

DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2021 - 2022

Lương Thanh Lâm¹, Bùi Thị Hương Thảo¹

Đỗ Giang Phúc² và Hoàng Bùi Hải^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Năm 2020, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã ban hành hướng dẫn dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nghiên cứu nhằm mô tả tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch năm 2021-2022. Kết quả cho thấy, tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực, tỷ lệ dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch chung là 61,54%, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ cao, điểm PADUA ≥ 4 được dự phòng là 90,57%; chủ yếu vào ngày thứ nhất (26/56, 46,42%), vào ngày thứ hai (10/56, 17,85%). Tại khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình, tỷ lệ dự phòng chung là 41,84%; 60% bệnh nhân có nguy cơ trung bình và 57,75% bệnh nhân có nguy cơ cao theo thang điểm CAPRINI được dự phòng. Dự phòng thường được tiến hành trong vòng 24h sau phẫu thuật (31/59, 52,54%), trước phẫu thuật và trong vòng 24h sau phẫu thuật (21/59, 35,59%). Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch năm 2021-2022 đã có cải thiện rõ rệt so với năm 2013 - 2014.

Từ khóa: Dự phòng huyết khối tĩnh mạch, phân tầng nguy cơ, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là một bệnh lý thường gặp, được biểu hiện trên lâm sàng dưới 2 dạng là huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) và thuyên tắc phổi (TTP). Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là nguyên nhân thứ hai kéo dài thời gian nằm viện và đồng thời là nguyên nhân thứ ba gây tử vong trên toàn thế giới chỉ xếp sau nhồi máu cơ tim và đột quỵ não.^{1,2} Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là hiện tượng huyết khối làm tắc nghẽn một phần hay toàn bộ tĩnh mạch sâu, trong đó, khoảng 80% thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tiến triển âm thầm không có dấu hiệu báo trước cho đến khi xảy ra biến chứng tắc mạch hoặc nặng hơn là thuyên tắc phổi, thậm chí tử vong có thể là biểu

hiện đầu tiên trong 30 - 50% các trường hợp không triệu chứng.^{3,4}

Tuy nhiên, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là bệnh hoàn toàn có thể dự phòng được. Các phương pháp cơ học hoặc sử dụng các thuốc chống đông đã chứng minh được hiệu quả trong việc dự phòng huyết khối. Các nghiên cứu về dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2013 - 2014 ghi nhận việc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch còn hạn chế, chưa có phác đồ hướng dẫn riêng cho từng nhóm đối tượng. Do tầm quan trọng của việc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, năm 2020, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã đưa ra “Phác đồ dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch”, dựa trên các thang điểm đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch như PADUA, CAPRINI... dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch được hướng dẫn cụ thể cho từng nhóm đối tượng bệnh nhân theo phân

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 09/01/2023

Ngày được chấp nhận: 15/02/2023

tàng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.⁵ Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trong giai đoạn 2021 - 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú với thời gian điều trị ít nhất 24 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trước khi nhập viện; Bệnh nhân đang điều trị các thuốc chống đông cho các bệnh lý khác; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

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

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành 2 đợt tháng 01/2021 đến tháng 6/2021 và 9/2021 đến tháng 01/2022 (trừ thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021 do tình hình dịch COVID-19).

Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tại 4 khoa điều trị bao gồm: khoa Nội tổng hợp, khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực, khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình & Y học thể thao.

Các biện pháp dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch⁵

- Đi lại vận động sớm (đối với nhóm bệnh nhân ngoại khoa sau mổ), được ghi nhận bằng chỉ định trong hồ sơ điều trị.

- Thuốc chống đông: Heparin trọng lượng phân tử thấp, fondaparinux, heparin không phân đoạn, thuốc chống đông đường uống không phải vitamin K (rivaroxaban, dabigatran, apixaban) với liều dự phòng theo phác đồ.

- Biện pháp cơ học: sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng hoặc tất chung áp lực y khoa.

