

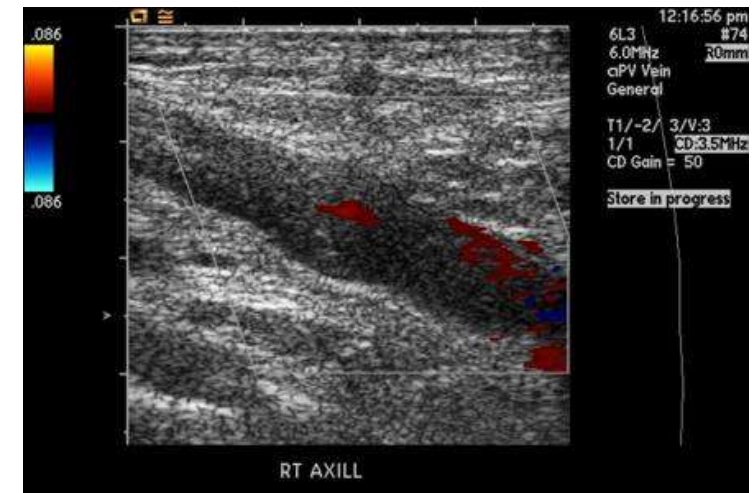
TẦM QUAN TRỌNG CỦA DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BN NĂM VIỆN

ThS.BS Lê Thế Anh
Phó khoa Nội tim mạch – BV ĐK tỉnh Thanh Hóa

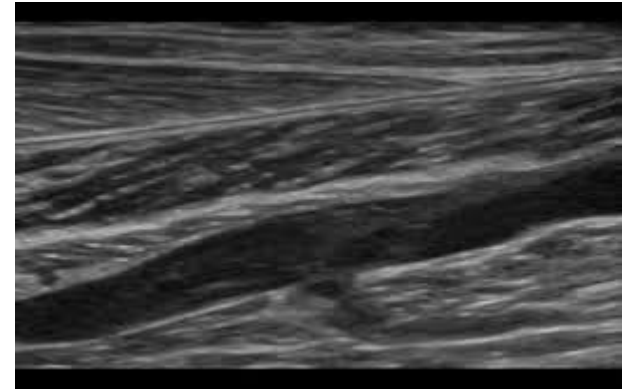
Thanh Hóa, ngày 25 tháng 8 năm 2022

MAT-VN-2202158
Internal Approval date: 08/22

- ✓ BN nữ, 63 tuổi
- ✓ TS suy tĩnh mạch chi dưới (c3)
- ✓ Điều trị THA – Viêm khớp do thoái hoá
 - Loãng xương
- ✓ Xuất hiện đau chi dưới phải, sưng nề chi dưới phải ngày thứ 3



- ✓ BN nam, 44 tuổi
- ✓ TS khỏe mạnh
- ✓ Sau phẫu thuật gãy xương đùi phải
ngày thứ 5 xuất hiện sưng nề chi dưới
phải, khó thở tức ngực



- ✓ BN nữ, 83 tuổi
- ✓ TS COPD – tâm phế mạn
- ✓ Thở máy tại ICU

Họ tên: 31/12/1939 - 83 Tuổi, NG/Số ĐT: 0 Số CMT: ... Ng.bảo lãnh: có Bắc Đ/c: son vạn, Đồng Hải, Thành phố Thanh Hóa, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam
 Ngày đăng ký: 21:34:13 22/07/2022 Mã hồ sơ: 2207221050 Mã NB: 2207013772 Đối tượng: Bảo hiểm Loại đối tượng: Bảo Hiểm Y Tế Thẻ: BT2383820268908, 100%(01/01/2022 - 31/12/2022)

Mẫu bệnh án vào viện	nach-nội a cơ bản	Lý do vào viện	Khó thở tím tái
Quá trình bệnh lý	Bệnh sử: Bệnh nhân thời gian dài nằm không đi lại được , cách vào viện 6h bệnh nhân được người nhà phát hiện khó thở, tím tái ==> vào viện.		
Tiền sử bệnh	COPD		

KẾT LUẬN:

Xơ vữa động mạch chi dưới hai bên.
 Huyết khối gây tắc hoàn toàn TM chậu, TM đùi, TM khoeo và đoạn đầu TM hiển lớn bên trái.

- ✓ BN nữ, 70 tuổi
- ✓ TS mô cắt ung thư tụy 6 tháng
- ✓ Đợt này vào viện do XHTH
- ✓ Chân trái sưng đau 1 tuần

1	Định lượng Fibrinogen (Tên khác: Định lượng yếu tố I), phương pháp Clauss- phương pháp trực tiếp, bằng máy bán tự động	L	1.43
2	Định lượng D-Dimer [Máu]	H	59904

KẾT LUẬN:

HoBL (+), HoP (+).

Chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường.

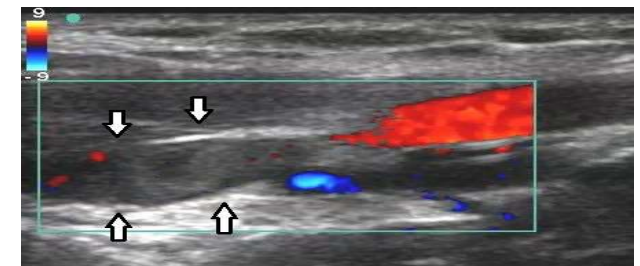
Nhịp tim nhanh.

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bằng máy đếm laser) (Lần 3)			
1	WBC (Số lượng Bạch cầu)	17.80	G/L
2	RBC (Hồng cầu)	1.54	T/L
3	HGB (Huyết sắc tố)	44	g/L

KẾT LUẬN:

Tổn thương trong gan nghi nhiều đến U gan chưa loại trừ Absces gan (Đề nghị chụp CLVT).

Một số quai ruột trong ổ bụng nhiều hơi.



- ✓ Bn nữ 27 tuổi
- ✓ TS khoẻ mạnh
- ✓ Sau mổ đẻ sau 2 tuần

Họ tên: **TRẦN THỊ MAI**07/08/1995 - 27 Tuổi, NữSố DT: 0Số CMT: ...Ng bảo lãnh: **Chồng Trịnh Ngọc Giáp**Đ/c: **Mỹ Cầu, Hoàng Xuân, Hoàng Hóa, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam**

Ngày đăng ký: 14:59:12 10/08/2022Mã hồ sơ: 2208100908Mã NB: 2208007027Đối tượng: **Bảo hiểm**Loại đối tượng: **Bảo Hiểm Y Tế**Thẻ: DN4010116003922, **80%**(01/07/2022 - 31/12/2022)

Khoa ***Cấp Cứu - HSTC2 (CC)**Phòng**Phòng cấp cứu**Giường**CC004**BS điều trị ***ThS.BS. Lê Duy Long**

Ngày Y lệnh ***10/08/2022 15:09:11**Ngày khám ***10/08/2022 15:09:16**☐Bổ sung☐Xét nghiệm

CD bệnh chính**I80.3-Viêm tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch ở chi dưới, không đặc hiệu**CD kèm theo**I82.8-Thuyên tắc và huyết khối tĩnh mạch khác**

CD chi tiết

Mẫu diễn biến

Người lấy mẫuThời gian lấy mẫu

Bệnh nhân nữ, 27 tuổi, vào viện vì chân trái sưng to
Tiền sử: không có bệnh lý nội khoa gì đặc biệt
Bệnh nhân mổ lấy thai cách 2 tuần. 1 tuần trước vào viện, bệnh nhân chân trái sưng to dần, đau nhiều vùng bẹn đùi-->PK tư chẩn đoán: Huyết khối TM đùi chung và đùi sâu bên trái-->BVĐK tỉnh
Khám hiện tại:
Bệnh nhân tỉnh
Da, niêm mạc hồng
Chân trái sưng to toàn bộ, đau vùng bẹn đùi trái
Mạch chủ chân bắt được
M 90 l/p
HA 120/80 mmHg
Tim nhịp đều
Phổi thông khí rõ
Bụng mềm

(Siêu âm Doppler động mạch, tĩnh mạch chi dưới)

