results:** Mean age was 76.25 ± 7.53 years. The proportion of male patients is 81.0%. Chronic diseases before surgery: Hypertension 44.9%, Diabetes 33.4%, lipid metabolism disorders 31.0%, Cancer 31.5%. Average surgery time was 119.03 ± 55.57 minutes. Average anesthesia time was 163.6 ± 45.93 minutes. Digestive surgery accounts for 35.3%. Stomach cancer surgery

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyễn

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

accounts for 42.25% of cancer diseases. Padua score ≥ 4 is 38.8%. Risk factors for embolism: advanced cancer in 26.2%, history of thrombosis in 14.9%, heart failure or respiratory failure in 41.9%, and acute infection in 15.8%. Caprini score is 6.03 ± 1.27 (3-15 points), caprini score 5-6 accounts for 49.2%. The overall rate of diagnosis of thromboembolism was 2.4%, in the high-risk group it was 6.2%, and disseminated intravascular coagulation in the high-risk group was 3.45%. **Conclusion:** The average caprini score in the study was 6.03 ± 1.27 points, caprini scores 5-6 accounting for 49.2%. The rate of Padua score ≥ 4 is 38.8%. The rate of risk factors for thromboembolism: cancer is 26.2%, history of venous thromboembolism is 2.9%, age > 70 is 79.1%, heart failure and respiratory failure is 41.9%, acute infection is 15.8%. The overall rate of diagnosis of thromboembolism was 2.4% and 6.4% in the high-risk group. **Keywords:** embolism, the elderly, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập niên trở lại đây, với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, việc phẫu thuật cho người cao tuổi càng ngày càng được mở rộng hơn. Từ đó mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh và gia đình bệnh nhân. Tuy nhiên, điều trị cho người cao tuổi vẫn luôn là thách thức cho ngành y tế [1]. Cùng với sự thay đổi về sinh lý – giải phẫu, sự thay đổi về quá trình máu chảy – máu đông có ảnh hưởng lớn lên quá trình phẫu thuật và điều trị sau mổ. Các bệnh lý ung thư làm tăng quá trình đông máu là nguyên nhân dẫn tới tắc mạch, đặc biệt là huyết khối tĩnh mạch sâu. Các bệnh lý như xơ vữa thành mạch là yếu tố nguy cơ tắc động mạch

Trong vấn đề dự phòng tắc mạch trong và sau phẫu thuật cho thấy một trong các đối tượng có nguy cơ cao là tuổi cao, phẫu thuật ung thư, phẫu thuật thay khớp háng, các phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ... [2] Như vậy, việc dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu cho người bệnh trong và sau phẫu thuật trên người cao tuổi là hết sức quan trọng.

Ở Việt Nam, đã có những báo cáo về việc sử dụng thuốc dự phòng huyết khối cho bệnh nhân phẫu thuật. Tuy nhiên, nghiên cứu về sử dụng thuốc chống đông và đông máu trên lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi phẫu thuật chưa có nhiều. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với các mục tiêu sau: *Đánh giá nguy cơ thuyên tắc tĩnh mạch trên bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Hữu Nghị.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân

>60 tuổi. Được phẫu thuật tại khoa GMHS bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có tiền sử hoặc hiện tại có mắc các bệnh thần kinh hay tâm thần, bệnh nhân có khó khăn trong giao tiếp. Bệnh nhân có tai biến không liên quan đến rối loạn đông cầm máu trong và sau mổ. Không thu thập đủ thông tin nghiên cứu

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Địa điểm: Khoa Gây mê Hồi sức Bệnh viện Hữu Nghị

Thời gian: Từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả các bệnh nhân phù hợp trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu

a. Phương tiện nghiên cứu. Bộ bảng kiểm đánh giá nguy cơ tắc mạch padua. Bảng điểm Caprini. Thuốc chống đông: heparin, enoxaparin, aspirin, plavix, sintrom, rivaroxaban... Các thuốc hồi sức, các dịch truyền tinh thể, dịch truyền cao phân tử... Hồ sơ bệnh án.

b. Tiến hành nghiên cứu. Khám bệnh nhân trước phẫu thuật: Khai thác các bệnh nhân có tiền sử rối loạn đông máu. Khai thác các bệnh lý mạn tính trên người bệnh theo phiếu nghiên cứu.