- Bệnh nhân không được dự phòng TTHKTM khi không được ghi nhận bất kì biện pháp dự phòng nào trong hồ sơ điều trị.

Phân tầng nguy cơ TTHKTM ở các nhóm bệnh nhân^{2,5}

- Nhóm bệnh nhân nội khoa: Nguy cơ cao TTHKTM khi điểm PADUA ≥ 4 . Nguy cơ thấp khi điểm PADUA < 4 .

- Nhóm bệnh nhân ngoại khoa: dựa theo thang điểm CAPRINI, nguy cơ TTHKTM rất thấp khi điểm CAPRINI = 0; nguy cơ TTHKTM thấp khi điểm CAPRINI từ 1 - 2 điểm, nguy cơ TTHKTM trung bình khi điểm từ 3 - 4, nguy cơ TTHKTM cao khi điểm CAPRINI ≥ 5 .

Các biến nghiên cứu chính

- Tỷ lệ dự phòng chung được tính bằng tỷ lệ giữa số bệnh nhân được dự phòng bằng bất kì biện pháp nào trên tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

- Tỷ lệ dự phòng theo nhóm đối tượng nội khoa - ngoại khoa, theo phân tầng nguy cơ.

- Tỷ lệ sử dụng các biện pháp dự phòng: dùng thuốc chống đông, dùng biện pháp cơ học, phối hợp cả thuốc chống đông và biện pháp cơ học.

Quy trình nghiên cứu

- Thông tin của tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu được thu thập từ ngày bệnh nhân nhập viện đến khi bệnh nhân xuất viện.

- Loại trừ các bệnh nhân có tiêu chuẩn loại trừ.

- Số liệu được thu thập theo từng ngày điều trị tại viện. Các thang điểm đánh giá nguy cơ TTHKTM được đánh giá hằng ngày độc lập bởi nghiên cứu viên.

- Các biện pháp dự phòng được ghi nhận thông qua tờ điều trị trong hồ sơ bệnh án.

- So sánh biện pháp dự phòng TTHKTM thực tế bệnh nhân được dùng với các biện pháp được khuyến cáo trong phác đồ dự phòng

TTHKTM của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Số liệu thu thập được tổng hợp, phân tích các tỷ lệ theo mục tiêu nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Tất cả các bệnh nhân nằm viện trong thời gian nghiên cứu được đánh giá, các bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ được đưa vào phân tích.

Số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập và xử lý thông qua phần mềm SPSS 26.0.

Mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm với các biến định tính, dạng trung bình hoặc trung vị, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất với các biến định lượng. So sánh các tỉ lệ bằng test khi bình phương (χ^2) (hoặc Fisher-exact test nếu giá trị mong đợi trong các ô nhỏ hơn 5). Thuật toán có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin thu thập được từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua và được cho phép thực hiện tại

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Số liệu được ghi nhận và thống kê độc lập, không can thiệp, gây ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Trong quá trình thu thập số liệu, nếu phát hiện các biến cố đều được phản hồi cho bác sĩ điều trị. Quy trình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã được ban hành. Kết quả của nghiên cứu này được báo cáo tại hội nghị khoa học bệnh viện và thông tin tóm tắt kết quả và đề xuất cũng được chuyển tới phòng quản lý chất lượng bệnh viện nhằm mục đích cải thiện tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 232 bệnh nhân, trong đó có 91 bệnh nhân tại khoa Nội tổng hợp và khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực; 141 bệnh nhân tại khoa Ngoại tổng hợp và khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình và y học thể thao.