Họ và tên: **TRẦN THỊ MAI** Năm sinh: **1995** Giới tính: **Nữ**
Địa chỉ: **Mỹ Cầu, Hoàng Xuân, Hoàng Hóa, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam**
Khoa: **Cấp Cứu - HSTC2 (CC)**
Chẩn đoán: **I80.3 - Viêm tĩnh mạch và viêm tắc tĩnh mạch ở chi dưới, không đặc hiệu;I82.8 - Thuyên tắc và huyết khối tĩnh mạch khác;**

KẾT QUẢ:

MÔ TẢ KẾT QUẢ
* Siêu âm hệ ĐM chi dưới bên trái (ĐM đùi chung, đùi nông, đùi sâu, ĐM khoeo, ĐM chày trước, chày sau, mu chân):
- Nội trung mạc dày bình thường.
- Không thấy hình ảnh tắc hẹp hay xơ vữa.
- Tốc độ dòng chảy và phổ Doppler hiện tại bình thường.
* Hệ TM chi dưới bên trái (Hệ TM sâu, hệ TM nông, hệ TM xiên):
- TM chày, TM đùi lan lên đoạn đầu TM hiển, TM đùi chung, đùi nông, đùi sâu trong lớp dày tổ chức tăng âm không đồng nhất, không thấy tín hiệu dòng chảy.

KẾT LUẬN:

Huyết khối TM chi dưới bên trái như mô tả.

Loại bệnh phẩm: **Máu**

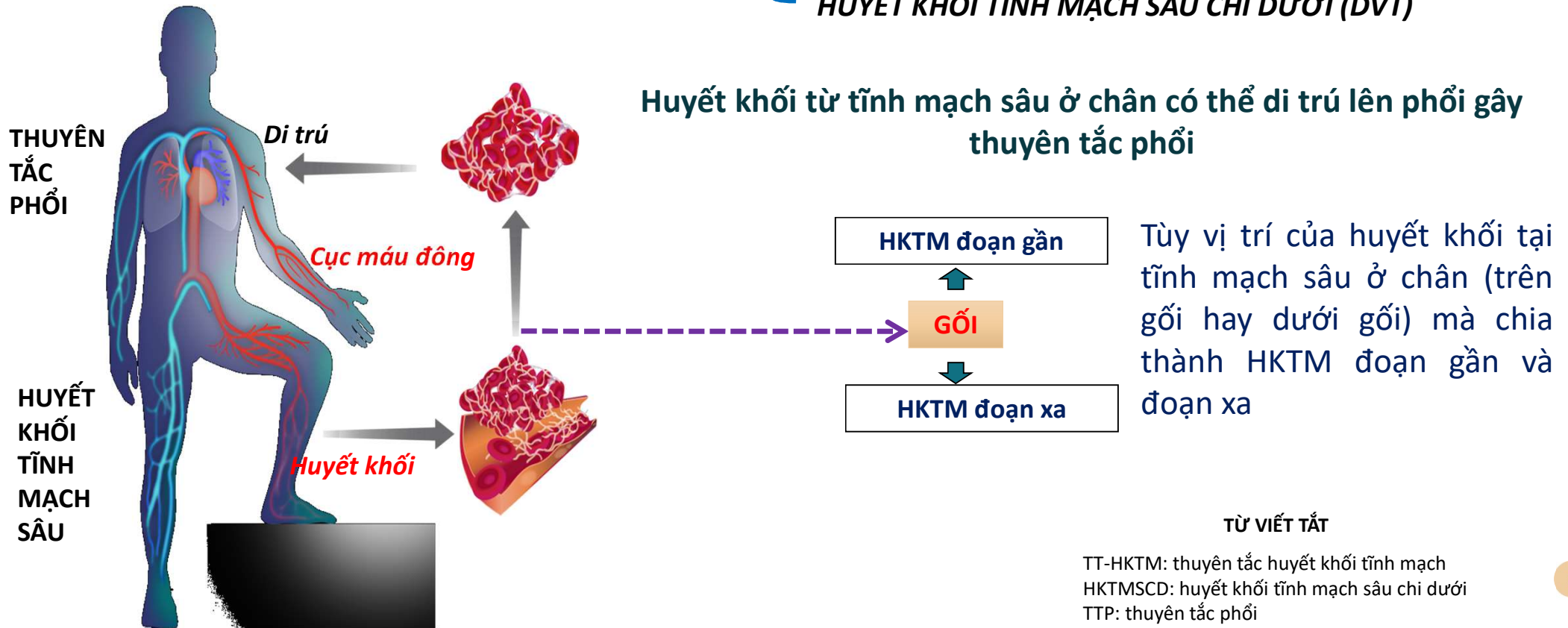
STT	XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	ĐƠN VỊ	THAM CHIẾU	QUY TRÌNH
1	Định lượng Urê máu [Máu]	N 2.90	mmol/L	2.5 - 7.5	34-02*
2	Định lượng Creatinin (máu)	L 44.0	μmol/L	53 - 100	34-05*
3	Định lượng Glucose [Máu]	L 3.34	mmol/L	3.9 - 6.4	34-08*
4	Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]	N 12.30	U/L	0 - 37	34-40*
5	Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	N 6.60	U/L	0 - 40	34-43*
6	Định lượng Troponin I [Máu]	N 0.0010	ng/mL	0 - 0.04	34-134
7	Định lượng proBNP (NT-proBNP) [Máu]	N 24.19	pg/mL	0 - 300	34-186
Điện giải đồ (Na, K, Cl) [Máu]					
1	Natri	135.00	mmol/L	135 - 145	34-89
2	Kali	3.71	mmol/L	3.5 - 5.0	34-89
3	Clo	99.70	mmol/L	98 - 106	34-89



TỔNG QUAN VỀ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH (VTE) bao gồm {
THUYỀN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI (thuyền tắc phổi, PE)
HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI (DVT)



NGUYÊN NHÂN

Lớn tuổi
Bất động, Liệt chi
Đột quỵ
Giãn tĩnh mạch

Phẫu thuật: - Chỉnh hình
- Vùng chậu
- Bụng
- Thần kinh

oàn

Tổn thu

Cả bệnh nhân nội khoa nằm viện (ICU, tim mạch, đột quỵ, hô hấp, thận ...);
bệnh nhân ngoại khoa nằm viện (chấn thương, chỉnh hình, tiêu hóa, thần kinh ...)
và bệnh nhân ung thư nằm viện đều có nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Trạng thái tăng đông máu

Ung thư
Tình trạng estrogen cao
Béo phì, Có thai, Hậu sản
Tiền sử gia đình
Nhiễm trùng
Hội chứng thận hư

Thiếu protein C, S hay antithrombin III
Không hoạt hóa Protein C
(Leiden)
Kháng thể kháng phospholipid
Giảm tiêu cầu do Heparin



TẦN SUẤT VTE: TỪ THỂ GIỚI....

Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study



68.183 BN nội khoa + ngoại khoa
tại 358 bệnh viện
trên 32 quốc gia

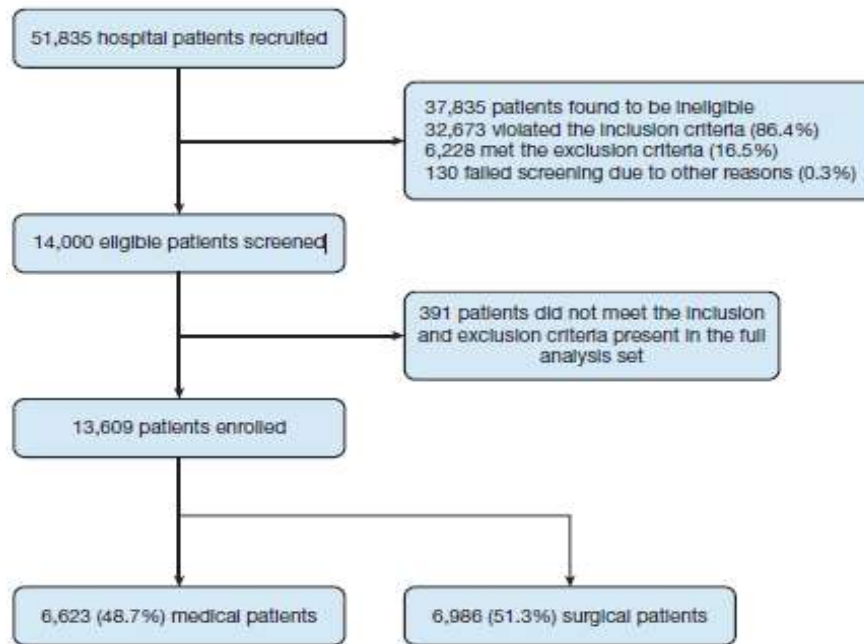
64,4% BN ngoại khoa có nguy cơ VTE (*)

