

tính nhạy cảm với bệnh bệnh đái tháo đường típ 2 và các biến chứng của bệnh [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra điểm đa hình rs1042522 trên gen p53 liên quan đến nguy cơ xuất hiện bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ của các kiểu gen GG, GC và CC của điểm đa hình rs1042522 trên gen p53 trong nhóm nghiên cứu tương ứng là 24,72%, 50,55% và 24,72%. Tỉ lệ của các các alen G và C tương đương nhau, chiếm 50% cho mỗi alen. Kiểu gen của điểm đa hình rs1042522 trên gen p53 liên quan đến nguy cơ xuất hiện bệnh đái tháo đường típ 2 theo mô hình lặn với OR=2,058; 95% CI=1,096 - 3,822; p=0,0261.

Tài trợ: Nghiên cứu được tài trợ bởi Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội cho TS. Bùi Khắc Cường, CNĐT đề tài mã số: 01C-08/04-2020-3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DeFronzo RA, Ferrannini E, Groop L, Henry RR, Herman WH, Holst JJ, Hu FB, Kahn CR, Raz I, Shulman GI et al: Type 2 diabetes mellitus. Nat Rev Dis Primers 2015, 1:15019.
2. Asadi M, Shanebandi D, Zarintan A, Pedram N, Baradaran B, Zafari V, Shirmohamadi M, Hashemzadeh S: TP53 Gene Pro72Arg (rs1042522) Single Nucleotide Polymorphism as Not a Risk Factor for Colorectal Cancer in the Iranian Azari Population. Asian Pac J Cancer Prev 2017, 18(12):3423-3427.
3. Burgdorf KS, Grarup N, Justesen JM, Harder MN, Witte DR, Jorgensen T, Sandbaek A, Lauritzen T, Madsbad S, Hansen T et al: Studies of the association of Arg72Pro of tumor suppressor protein p53 with type 2 diabetes in a combined analysis of 55,521 Europeans. PLoS One 2011, 6(1):e15813.
4. Doffe F, Carbonnier V, Tissier M, Leroy B, Martins I, Mattsson JSM, Micke P, Pavlova S, Pospisilova S, Smardova J et al: Identification and functional characterization of new missense SNPs in the coding region of the TP53 gene. Cell Death Differ 2021, 28(5):1477-1492.
5. Guo D, Fang L, Yu X, Wang C, Wang Y, Guo W: Different Roles of TP53 Codon 72 Polymorphism in Type 2 Diabetes and Its Complications: Evidence from a Case-Control Study on a Chinese Han Population. Int J Gen Med 2021, 14:4259-4268.
6. Slominski B, Skrzypkowska M, Ryba-Stanislawowska M, Mysliwiec M, Trzonkowski P: Associations of TP53 codon 72 polymorphism with complications and comorbidities in patients with type 1 diabetes. J Mol Med (Berl) 2021, 99(5):675-683.
7. Toyama T, Zhang Z, Nishio M, Hamaguchi M, Kondo N, Iwase H, Iwata H, Takahashi S, Yamashita H, Fujii Y: Association of TP53 codon 72 polymorphism and the outcome of adjuvant therapy in breast cancer patients. Breast Cancer Res 2007, 9(3):R34.
8. Yu M, Zhang Q, Zhao X: Associations of MDM2 rs2279744 and TP53 rs1042522 polymorphisms with cervical cancer risk: A meta-analysis and systematic review. Front Oncol 2022, 12:973077.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC

Nguyễn Đức Trung¹, Nguyễn Hoàng Quỳnh Trang², Nguyễn Thị Thu Thủy², Nguyễn Thị Liên Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dự phòng thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) trên bệnh nhân hồi sức tích cực (HSTC và phân tích tính phù hợp so với các khuyến cáo hiện hành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu quan sát trên các bệnh nhân điều trị tại Trung tâm HSTC, Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 từ 13/10/2023 đến 13/12/2023. **Kết quả:** Tổng cộng 149 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, bao gồm 82 bệnh nhân nội khoa và 67 bệnh nhân phẫu thuật. Tuổi trung bình là 58,7 (năm); trong