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng trong nghiên cứu

	n = 232
Giới tính (n (%))	
Nữ	96 (41,4%)
Nam	136 (58,6%)
Tuổi	
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (nhỏ nhất - lớn nhất)	60,9 \pm 18,7 (17 - 93)
Phân bố theo nhóm tuổi (n (%))	
< 41	30 (21,3%)
41 - 60	47 (33,3%)
61 - 74	42 (29,8%)
\geq 75	22 (15,6%)
BMI (Trung bình \pm độ lệch; min - max)	21,5 \pm 2,9; 15,1 - 34,6
Tỉ lệ bệnh nhân thừa cân - béo phì (BMI \geq 30)	3 (1,3%)

n = 232

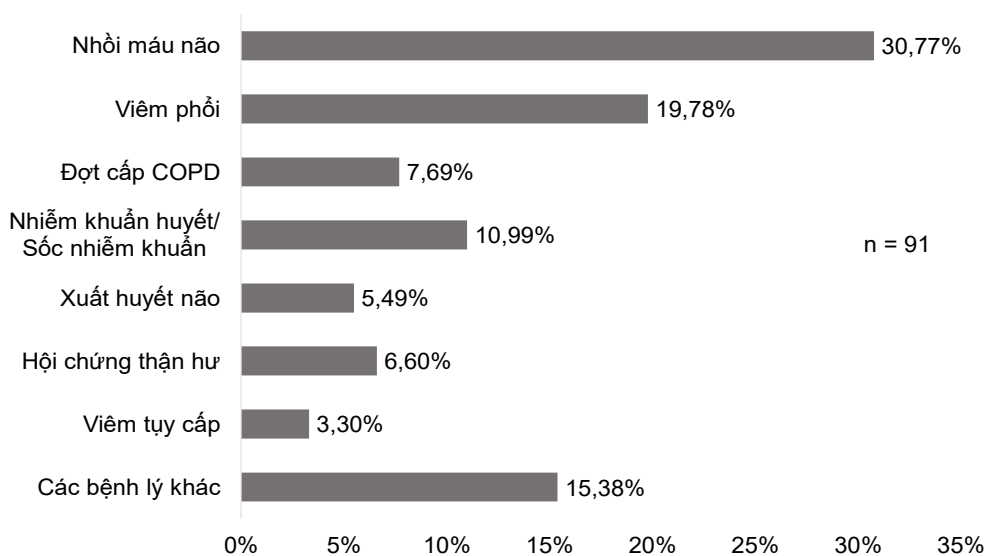
Thời gian nằm viện ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm BN nội khoa (n = 91) 13,5 ± 9,2 ngày

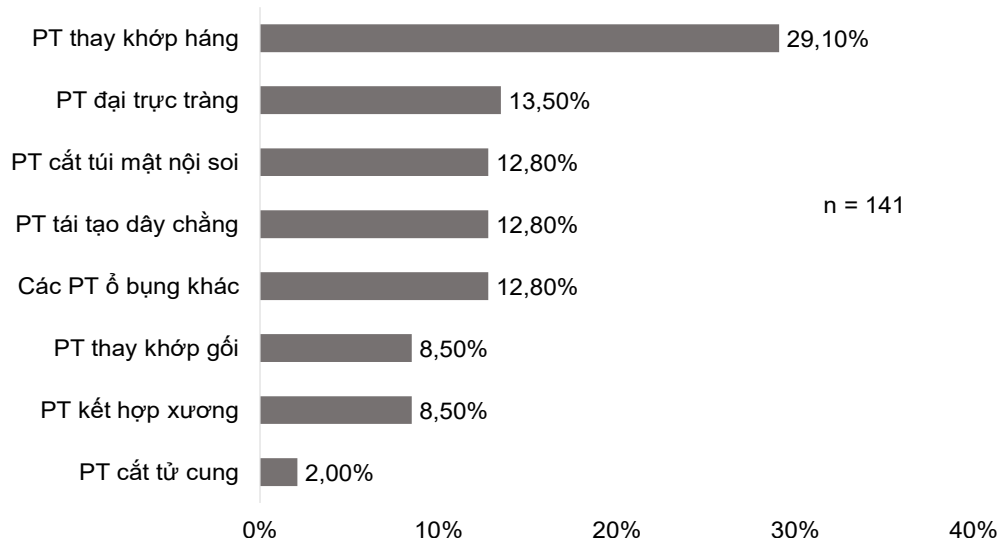
Nhóm BN ngoại khoa (n = 141) 11,7 ± 9,8 ngày

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân nam giới với 58,6%. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BN nội khoa là cao hơn nhóm

BN ngoại khoa, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,075$).