41,5% BN nội khoa có nguy cơ VTE (*)

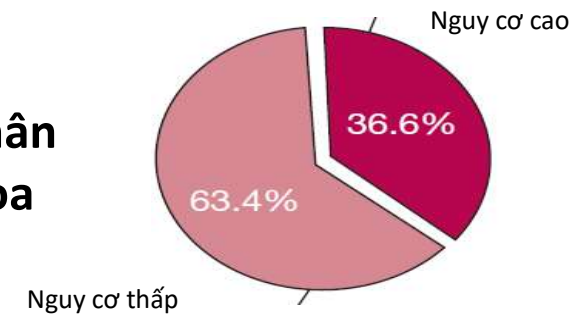
(*) Đánh giá theo ACCP guideline 2004

TẦN SUẤT VTE: ... ĐẾN CHÂU Á...

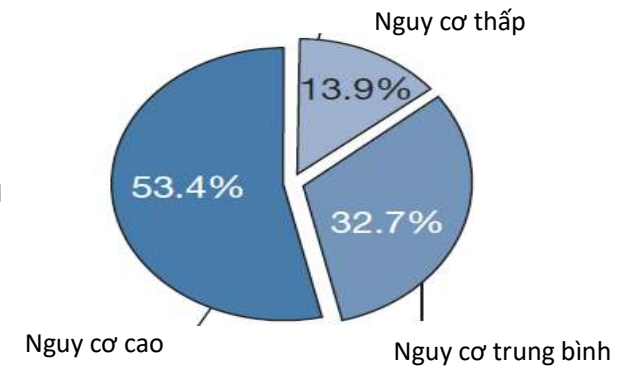
Dissolve-2: Nguy cơ VTE trên BN Trung Quốc



**Bệnh nhân
nội khoa**



**Bệnh nhân
ngoại khoa**



36,6% BN nội khoa và 53,4% BN ngoại khoa có nguy cơ cao VTE(*)

(*) Đánh giá theo Chest 2012

NGUY CƠ MẮC VTE CÓ TỈ LỆ CAO TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN NỘI VIỆN

VTE - nguyên nhân chính gây ra TỬ VONG TẠI BỆNH VIỆN ở bệnh nhân nội khoa (không phẫu thuật)¹



- Mặc dù VTE thường được coi là một biến chứng của phẫu thuật, PE GÂY TỬ VONG CHO BỆNH NHÂN NỘI VIỆN GẤP 3 LẦN hơn bệnh nhân phẫu thuật
- Việc dự phòng huyết khối vẫn còn là một vấn đề, với ước tính khoảng 30-58% bệnh nhân nội khoa nói chung được điều trị dự phòng huyết khối thích hợp¹

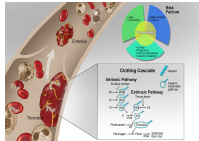
1. Cohen AT et al. Assessment of VTE Risk and Benefit of Thromboprophylaxis in Medical Patients. Thromb Haemost 2005; 94 750-9

TẠI VIỆT NAM

STT	Nghiên cứu	Nhóm BN	Đối tượng	Tỉ lệ TTHKTM
1.	INCIMEDI	Nội khoa	503 BN nội khoa cấp tính	22% sau 2 lần siêu âm
2.	Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và cs	Nội khoa	304 BN nội khoa cấp tính	28%
3.	Huỳnh Văn Ân và cs	Nội khoa	54 BN điều trị tại ICU	63% sau 2 lần siêu âm
4.	Nguyễn Trung Hiếu và cs	Nội khoa	57 BN đột quỵ nhồi máu não	14%
5.	Điêu Văn Hùng và cs	Nội khoa	53 BN NK cấp tính BV An Giang	13.5%
6.	PGS.TS Nguyễn Văn Trí và ThS .Nguyễn Văn Diệu	Nội khoa	139 BN nhồi máu não cấp BVĐK Long An	20.14% sau 2 lần siêu âm
7.	Phạm Anh Tuấn và cs	Nội khoa	58 BN tại ICU BV Trưng Vương	22.4%
8.	Mai Đức Thảo và cs	Nội khoa	354 bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu	Tỉ lệ HKTMS mới mắc ở nhóm không dự phòng: 43,7%. $p < 0,001$
9.	Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Vĩnh Thống và cs	Chấn Thương chỉnh hình	104 BN thay khớp háng	39% sau 2 lần siêu âm
10.	Diệp Bảo Tuấn và cs	Phẫu Thuật Ung Thư Phụ khoa	250 BN ung thư phụ khoa điều trị phẫu thuật	Tỷ lệ TTHKTMS chi dưới sau phẫu thuật ung thư phụ khoa là 9,9%
11.	Dinh Thi Thu Hương và cs	Sản khoa	310 sản phụ sau mổ lấy thai	Tỉ lệ HKTMSCD ở sản phụ sau mổ lấy thai là 13,5%

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là bệnh thường gặp trên thế giới cũng như tại Việt Nam, ở tất cả các đối tượng bệnh nhân nội khoa, ngoại khoa và ung thư

GÁNH NẶNG TTHKTM TRÊN THẾ GIỚI



Mỗi năm có 10 triệu ca mắc VTE toàn cầu



Cứ 37 giây lại có **một** BN châu Âu **tử vong** do TTHKTM



Là bệnh lý tim mạch **phổ biến hàng thứ 3** trên thế giới

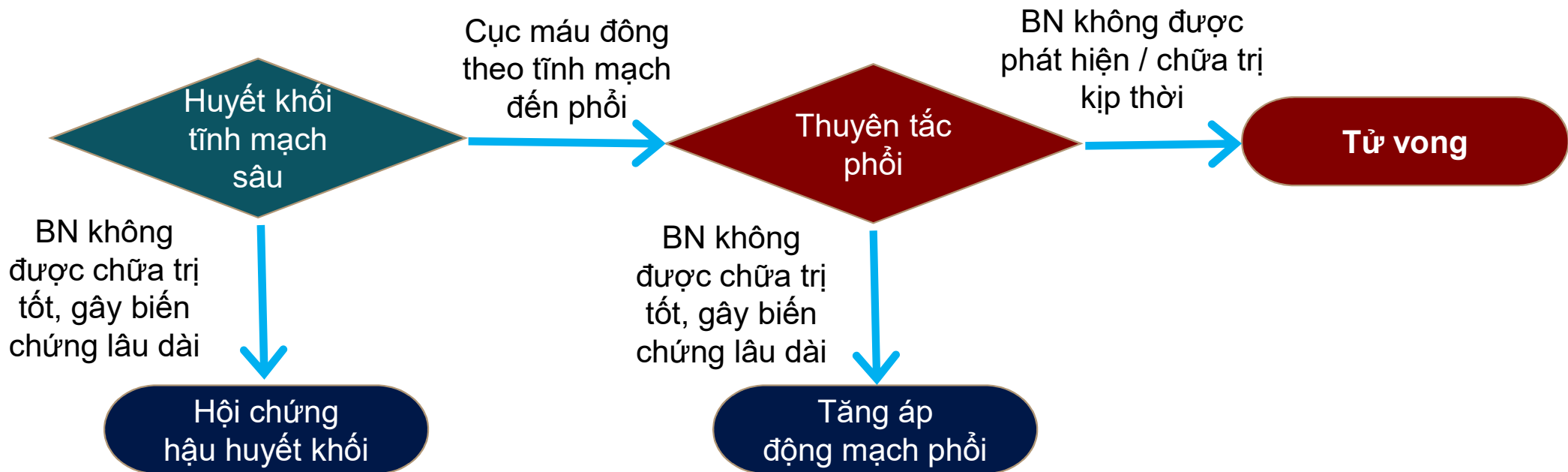


Nguyên nhân tử vong trong BV thường gặp nhất nhưng có thể phòng tránh được

Jha AK et al. BMJ Qual Saf 2013; 22:809-15
Cohen AT et al. Thromb. Haemost. 2007;98,(4):756-764,
Roger VL et al. Circulation. 2012;125(1):e2-e220