Khai thác các bệnh lý cấp tính đang điều trị kèm theo bệnh lý phẫu thuật.

Đánh giá các bảng kiểm trước khi tiến hành phẫu thuật về nguy cơ tắc mạch.

Các kết quả xét nghiệm đông cầm máu. Theo dõi bệnh nhân trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Đánh giá mức độ tắc mạch sau phẫu thuật

Sử dụng các thuốc đông máu trong quá trình gây mê phẫu thuật và sau khi kết thúc phẫu thuật. Tỷ lệ tai biến, biến chứng liên quan tới thuyên tắc mạch.

Bệnh nhân được thu thập số liệu từ lúc có chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc có lịch mổ phiên theo. Quá trình phẫu thuật, hồi sức sau mổ, điều trị sau mổ tới khi ra viện hoặc tử vong.

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu chính. Đánh giá nguy cơ tắc mạch theo điểm Caprini, điểm Padua.

Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ theo điểm Padua.

Xét nghiệm đánh giá mức độ tăng của thuốc đông máu: APTT, PT, fibrinogen. AntiXa

Bệnh nhân có biến chứng tắc mạch.

Chỉ tiêu nghiên cứu các tác dụng khác. Tuổi (năm), giới, chiều cao (cm), cân nặng (kg).

Thời gian gây mê (phút), thời gian phẫu thuật (phút)

Bệnh lý bệnh kèm theo. Các yếu tố nguy cơ gây tắc mạch theo điểm padua.

3.2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020, đã có 374 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 76,25±7,53 (60-95 tuổi).

Trong nghiên cứu có 78 bệnh nhân từ 60-69 tuổi, 162 bệnh nhân từ 70-79 tuổi và 134 bệnh nhân chiếm 35,8% có tuổi ≥ 80.

Chiều cao 163,6±4,93 Cân nặng 59,03± 5,57

Tỷ lệ nam giới chiếm 81,0%, nữ giới chiếm 19%.

Trong nghiên cứu phân loại sức khỏe ASA 2 là 57 bệnh nhân (15,2%). Tỷ lệ ASA 3 là 238 (63,6%) và tỷ lệ ASA 4 là 79 chiếm 21,1%.

3.1.2. Tỷ lệ bệnh lý mạn tính gặp trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Bệnh lý mạn tính trước mổ

Phân loại	n (%)
Tăng huyết áp	168 (44,9 %)
Đái tháo đường	125 (33,4 %)
Rối loạn chuyển hóa lipid	116 (31,0 %)
Rối loạn thông khí	105 (28,1%)
Rung nhĩ	9 (2,4 %)
Hẹp mạch vành	65 (17,4 %)
Xơ vữa mạch máu	96 (25,6 %)
Suy tĩnh mạch chi dưới	15 (4,0 %)
Tai biến mạch não	18 (4,81 %)
Suy tim	11 (2,94%)
Giảm khả năng vận động	67 (17,9 %)
Sinh hoạt tại giường	12 (3,2%)
Tiền sử ung thư	118 (31,5%)

Nhận xét: Bệnh lý mạn tính cao nhất là tăng huyết áp với 44,9%, tiểu đường 33,4% và rối loạn chuyển hóa lipid 31,0% và bệnh lý ung thư gặp 31,5%.

Tỷ lệ bệnh lý liên quan tới sử dụng thuốc chống đông hàng ngày như rung nhĩ, hẹp mạch vành, xơ vữa mạch máu có tỷ lệ gặp cao. Trong nghiên cứu gặp một số bệnh lý có nguy cơ tắc mạch sau mổ như suy tim, giảm vận động, ung thư.

3.1.3. Đánh giá cận lâm sàng trước mổ

Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm trước mổ

Đặc điểm	Giá trị
Xét nghiệm tổng phân tích	
Hồng cầu (T/L)	X ± SD (Min-Max) 4,3 ± 0,87 (1,8 – 6,5)
Bạch cầu (G/L)	X ± SD 10,0 ± 4,46

	(Min-Max)	1,3 - 28,5
Tiểu cầu (G/L)	X ± SD (Min-Max)	225,66 ± 93,18 18 – 515,3
Chức năng đông máu		
APTT (giây)	X ± SD (Min-Max)	35,46 ± 6,9 24,0 – 68,2
PT (giây)	X ± SD (Min-Max)	13,91 ± 1,97 8,5 – 25,2
Fibrinogen (g/l)	X ± SD (Min-Max)	2,84 ± 0,87 1,3 – 5,2

Nhận xét: Các chỉ số xét nghiệm về tổng phân tích tế bào máu và đông máu trong giới hạn bình thường.