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo bệnh tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực

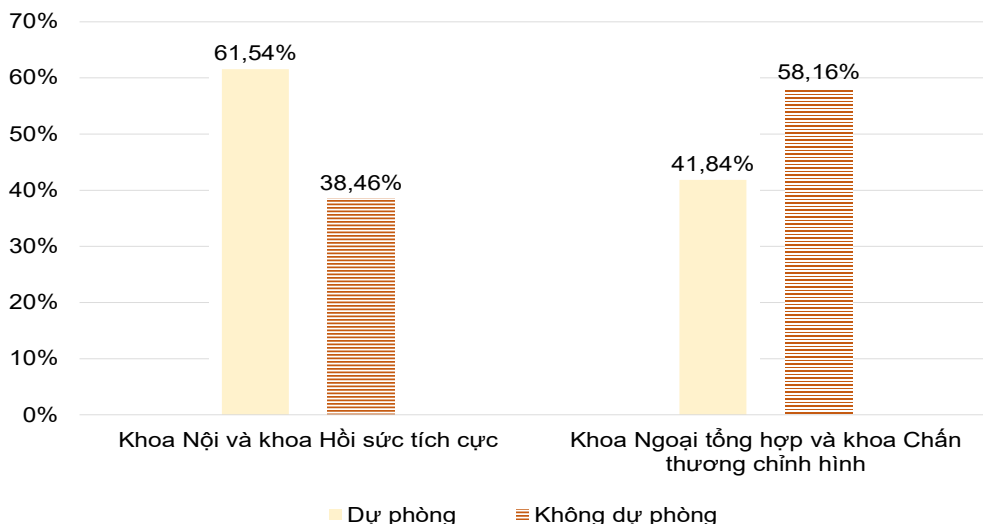


PT: Phẫu thuật

Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo bệnh tại Khoa Ngoại tổng hợp, Khoa chấn thương chỉnh hình

Tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực, các bệnh lý điều trị chủ yếu là nhồi máu não (30,77%) và viêm phổi (19,78%). Tại khoa Ngoại tổng hợp, khoa Chấn thương chỉnh hình,

các phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao là phẫu thuật thay khớp háng (29,10%) và phẫu thuật đại trực tràng (13,50%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ dự phòng chung tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực, Khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình

Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực, khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình lần lượt là 61,54% và 41,84%.

Tại Khoa Nội và Khoa Hồi sức tích cực, thang điểm PADUA được áp dụng để phân tầng bệnh nhân thành 2 nhóm: nguy cơ thấp và nguy cơ cao hình thành thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm PADUA nguy cơ cao (≥ 4) được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bằng các phương pháp là 90,57%.