đó nam giới chiếm đa số (70,5%). Phân tầng nguy cơ TTHKTM theo các thang điểm khuyến cáo cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu dự phòng TTHKTM trong vòng 24 giờ đầu và trong toàn bộ quá trình điều trị tại Trung tâm HSTC lần lượt là 74,5% và 87,9%. Tuy nhiên trên thực tế, tỷ lệ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được dự phòng còn thấp (16,1%). Vì vậy, tỷ lệ dự phòng TTHKTM phù hợp ở mức thấp (20,8%) với lý do không phù hợp phổ biến nhất là dự phòng thiếu. Ở nhóm bệnh nhân dự phòng bằng thuốc, 50% là phù hợp. **Kết luận:** Mặc dù nhu cầu dự phòng của bệnh nhân HSTC lớn, tuy nhiên dự phòng TTHKTM vẫn chưa thường quy và nổi bật lên vấn đề dự phòng thiếu. Dự phòng phù hợp theo khuyến cáo dựa trên bằng chứng giúp giảm biến chứng và tử vong do TTHKTM. Bệnh viện cần có các giải pháp can thiệp được tích hợp trong các chương trình quản lý sử dụng thuốc chống đông nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng dự phòng TTHKTM cho bệnh nhân HSTC.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên Hương

Email: huongntl@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

Từ khóa: Dự phòng, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, hồi sức tích cực.

SUMMARY

INVESTIGATION OF PRACTICE OF VENOUS THROMBOEMBOLISM PREVENTION IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

Objectives: To describe and evaluate the current practices of thromboprophylaxis in intensive care unit patients. **Subjects and methods:** A prospective observational study of inpatients at the Intensive Care Center, 108 Military Central Hospital between 13/10/2023 and 13/12/2023. **Results:** The study enrolled 149 patients, including 82 medical and 67 surgical ICU patients. The average age is 58.7 (years) and male patients made up the majority (70.5%). Based on VTE risk stratification, the percentage of patients requiring thromboprophylaxis within the first 24 hours after ICU admission and throughout the entire ICU stay were 74.5% and 87.9%, respectively. However, the actual rate of patients with VTE prophylaxis was much lower, at 16.1%. Therefore, the rate of appropriate VTE prevention was low, at 20.8%, in which inappropriate cases were mostly classified as underprophylaxis. In the subgroup of patients with pharmacological prophylaxis, the appropriateness rate was 50%. **Conclusion:** Although the need for thromboprophylaxis in ICU patients was high, VTE prophylaxis had not been carried out regularly and underprophylaxis were prominent problem. Compliance with guideline can reduce the risk of complications and mortality. It is essential for the hospital to implement the necessary solutions in anticoagulant stewardship program in order to improve the quality of VTE prophylaxis for ICU patients. **Keywords:** Prevention, venous thromboembolism, intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là biến chứng nặng có thể gặp phải ở bệnh nhân (BN) điều trị nội trú, làm gia tăng đáng kể nguy cơ tử vong, tàn phế và chi phí. BN hồi sức tích cực (HSTC) có nguy cơ TTHKTM đặc biệt tăng cao do sự phối hợp của nhiều yếu tố nguy cơ TTHKTM, đặc biệt các yếu tố nguy cơ đặc thù tại khoa HSTC như bất động, thở máy, nhiễm khuẩn, ung thư, suy tim, suy hô hấp, đột quỵ não cấp [1]. Tác giả Huỳnh Văn Ân khảo sát TTHKTM trên 54 BN HSTC cho thấy 46% có HKTMS sau 1 tuần nằm viện và thêm 17% sau tuần thứ hai.

TTHKTM là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có thể phòng ngừa được tại bệnh viện. Theo CDC, tới 70% các ca TTHKTM mắc phải tại bệnh viện có thể phòng ngừa được bằng cách tuân thủ nghiêm ngặt đánh giá nguy cơ và chỉ định dự phòng. Tuy nhiên, nghiên cứu đa quốc gia ENDORSE cho thấy dưới 50% BN nguy cơ cao được dự phòng theo khuyến cáo, với tỷ lệ dự

phòng thiếu khác biệt rất nhiều giữa các quốc gia. Trên BN HSTC, bỏ qua dự phòng TTHKTM sớm trong vòng 24 giờ đầu mà không có lý do rõ ràng liên quan đến tăng nguy cơ tử vong. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của dự phòng ở TTHKTM ở BN HSTC [2-4].