3.1.4. Đặc điểm thời gian gây mê và phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 119,03 ± 55,57 (phút), nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 274 phút.

Thời gian gây mê 163,6 ± 45,93 (phút) ngắn nhất là 85 phút và lâu nhất là 326 phút.

3.1.5. Cơ quan phẫu thuật. Phẫu thuật tiêu hóa có 132 ca (35,3%), phẫu thuật tiết niệu có 84 ca (22,5%), phẫu thuật chấn thương chỉnh hình có 81 ca (21,7%), phẫu thuật thần kinh có 16 ca (4,3%) và các phẫu thuật khác 61 (16,3%). Trong các phẫu thuật khác thường gặp là phẫu thuật tuyến giáp, phẫu thuật tuyến vú và phẫu thuật sản khoa.

Trong bệnh lý phẫu thuật do ung thư, tỷ lệ phẫu thuật do ung thư dạ dày chiếm 42,25% và ung thư đại tràng chiếm 25,35%.

3.2. Nguy cơ tắc mạch

3.2.1. Các yếu tố nguy cơ dự báo tắc mạch theo thang điểm PADUA

*Các yếu tố nguy cơ dự báo tắc mạch

Bảng 3.3. Các yếu tố nguy cơ dự báo tắc mạch

Các yếu tố nguy cơ	Bệnh nhân mổ phiên n(%)	Bệnh nhân mổ cấp cứu n(%)	Chung
Ung thư tiến triển	84 (26,8)	14 (22,95)	96 (26,2)
Tiền sử TTHKTM (trừ HKTM nông)	45 (14,4)	11 (18,0)	56 (14,9)
Bất động	-	-	
Mới bị CT, phẫu thuật (< 1 tháng)	6 (1,9)	3 (4,9)	9 (2,4)
≥ 70 tuổi	258 (82,4)	38 (62,3)	296 (79,1)
Suy tim và/hoặc suy HH	125 (39,9)	32(52,5)	157 (41,9)
NMCT hoặc NMN cấp		2 (3,3)	2 (0,53)

Nhiễm khuẩn cấp và/ hoặc bệnh CXK do thấp	18 (5,75)	41 (64,06)	59 (15,8)
Béo phì (BMI ≥ 30)	-	-	

Nhận xét: Một số yếu tố nguy cơ tắc mạch có tỷ lệ gặp cao là ung thư tiến triển 26,2%, tiền sử huyết khối 14,9%, suy tim hoặc suy hô hấp có tỷ lệ gặp 41,9% và nhiễm khuẩn cấp gặp 15,8%. Trong nghiên cứu, tỷ lệ điểm Padua ≥4 là 38,8%.

3.2.2. Đánh giá nguy cơ tắc mạch theo điểm Caprini

Bảng 3.4. Đánh giá theo thang điểm Caprini

Đặc điểm	n	%
Điểm Caprini	0-2	0
	3-4	76 20,3
	5-6	184 49,2
	7-8	89 23,8
	>8	25 6,7
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	6,03 ± 1,27 3 - 15

Nhận xét: Điểm caprini trung bình trong nghiên cứu là 6,03 ±1,27 trong đó từ 3-15 điểm. Trong đó tỷ lệ điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%.

3.2.3. Tỷ lệ chẩn đoán tắc mạch sau mổ

Bảng 3.5. Tỷ lệ tắc mạch sau mổ được chẩn đoán

Đặc điểm	n	Nhóm nguy cơ cao	Chung
Tỷ lệ tắc mạch được chẩn đoán	9	6,2	2,4
Tắc mạch phổi	2	1,38	0,53
Huyết khối tĩnh mạch sâu	2	1,38	0,53
Đông máu nội mạc rải rác (DIC)	5	3,45	1,33

Nhận xét: Tỷ lệ đông máu nội mạc rải rác được chẩn đoán là cao nhất với tỷ lệ gặp ở nhóm nguy cơ cao là 3,45% so với tỷ lệ chung trong nghiên cứu là 1,33%.