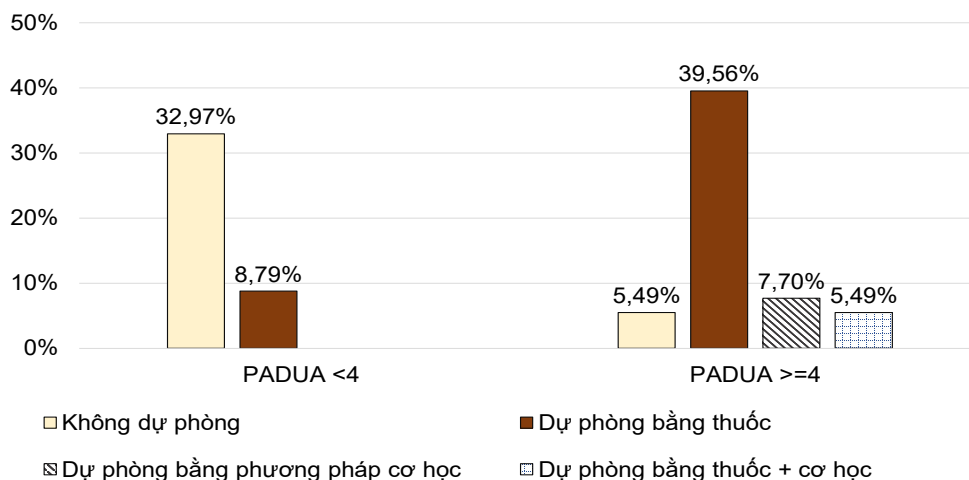
Tại Khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình, bệnh nhân được đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch dựa trên thang điểm CAPRINI. Trong 4 nhóm nguy cơ theo thang điểm CAPRINI, có 60% bệnh nhân có nguy cơ trung bình và 57,75% bệnh nhân có nguy cơ cao được dự phòng, 2

nhóm bệnh nhân có nguy cơ rất thấp và thấp không được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

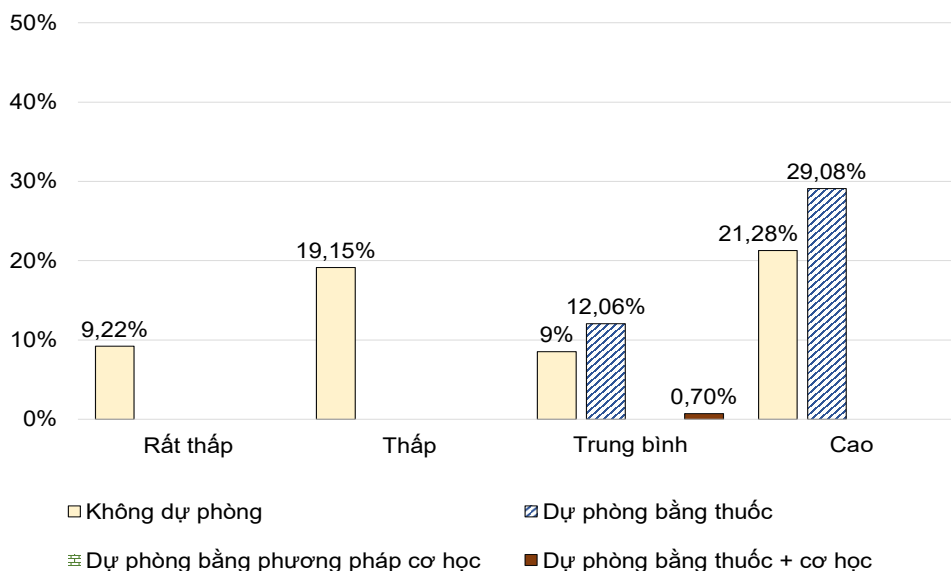
Biểu đồ 4, 5 thể hiện tình hình áp dụng các phương pháp trong dự phòng theo phân tầng nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, trong đó phương pháp được áp dụng chủ yếu tại các khoa là sử dụng thuốc chống đông.

Thời điểm bắt đầu dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực phụ thuộc nhóm nguy cơ của bệnh nhân theo thang điểm PADUA tại thời điểm nhập viện, sự thay đổi của điểm PADUA theo tình trạng lâm sàng, trong đó đa số bệnh nhân được tiến hành dự phòng vào ngày thứ nhất (26/56 bệnh nhân được dự phòng, 46,42%), ngày thứ hai (10/56 bệnh nhân được dự phòng, 17,85%) tính từ khi nhập viện.