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu mô tả thực trạng dự phòng và phân tích sự phù hợp của thực hành dự phòng TTHKTM theo các hướng dẫn điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực của Bệnh viện TỰ QUỠ 108. Kết quả sẽ cung cấp góc nhìn khách quan và toàn diện về thực trạng dự phòng trên BN HSTC, là cơ sở cho các giải pháp cải tiến chất lượng dự phòng TTHKTM tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả BN tại Trung tâm Hồi sức tích cực từ 13/10/2023 đến 13/12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18 tuổi trở lên; Thời gian điều trị tại HSTC ít nhất 48 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chẩn đoán TTHKTM trước khi nhập viện; Đang dùng thuốc chống đông cho điều trị huyết khối; BN thai sản, trẻ em; BN khỏe mạnh chờ hiến tạng; Không tiếp cận được hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát tiến cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ. Tổng cộng 149 BN đưa vào nghiên cứu, gồm 82 BN HSTC nội khoa và 67 BN HSTC phẫu thuật.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung bệnh nhân
- Phân tầng nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định
- Đặc điểm nhu cầu về biện pháp dự phòng TTHKTM cụ thể
- Đặc điểm biện pháp dự phòng TTHKTM và tính phù hợp của dự phòng
- Đặc điểm dự phòng bằng thuốc và tính phù hợp của dự phòng bằng thuốc

2.2.4. Quy trình thu thập số liệu. Hàng ngày thu thập số liệu từ bệnh án điện tử, bệnh án giấy và điền vào biểu mẫu thu thập thông tin. Khi thông tin chưa rõ ràng, tiến hành trao đổi lại với bác sĩ, điều dưỡng để xác nhận.

Các thông tin thu thập: đặc điểm nhân khẩu học, YTNC TTHKTM, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định, đặc điểm dự phòng TTHKTM, các biến cố TTHKTM và chảy máu trong quá trình nằm viện.

2.2.5. Quy trình đánh giá tính phù hợp trong nghiên cứu

Bước 1: Đánh giá hàng ngày nguy cơ TTHKTM. Sử dụng điểm PADUA (BN nội khoa), CAPRINI (BN phẫu thuật không chỉnh hình) hoặc bảng yếu tố nguy cơ trong hướng dẫn của BYT 2023 (BN phẫu thuật chỉnh hình) [2].

Bước 2: Xác định BN có nhu cầu dự phòng TTHKTM

BN được phân loại vào hai nhóm:

- Nhóm 1 (Có nhu cầu dự phòng TTHKTM): BN nội khoa nguy cơ cao; BN phẫu thuật không chỉnh hình nguy cơ thấp/trung bình/cao; BN phẫu thuật chỉnh hình nguy cơ trung bình/cao. Đối với nhóm 1, xác định ngày bắt đầu có nhu cầu dự phòng (T1).

- Nhóm 2 (Không có nhu cầu dự phòng TTHKTM): BN nội khoa có nguy cơ TTHKTM thấp; BN phẫu thuật có nguy cơ TTHKTM rất thấp.

Bước 3: Đánh giá nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dự phòng

- Đánh giá nguy cơ chảy máu theo điểm IMPROVE (BN nội khoa) hoặc bảng các YNTC chảy máu nặng theo ACCP 2012 (BN phẫu thuật) [4].

- Đánh giá chống chỉ định (CCĐ) dự phòng thuốc theo bảng CCĐ trong hướng dẫn của BYT 2023 [2] và CCĐ dự phòng cơ học theo NICE 2018 [5].

Bước 4: Xác định nhu cầu về biện pháp dự phòng TTHKTM

- Nguy cơ chảy máu thấp và không có CCĐ chống đông: Thuốc (\pm IPC). Nhóm phẫu thuật không chỉnh hình nguy cơ TTHKTM thấp: dự phòng cơ học; nguy cơ cao: Thuốc (\pm IPC).

- Nguy cơ chảy máu cao hoặc CCĐ chống đông: Dự phòng cơ học.

- CCĐ dự phòng cơ học: không dự phòng cơ học.

