

trường hợp sử dụng vật nhánh xuyên động mạch mu đốt bàn xuôi dòng và ngược dòng che phủ KHPM ngón tay khoảng cách nhận biết hai điểm phân biệt ở trạng thái tĩnh của vật xuôi dòng là 8,3mm vật ngược dòng trung bình là 10,4mm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Tất cả đều nhận thấy sự khác biệt về khả năng phục hồi cảm giác của các vật dạng ngẫu nhiên sớm hơn và tốt hơn các vật dạng trực mạch. Các vật di chuyển xuôi dòng phục hồi cảm giác tốt hơn các vật di chuyển ngược dòng.

## V. KẾT LUẬN

Có nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến kết quả tạo hình khuyết hổng phần mềm ngón tay bằng vật cố định liền tại chỗ. Trong đó yếu tố nguồn cấp máu tại vật và cách thức di chuyển của vật dạng xuôi dòng hay ngược dòng có mối liên quan chặt chẽ đến mức độ sống và khả năng phục hồi cảm giác tại vật. Vật ngẫu nhiên di chuyển xuôi dòng có mức độ sống cao nhất và có khả năng phục hồi cảm giác sớm nhất và tốt nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beasley, R.W. (1983).** Principles of soft tissue replacement for the hand. *The Journal of Hand Surgery* **8(5)**:781-784.
2. **De, S.D. and M. Sandeep J. Sebastin (2020).** Soft tissue coverage of the digits and hand. *Hand Clin*, **36(1)**:97-105.
3. **Rehim, S.A. and K.C. Chung (2015).** Local Flaps of The Hand. *Hand Clin*, **2014 May ; 30(2)** 137-151.
4. **Atasoy, E., et al. (1970).** Reconstruction of the Amputated Finger Tip with a Triangular Volar Flap *J Bone Joint Surg Am*, **52(5)**, pp 921-926.
5. **Aboulwafa, A. and S. Emara (2013).** Versatility of Homodigital Islandized Lateral V-Y Flap for Reconstruction of Fingertips and Amputation Stumps. *Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg.*, Vol. 37, No. 1, January: 89-96, 2013.
6. **Chen, C., W. Zhang, and P. Tang (2014).** Direct and reversed dorsal digito-metacarpal flaps: A review of 24 cases. *Care Injured*, **45**:805-812.
7. **Sungur, N., et al. (2012).** Bilateral V-Y rotation advancement flap for fingertip amputations. *American Association for Hand Surgery 2012*, **7**:79-85.
8. **Hastings, H. (1987).** Dual innervated index to thumb cross finger or island flap reconstruction. *Microsurgery*, **8(3)**:168-172.

## NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LÀM TĂNG TỶ LỆ MẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SAU PHẪU THUẬT TIM NGỰC

Bùi Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Dương Đức Hùng<sup>2</sup>, Đoàn Quốc Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch ở người bệnh phẫu thuật tim ngực bằng việc áp dụng mô hình thang điểm nguy cơ Caprini hiệu chỉnh. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang được tiến hành trên 35612 người bệnh phẫu thuật tim ngực từ 1/2017 đến 12/2018. Tất cả người bệnh được đánh giá điểm nguy cơ trước phẫu thuật và được theo dõi trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy tỷ lệ HKTM sau phẫu thuật tim ngực 30 ngày là 0,22% (78/35612). Nguy cơ mắc HKTM ở người có tổng điểm caprini 7-8 điểm cao gấp 7,13 lần so với người bệnh ở nhóm điểm Caprini 0-2. Các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc HKTM sau phẫu thuật bao gồm: Tuổi, giới tính, suy tĩnh mạch ngoại vi, tiểu đường và đặc biệt là tiền sử huyết khối trước phẫu thuật.

**Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật tim ngực, yếu tố nguy cơ, điểm Caprini

### SUMMARY

#### RISK FACTORS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER THORACIC SURGERY: A CASE-CONTROL STUDY FROM NATIONAL INSURANCE DATA

Venous thromboembolism is an uncommon complication after thoracic surgery. However, it is a dangerous complication because it is often overlooked due to its infrequent and silent symptoms. The study is carried out to determine the rate and risk factors of venous thrombosis in patients who experienced thoracic surgery by applying adjusted Caprini risk assessment model. This study using descriptive cross section design was conducted on 35,612 patients undergoing thoracic surgery from 1/2017 to 12/2018. All patients were assessed for risk prior to surgery and supervised for 30 days postoperatively. The results showed that the rate of venous thromboembolism after 30-day thoracic surgery was calculated as 0.22% (78/35612). The risk of developing postoperative venous thromboembolism in patients with a total caprini score of 7-8 points was estimated as 7.13 times which is higher than that of patients in the group with Caprini score 0-2. The risk factors increasing the likelihood of postoperative venous thromboembolism include: Age, sex, peripheral vascular disease, varicose vein, diabetes and especially history of thrombosis.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mỹ Hạnh

Email: buimyhanch@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 9.7.2021

**Keywords:** Venous thromboembolism, cardiothoracic surgery, risk factor, Caprini score

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch không phải là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tim ngực. Tuy nhiên nó là biến chứng nguy hiểm vì hay bị bỏ sót do ít gặp và các triệu chứng thầm lặng [1]. Để xác định nguy cơ mắc HKTМ một cách chính xác cho người bệnh phẫu thuật, nhiều hệ thống thang điểm xếp hạng nguy cơ và phân loại người bệnh theo các nguy cơ đã được phát triển để phục vụ trong thực hành lâm sàng, nổi bật nhất của Caprini, Kucher, Cohen và hướng dẫn của NICE [2]. Thang điểm Caprini đã được phát triển từ hơn hai thập kỷ trước, dựa trên sự kết hợp giữa kinh nghiệm lâm sàng và các dữ liệu được công bố, và đã được các nhà nghiên cứu chứng minh là có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ngoài việc đánh giá và phân tầng nguy cơ, mô hình cũng đưa ra các khuyến cáo phù hợp để điều trị dự phòng HKTМ theo điểm số và mức độ nguy cơ. Một vài phiên bản hiệu chỉnh của mô hình Caprini trên người bệnh đã được công bố bởi các nghiên cứu khác nhau [3-5]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đánh giá nguy cơ mắc HKTМ theo thang điểm Caprini sau phẫu thuật tim ngực vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu là

1. *Xác định tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch ở người bệnh phẫu thuật tim ngực*
2. *Đánh giá các yếu tố nguy cơ mắc HKTМ sau phẫu thuật tim ngực theo mô hình Caprini hiệu chỉnh.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ 1/2017 đến 12/2018 từ dữ liệu chuyển lên hệ thống dữ liệu bảo hiểm quốc gia của tất cả các bệnh viện trên cả nước.

### 2. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh >18 tuổi được thực hiện các phẫu thuật tim ngực.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc HKTМ tại thời điểm tham gia nghiên cứu, hoặc đang trong giai đoạn điều trị huyết khối, hoặc chống chỉ định sử dụng thuốc chống đông, hoặc đang sử dụng thuốc kháng tiểu cầu.

Cỡ mẫu thu được n=35.612

### 3. Phương Pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang  
Mô hình đánh giá nguy cơ theo Caprini được áp dụng và sử dụng hệ thống chấm điểm cho

từng yếu tố nguy cơ được cộng lại để tạo thành điểm số nguy cơ tích lũy để xác định mức độ nguy cơ HKTМ của người bệnh thấp, vừa, cao và cao nhất. Mô hình đánh giá nguy cơ đã được hiệu chỉnh chỉ bao gồm các tiêu chí quan sát được trong báo cáo dữ liệu của bệnh viện. Các thông số xét nghiệm như yếu tố Leiden V, homocysteine huyết thanh, kháng thể kháng cardiolipin, prothrombin 20210A, chất chống đông lupus được loại khỏi mô hình vì hầu hết không có chỉ định tiến hành. Tính hợp lệ và hiệu quả của mô hình Caprini hiệu chỉnh đã được chứng minh trong các nghiên cứu trước đây của chúng tôi [6].

**Quy trình nghiên cứu.** Dữ liệu lâm sàng người bệnh phẫu thuật được thu thập tại các bệnh viện và được chuyển lên hệ thống dữ liệu bảo hiểm quốc gia. Các yếu tố nguy cơ ở người bệnh được đánh giá và tổng hợp để xác định điểm số nguy cơ tích lũy và xếp hạng mức độ nguy cơ HKTМ.