Đối với các bệnh nhân điều trị phẫu thuật,



Biểu đồ 4. Các phương pháp dự phòng được áp dụng dựa trên phân tầng nguy cơ theo thang điểm PADUA tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực



Biểu đồ 5. Các phương pháp dự phòng được áp dụng dựa trên phân tầng nguy cơ theo thang điểm CAPRINI tại khoa Ngoại tổng hợp và khoa Chấn thương chỉnh hình

thời điểm bắt đầu dự phòng truyền tắc huyết khối tĩnh mạch phụ thuộc vào thời điểm tiến hành phẫu thuật, trong đó, dự phòng được tiến hành chủ yếu trong vòng 24h sau phẫu thuật (31/59 bệnh nhân được dự phòng, 52,54%) hoặc đồng thời trước phẫu thuật và trong vòng 24h sau phẫu thuật (21/59 bệnh nhân được dự phòng, 35,59%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nội khoa, bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất là nhồi máu não (30,77%), theo sau là các bệnh lý viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết/ sốc nhiễm khuẩn, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... So sánh với nghiên cứu hồi cứu tiến hành khảo sát tình hình dự phòng

thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên 324 bệnh nhân nội khoa cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2014 của Nguyễn Khắc Điệp, trong các bệnh lý nội khoa cấp tính, bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất cũng là nhồi máu não (49,10%), theo sau là đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim, nhồi máu cơ tim.⁶ Có sự khác biệt về mô hình bệnh tật do nghiên cứu của Nguyễn Khắc Điệp không lựa chọn các bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi không lựa chọn các bệnh nhân điều trị tại khoa Tim mạch. Đối với nhóm bệnh nhân ngoại khoa, các phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao là thay khớp háng (29,10%) và phẫu thuật đại trực tràng (13,50%). So sánh với nghiên cứu tiến hành khảo sát tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở 342 bệnh nhân sau các phẫu thuật có nguy cơ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2013 của Đỗ Giang Phúc, phẫu thuật cắt túi mật nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất 34,80%, phẫu thuật đại trực tràng chiếm 26,60%, phẫu thuật thay khớp háng chỉ chiếm 9,00% và ít nhất là thay khớp gối chỉ có 0,90%.⁷ Như vậy, trong những năm trở lại đây, phẫu thuật thay khớp háng và khớp gối tăng lên rõ rệt. Các ca phẫu thuật chỉnh hình lớn thường có thời gian phẫu thuật kéo dài, tiến hành trên bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, nếu không được dự phòng, nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu có thể lên đến 40 - 60 %, thuyên tắc động mạch phổi trong 4 - 10% các trường hợp.⁸ Do vậy, bệnh nhân cần được đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch theo thang điểm CAPRINI và được chỉ định dự phòng thường quy theo hướng dẫn.

Tỷ lệ dự phòng chung của nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa cao hơn tỷ lệ dự phòng chung của nhóm bệnh nhân ngoại khoa, song, các tỷ lệ ghi nhận trong giai đoạn năm 2021 - 2022 đều cải thiện so với giai đoạn 2013 - 2014. Cụ thể, 61,54% bệnh nhân nội khoa được điều trị

dự phòng bằng các phương pháp, cao hơn so với tỷ lệ dự phòng chung trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Điệp với nhóm bệnh nhân được dự phòng chiếm 27,20% ($p < 0,001$).⁶ Tỷ lệ bệnh nhân ngoại khoa được dự phòng chiếm 41,84%, cũng cao hơn tỷ lệ dự phòng chung ở nhóm bệnh nhân ngoại khoa trong nghiên cứu của Đỗ Giang Phúc là 22,80% ($p < 0,001$).⁷