Bước 5: Đánh giá tính phù hợp của thực hành dự phòng TTHKTM

- Dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế 2023, VNHA 2022, Queensland 2018, ACCP 2012 và tờ hướng dẫn sử dụng Lovenox [2-4, 6].

- So sánh nhu cầu dự phòng với biện pháp thực tế sử dụng để đánh giá tính phù hợp về các khía cạnh: chỉ định lựa chọn biện pháp dự phòng, thời điểm khởi đầu, thời gian dự phòng, liều dùng chống đông. Kết quả đánh giá:

(1) Dự phòng phù hợp: BN có nhu cầu dự phòng và thực tế được dự phòng bằng biện pháp phù hợp; BN không có nhu cầu dự phòng và thực tế không được dự phòng.

(2) Dự phòng không phù hợp bao gồm:

- Dự phòng thiếu: BN có nhu cầu dự phòng nhưng thực tế không được dự phòng;
- Dự phòng thừa: BN không có nhu cầu dự phòng nhưng thực tế được dự phòng;

- Dự phòng nhưng không phù hợp: BN được dự phòng nhưng việc lựa chọn biện pháp cụ thể, thời điểm khởi đầu, thời gian dự phòng hoặc liều dùng không phù hợp.

- Đánh giá tại hai thời điểm: khi BN bắt đầu có nhu cầu dự phòng và trong toàn bộ quá trình tại HSTC. Dự phòng TTHKTM toàn bộ quá trình là phù hợp nếu tất cả các khía cạnh phù hợp.

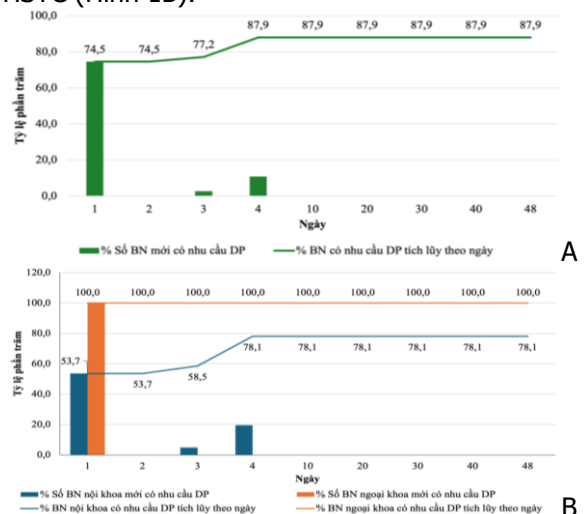
2.3. Xử lý số liệu. Nhập và quản lý số liệu bằng Microsoft Excel 2021, phân tích số liệu bằng SPSS 25.0.

2.4. Chấp thuận tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu đã được phê duyệt để triển khai thực hiện bởi Hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện theo số quyết định 4091/QĐ-BV, ban hành ngày 08/08/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân. Tổng số 149 BN bao gồm 82 BN nội khoa, 67 BN phẫu thuật. Tuổi trung bình là $58,7 \pm 18,0$, đa phần giới tính nam. Thời gian điều trị tại HSTC trung bình là 7 ngày. Khoảng 1/3 BN có suy thận nặng và 20% có lọc máu liên tục.

3.2. Nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định dự phòng TTHKTM. Có 131 (87,9%) BN có nhu cầu dự phòng tại HSTC (nhóm 1). Tỷ lệ BN nội khoa và phẫu thuật có nhu cầu dự phòng là 78% và 100%. Trong tổng số 87,9% BN có nhu cầu dự phòng, 74,5% có nhu cầu ngay trong vòng 24 giờ đầu nhập HSTC (Hình 1A). Ở nhóm Nội khoa, tỷ lệ BN có nhu cầu dự phòng ngay ở ngày đầu nhập HSTC là 53,7%, sau đó tích lũy và đạt tối đa tại ngày thứ 4 sau nhập khoa. Ở nhóm Phẫu thuật, 100% có nhu cầu dự phòng ngay trong vòng 24 giờ nhập HSTC (Hình 1B).



