6. Cariati P., Serrano A. C., Fernandez A. M., et al (2018). Is submental flap safe for the oncological reconstruction of the oral cavity?. Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery, 119(4), 284-287.
7. Faisal M., Adeel M., Riaz S., et al (2018). The submental island flap in head and neck cancer. Annals of Maxillofacial Surgery, 8(2), 287.
8. Sebastian P., Thomas S., Varghese B. T., et al (2008). The submental island flap for reconstruction of intraoral defects in oral cancer patients. Oral oncology, 44(11), 1014-1018.
9. Chow T. L., Kwan W. W., Fung S. C., et al (2018). Reconstruction with submental flap for aggressive orofacial cancer-an updated series. American journal of otolaryngology, 39(6), 693-697.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC DỰ PHÒNG THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn*, Trần Thị Anh Thơ*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 131 bệnh nhân phẫu thuật có chỉ định thuốc dự phòng huyết khối ở khoa ngoại Bệnh viện đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hợp lý theo phân tầng nguy cơ là rất cao (96,95%); (2) Theo hướng dẫn của VNHA 2016, tỷ lệ BN lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%; (3) Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có thời điểm dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo; (4) Thời điểm sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch phù hợp có tỷ lệ cao, trong đó phẫu thuật chỉnh hình (82,25%), phẫu thuật không chỉnh hình (72,22%); (5) Tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật không chỉnh hình có thời gian sử dụng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo là 71,43%, trong khi đó các bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình có tỷ lệ phù hợp về thời gian dùng thuốc thấp hơn (43,55%). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hợp lý là rất cao (96,95%). Tỷ lệ Bệnh nhân lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có thời điểm dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo. Bệnh nhân phẫu thuật được chỉ định thời điểm dùng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch phù hợp với tỷ lệ cao trong đó phẫu thuật chỉnh hình (82,25%), phẫu thuật không chỉnh hình (72,22%).

Từ khóa: huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật

SUMMARY

THE CURENTSITUATION OF USING DRUGS TO PREVENT VENOUS THROMBOEMBOLISM IN SURGICAL PATIENTS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Research objectives: To assess the current situation of using drugs to prevent venous thromboembolism in surgical patients at the Nghe An General Fiendship Hospital. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional study was conducted on 131 surgical patients who were indicated to use drugs to prevent thrombosis in the surgical department of Nghe An General Fiendship Hospital. **Results:** (1) The rate of prevention of reasonable venous thromboembolism was very high (96.95%); (2) According to VNHA 2016's guidance, the percentage of patients using a suitable anticoagulant is 93.89%; (3) All surgical patients have an appropriate time for taking anticoagulants; (4) There is a high proportion of appropriate timing of using drugs to prevent venous thromboembolism, including orthopedic surgery (82.25%), non-orthopedic surgery (72.22%); (5) The proportion of patients with non-orthopedic surgery who have used anticoagulants in accordance with the recommendation is 71.43%, while the orthopedic surgery patients have time to use anticoagulants which conforms to recommendations is lower (43.55%). **Conclusion:** The proportion of patients with reasonable prophylaxis against venous thromboembolism was very high (96.95%). The proportion of patients receiving an appropriate anticoagulant is 93.89%. All surgical patients have an appropriate timing of anticoagulant therapy. The right time to use drugs to prevent venous thromboembolism has a high rate

Keywords: venous thrombosis, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch không có triệu chứng nhưng là nguyên nhân quan trọng gây tử vong, đặc biệt là thuyên tắc phổi [1]. Trong ngoại khoa, bệnh nhân trải qua các cuộc phẫu thuật (PT), đặc biệt phẫu thuật chỉnh hình sẽ có nguy cơ phát triển thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nguy cơ này gia tăng ở những bệnh nhân lớn tuổi, béo phì, bệnh ác tính, tiền sử bản thân hoặc gia đình bị thuyên tắc huyết khối tĩnh

**Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn
Email: tuanminh1975@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.11.2020
Ngày phản biện khoa học: 31.12.2020
Ngày duyệt bài: 14.01.2021

mạch,… Tuy nhiên, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có thể phòng ngừa bằng dự phòng thuốc kháng đông cũng như các biện pháp hỗ trợ khác cho người bệnh. Với sự ra đời của nhiều thuốc kháng đông thế hệ mới, việc lựa chọn thuốc hiệu quả theo các khuyến cáo mới và phù hợp cho từng người bệnh, hạn chế nguy cơ chảy máu vẫn còn là một thách thức. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân ngoại khoa tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được điều trị ở khoa ngoại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 3/2020 đến 10/2020 được chỉ định thuốc chống đông.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân chỉ định phẫu thuật và có chỉ định dùng thuốc chống đông dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.
- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc chống đông vì bệnh lý khác.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân ghép gan, ghép thận.
- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và cách thức lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, có 131 người bệnh thõa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng TTHKTM (thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch)
- Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định biện pháp dự phòng phù hợp với phân tầng nguy cơ TTHKTM và chống chỉ định thuốc chống đông trên bệnh nhân có đánh giá nguy cơ TTHKTM.
- Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng phù hợp về lựa chọn thuốc, liều dùng, thời điểm dùng, thời gian dùng trên nhóm bệnh nhân được dự phòng bằng thuốc.

2.4. Các căn cứ đánh giá

- Bệnh nhân có biện pháp dự phòng phù hợp được xác định theo hướng dẫn dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của VNHA 2016 [2], [3].
- Tiêu chuẩn đánh giá liều dùng, thời điểm dùng, thời gian dùng thuốc thuốc: Căn cứ ACC 2012 và VNHA 2016.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2018 và SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung (n=131)		n	%
Tuổi	< 40	13	9,92
	40- 60	23	17,56
	>60	84	64,12
	Tuổi trung bình	65,29 ± 18,19	
Giới tính	Nam	63	48,09
	Nữ	68	51,91
BMI	≤ 18	12	9,16
	18 – 23	86	65,65
	≥ 23	33	25,19
Số ngày điều trị	Trung bình	13,85 ± 5,49	
	Cao nhất	38	
	Thấp nhất	2	

Nhận xét: Theo phân nhóm tuổi đánh giá nguy cơ TTHKTM của VNHA, độ tuổi trung bình ghi nhận là 65,29±18,19, trong đó đa số bệnh nhân trên 60 tuổi thuộc nhóm nguy cơ cao (64,12; Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (65,65%), có 25,19% bệnh nhân béo phì; Thời gian trung bình nằm viện của các bệnh nhân tương đối dài: 13,85 ngày.

3.2. Tính phù hợp của biện pháp dự phòng

Bảng 2. Tỷ lệ dự phòng theo phân tầng nguy cơ

Phân tầng nguy cơ TTHKTM	Số bệnh nhân được dự phòng	Bệnh nhân được dự phòng phù hợp	
		n	%
Phẫu thuật không chỉnh hình			
Cao	64	61	96,83
Rất cao	3	3	100
Phẫu thuật chỉnh hình			
Rất cao	64	63	98,44
Chung	131	127	**96,95**

Nhận xét: Tỷ lệ dự phòng TTHKTM hợp lý theo phân tầng nguy cơ là rất cao (96,95%).

3.2.Tính phù hợp của dự phòng bằng thuốc

Bảng 3. Lựa chọn thuốc chống đông

Thuốc dự phòng TTHKTM	Số bệnh nhân dùng	Bệnh nhân được dùng phù hợp	
		n	%
Phẫu thuật không chỉnh hình			
Enoxaparin	54	54	100
Heparin	4	4	100
Aspirin	7	0	0,00
Aspirin/Clopidogrel	1	0	0,00
Phẫu thuật chỉnh hình			
Enoxaparin	62	62	100

Heparin 25000 UI	3	0	0,00
Chung			
Thuốc dự phòng huyết khối	131	120	**91,06**

Nhận xét: Có 3 phác đồ được chỉ định dự phòng TTHKTM ghi nhận là: Heparin không phân đoạn, heparin TLPT thấp, ức chế kết tập tiểu cầu. Trong đó, đa số bệnh nhân phẫu thuật đều được dừ phòng bằng Enoxaparin. Theo hướng dẫn của VNHA 2016, tỷ lệ bệnh nhân lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 91,06%.