Tỷ lệ đông máu nội mạc rải rác được chẩn đoán là 1,33% trong cả nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Đặc điểm bệnh nhân

***Tuổi.** Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 76,25 ± 7,53 tuổi, tuổi thấp nhất 60 tuổi, tuổi cao nhất 95 tuổi. BN có chỉ định phẫu thuật đa dạng về lứa tuổi, đặc biệt phẫu thuật cấp cứu có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào. Trong nghiên cứu có 134 bệnh nhân chiếm 35,8% có tuổi ≥ 80. Tuổi trung bình cao, đây là đối tượng có nhiều bệnh kèm theo, nhiều yếu tố nguy cơ HKTMS và chảy máu. Kết quả của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn của Ngô Minh Diệp [3],

tuổi trung bình trong nghiên cứu tác giả thực hiện tại bệnh viện Hữu Nghị là 72,6 ± 7,4.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Paul S. Myles[4] (2016) là 66.5±9.7 ở nhóm sử dụng aspirin cho bệnh nhân phẫu thuật thay đoạn động mạch. Trong một nghiên cứu khác, Leizorovicz (2004) nghiên cứu 1848 bệnh nhân ở Pháp có độ tuổi trung bình là 68.5 ± 11,1. Như vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả nước ngoài. Tuổi > 70 là yếu tố đánh giá nguy cơ tắc mạch trong thang điểm Padua.

***Giới.** Trong nghiên cứu tỷ lệ nam giới chiếm 81,0%, nữ giới chiếm 19%. Kết quả cho thấy tỷ lệ phẫu thuật ở giới nam cao hơn nữ. theo tác giả Võ Văn Tâm[5] khảo sát tần suất huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân thay khớp háng hoặc khớp gối cho thấy tỷ lệ nữ lớn hơn nam với tỷ lệ nữ trong nghiên cứu là 62,14%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Mir Mohammad Miri (2017) là nam 58.18%, nữ 41.82%.

Các nghiên cứu cho thấy số BN nam cao hơn BN nữ, số BN nam trong nghiên cứu cao hơn nhiều so với các nghiên cứu, có thể do đặc thù BN Bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là nam giới do đó tỉ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Giới nam được coi là một trong yếu tố trong bảng điểm Padua[6] để đánh giá nguy cơ thuyên tắc mạch.

***Đặc điểm chiều cao, cân nặng, BMI.** Chiều cao trong nghiên cứu thấp nhất là 145 cm và cao nhất là 176cm. Cân nặng thấp nhất trong nghiên cứu là 45kg và nặng nhất là 74kg. Trong nghiên cứu BMI cao nhất là 27,8 không có trường hợp nào BMI ≥ 30. Trong nghiên cứu của Ngô Minh Diệp [3] chiều cao trung bình là 162,8 ± 5,9 cm với chiều cao thấp nhất là 147cm và cao nhất là 180 cm. Kết quả trên phù hợp với chỉ số khối cơ thể trung bình của bệnh nhân nằm viện thường gặp ở Việt Nam.

*** Phân bố về phân loại sức khỏe theo ASA.** Từ kết quả biểu đồ 3.3 trong nghiên cứu có 57 bệnh nhân chiếm 15,2% có phân loại sức khỏe ASA 2. Tỷ lệ ASA 3 là 238 với tỷ lệ là cao nhất với 63,6%. ASA 4 là 79 chiếm 21,1%. Trong nghiên cứu, một số trường hợp nặng gặp phải như chấn thương sọ não nặng có điểm Glasgow < 5 điểm, bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền như suy tim, suy thận, suy hô hấp có chỉ định phẫu thuật. Trên nhóm bệnh nhân cao tuổi nhiều bệnh lý nền phức tạp phải nằm viện lâu ngày.

Đánh giá nguy cơ huyết khối trên người bệnh một số tác giả như Huỳnh Văn Ân[7] đánh giá bằng các bệnh lý cụ thể như suy tim, COPD

tiến triển...