Hình 2. Tỷ lệ tích lũy theo ngày BN bắt đầu

có nhu cầu dự phòng, xét trong tổng mẫu (hình A) và nhóm HSTC Nội khoa, Phẫu thuật (Hình B)

(BN: Bệnh nhân; DP: Dự phòng)

Đối với BN có nhu cầu DP TTHKTM, 78,1% BN nội khoa có nguy cơ chảy máu cao trong khi tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm phẫu thuật (59,7%) (Bảng 1). Ngoài ra, hơn 30% BN có chống chỉ định tuyệt đối với thuốc chống đông. Có 01 BN phẫu thuật chống chỉ định dự phòng cơ học.

Bảng 1. Đặc điểm nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu, chống chỉ định

	Nội khoa (N=64),n(%)	Phẫu thuật (N=67),n(%)
Nguy cơ TTHKTM		
Trung bình		11 (16,4)
Cao	64 (100,0)	48 (71,6)
TB/cao (phẫu thuật chỉnh hình)		8 (11,9)
Nguy cơ chảy máu		
Thấp	14 (21,9)	27 (40,3)
Cao	50 (78,1)	40 (59,7)
Chống chỉ định thuốc chống đông		
CCĐ tuyệt đối	21 (32,8)	23 (35,8)
CCĐ tương đối	19 (29,7)	24 (35,8)
Chống chỉ định dự phòng cơ học		
Có chống chỉ định	0 (0,0)	1 (1,5)

3.3. Đặc điểm nhu cầu dự phòng TTHKTM. Bảng 2 mô tả nhu cầu dự phòng của BN ở nhóm 1 ở thời điểm BN bắt đầu có nhu cầu dự phòng. Hầu hết (71,8%) BN cần chỉ định dự phòng cơ học. Chỉ 17,6% cần dự phòng dược lý (± IPC).

Bảng 2. Nhu cầu về biện pháp dự phòng TTHKTM cụ thể

Biện pháp dự phòng	Nội khoa (N=64), n (%)	Phẫu thuật (N=67), n (%)	Tổng (N=131), n (%)
DP cơ học (đơn độc)	51(79,7)	43(64,2)	94(71,8)
DP dược lý (± IPC)	11(17,2)	12(17,9)	23(17,6)
DP cơ học hoặc dược lý	2(3,1)	12(17,9)	14(10,7)

Ngoài ra, có 19 (14,5%) BN cần thay đổi chỉ định dự phòng hoặc thay đổi biện pháp trong quá trình nằm tại HSTC, do sự thay đổi về nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu hoặc chống chỉ định dự phòng. Đa phần (95,7%) cần được thay đổi từ dự phòng cơ học thành dược lý hoặc ngược lại.

3.4. Đặc điểm dự phòng và đánh giá tính phù hợp của dự phòng TTHKTM

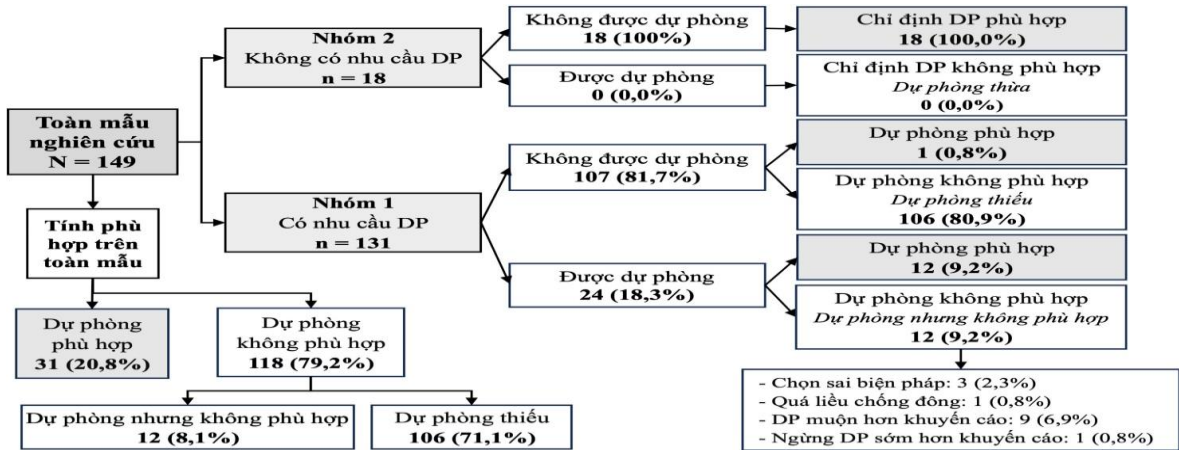
❖ Đặc điểm dự phòng và tính phù hợp của dự phòng TTHKTM trong toàn mẫu

Enoxaparin và IPC là thuốc và biện pháp cơ học sử dụng trong nghiên cứu.