Bảng 4. Liều dùng thuốc chống đông

Liều dùng thuốc chống đông	Số bệnh nhân được dùng chống đông	Bệnh nhân được dùng liều phù hợp	
		n	%
Phẫu thuật không chỉnh hình			
Enoxaparin TDD 40 mg x 1 lần/ngày	54	54	100
Heparin 25000 UI	4	4	100
Phẫu thuật chỉnh hình			
Enoxaparin TDD 40 mg x 1 lần/ngày	62	62	100
Chung	120	120	**100**

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có liều dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo.

Bảng 5. Thời điểm dùng thuốc chống đông

Thuốc	Thời điểm dùng liều đầu tiên của thuốc chống đông đầu tiên	Số bệnh nhân dùng	Số bệnh nhân phù hợp (Tỷ lệ phù hợp)	
		n	n	%
Phẫu thuật không chỉnh hình (n= 58)				
Enoxaparin	- Bệnh nhân không ung thư			67,24
	+ Trước phẫu thuật ≥ 12 giờ	37	37	
	+ Trước phẫu thuật < 12 giờ	10	0	
	+ Sau mổ	5	0	
	-Bệnh nhân ung thư			
	+ Trước mổ	1	0	
	+ Sau mổ 6-12 giờ	1	0	
Heparin	+ Trước phẫu thuật 2h	2	2	
	+ Trước phẫu thuật 1 giờ	2	0	
Phẫu thuật chỉnh hình (n= 62)				
Enoxaparin	+Trước phẫu thuật ≥ 12 giờ	12	12	82,26
	+ Sau phẫu thuật ≥ 12 giờ	39	39	
	+ Khác	11	0	
Chung		**120**	**90**	**75,00**

Nhận xét: Bệnh nhân phẫu thuật được chỉ định thời điểm dùng thuốc dự phòng TTHKTM phù hợp với tỷ lệ cao là 75%.

Bảng 6. Thời gian dùng thuốc

Thời gian dùng	Số bệnh nhân dùng (Tỷ lệ dùng)		Số bệnh nhân phù hợp (Tỷ lệ phù hợp)	
Phẫu thuật không chỉnh hình (n=58)				
Phẫu thuật ung thư nguy cơ cao 7-10 ngày < 7 ngày	 0 2	 0 3,57	 0 0	68,97
Phẫu thuật chung: - Đến khi xuất viện - Đến khi vận động - Khác	 15 25 16	 26,79 44,64 28,57	 15 25 0	
Phẫu thuật chỉnh hình (n=62)				
< 10 ngày 10 - 28 ngày	35 27	56,45 43,55	0 27	43,55

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân PTKCH có thời gian sử dụng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo cao (68,97%), trong khi đó số bệnh nhân PTCH có tỷ lệ phù hợp về thời gian dùng thuốc thấp hơn (43,55%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tính phù hợp của các biện pháp dự phòng. Một trong những biến chứng thường gặp của phẫu thuật tổng quát là huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT). Nó có thể dẫn đến thuyên tắc phổi (PE) với tỷ lệ tử vong lên đến 18% [1]. Người ta ước tính có khoảng 3.000 bệnh nhân tử vong do huyết khối tĩnh mạch (VTE) hàng năm ở Hoa Kỳ. Mặc dù các nghiên cứu đã đồng thuận chứng minh rằng biến cố và tử vong do VTE có thể được giảm thiểu bằng cách sử dụng thuốc chống đông dự phòng thích hợp [2]. Và có nhiều hướng dẫn dựa trên bằng chứng khuyến cáo chỉ định và sử dụng thích hợp thuốc chống đông dự phòng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã cho thấy có một tỷ lệ bệnh nhân gặp sơ suất trong việc sử dụng thuốc dự phòng huyết khối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo hướng dẫn của VNHA 2016, tỷ lệ bệnh nhân lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%. Đây là tỷ lệ lớn, điều này có thể do công tác dược lâm sàng ở bệnh viện được chú trọng, các bác sỹ

thường xuyên cập nhật các khuyến cáo và xem xét tất cả các bệnh nhân dễ bị VTE để có biện pháp dự phòng thích hợp dựa trên các hướng dẫn hiện có.