Chẩn đoán HKTМ ở người bệnh phẫu thuật được tiến hành dựa theo Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Hội tim mạch quốc gia Việt Nam năm 2016. Người bệnh có triệu chứng nghi ngờ mắc HKTМ sẽ được tiến hành chẩn đoán xác định bằng siêu âm Duplex, chụp cộng hưởng từ (MRI) tĩnh mạch hoặc siêu âm Doppler; Các trường hợp nghi mắc thuyên tắc phổi sẽ được chẩn đoán qua chụp cắt lớp vi tính (CT), hoặc chụp động mạch phổi. Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của HKTМ được đánh giá cứ sau 3 – 5 ngày trong thời gian 30 ngày sau phẫu thuật ở người bệnh điều trị nội trú. Người bệnh bị nghi ngờ mắc HKTМ sâu khi nhận thấy các triệu chứng sưng và đau ở một hoặc hai bên chân (thường ở vị trí bắp chân), cảm giác đau nhức khi đi bộ, đứng hoặc co gập chân, sờ thấy ấm ở vị trí bị sưng, và ban đỏ ở chân được phát hiện. Đối với thuyên tắc phổi, các trường hợp bị nghi mắc bao gồm khó thở không rõ nguyên nhân, đau ngực khi hít vào, ho ra máu, thở gấp và nhịp tim nhanh. Đối với người bệnh ra viện trước 30 ngày, các triệu chứng của HKTМ được theo dõi đánh giá qua hệ thống liên lạc thông thường của bệnh viện. Trong thời gian điều trị và sinh hoạt tại nhà, người bệnh được hướng dẫn báo cáo cho bộ phận ngoại trú hoặc đến cơ sở điều trị nếu phát sinh bất kỳ triệu chứng nghi ngờ HKTМ.

**4. Phân tích thống kê.** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm hệ thống STATA 20.0. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình

hoặc trung vị, các biến phân loại được biểu thị dưới dạng tần số tỷ lệ (%).

Kiểm định Chi-square và Fisher test được sử dụng để đánh giá sự khác biệt về nguy cơ mắc HKTM giữa các nhóm điểm Caprini. Mô hình phân tích đa biến hồi quy logictic để đánh giá ảnh hưởng của các thành tố của thang điểm như tuổi, giới tính, ung thư, sự xuất hiện của bệnh kèm theo và tiền sử mắc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch... Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội số 67/HĐĐĐĐHYHN ngày 24/3/2017.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 2. Tỷ lệ mắc HKTM phân loại theo nhóm điểm Caprini hiệu chỉnh (n=35.612)**

Điểm Caprini	Số NB phẫu thuật	Số NB mắc HKTM	Tỷ lệ mắc HKTM theo từng nhóm (%)	RR	95%CI	p
0-2 điểm	10716	13	0,12			
3-4 điểm	15092	31	0,21	1,69	0,89-3,23	0,11
5-6 điểm	7130	17	0,24	1,96	0,95-4,04	0,06
7-8 điểm	1618	14	0,87	7,13	3,36-15,15	<0,01
>8 điểm	1056	3	0,28	2,34	0,67-8,2	0,19
<b>Tổng</b>	<b>35612</b>	<b>78</b>	<b>0,22</b>			

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc HKTM là 0,22% (78/35612). Người bệnh có tổng điểm Caprini 7-8 điểm có nguy cơ mắc HKTM sau phẫu thuật cao nhất gấp 7,13 lần so với người bệnh ở nhóm điểm Caprini 0-2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

### 3.2. Độ tin cậy của hệ thống thang điểm Caprini hiệu chỉnh trong phân tích nguy cơ HKTM

**Bảng 3. Tỷ suất OR mắc HKTM ở người bệnh phẫu thuật tim ngực giữa các nhóm điểm Caprini hiệu chỉnh**

Điểm Caprini	5-6 điểm	7-8 điểm	>8 điểm
3-4 điểm	1,16 (0,64-2,1) $p < 0,621$	4,24 (2,25-7,99) $p < 0,001$	0,97 (0,3-3,18) $p = 0,96$
5-6 điểm		3,65 (1,8-7,42); $p < 0,001$	1,19 (0,35-4,07); $p = 0,779$
7-8 điểm			0,33 (0,09-1,14); $p = 0,079$

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy, nhóm người bệnh có tổng điểm Caprini hiệu chỉnh 7-8 điểm có nguy cơ mắc HKTM sau phẫu thuật tim ngực cao hơn so với các nhóm NB có tổng điểm Caprini hiệu chỉnh 3-4, 5-6, >8 với OR lần lượt là 4,24, 3,65.