Thang điểm PADUA được áp dụng trên nhóm đối tượng bệnh nhân nội khoa nhằm phân loại bệnh nhân thành 2 nhóm nguy cơ thấp và nguy cơ cao. Nghiên cứu của Barbar và các cộng sự đã chỉ ra rằng tỷ lệ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch xảy ra ở những bệnh nhân có điểm từ 4 trở lên không dự phòng huyết khối cao hơn 30 lần so với những bệnh nhân có điểm dưới 4 điểm.⁹ Trong nghiên cứu này, 90,57% bệnh nhân có điểm PADUA nguy cơ cao (≥ 4) được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bằng các phương pháp, cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (chiếm 30,40%) ($p < 0,001$) trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Điệp.⁶ Trên nhóm đối tượng bệnh nhân ngoại khoa, CAPRINI là một thang điểm chi tiết đánh giá nguy cơ hình thành thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch với 35 tiêu chuẩn, giúp phân chia bệnh nhân thành 4 nhóm nguy cơ: rất thấp, thấp, trung bình và cao. Tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trong giai đoạn này cũng tăng lên so với giai đoạn 2013 - 2014, cụ thể có 60% bệnh nhân có nguy cơ trung bình và 57,75% bệnh nhân có nguy cơ cao theo thang điểm CAPRINI được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, trong khi các tỷ lệ này trong nghiên cứu vào năm 2013 của Đỗ Giang Phúc lần lượt là 17,90% và 26,70% ($p < 0,001$).⁷ Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ được dự phòng trong nghiên cứu giai đoạn 2021 - 2022 đều cao hơn các tỷ lệ dự phòng được ghi nhận trong nghiên cứu đa trung tâm AVAIL

tiến hành trên 1318 bệnh nhân (851 bệnh nhân ngoại khoa, 467 bệnh nhân nội khoa), tỷ lệ dự phòng ở nhóm bệnh nhân ngoại khoa có nguy cơ là 57,40%, ở nhóm bệnh nhân nội khoa có nguy cơ là 50,30%.¹⁰

Bên cạnh sự cải thiện về tỷ lệ dự phòng chung cũng như tỷ lệ dự phòng theo phân tầng nguy cơ, các phương pháp dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cũng đa dạng hơn. Trong giai đoạn năm 2013 - 2014, thuốc chống đông được sử dụng cho tất cả các bệnh nhân nội khoa, ngoại khoa (không tính phương pháp đi lại sớm sau mổ) được dự phòng, không trường hợp nào được dự phòng bằng phương pháp cơ học.^{6,7} Hiện nay, thuốc chống đông vẫn là phương pháp được sử dụng nhiều nhất, tuy nhiên, trên các bệnh nhân nội khoa, ngoại khoa cần được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch nhưng có nguy cơ chảy máu cao, phương pháp cơ học, trong đó sử dụng bơm hơi áp lực ngắt quãng là phương pháp thường được ưu tiên sử dụng. Kết quả từ nghiên cứu AVAIL cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân được chỉ định dự phòng bằng thuốc chống đông (Heparin trọng lượng phân tử thấp) (96%), chỉ 3,70% bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chống đông được dự phòng bằng phương pháp cơ học.¹⁰

Thời điểm bắt đầu dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cho bệnh nhân cũng là một vấn đề được nhiều bác sĩ lâm sàng quan tâm. Đối với bệnh nhân nội khoa, thang điểm PADUA cần được đánh giá mỗi khi bệnh nhân có sự thay đổi tình trạng lâm sàng. Cũng có thể do vậy mà thời điểm bắt đầu dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa Nội và khoa Hồi sức tích cực rất thay đổi, phần lớn bệnh nhân được dự phòng từ những ngày đầu tiên nhập viện, tuy nhiên trong nghiên cứu này cũng ghi nhận một trường hợp bệnh nhân được dự phòng kể từ ngày 10 tính từ ngày nhập viện.