4.2. Tính phù hợp của dự phòng bằng thuốc

- Lựa chọn thuốc: Trong nghiên cứu của chúng tôi Heparin không phân đoạn (UHF) , heparin TLPT thấp (LMWH), ức chế kết tập tiểu cầu là những nhóm thuốc được sử dụng với mục đích dự phòng. Trong đó, đa số bệnh nhân đều được dừ phòng bằng Lovenox là một thuốc heparin TLPT thấp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng heparin TLPT thấp không chỉ làm giảm tỷ lệ thuyên tắc phổi mà còn làm giảm tử vong khi phẫu thuật so với nhóm chứng không dự phòng. Hai thử nghiệm lâm sàng trên những bệnh nhân có phẫu thuật ổ bụng lớn do ung thư và phẫu thuật bụng cấp đã cho thấy hiệu quả của heparin TLPT thấp trong việc làm giảm tỷ lệ DVT không triệu chứng. Nhiều phân tích gộp đã so sánh LMWH với heparin không phân đoạn. Bốn trong số các nghiên cứu báo cáo rằng không có sự khác biệt về tử vong toàn bộ giữa heparin TLPT thấp so với heparin không phân đoạn. Hai phân tích khác cho thấy có giảm tỷ lệ thuyên tắc phổi triệu chứng trong nhóm heparin TLPT thấp từ 0,70% xuống 0,31% (RR 0,43, KTC 95% 0,33-0,54) và nghiên cứu khác cho thấy có sự giảm VTE có triệu chứng hơn so với nhóm heparin không phân đoạn. Như vậy mặc dù không có sự khác biệt lớn giữa heparin TLPT thấp và heparin không phân đoạn về giảm DVT, LMWH hiệu quả hơn LDUH trong việc giảm PE. Ngoài ra khi so với warfarin ở bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình, LMWH cho thấy hiệu quả vượt trội. Do đó, theo hướng dẫn của VNHA 2016, tỷ lệ BN lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%.

Có 8 trường hợp sử dụng ức chế kết tập tiểu cầu để dự phòng cho bệnh nhân. Một phân tích gộp cho thấy điều trị kháng tiểu cầu trong phẫu thuật thay khớp háng có hiệu quả ngừa DVT (RR 0,7; KTC 95% 0,61-0,82) và làm giảm nguy cơ PE (RR 0,49, KTC 95% 0,26-0,92). Hơn 13000 bệnh nhân gãy xương đùi được chọn ngẫu nhiên để dùng aspirin hoặc giả dược. Tỉ lệ tử vong chung là giống nhau ở mỗi nhóm. Aspirin giảm nguy cơ VTE có triệu chứng là từ 2,5% xuống 1,6% và chỉ bằng 1/2 so với dự báo của LMWH và 1/3 so với Fondaparinux. Nghiên cứu cho thấy khi sử dụng aspirin liều thấp trước phẫu thuật chỉnh hình lớn và tiếp tục 35 ngày nữa làm giảm tỷ lệ HKTTTM nhưng làm tăng nhẹ nguy cơ chảy máu quan trọng và nhồi máu cơ tim không tử vong. Sử dụng aspirin đơn độc không phải là một chọn lựa thích hợp [5], [6].

Theo ACCP 2012, aspirin vẫn thuộc danh sách các thuốc có thể được xem xét để sử dụng ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật nhưng chỉ là xem xét thay thế không lựa chọn ưu tiên. Đây có thể là lý do khuyến cáo của VNHA 2016 không dùng aspirin/clopidogrel như là biện pháp dự phòng.

Trong hướng dẫn của Hiệp hội Huyết học Hoa Kỳ (American Society of Hematology-ASH) năm 2019 được công bố gần đây về phòng ngừa VTE ở bệnh nhân nhập viện phẫu thuật, bằng chứng từ 7 thử nghiệm dự phòng (n = 1884 bệnh nhân) so sánh trực tiếp aspirin với các loại thuốc chống đông máu khác nhau (heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp, chất đối kháng vitamin K, thuốc chống đông máu đường uống trực tiếp) đã được xem xét. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa aspirin và các thuốc so sánh chống đông máu khác đối với DVT đoạn gần có triệu chứng (nguy cơ tương đối [RR], 1,49; KTC 95%, 0,51-4,34), PE có triệu chứng (RR, 1,49; KTC 95%, 0,37-6,09), chảy máu nhiều (RR, 2,63; KTC 95%, 0,64-10,79), hoặc tử vong (RR, 2,32; KTC 95%, 0,15-36,90). Aspirin chỉ được dùng sau phẫu thuật thay khớp gối/ háng 14 ngày và trong trường hợp đã dự phòng bằng heparin phân tử thấp trước đó. [6].