4.1.2. Đặc điểm về phẫu thuật

**Bệnh lý mạn tính trước mổ.* Trong nghiên cứu của chúng tôi, (Biểu đồ 3.1) bệnh nhân có nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo. Trong đó có những bệnh nhân có nhiều bệnh lý mạn tính phổi hợp.

Từ bảng 3.1 tỷ lệ bệnh lý mạn tính thường gặp cao nhất là tăng huyết áp với 44,9%, tiểu đường 33,4% và rối loạn chuyển hóa lipid 31,0% và bệnh lý ung thư gặp 31,5%. Tỷ lệ bệnh lý liên quan tới sử dụng thuốc chống đông hàng ngày như rung nhĩ, hẹp mạch vành, xơ vữa mạch máu có tỷ lệ gặp cao. Trong nghiên cứu gặp một số bệnh lý có nguy cơ tắc mạch sau mổ như suy tim, giảm vận động, ung thư...

Kết quả nghiên cứu của Paul S. Myles cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 80,9%, suy tim 13%, đái tháo đường 33,1%,

**Đánh giá cận lâm sàng trước mổ.* Theo kết quả bảng 3.2 số lượng hồng cầu trung bình là $4,3 \pm 0,87$ T/L. Thấp nhất là 1,8 T/L và cao nhất là 6,5 T/L. Số lượng tiểu cầu trung bình là $225,66 \pm 93,18$ G/L, trong đó thấp nhất là 18 G/L và cao nhất là 515,3 G/L. Thời gian APTT trung bình trong nghiên cứu là $35,46 \pm 6,9$ giây, trong đó ngắn nhất là 24,0 giây và dài nhất là 68,2 giây. Thời gian PT trung bình trong nghiên cứu là $13,91 \pm 1,97$ giây, trong đó ngắn nhất là 8,5 giây và dài nhất là 25,2 giây.

Theo Nguyễn Thế Tùng [8] khảo sát tình trạng đông máu trước phẫu thuật tại Thái Nguyên cho thấy số lượng tiểu cầu bình thường chiếm 96,1%, tỷ lệ PT giảm chiếm 0,9%, NI >1,25 chiếm 0,9%, APTT kéo dài > 39 giây chiếm 0,6%. Các chỉ số cận lâm sàng của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả nghiên cứu trong nước.

**Đặc điểm thời gian gây mê và phẫu thuật.* Thời gian phẫu thuật theo bảng 3.8 là $119,03 \pm 55,57$ phút nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 274 phút. Thời gian gây mê $163,6 \pm 45,93$ ngắn nhất là 85 phút và lâu nhất là 326 phút. Kết quả của chúng tôi tương đương với của tác giả Ngô Minh Diệp, Thời gian gây mê của bệnh nhân trong nghiên cứu là $192,5 \pm 64,1$ phút, trong đó dài nhất là 420 phút và ngắn nhất là 80 phút. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu trung bình là $166,1 \pm 61,07$ phút, với thời gian dài nhất là 390 phút dài >6 giờ

Kết quả nghiên cứu của Paul S. Myles là $3,8 \pm 1,1$ giờ. Nghiên cứu của Pascal H. Colson thời gian phẫu thuật là 110 (75 - 150) phút.

**Cơ quan phẫu thuật.* Trong nghiên cứu, tỷ lệ phẫu thuật tiêu hóa chiếm 35,3% sau đây tới

phẫu thuật tiết niệu là 22,5%. Phẫu thuật thần kinh chiếm 4,3%. Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình chiếm 21,7%. Trong các phẫu thuật khác thường gặp là phẫu thuật tuyến giáp, phẫu thuật tuyến vú và phẫu thuật sản khoa.

Theo tác giả Võ Văn Tâm[5] tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật thay khớp gối và khớp háng của tác giả cũng tương đương với 14 trung tâm nghiên cứu khác là 40%.

Tỷ lệ phẫu thuật do bệnh lý ung thư dạ dày chiếm 42,25% và ung thư đại tràng chiếm 25,35%.

Fahad Al-Hameed những bệnh nhân bị ung thư có nguy cơ VTE tăng gấp khoảng bảy lần so với những người không bị ung thư. Bản thân các tế bào ác tính gây ra trạng thái tăng đông máu, và loại ung thư, giai đoạn và mức độ mô học góp phần vào nguy cơ huyết khối.