### 3.3. Xác định yếu tố nguy cơ HKTM sau phẫu thuật tim ngực

**Bảng 4. Yếu tố nguy cơ HKTM theo mô hình đánh giá nguy cơ theo thang điểm Caprini hiệu chỉnh**

Đặc điểm	Tổng số	Có HKTM	RR	95% CI	p	
Giới tính	Nam	23 253	43	1		
	Nữ	12 359	35	1,53	0,98-2,39	0,06
Nhóm tuổi	18-40	11 377	15	1		
	41-60	14 868	39	1,99	1,1-3,61	0,02
	61-74	7 472	21	2,13	1,1-4,13	0,03
	>74	1 895	3	1,2	0,35-4,14	0,77
Bệnh trước PT	Nhồi máu cơ tim	405	2	2,29	0,56-9,28	0,24
	Xơ vữa động mạch	41	0	5,39	0,34-85,59	0,23
	Mạch máu não	1 733	5	1,34	0,54-3,31	0,52
	Bất động >72 giờ	142	0	1,58	0,09-25,36	0,74

### 3.1. Tỷ lệ mắc HKTM ở người bệnh sau phẫu thuật tim ngực

**Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh (n=35.612)**

Đặc điểm	n	%	
Giới tính	Nam	23253	65,3
	Nữ	12359	34,7
	Tổng	35612	100,0
Tuổi	18-40	11377	31,9
	41-60	14868	41,8
	61-74	7472	20,9
	>74	1895	5,3
	<b>Tổng</b>	<b>35612</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nam giới (65,3%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới (34,7). Nhóm tuổi 41-60 là nhóm tuổi có số người bệnh trải qua phẫu thuật tim ngực cao nhất chiếm 41,8%.

Hô hấp mạn tính	2574	10	1,89	0,97-3,66	0,06
Loét dạ dày	4986	16	1,59	0,92-2,74	0,09
Suy tim	5609	23	2,24	1,38-3,64	0,00
Tiểu đường	31	1	14,91	2,14-103,83	0,01
COPD	602	1	0,76	0,11-5,42	0,78
Ung thư	7486	15	0,89	0,51-1,57	0,69
Tăng huyết áp	6835	31	2,78	1,77-4,37	<0,01
Suy tĩnh mạch	152	6	19,44	8,58-44,03	<0,01
Suy hô hấp	734	4	2,57	0,94-7,01	0,06
Suy thận	4037	78	0,75	0,59-0,95	0,02
Mạch máu ngoại vi	151	2	6,18	1,53-24,93	<0,01
Tiền sử huyết khối	58	42	715,17	497,41-1028,24	<0,01
Bệnh về gan	1187	5	1,99	0,80-4,91	0,13

**Nhận xét:** Những người có nguy cơ mắc HKTМ cao bao gồm: tuổi cao, RR=2,13, p<0,001; tiền sử mắc HKTМ, RR = 715,17, p<0,001; suy tĩnh mạch, RR= 19,44, p<0,001; tiểu đường, RR=14,91, p<0,05.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch.** Tỷ lệ mắc huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật tim ngực là 0,22% (78/35612 người). Các số liệu mô tả cắt ngang cho thấy số nam giới thực hiện phẫu thuật tim ngực cao hơn so với nữ, nhóm tuổi 18-40 và 41-60 là hai nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất. So với các nghiên cứu yếu tố nguy cơ HKTМ được chúng tôi thực hiện trên nhóm phẫu thuật khác, tỷ lệ mắc HKTМ ở người bệnh phẫu thuật tim ngực trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp hơn có thể do các yếu tố nguy cơ HKTМ ở loại phẫu thuật này thấp hơn hoặc đã được kiểm soát tốt hơn từ trước - trong cũng như sau phẫu thuật. Nghiên cứu ứng dụng thang điểm Caprini ở người bệnh phẫu thuật chấn thương chỉnh hình và phẫu thuật thần kinh cho tỷ lệ mắc HKTМ sau phẫu thuật lần lượt là 0,14% và 0,46%[6],[4]. Trong khi đó ở người bệnh phẫu thuật nói chung cho kết quả gần tương đương 0,11%[3]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng thấp hơn với nghiên cứu trên cùng loại phẫu thuật của tác giả Balachandran với tỷ lệ mới mắc là 1,1%[1]. Sự khác biệt về kết quả này có thể bắt nguồn sự khác nhau trong quần thể nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh được dự phòng chống đông, thời gian và loại hình điều trị.