Đáng lưu ý, các nghiên cứu và phân tích gộp cho thấy việc kết hợp các biện pháp dự phòng sẽ hiệu quả hơn so với việc sử dụng các biện pháp đơn lẻ. Phân tích gộp từ 25 thử nghiệm lâm sàng cho thấy, so với chỉ một phương thức riêng lẻ, việc kết hợp GCS với dự phòng bằng thuốc làm giảm một nửa tỷ lệ DVT sau mổ (OR 0,51; KTC 95% 0,36-0,73) trong khi nguy cơ chảy máu gần gấp đôi (RR 1,74, KTC 95% 1,29-2,34). Sự kết hợp của heparin không phân đoạn liều thấp (LDUH) với bơm hơi áp lực cách quãng (IPC) cho thấy cũng hiệu quả hơn so với LDUH đơn thuần. Nó giúp làm giảm tỉ lệ DVT từ 26% xuống 1,5% [7].

- **Liều dùng thuốc**: Thuốc chống đông là con dao 2 lưỡi, ngoài tác dụng dự phòng TTHKTM thì thuốc có thể gây các tác dụng không mong muốn trong đó đặc biệt lo ngại nhất là nguy cơ chảy máu, và giảm tiểu cầu. Với bệnh nhân phẫu thuật, nguy cơ chảy máu càng là một khó khăn trở ngại. Do đó, các bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc theo đúng khuyên cáo enoxaparin 40mgx 1 lần/ ngày, hoặc 5000UI 2-3 lần/ngày nên tỷ lệ tuân thủ liều dùng trên bệnh nhân là tuyệt đối 100%. Theo Nguyễn Ngọc Hải tại bệnh viện Vinmec Time City, chỉ có 87,5% bệnh nhân có liều dùng phù hợp. Có 3 bệnh

nhân không phù hợp thuộc nhóm phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. Nguyên do có thể là bác sĩ đã cân nhắc được việc cần phải giảm liều ở bệnh nhân suy thận, tuy nhiên lại không có chế phẩm 30 mg để dự phòng cho bệnh nhân. Điều này cho thấy thuốc khoa Dược hiện có đóng vai trò quan trọng trong quyết định điều trị.

- **Thời điểm dùng thuốc**:Thời điểm dùng thuốc đóng vai trò quan trọng trong hiệu quả điều trị và hạn chế những hậu quả khác. Mặc dù có thể bắt đầu điều trị kháng đông dự phòng trước phẫu thuật nhưng dữ liệu hiện tại cho thấy bắt đầu dự phòng sau phẫu thuật là thích hợp. Kháng đông nên cho 6 – 12 giờ sau phẫu thuật khi không còn chảy máu.

LMWH có thể cho trước PT từ lúc nhập viện ở BN bất động chờ PT có nguy cơ VTE rất cao, hoặc BN thực hiện các ca phẫu thuật chỉnh hình lớn, phức tạp như thay khớp gối, khớp háng, gãy xương đùi và phải ngưng ít nhất 12 giờ trước PT sau đó bắt đầu lại khi ≥12 giờ sau mổ. Ở bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao hoặc bị gây tê tủy, ngoài màng cứng, kháng đông chỉ nên bắt đầu tối thiểu là 12 giờ sau PT. Heparin được khuyến cáo dùng trước phẫu thuật 2 giờ.

- Thời gian dùng thuốc: Theo VNHA Dự phòng 5-7 ngày cho đến khi bệnh nhân vận động lại được. Dự phòng > 7ngày khi bệnh nhân có biến chứng hậu phẫu như nhiễm trùng trong BV. Đối với phẫu thuật lớn ở bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ cao (phẫu thuật chỉnh hình lớn), cần phải dự phòng ít nhất 10-35 ngày. Phẫu thuật có nguy cơ TTHLTM cao cần dự phòng ít nhất 28 ngày kể từ khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 77,41% bệnh nhân có thời gian sử dụng thuốc chống đông phù hợp.