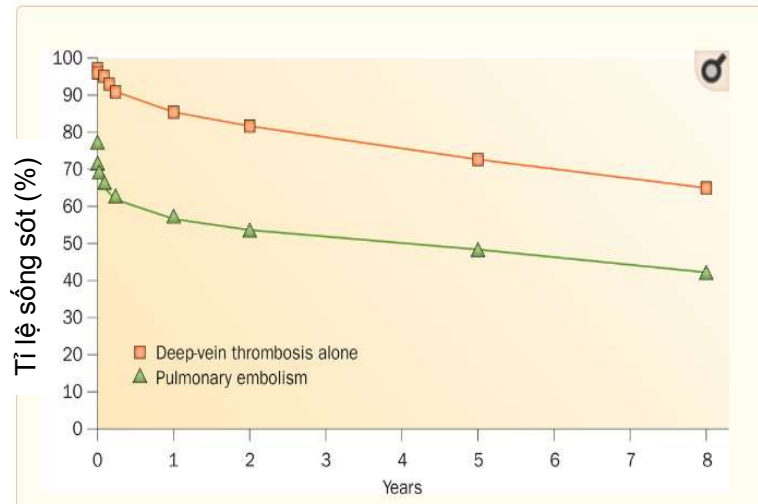
Naess IA, Christiansen SC, Romundstad P, et al. J Thromb Haemost. 2007;5(4):692-699
Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Chest. 2008;133,(6 Suppl):381S-453S

HẬU QUẢ CỦA THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH



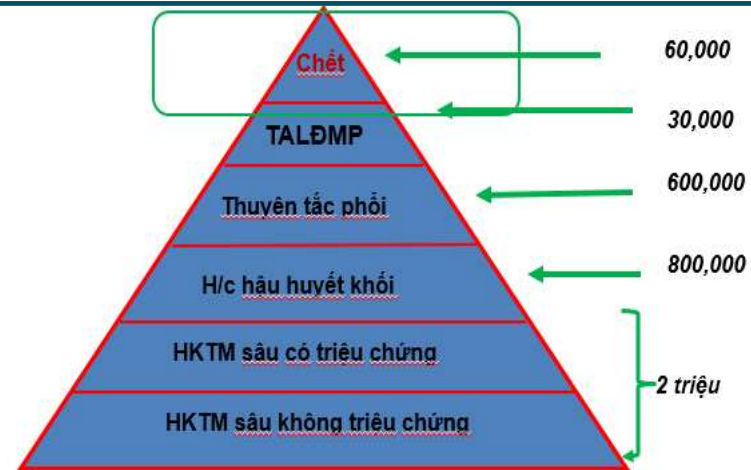
- ❖ Thuyên tắc phổi: là sự tắc đột ngột động mạch lớn trong phổi, thường do một cục máu đông di chuyển từ các tĩnh mạch sâu của chi dưới
- ❖ Hội chứng hậu huyết khối: Biến chứng mạn tính thường gặp nhất của huyết khối tĩnh mạch sâu, điển hình gây đau mạn tính và sưng phù ở chân tổn thương; trường hợp nặng có thể gây loét tĩnh mạch
- ❖ Tăng áp động mạch phổi mãn tính do thuyên tắc phổi: Một dạng của tăng áp phổi do tắc một phần các động mạch phổi lớn từ thuyên tắc phổi không được giải quyết

MỨC ĐỘ NGUY HIỂM CỦA THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH



Tỷ lệ tử vong cao trên bệnh nhân TTHKTM ở Mỹ

Trên thế giới, tỉ lệ tử vong cao trên bệnh nhân TTHKTM, thời gian càng dài càng tỉ lệ với nguy cơ tử vong



Số tử vong liên quan TTHKTM ước tính tại 6 quốc gia EU (tổng dân số 454,4 triệu) là trên 317.000 (theo một mô hình dịch tễ năm 2004)

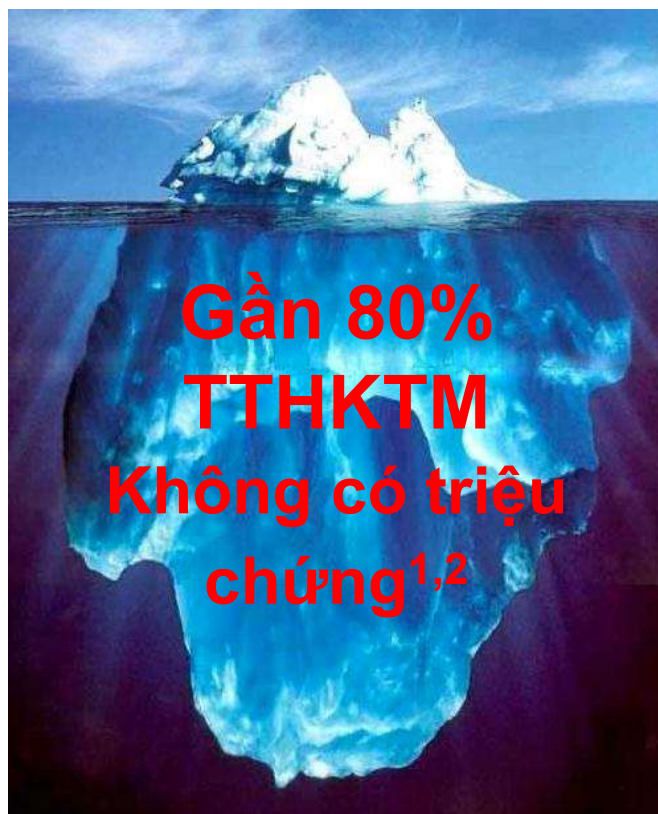
Hirsh J et Hoak J. Circulation 1996; 93 Pengo V et al. N Engl J Med. 2004; 350
Brandjes DP et al. Lancet. 1997; 349 KahnSR et al. J Gen Intern Med. 2000; 26
Eur Heart J 2014;35(43):3033–69, 3069a–3069k.

TALĐMP: Tăng áp lực động mạch phổi

CHẨN ĐOÁN – ĐIỀU TRỊ – DỰ PHÒNG TTHKTM

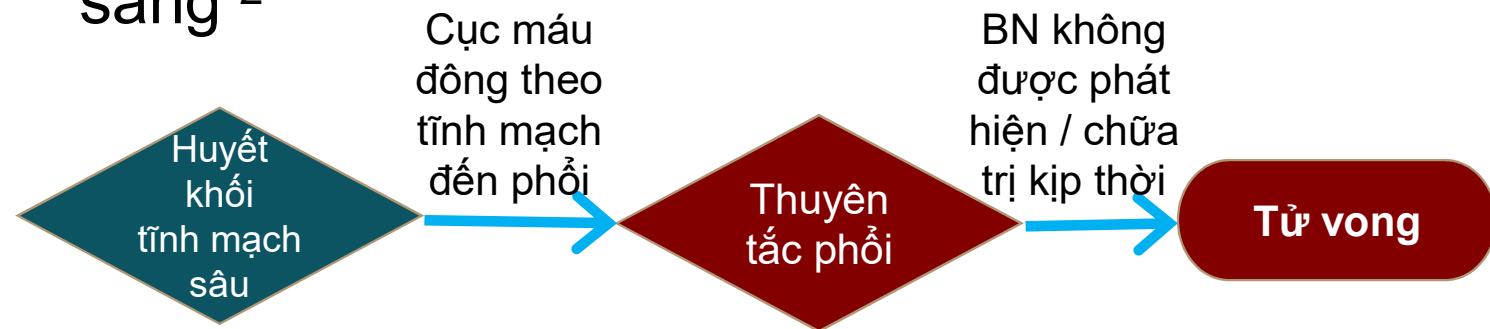


PHẦN LỚN THUẦN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH KHÔNG NHẬN BIẾT ĐƯỢC



**Gần 80%
TTHKTM
Không có triệu
chứng^{1,2}**

❖ **60%** số ca HKTMS không được chẩn đoán lâm sàng²



❖ 10% tử vong trong bệnh viện liên quan tới thuyên tắc phổi

❖ 83 % bệnh nhân tử vong có thuyên tắc phổi qua khám nghiệm giải phẫu bệnh, nhưng chỉ 19 % có biểu hiện lâm sàng của HKTMSCD

¹ Lethen H et al. Am J Cardiol 1997;80:1066—9

² Sandler DA et al. J R Soc Med 1989;82:203—5 Baglin TP et al. J Clin Pathol 1997; 50.

THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

Chẩn đoán rất khó khăn

- Chẩn đoán lâm sàng không tin cậy: Triệu chứng không đặc hiệu
- Dựa vào triệu chứng và các yếu tố nguy cơ để phân nhóm nguy cơ lâm sàng cao, trung bình, thấp (probability)
- Dựa vào nhóm nguy cơ để chọn cận lâm sàng phù hợp

ĐIỀU TRỊ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH



Th
Cá
-
-
- Phẫu thuật lấy huyết khối
-

Điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: dài ngày, phức tạp, tốn kém và nhiều biến chứng

Tất cả các bệnh nhân thuyên tắc HKTM được khuyến cáo duy trì điều trị chống đông hiệu quả ít nhất 3 tháng

GÁNH NẶNG KINH TẾ CỦA THUYÊN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH

- Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch liên quan đến **gánh nặng kinh tế to lớn** vì:
 - Chi phí chẩn đoán và điều trị (kể cả nằm viện)
 - Chi phí chăm sóc tăng cường và điều trị lâu dài các biến chứng của thuyên tắc

Với gánh nặng kinh tế do TTHKTM mang lại thông qua chẩn đoán, điều trị, nằm viện dài ngày cũng như chi phí theo dõi lâu dài – nên **tập trung vào việc dự phòng TTHKTM**

- Cùng với chi phí chăm sóc y tế, huyết khối tĩnh mạch sâu cấp còn dẫn đến mất năng suất lao động do **tàn tật và chết sớm**

LỢI ÍCH DỰ PHÒNG VTE



Dự phòng được lý giúp **giảm nguy cơ VTE** đến 50-75%^{1,2}



Các phân tích tổng hợp, RCT cho thấy **nguy cơ xuất huyết lâm sàng không tăng** hoặc **tăng rất ít** khi dự phòng VTE bằng heparin, LMWH hoặc VKA¹

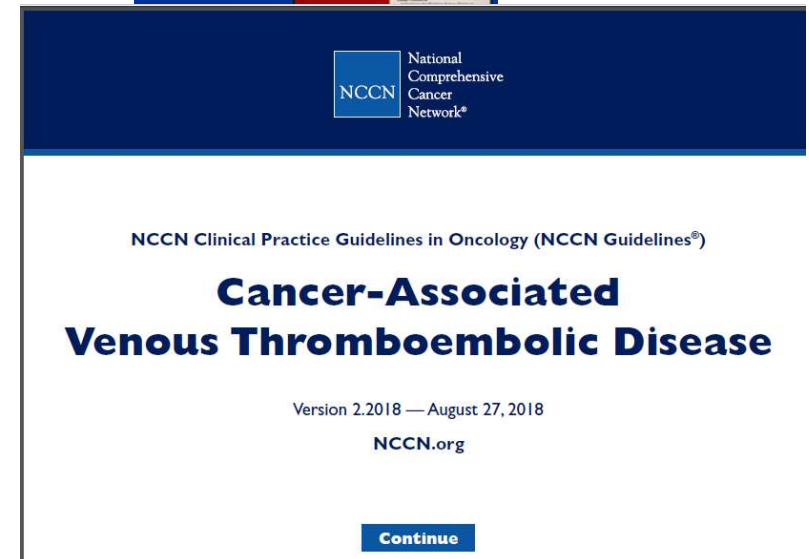
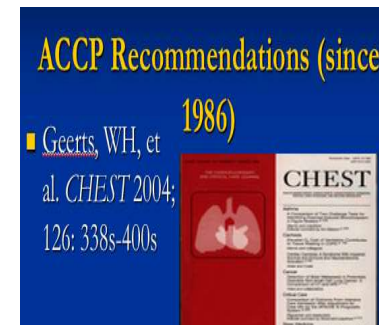


Dự phòng VTE **cải thiện kết cục** cho bệnh nhân và **giảm chi phí y tế**^{1,3}

1. Geerts WH. Et al. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S

2. Alikhan R, et al. Blood Coagul Fibrinolysis 2003;14(4):341-6

KHUYẾN CÁO VỀ DỰ PHÒNG THUẦN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CỦA NHIỀU HIỆP HỘI QUỐC TẾ VÀ VIỆT NAM



CHIẾN LƯỢC CHUNG DỰ PHÒNG TTHKTM

Bước 1

- **Đánh giá nguy cơ truyền tắc huyết khối tĩnh mạch** của các bệnh nhân nhập viện dựa vào các YTNC nền, và tình trạng bệnh lý của bệnh nhân

Bước 2

- **Đánh giá nguy cơ chảy máu, chống chỉ định** của điều trị chống đông

Bước 3

- **Tổng hợp các nguy cơ, cân nhắc lợi ích** của việc dự phòng và nguy cơ chảy máu khi phải dùng chống đông, đặc biệt chú ý tới chức năng thận, bệnh nhân cao tuổi

Bước 4

- **Lựa chọn biện pháp dự phòng, và thời gian dự phòng phù hợp**

Yếu tố nguy cơ mắc phải (YTNC thúc đẩy)	Yếu tố nguy cơ di truyền (Tăng đông bẩm sinh)
<p>Mới phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật chỉnh hình</p> <p>Chấn thương: cột sống, tủy sống, chi dưới</p> <p>Bất động: suy tim, đột quỵ...</p> <p>Ung thư</p> <p>Có thai</p> <p>Điều trị Hormone thay thế, thuốc tránh thai chứa Oestrogen</p> <p>Hội chứng thận hư</p> <p>Hội chứng kháng Phospholipid</p> <p>Bệnh lý viêm ruột</p> <p>Tiền sử HKTМ</p>	<p>Thiếu hụt Protein C</p> <p>Thiếu hụt Protein S</p> <p>Thiếu hụt Antithrombin III</p> <p>Đột biến yếu tố V Leyden</p> <p>Đột biến gen Prothrombin G20210A</p>



DỰ PHÒNG TTHKTM Ở BỆNH NHÂN NỘI KHOA

Đánh giá nguy cơ VTE THANG ĐIỂM PADUA

Nguy cơ	Điểm
Ung thư đang hoạt động (ung thư có tại chỗ hay xa và hay BN đã được hóa trị hay xạ trị trong vòng 6 tháng trước)	3
Tiền sử VTE (không kể HK tĩnh mạch nông)	3
Giảm vận động (do Bs yêu cầu hay do BN ít nhất 3 ngày)	3
Biết có bệnh làm tăng đông (thiếu antithrombin, thiếu protein S hay C, thiếu yếu tố V Leiden, HC kháng phospholipid)	3
Chấn thương hay PT gần đây (≤ 1 tháng)	2
Lớn tuổi (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hay suy hô hấp	1
Nhồi máu não hay nhồi máu cơ tim cấp	1
Nhiễm trùng cấp và/hay bệnh do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30 , người Châu Á ≥ 28)	1
Đang điều trị bằng hormon	1

**PPS ≥ 4 : Nguy cơ cao bị TTHKTM:
Cần điều trị dự phòng**

Đánh giá nguy cơ xuất huyết THANG ĐIỂM IMPROVE

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Loét dạ dày tá tràng tiến triển	4,5
Chảy máu trong vòng 3 tháng trước nhập viện	4
Số lượng tiểu cầu $< 50 \times 10^9/l$	4
Tuổi ≥ 85	3,5
Suy gan (INR $> 1,5$)	2,5
Suy thận nặng (MLCT < 30 ml/phút/1,73 m ²)	2,5
Đang nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực	2,5
Catheter tĩnh mạch trung tâm	2
Bệnh thấp khớp	2
Đang bị ung thư	2
Tuổi 40 – 84	1,5
Giới nam	1
Suy thận trung bình (MLCT 30-59 ml/phút/1,73 m ²)	1

**Tổng điểm ≥ 7 : Nguy cơ chảy máu nặng,
hoặc chảy máu có ý nghĩa lâm sàng**

DỰ PHÒNG TTHKTM Ở BN NGOẠI KHOA CHUNG

<

Caprini VTE Score

★

CALCULATOR

NEXT STEPS

EVIDENCE

CREATOR

Stratifies risk of VTE in surgical patients.