Đối với các bệnh nhân điều trị phẫu thuật, thời điểm bắt đầu dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch phụ thuộc vào thời điểm tiến hành phẫu thuật. Khác với kết quả trong nghiên cứu của Đỗ Giang Phúc, không có bệnh nhân nào được dùng thuốc chống đông trước mổ, trong nghiên cứu này, bệnh nhân được dự phòng nhiều nhất là trong vòng 24h sau phẫu thuật (31/59 bệnh nhân được dự phòng) hoặc đồng thời trước phẫu thuật và trong vòng 24h sau phẫu thuật (21/59 bệnh nhân được dự phòng). Có sự thay đổi này có thể do vai trò của thang điểm CAPRINI, với điểm CAPRINI từ 6, việc bắt đầu điều trị dự phòng thường được cân nhắc cả trước và sau phẫu thuật, tỷ lệ này tăng tương ứng khi điểm CAPRINI tăng lên. Theo hướng dẫn của phác đồ, việc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có thể tiến hành sớm 6 - 8h sau phẫu thuật nếu bệnh nhân không có dấu hiệu chảy máu ngoại khoa, tuy nhiên trên thực tế lâm sàng, có thể do lo lắng cũng như kinh nghiệm trong điều trị của bác sĩ, việc sử dụng thuốc chống đông thường bắt đầu muộn hơn so với khuyến cáo.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch theo phân tầng nguy cơ trên các nhóm bệnh nhân nội khoa (61,54%), ngoại khoa (41,84%) cao hơn so với các tỷ lệ này trong các nghiên cứu tương đồng tiến hành trong giai đoạn 2013 - 2014. Tuy nhiên, về thời gian bắt đầu dự phòng chưa tuân thủ tuyệt đối theo phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Previtali E, Bucciarelli P, Passamonti SM, et al. Risk factors for venous and arterial thrombosis. *Blood Transfus.* 2011;9(2):120-38. doi: 10.2450/2010.0066-10.
2. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et

al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*. 2008;133(6 Suppl):381S-453S. doi: 10.1378/chest.08-0656.

3. Ibrahim EH, Iregui M, Prentice D, et al. Deep vein thrombosis during prolonged mechanical ventilation despite prophylaxis. *Crit Care Med*. 2002;30(4):771-4. doi: 10.1097/00003246-200204000-00008.

4. Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. *Chest*. 1995;108(4), 978-81. doi: 10.1378/chest.108.4.978.

5. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, ed. *Phác đồ Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch*. 2020.

6. Hoàng Bùi Hải, Nguyễn Khắc Điệp. Tình hình dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân nội khoa cấp tính mới nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2016;446(1):117-21.

7. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Giang Phúc, Kim Văn Vụ. Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở một số loại phẫu thuật có nguy cơ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2014;87(2):68-74.

8. Markovic-Denic L, Zivkovic K, Lesic A, et al. Risk factors and distribution of symptomatic venous thromboembolism in total hip and knee replacements: prospective study. *Int Orthop*. 2012;36(6):1299-305. doi: 10.1007/s00264-011-1466-5.

9. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*. 2010;8(11):2450-7. doi: 10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x.

10. Tazi MZ, Nejari C, Essadouni L, et al. Evaluation and management of thromboprophylaxis in Moroccan hospitals at national level: The Avail-MoNa study. *J Thromb Thrombolysis*. 2018;46(1):113-119. doi: 10.1007/s11239-018-1657-7.

Summary

VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2021 - 2022

In 2020, Hanoi Medical University Hospital issued guidelines for the prophylaxis of venous thromboembolism. The study aimed to describe VTE prevention in 2021 - 2022, compared with the study results in 2013-2014. The results showed that, within the Internal Medicine department and the ICU, the overall prevention rate of VTE was 61.54%; For high-risk patients with PADUA score ≥ 4 , the rate of prevention was 90.57%, mainly on the first day (26/56, 46.42%), on the second day (10/56, 17.85%). Within the Department of General Surgery and Orthopedics Department, the overall prevention rate was 41.84%; 60% of intermediate-risk patients and 57.75% of high-risk CAPRINI patients received prophylaxis. Prophylaxis was usually carried out within 24 hours after surgery (31/59, 52.54%), before surgery and within 24 hours after surgery (21/59, 35.59%). The venous thromboembolism prophylaxis in 2021 - 2022 has markedly improved compared to 2013 - 2014.

Keywords: Venous thromboembolism prophylaxis, risk stratification, venous thromboembolism, Hanoi Medical University Hospital.