4.2. Tình trạng tắc mạch sau mổ

4.2.1. Các yếu tố nguy cơ dự báo HKTMS theo thang điểm PADUA

**Các yếu tố nguy cơ dự báo HKTMS.* Trong nghiên cứu của chúng tôi, (bảng 3.3) yếu tố ung thư chiếm 26,8% ở nhóm mổ có chuẩn bị và 22,95% ở nhóm mổ cấp cứu. Tuổi trên 70 chiếm 82,4% ở nhóm mổ có chuẩn bị và 62,3% ở nhóm mổ cấp cứu. Có 39,9% bệnh nhân ở nhóm mổ phiến có suy tim hoặc suy hô hấp, 52,5% bệnh nhân ở nhóm mổ cấp cứu có suy tim hoặc suy hô hấp. Phân loại nguy cơ dự báo HKTMS theo thang điểm PADUA tỷ lệ điểm Padua ≥ 4 là 38,8%.

Từ bảng 3.4, điểm caprini trung bình trong nghiên cứu là $6,03 \pm 1,27$ trong đó từ 3-15 điểm. Trong đó tỷ lệ điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%.

Theo Bùi Thị Mỹ Hạnh[9] tác giả đánh giá nguy cơ tắc mạch bằng thang điểm Caprini. Trong đó đánh giá kể quả điểm Caprini > 8 chỉ chiếm 8,31% tuy nhiên, nhóm này có nguy cơ tắc mạch sau mổ lớn nhất với 5,51% bệnh nhân bị huyết khối, tác giả cũng xác định mức liên quan giữa HKSM với điểm Caprini có hệ số tương quan OR bằng 2,59.

**4.2.2. Tỷ lệ chẩn đoán tắc mạch sau mổ.* Trong nghiên cứu bảng 3.5 tỷ lệ tắc mạch sau mổ được chẩn đoán là 6,2% ở nhóm có nguy cơ cao và chiếm 2,4% trong cả nghiên cứu. Tỷ lệ đông máu nội mạc rải rác được chẩn đoán là cao nhất với tỷ lệ gặp ở nhóm nguy cơ cao là 3,45% so với tỷ lệ chung trong nghiên cứu là 1,33%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $76,25 \pm 7,53$. Điểm Caprini trung bình trong nghiên cứu là $6,03 \pm 1,27$ trong đó từ 3-15 điểm. Trong đó tỷ lệ điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%. Tỷ lệ điểm Padua ≥ 4 là 38,8%. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ gây

tắc mạch trong nghiên cứu là ung thư chiếm 26,2%, tiền sử huyết khối tĩnh mạch chiếm 2,9%, tuổi >70 chiếm 79,1%, suy tim và suy hô hấp chiếm 41,9%, nhiễm khuẩn cấp chiếm 15,8%. Tỷ lệ tắc mạch chung được chẩn đoán trong nghiên cứu là 2,4% và 6,4% ở nhóm nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Kính**, (2013) Gây mê cho người cao tuổi. Bài giảng gây mê hồi sức nội soi. Nhà xuất bản Giáo Dục.
2. **al, A.D.e.**, (2014) Venous Thromboembolism in Cancer Patients. Hospital Practice. 42(5).
3. **Ngô Minh Diệp**, (2018) Luận văn thạc sĩ Y học: "So sánh mối liên quan của chỉ số đau ANI và SPI với thang điểm PRST trong gây mê toàn thân để phẫu thuật mở ổ bụng ở người cao tuổi", in Bộ môn Gây mê hồi sức. Đại học Y Hà Nội.
4. **Paul S. Myles**, (2016) Stopping vs. Continuing Aspirin before Coronary Artery Surgery. The New England Journal of Medicine. 374(8): p. 728-37.
5. **Võ Văn Tâm**, (2014) Khảo sát tần suất huyết khối tĩnh mạch sâu ở chi dưới trên bệnh nhân phẫu thuật thay khớp gối hoặc khớp háng nghiên cứu quan sát dịch tễ học. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 18(2).
6. **Nguyễn Văn Trí**, (2016) Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y Học.
7. **Huỳnh Văn Ân**, (2013) Đặc điểm lâm sàng và hình thái của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 17(6): p. 116 - 120.
8. **Nguyễn Thế Tùng**, (2013) Khảo sát tình trạng đông máu trước phẫu thuật trên bệnh nhân tại bệnh viện trường đại học Y Khoa Thái Nguyên năm 2012. Y Học TP. Hồ Chí Minh 17(5): p. 160 - 164.
9. **Bùi Thị Mỹ Hạnh**, (2019) Ứng dụng thang điểm caprini hiệu chỉnh trong đánh giá nguy cơ huyết khối tĩnh mạch trên người bệnh phẫu thuật mạch máu. Tạp chí Nghiên cứu Y Học. 122(6): p. 65-71.