When to Use

Pearls/Pitfalls

Why Use

Age

Years

5-40

0

41-60

+1

61-74

+2

≥75

+3

Sex

Male

Female

Type of surgery

Minor surgery does not refer to any of

None

0

Minor

+1

Nhóm nguy cơ (ACCP 2012)	PT ngoại khoa chung (tiêu hóa, niệu, mạch máu, vú và tuyến giáp)	PT chấn thương chỉnh hình	Nguy cơ nền khi không có các biện pháp dự phòng (%)
RẤT THẤP	0 đ	0-2 đ	< 0.5
THẤP	1-2 đ	3-4 đ	1.5
TRUNG BÌNH	3-4 đ	5-6 đ	3.0
CAO	≥5 đ	7-8 đ	6.0

Phẫu thuật nhỏ là phẫu thuật có thời gian thực hiện < 45 phút, phẫu thuật lớn là phẫu thuật có thời gian thực hiện ≥ 45 phút.
YTNC chủ yếu gồm: ung thư, tiền sử thuyên tắc HKTM, béo phì, suy tim, liệt, nhiễm trùng quanh phẫu thuật, có tình trạng tăng đông (thiếu hụt protein C, S...)

Mức độ nguy cơ	Chiến lược điều trị dự phòng
Nguy cơ thấp Phẫu thuật nhỏ trên BN < 40 tuổi, không kèm YTNC*	Không điều trị dự phòng bằng thuốc Khuyến khích đi lại sớm
Nguy cơ trung bình Phẫu thuật nhỏ trên BN có kèm YTNC HOẶC Phẫu thuật nhỏ trên BN 40-60 tuổi không kèm YTNC	Biện pháp dược lý: Heparin không phân đoạn, Heparin TLPT thấp, Fondaparinux Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng chống đông hoặc nguy cơ chảy máu cao Thời gian dự phòng: đến khi xuất viện hay đi lại được
Nguy cơ cao Phẫu thuật nhỏ trên BN > 60 tuổi HOẶC Phẫu thuật lớn trên BN 40-60 tuổi không kèm YTNC	Biện pháp dược lý: Heparin không phân đoạn, Heparin TLPT thấp, Fondaparinux Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng chống đông hoặc nguy cơ chảy máu cao Thời gian dự phòng: đến khi xuất viện hay đi lại được
Nguy cơ rất cao Phẫu thuật lớn trên BN > 40 tuổi kèm theo nhiều YTNC HOẶC Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình (xem dưới)	Heparin TLPT thấp (Enoxaparin 30mg x 2 lần/ngày hoặc Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày) Thời gian dự phòng có thể kéo dài đến 28 ngày. Biện pháp cơ học (sẵn có) phối hợp

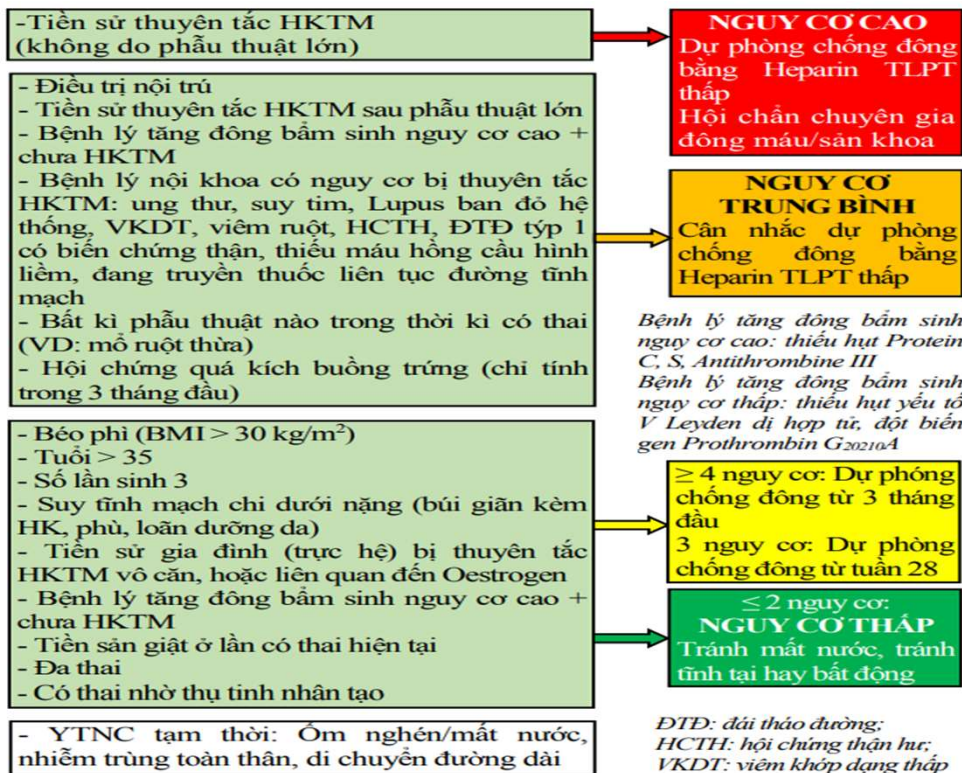
KHUYẾN CÁO DỰ PHÒNG TTHKTM Ở BN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
BN phẫu thuật thay khớp háng hoặc thay khớp gối được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTM thường quy bằng một trong các biện pháp sau: - Heparin TLPT thấp, Fondaparinux, Dabigatran, Rivaroxaban, Heparin không phân đoạn, kháng Vitamin K liều hiệu chỉnh ⁽¹⁾ - hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng	I I	B C
BN phẫu thuật gãy xương đùi được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTM thường quy bằng một trong các biện pháp sau: - Heparin TLPT thấp, Fondaparinux, Heparin không phân đoạn, kháng Vitamin K liều hiệu chỉnh ⁽¹⁾ - hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng	I I	B C
Thời gian duy trì điều trị dự phòng trung bình là 10 -14 ngày kể từ khi phẫu thuật	I	B
Có thể kéo dài thời gian điều trị dự phòng sau khi BN ra viện tới 35 ngày kể từ khi phẫu thuật	IIb	B