**4.2. Đánh giá yếu tố nguy cơ.** Tương tự như các nghiên cứu trước của nhóm nghiên cứu tại Việt Nam, ứng dụng mô hình Caprini hiệu chỉnh cho thấy tỷ lệ mắc HKTМ sau phẫu thuật tim ngực tăng tỷ lệ thuận theo nhóm điểm Caprini hiệu chỉnh lần lượt là 0,12% (0-2 điểm), 0,21% (3-4 điểm), 0,24% (5-6 điểm), 0,87% (7-8 điểm), 0,28% (>8 điểm). Nghiên cứu chúng tôi chỉ ra điểm số nguy cơ hiệu chỉnh càng cao thì nguy cơ HKTМ càng tăng, trong đó người bệnh có tổng điểm Caprini 7-8 có nguy cơ mắc HKTМ sau phẫu thuật cao nhất với nguy cơ tương đối

(RR) là 7,13. Tương tự, nguy cơ HKTМ tăng dần theo số điểm Caprini đã được chứng minh trong nghiên cứu quốc tế của chúng tôi ở người bệnh phẫu thuật nói chung với tỷ lệ mới tăng từ 0,04% tới 0,45%[3]. Bên cạnh đó, tác giả Bahl và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ HKTМ tăng rõ rệt ở nhóm người bệnh nguy cơ cao nhất (điểm Caprini ≥5), với tỷ lệ HKTМ lên tới 2,58% và 6,51% lần lượt ở hai nhóm người bệnh có điểm nguy cơ tích lũy 7-8 và >8. Việc sử dụng thang điểm hiệu chỉnh để phân loại người bệnh có nguy cơ cao nhất tạo điều kiện thuận lợi để phát hiện người bệnh nguy cơ cao một cách kịp thời để đưa ra các can thiệp dự phòng huyết khối một cách phù hợp và hiệu quả, do đó giảm thiểu các biến chứng có thể gây ra bởi liệu pháp dự phòng huyết khối.

Nghiên cứu chúng tôi đã chỉ ra sự khác biệt nguy cơ mắc HKTМ sau phẫu thuật tim ngực giữa các nhóm người bệnh có nguy cơ cao. So với nhóm người bệnh có điểm số nguy cơ tích lũy Caprini 3-4, nhóm 7-8 điểm có nguy cơ mắc HKTМ gấp 4,24 lần. Nghiên cứu của tác giả Pannuci về phương pháp chấm điểm nguy cơ dựa trên mô hình Caprini, đã chỉ ra nguy cơ tăng rõ rệt ở nhóm người bệnh có điểm số nguy cơ tích lũy ≥5[2]. Bên cạnh đó, tác giả Kanchan và cộng sự đã chỉ ra nguy cơ HKTМ sau phẫu thuật tăng 67,5 lần ở nhóm người bệnh có điểm 7-8 và tăng 153,5 lần ở nhóm người bệnh có điểm Caprini >8 khi so sánh với nhóm có điểm Caprini 3-4[7]. Như vậy, việc phân loại theo 4 mức nguy cơ, đặc biệt ở nhóm người bệnh nguy cơ cao là rất hữu ích trong xác định chính xác mức độ nguy cơ ở từng đối tượng cụ thể.

Người bệnh phẫu thuật tim ngực có các yếu tố như tình trạng cao tuổi, giới tính nữ, suy tĩnh mạch, người bệnh có tiền sử mắc huyết khối tĩnh mạch sâu, tiểu đường có nguy cơ cao mắc HKTМ

sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu y khoa trước đây. So với các nghiên cứu áp dụng thang điểm Caprini hiệu chỉnh được tiến hành trước đây của chúng tôi[6],[5],[4] nghiên cứu này cho thấy sự tương đồng về các yếu tố nguy cơ mắc HKTM sau phẫu thuật. Việc đánh giá đúng các yếu tố nguy cơ HKTM trước phẫu thuật sẽ giúp bác sĩ đưa ra liệu pháp dự phòng để giảm thiểu các gánh nặng về biến chứng cũng như chi phí cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc của HKTM ở người bệnh sau phẫu thuật tim ngực là 0,22% và tăng dần theo từng nhóm điểm Caprini hiệu chỉnh là 0,12% (0-2 điểm), 0,21% (3-4 điểm), 0,24% (5-6 điểm), 0,87% (7-8 điểm) và 0,28% (>8 điểm). Nguy cơ mắc huyết khối tĩnh mạch tăng tỷ lệ thuận theo điểm số nguy cơ tích lũy với tỷ suất chênh (OR) cao nhất ở nhóm Caprini  $\geq 5$  điểm lần lượt là 1,16, 4,24 ở các nhóm điểm Caprini 5-6 điểm, và 7-8 điểm so với nhóm có tổng điểm Caprini hiệu chỉnh 3-4 điểm. Các yếu tố nguy cơ ở người bệnh phẫu thuật tim ngực được ghi nhận là giới tính nữ, tuổi già, tiền sử mắc huyết khối tĩnh mạch, các bệnh suy tĩnh mạch, tiểu đường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balachandran R, Jensen KK, Burcharth J et al. (2020)**, "Incidence of Venous Thromboembolism Following Major Emergency Abdominal Surgery", *World J Surg*, **44(3)**, 704-710.
2. **Fleming KI and Pannucci CP (2018)**, "Comparison of face-to-face interaction and the electronic medical record for venous thromboembolism risk stratification using the 2005 Caprini score", *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, **6(3)**, 304-311.
3. **Bui My Hanh, Le Quang Cuong và Nguyen Truong Son et al (2019)**, "Determination of risk factors for venous thromboembolism by Adapted Caprini scoring system in surgical patients", *Journal of Personalized Medicine*, **9(3)**, 36.
4. **Bùi Mỹ Hạnh, Đoàn Quốc Hưng và Hoàng Thị Hồng Xuyên (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)**, 344-350.
5. **Bùi Mỹ Hạnh, Đào Xuân Thành và Đoàn Việt Quân (2019)**, "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của Huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình", *Tạp chí nghiên cứu y học*, **121(5)**, 81-88.
6. **Lê Tuấn Linh Bùi Mỹ Hạnh, Nguyễn Thế Hòa và cộng sự (2019)**, "Áp dụng hệ thống thang điểm Caprini hiệu chỉnh trong đánh giá mức độ và nhận biết yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch trên người bệnh phẫu thuật thần kinh", *Tạp chí Y học thực hành*, **11(1118)**, 78-81.
7. **Kanchan B, Anitha M Mohsina S et al (2016)**, "Assessing the risk for development of Venous Thromboembolism (VTE) in surgical patients using Adapted Caprini scoring system", *Int J Surg*, **30**, 68-73.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH VỔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Hải Hà\*, Đặng Đức Minh\*,  
Hoàng Thị Phúc\*\*, Mai Quốc Tùng\*\*.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm bệnh vồng mạc đái tháo đường trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại BV Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 395 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được điều trị ngoại trú tại BV Trung Ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là từ 10-20 năm (chiếm 58,5%), thị lực sau chỉnh kính đạt mức tốt chiếm 61,5%, mức giảm đạt 15,4%, và có 4,4% thị lực ở

mức mù, có 73/395 trường hợp có tổn thương VM do đái tháo đường (chiếm 18,5%) trong đó các hình thái tổn thương hay gặp nhất là vi phình mạch, xuất tiết vồng mạc và xuất huyết vồng mạc, 63% trường hợp có tổn thương vồng mạc ở giai đoạn chưa tăng sinh và 37% tổn thương vồng mạc tăng sinh. **Kết luận:** Có 18,5% bệnh nhân có bệnh vồng mạc đái tháo đường trong đó có 63% tổn thương vồng mạc chưa tăng sinh và 37% tổn thương vồng mạc tăng sinh.

**Từ khóa:** Thị lực, bệnh vồng mạc đái tháo đường, đái tháo đường,...

**Chữ viết tắt:** Vồng mạc (VM), vồng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ), đếm ngón tay (ĐNT), hoàng điểm (HD), đái tháo đường (ĐTĐ).

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF DIABETIC RETINOPATHY IN THE PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2 IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hải Hà

Email: haihamat@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021