Ở nhóm 1: Tỷ lệ không được dự phòng TTHKTM là 81,7%. Tỷ lệ dự phòng phù hợp thấp, chỉ đạt 10,0%. Lý do không phù hợp chủ yếu là dự phòng thiếu (chiếm 80,9%) (Hình 2).

Ở nhóm 2: Tỷ lệ dự phòng TTHKTM phù hợp là 100%.

Trong toàn mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ được dự phòng TTHKTM là 16,1%. Tỷ lệ dự phòng TTHKTM phù hợp là 20,8%. Dự phòng thiếu là lý do không phù hợp chủ yếu (71,1%).



Hình 3. Đặc điểm dự phòng TTHKTM và đánh giá tính phù hợp

❖ Đặc điểm dự phòng và tính phù hợp của dự phòng TTHKTM bằng thuốc. 12 BN được kê thuốc chống đông enoxaparin 40 mg/ngày. 50% dự phòng enoxaparin là phù hợp. Các lý do dự phòng thuốc không phù hợp: dự

phòng thừa ở BN nguy cơ chảy máu cao hoặc chống chỉ định (N = 3), chưa giảm liều còn 30 mg/ngày khi BMI < 18 kg/m² (N=1), thời gian dự phòng quá ngắn (N = 1) và dự phòng muộn (N = 1).

IV. BÀN LUẬN

BN HSTC có nguy cơ cao mắc TTHKTM bởi sự hiện diện phối hợp của các yếu tố nguy cơ sẵn có từ trước khi vào HSTC (suy tim, ung thư, tuổi cao, suy hô hấp,...) và yếu tố mắc phải tại khoa HSTC (bất động, thở máy, dùng thuốc an thần, nhiễm khuẩn...). Thực hành phân tầng nguy cơ và chỉ định dự phòng TTHKTM đã được đề cập trong nhiều hướng dẫn [2, 3, 6]. Thực hiện tốt công tác dự phòng TTHKTM cho BN nguy cơ cao sẽ góp phần đáng kể vào tổng thể phòng ngừa biến cố TTHKTM mắc phải tại bệnh viện.

Về nguy cơ TTHKTM. Các hướng dẫn đều đồng thuận cần đánh giá nguy cơ TTHKTM ngay khi vào khoa HSTC, sau đó hàng ngày, thậm chí thường xuyên hơn, khi có thay đổi tình trạng bệnh lý hoặc mục tiêu chăm sóc [2, 3, 6]. Nghiên cứu ghi nhận nhu cầu dự phòng TTHKTM lớn ở BN HSTC (87,9%) trong đó 74,5% đã có nhu cầu dự phòng ngay trong vòng 24 giờ đầu nhập HSTC. Tỷ lệ này ở nhóm nội khoa là 53,7% và phẫu thuật là 100%. Có 13,4% mặc dù chưa có nhu cầu dự phòng trong 24 đầu nhưng sau đó tiếp tục tích lũy thêm yếu tố nguy cơ và có nhu cầu dự phòng vào ngày thứ 3 hoặc 4 điều trị tại HSTC. Như vậy, 24 giờ đầu nhập khoa là thời điểm then chốt cần đánh giá nguy cơ TTHKTM. Đồng thời tiếp tục theo dõi và đánh giá hàng ngày giúp không bỏ sót BN phát sinh nhu cầu dự phòng ở các ngày điều trị phía sau. Việc bỏ qua dự phòng TTHKTM trong 24 giờ đầu vào HSTC mà không có lý do rõ ràng có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong cao hơn [2, 3].