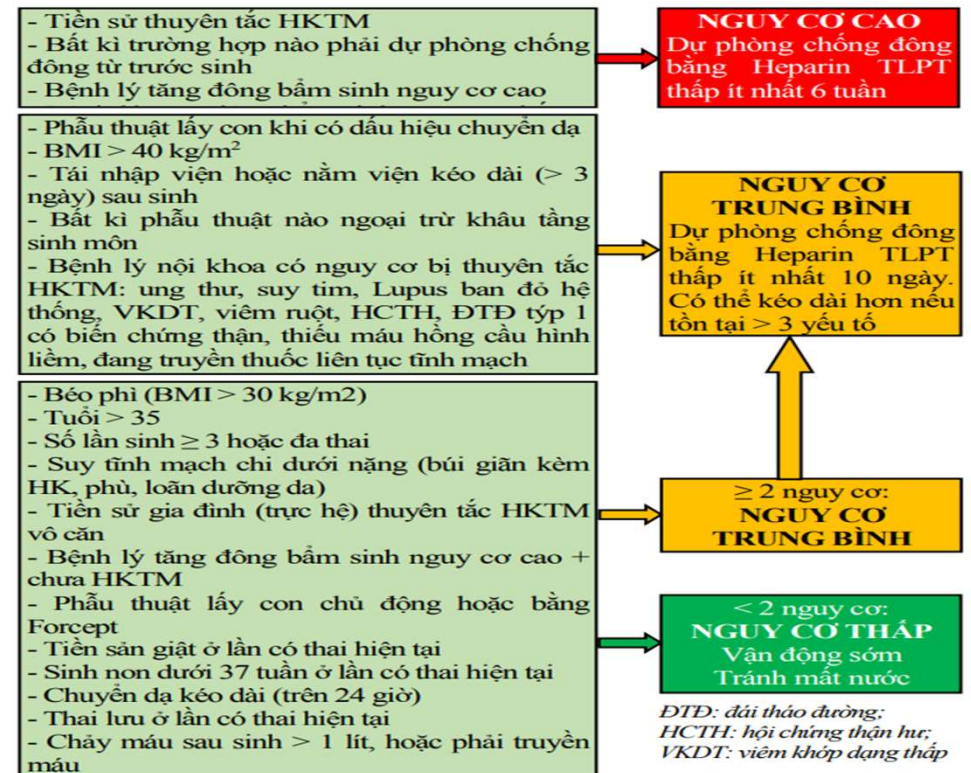
Thời gian bắt đầu điều trị dự phòng:
 Heparin TLPT thấp: bắt đầu trước phẫu thuật 12 giờ, hoặc sau phẫu thuật 18-24 giờ.
 Fondaparinux: bắt đầu sau phẫu thuật 6-24 giờ
 Rivaroxaban, Dabigatran: bắt đầu sau phẫu thuật 6-10 giờ

BỆNH NHÂN SẢN KHOA

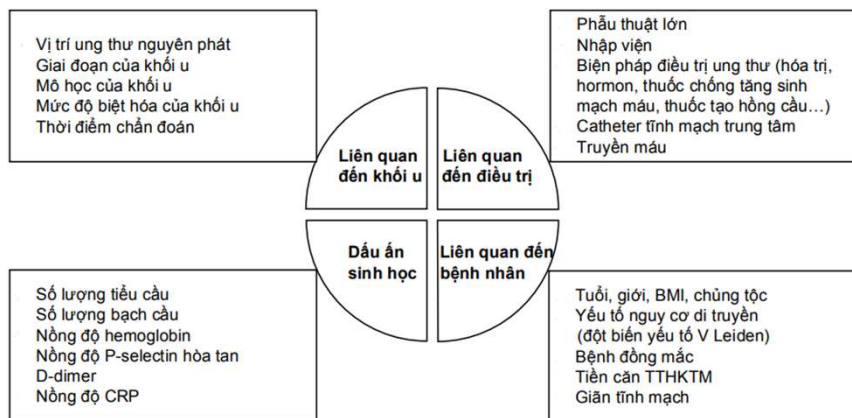
Giai đoạn trước sinh



Giai đoạn sau sinh



BỆNH NHÂN UNG THƯ




Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Bệnh nhân ung thư điều trị nội trú		
BN ung thư phải nằm liệt giường, cần được dự phòng thuyên tắc HKTM một cách hệ thống ⁽¹⁾	I	B
BN ung thư đặt Catheter ngầm, điều trị hóa chất ngăn ngày hoặc Hormone: không khuyến cáo dự phòng thuyên tắc HKTM một cách hệ thống	II	B
Bệnh nhân ung thư phải phẫu thuật		
BN ung thư phải phẫu thuật cần được dự phòng thuyên tắc HKTM một cách hệ thống, tùy vào từng loại phẫu thuật ⁽²⁾	I	A
Bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú		
Nên dự phòng thuyên tắc HKTM cho các BN nguy cơ cao: ung thư dạ dày, tụy, đa u tủy có điều trị Thalidomide, Lenalidomide phối hợp với hóa liệu và/hoặc Dexamethasone	IIb	B

CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG TTHKTM

Biện pháp	BN nội khoa cấp tính	BN ngoại khoa chung	BN phẫu thuật chỉnh hình
Biện pháp chung	BN được khuyến khích ra khỏi giường bệnh vận động sớm và thường xuyên		
Biện pháp cơ học Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng Tất/Băng chun áp lực y khoa (áp lực 16 – 20 mmHg)	Chỉ định cho BN cần dự phòng thuyên tắc HKTM nhưng nguy cơ chảy máu cao, hoặc chống chỉ định dùng chống đông Cần phối hợp hoặc chuyển sang các biện pháp được lý ngay khi nguy cơ chảy máu giảm		
Heparin TLPT thấp	Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày TDD Enoxaparin 30 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (MLCT 30–50ml/phút)		
Fondaparinux	2,5 mg x 1 lần/ngày TDD 1,5 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (MLCT 30 – 50 ml/phút) Thay thế Heparin TLPT thấp hoặc Heparin không phân đoạn ở BN bị HIT.		
Heparin không phân đoạn	5000 UI x 2 lần/ngày TDD Chỉ định với BN suy thận nặng (MLCT < 30 ml/phút)		

Biện pháp	BN nội khoa cấp tính	BN ngoại khoa chung	BN phẫu thuật chỉnh hình
Kháng Vitamin K	Không	Không	Liều hiệu chỉnh để INR từ 2-3 Không khuyến cáo nếu cần đạt hiệu quả dự phòng sớm, trong thời gian ngắn
Rivaroxaban	Không	Không	10mg x 1 lần/ngày
Dabigatran	Không	Không	110 mg x 1 lần trong ngày đầu, sau đó 110 mg x 2 viên/ngày uống 1 lần



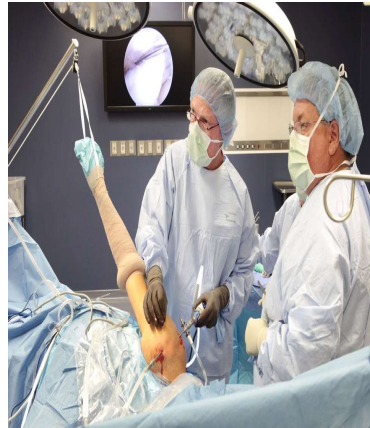
VAI TRÒ CỦA ENOXAPARIN TRONG VIỆC DỰ PHÒNG TTHKTM

ENOXAPARIN ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG MINH HIỆU QUẢ VỀ DỰ PHÒNG TTHKTM TRÊN MỌI NHÓM BỆNH NHÂN



Bệnh nhân Nội Khoa cấp tính

bệnh nhân nhập viện các khoa như ICU, hô hấp, đột quỵ, lão khoa hoặc tim mạch.



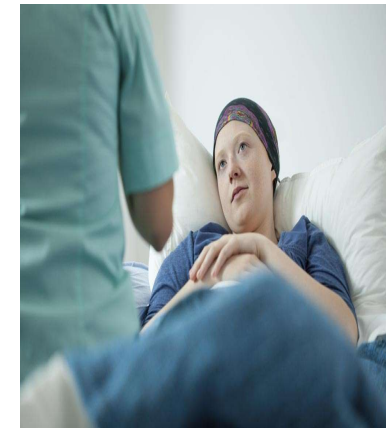
Bệnh nhân Chấn Thương chỉnh hình

Bệnh nhân trải qua phẫu thuật thay khớp háng, khớp gối, đa chấn thương hay gãy xương đùi



Bệnh nhân Phẫu thuật

Bệnh nhân trải qua phẫu thuật lồng ngực, phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật phụ khoa, phẫu thuật niệu khoa



Bệnh nhân Ung Thư

Bệnh nhân Nội khoa và Phẫu thuật đang có bệnh ung thư tiến triển hoặc vừa trải qua phẫu thuật