KẾT QUẢ GIẢM ĐAU CỦA KEM LIDOCAINE – PRILOCAINE 5% TRONG THỰC HIỆN THỦ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Nguyễn Ái Nương¹, Nguyễn Thị Cẩm Lệ¹, Trần Thị Vạn Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định điểm đau trung bình của nhóm trẻ có và không có sử dụng kem Lidocaine-Prilocaine 5% trong thực hiện thủ thuật lấy máu tĩnh mạch tại Khoa Điều Trị Trong Ngày Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích trên 80 bệnh nhi. Thời gian thực hiện từ 02/2020 đến 07/2020 tại bệnh viện Nhi đồng 1. **Kết quả nghiên cứu:** Điểm đau trung bình của nhóm sử dụng kem Lidocaine-Prilocaine 5% ($\bar{X} = 1,75$, $SD = 1,12$), điểm đau trung bình của nhóm không sử dụng kem Lidocaine-Prilocaine 5% ($\bar{X} = 4,05$, $SD = 2,86$). Biên độ biến thiên mạch của nhóm trẻ dùng kem Lidocaine-Prilocaine 5% ($9,8 \pm 12,62$) ít hơn nhóm không dùng kem Lidocaine-Prilocaine 5% ($18,33 \pm 14,79$) với $p = 0,009$. Biến thiên về nhịp thở và nồng độ SpO2 không có sự khác biệt giữa 2 nhóm trẻ. Chưa tìm thấy các yếu tố có liên quan ảnh hưởng đến điểm đau của trẻ. **Kết luận:** Trong thực hiện thủ thuật lấy máu tĩnh mạch nhóm trẻ có sử dụng kem Lidocaine – Prilocaine 5% có điểm đau thấp hơn điểm đau của nhóm trẻ không sử dụng. **Từ khóa:** Giảm đau, Kem Lidocaine- Prilocaine 5%, kem EMLA 5%, lấy máu tĩnh mạch.

SUMMARY

ASSESSMENT OF NURSING COMPETENCE OF PEDIATRIC NURSES AFTER ORIENTATION COURSE AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: Determine the average pain score of children with and without using Lidocaine-Prilocaine 5% cream during venipuncture procedures at Children's Hospital 1. **Subjects and methods:** A cross-sectional of 80 pediatric patients. Implementation time from February 2020 to July 2020 at Children's Hospital 1. **Results:** Average pain score of the group using Lidocaine-Prilocaine 5% cream ($\bar{X} = 1.75$, $SD = 1.12$), the average pain score of the group not using Lidocaine-Prilocaine 5% cream ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 2.86$). The amplitude of pulse variation in the group of children using Lidocaine-Prilocaine 5% cream ($9,8 \pm 12,62$) was less than the group not using Lidocaine-Prilocaine 5% cream ($18,33 \pm 14,79$) with $p = 0,009$. Variations in breathing rate and SpO2 concentration did not differ between the 2 groups of children. **Conclusion:** During venipuncture procedures, the group of children who used Lidocaine - Prilocaine 5% cream had lower pain scores than the pain scores of the group of children who did not use it. **Keywords:** Pain relief, Lidocaine-Prilocaine 5% cream, EMLA 5% cream, venipuncture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủ thuật đâm kim qua da như chích tĩnh mạch lấy máu xét nghiệm, tiêm thuốc, chọc dò tủy sống được thực hiện thường xuyên ở bệnh viện... là nỗi sợ hãi cho trẻ^{1,2}. Việc quản lý đau

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ái Nương

Email: nuongtran0206@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024