Về nguy cơ chảy máu và chống chỉ định với dự phòng. Khi người bệnh có nhu cầu dự phòng, việc đánh giá nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dự phòng sẽ giúp định hướng chiến lược dự phòng thích hợp. 78,1% BN HSTC Nội khoa và 69,7% HSTC ngoại khoa có nguy cơ chảy máu cao. Ngoài ra, tỷ lệ chống chỉ định tuyệt đối với chống đông ở hai nhóm là 32,8% và 35,8%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Khoa HSTC Bệnh viện E với 65,8% có nguy cơ chảy máu cao và 51,4% CCD tuyệt đối [7].

Về nhu cầu dự phòng và thực tế dự phòng. Tỷ lệ BN có nhu cầu dự phòng TTHKTM là 131 (87,9%), chưa tương xứng với tỷ lệ thực tế dự phòng (16,1%). Riêng ở nhóm có nhu cầu dự phòng, tỷ lệ thực tế dự phòng đạt 18,3%, gợi ý vấn đề dự phòng thiếu. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ 26,1% trong nghiên cứu của Kiều Thị Ngọc Anh (2022) và thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ 96,3% trong nghiên cứu của Reza Manoucheri (2015) [7, 8].

Chúng tôi ghi nhận 71,8% BN có nhu cầu dự phòng cơ học đơn độc, 17,6% có nhu cầu dự phòng dược lý (\pm IPC) và 10,7% có nhu cầu dự phòng dược lý/cơ học. Nhu cầu lớn về biện pháp cơ học phù hợp với tỷ lệ cao BN có nguy cơ chảy máu hoặc chống chỉ định chống đông.

Về tính phù hợp trong dự phòng TTHKTM. Tỷ lệ phù hợp về dự phòng TTHKTM ở mức thấp (20,8%). Lý do không phù hợp chủ yếu là dự phòng thiếu (71,1%). Kiều Thị Ngọc Anh (2022) trên BN HSTC tại Bệnh viện E chỉ ra tỷ lệ dự phòng phù hợp thấp (26,1%), dự phòng thiếu chiếm 54,1% [7]. Theo Lý Kỳ Như (2022) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, tỷ lệ dự phòng TTHKTM hợp lý ở BN có nguy cơ huyết khối cao là 37,1%. So với các nghiên cứu khác trên thế giới, thực hành của chúng tôi còn một khoảng cách khá lớn: tỷ lệ dự phòng phù hợp là 45,1% theo Reza Manoucheri (2015), hay 53,0% theo Imad Hajji (2021) [8]. Việc tiến hành các chiến lược nhằm cải tiến chất lượng dự phòng TTHKTM, tốt nhất là tích hợp trong chương trình quản lý sử dụng thuốc chống đông tổng thể là cần thiết. Trong đó, ban hành các hướng dẫn về dự phòng là quan trọng. Can thiệp này được Hoàng Bùi Hải (2023) chứng minh cải thiện đáng kể tỷ lệ BN Nội hoặc HSTC nguy cơ TTHKTM cao được dự phòng TTHKTM, lên mức hơn 90%.