Những bệnh nhân có nguy cơ cao TTHKTM thì nguy cơ này vẫn tồn tại trong nhiều tuần sau khi phẫu thuật, đó là lý do tại sao khuyến cáo dự phòng trong thời gian dài. Mặt khác, nguy cơ trung bình của VTE sau phẫu thuật chỉnh hình lớn có thể giảm dần theo thời gian và có thể thấp hơn nguy cơ chảy máu khi điều trị dự phòng huyết khối bằng thuốc. Tuy nhiên, một thử nghiệm ở Đan Mạch xem xét rút ngắn thời gian dự phòng theo xu hướng giảm tỷ lệ TTHKTM đã được thực hiện. Các bệnh nhân phẫu thuật sử dụng các quy trình phục hồi nâng cao: sử dụng thuốc gây tê tủy sống, giảm đau không opioid và vận động sớm khi xuất viện. Từ các nghiên cứu thuần tập, những bệnh nhân thay khớp gối và khớp háng được lựa chọn và điều trị dự phòng bằng thuốc chống đông máu tại bệnh viện ≤5 ngày. Kết quả trong vòng 90 ngày được theo dõi và thu thập. Trong số 18407 thủ thuật, 95,5% có thời gian nằm viện ≤5 ngày (trung bình, 2 ngày) và chỉ được điều trị dự phòng bằng thuốc chống đông tại bệnh viện; không sử dụng dự phòng cơ học. Tuổi trung bình là 67 tuổi. Tỷ lệ VTE có triệu chứng trong vòng 90 ngày là thấp, ở mức 0,40% (0,16% PE, 0,22% DVT, 0,02% DVT kết hợp và PE). Hai BN PE (0,01%) tử vong. Các yếu tố nguy cơ đối với VTE ở độ tuổi> 85 và chỉ số khối cơ thể (BMI)> 35 kg / m2 [8]. Các tác giả kiến nghị cần có các nghiên cứu sâu hơn, các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, để đánh giá tính an toàn của phương pháp này, đặc biệt là ở những bệnh nhân theo dõi nhanh có nguy cơ VTE cao hơn. Chìa khóa để tối ưu hóa dự phòng ở bệnh nhân này là phân tầng nguy cơ tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng TTHKTM hợp lý là rất cao (96,95%). Tỷ lệ Bệnh nhân lựa chọn thuốc chống đông phù hợp là 93,89%. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều có thời điểm dùng thuốc chống đông phù hợp với khuyến cáo. Bệnh nhân phẫu thuật được chỉ định thời điểm dùng thuốc dự phòng TTHKTM phù hợp với tỷ lệ cao trong đó phẫu thuật chỉnh hình (82,25%), phẫu thuật không chỉnh hình (72,22%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội tim mạch học Việt Nam (2016),** "Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch", tr. 1-64.
2. **Bộ Y tế (2018),** Dược thư quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học
3. **Zhamak Khorgami, MD, Roza Mofid, MD (2012),** Factors Associated With Inappropriate Chemical Prophylaxis of Thromboembolism in Surgical Patients, Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis,2014, Vol. 20(5) 493-497.
4. **Amin, A, Stemkowski, S, Lin, J, Yang, G.** Thromboprophylaxis rates in US medical centers: success or failure? J Thromb Haemost. 2007;5(8):1610–1616).
5. **Balk EM, Ellis AG, Di M, Adam GP, Trikalinos TA (2017)** Venous Thromboembolism Prophylaxis in Major Orthopedic Surgery: Systematic Review Update. Rockville
6. **Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, et al.** American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. Blood Adv. 2019;3(23):3898–944.
7. **Menaka Pai and James D Douketis,** Prevention of venous thromboembolic disease in surgical patiens. www.uptodate.com, 2017.
8. **Petersen PB, Kehlet H, Jorgensen CC.** Safety of in-hospital only thromboprophylaxis after fast-track total hip and knee arthroplasty: a prospective follow-up study in 17,582 procedures. Thromb Haemost. 2018;118:2152–61.