Về tính phù hợp của dự phòng bằng thuốc. Có 12 (8,1%) BN được dự phòng bằng thuốc, toàn bộ đều lựa chọn enoxaparin, phù hợp với khuyến cáo [2, 3, 6]. 50,0% BN dự phòng chống đông là không phù hợp, trong đó một nửa là dự phòng thừa thuốc do sử dụng ở BN có nguy cơ chảy máu cao và/hoặc CCD thuốc chống đông.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lớn BN HSTC có nhu cầu dự phòng TTHKTM. Song song, tỷ lệ có nguy cơ chảy máu và chống chỉ định với chống đông cũng ở tương đối cao, đây là thách thức lớn cho các nhà lâm sàng. Thực tế dự phòng TTHKTM còn chưa tương xứng với nhu cầu dự phòng, với một tỷ lệ lớn dự phòng thiếu. Điều này gợi ý thực hành đánh giá nguy cơ và dự phòng TTHKTM còn chưa nhất quán và đồng bộ, đòi hỏi có các chiến lược cải tiến chất lượng dự phòng TTHKTM, góp phần vào giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và tử vong liên quan đến TTHKTM mắc phải tại bệnh viện. Triển khai chương trình quản lý sử dụng thuốc chống đông, trong đó có các chiến lược nhằm nâng cao chất lượng dự phòng TTHKTM cho các BN nguy cơ cao như BN HSTC, là hết sức cấp thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ejaz A., Ahmed M.M., Tasleem A., Rafay Khan Niazi M., et al.** (2018), "Thromboprophylaxis in Intensive Care Unit Patients: A Literature Review", *Cureus*, 10(9), p. e3341.
2. **BỘ Y TẾ** (2023), "Hướng dẫn điều trị, dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch".
3. **HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM** (2022), "Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch".
4. **American College of Chest Physicians** (2012), "Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines", Chest.
5. **NICE** (2018), Venous thromboembolism in over
- 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism, NICE guideline, Editor^Editors.
6. **Queensland Health Guideline** (2018), Guideline for the prevention of Venous Thromboembolism (VTE) in adult hospitalised patients, Editor^Editors, Queensland Government.
7. **Kiều Thị Ngọc Anh, Nguyễn Trung Nghĩa** (2022), "Thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện E", *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*, 516(2).
8. **Manoucheri R., Fallahi M.J.** (2015), "Adherence to Venous Thromboprophylaxis Guidelines for Medical and Surgical Inpatients of Teaching Hospitals, Shiraz-Iran", *Tanaffos*, 14(1), pp. 17-26.

TÌNH HÌNH RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Lê Ngọc Hải Vân^{1,2}, Nguyễn Hùng Trấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu, khảo sát một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường đại học Võ Trường Toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 178 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát đang theo dõi điều trị tại khoa khám Bệnh viện Trường đại học Võ Trường Toàn. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát là 60,1%; Có mối liên quan giữa rối loạn lipid và ít hoạt động thể lực, thừa cân - béo phì, điều trị với Statin; Chưa ghi nhận mối liên quan giữa thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn mặn, ăn dầu mỡ thường xuyên, tiêu thụ rau củ và rối loạn lipid máu. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. Đặc biệt ở các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch khác đi kèm như ít hoạt động thể lực, thừa cân - béo phì. **Từ khóa:** rối loạn lipid máu, tăng huyết áp.

SUMMARY

DYSLIPIDEMIA AND FACTORS RELATED IN PRIMARY HYPERTENSION PATIENTS AT TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Determinate the rate of dyslipidemia and factor related in patients with primary hypertension at Vo Truong Toan University Hospital. **Methods:** This was a cross-sectional study conducted

178 patients with primary hypertension treated at Hospital of Vo Truong Toan University. **Results:** The prevalence of dyslipidemia among patients with primary hypertension is 60,1%; There is the relation between dyslipidemia with physical inactivity, overweight, obesity, treatment with Statin, cardiovascular diseases. No relationships have been found between dyslipidemia with smoke, alcohol abuse, salt consumption, fat consumption, vegetable consumption. **Conclusion:** dyslipidemia account for a quite high in patients with primary hypertension, especially in patients with others associated cardiovascular risk factors such as physical inactivity, overweight, obesity, cardiovascular diseases.

Keywords: dyslipidemia, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe mang tính cộng đồng, tần suất người mắc bệnh không ngừng gia tăng từng ngày, không chỉ trên toàn thế giới mà còn ngay cả ở Việt Nam. Trên toàn cầu hiện có khoảng 1 tỷ người bị tăng huyết áp và dự kiến sẽ tăng lên đến 1,5 tỷ người vào năm 2025 [3], đây cũng là một trong 8 nguyên nhân hàng đầu trên thế giới về vấn đề gây ra tàn tật và tử vong. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có đến 9,4 triệu người tử vong do tăng huyết áp hàng năm. Rối loạn lipid (RLLP) máu và tăng huyết áp là 2 yếu tố nguy cơ độc lập đối với tổn thương tim mạch. Kết hợp cả hai yếu tố trên đã được chứng minh làm tăng nguy cơ tim mạch theo cấp số nhân hơn là tổng nguy cơ đơn lẻ. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tăng huyết áp và rối loạn lipid máu thường cùng tồn tại trên một bệnh nhân và làm

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

²Bệnh viện Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Trấn

Email: nhtran@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024