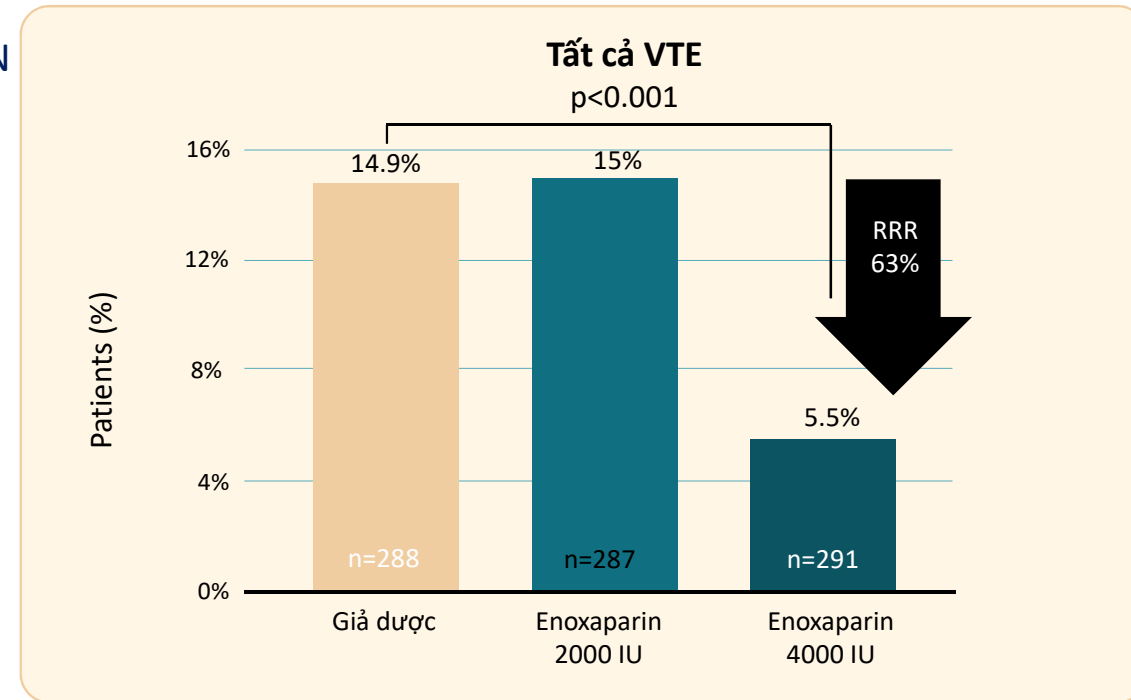
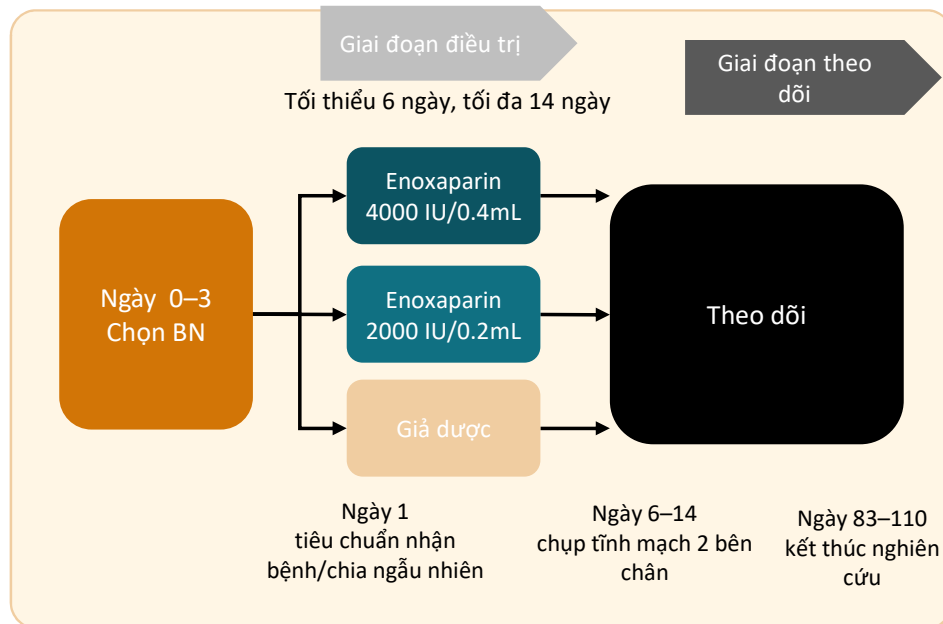


ENOXAPARIN TRONG DỰ PHÒNG TTHKTM TRÊN BN NỘI KHOA

Nghiên cứu MEDENOX

Nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi, đa trung tâm, trên 1.102 BN

Tiêu chí chính: TTHKTM trong giai đoạn điều trị 6 - 14 ngày.



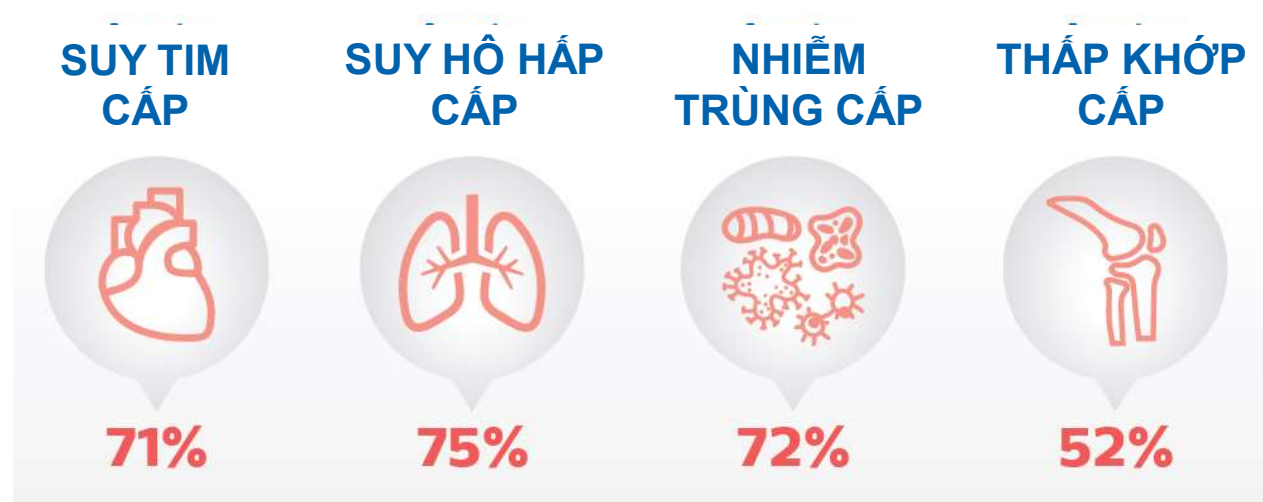
Đến ngày thứ 14, tỉ lệ TTHKTM thấp hơn đáng kể ở nhóm Enoxaparin 4000 IU, giảm 63% nguy cơ tương đối (RRR) ($p < 0.001$) mà vẫn không tăng nguy cơ xuất huyết lớn

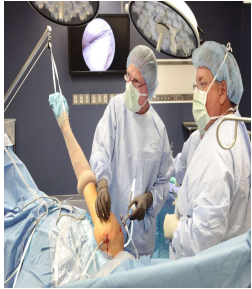


ENOXAPARIN TRONG DỰ PHÒNG TTHKTM TRÊN BN NỘI KHOA

Nghiên cứu MEDENOX – Phân nhóm ALIKHAN

- Enoxaparin **GIẢM** đáng kể nguy cơ TTHKTM tương đồng trên các nhóm bệnh nhân với nhóm bệnh **CHUYÊN KHOA** khác nhau





ENOXAPARIN TRONG DỰ PHÒNG TTHKTM TRÊN BN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

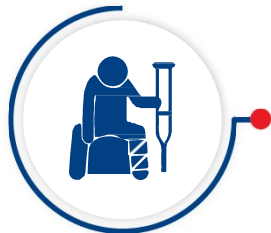
Enoxaparin đã chứng minh có hiệu quả dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân chấn thương chỉnh hình khi giảm tỉ lệ DVT toàn phần



Thay khớp háng toàn phần **50%**¹



Thay khớp gối toàn phần **28%**³



Đa chấn thương **58%**²

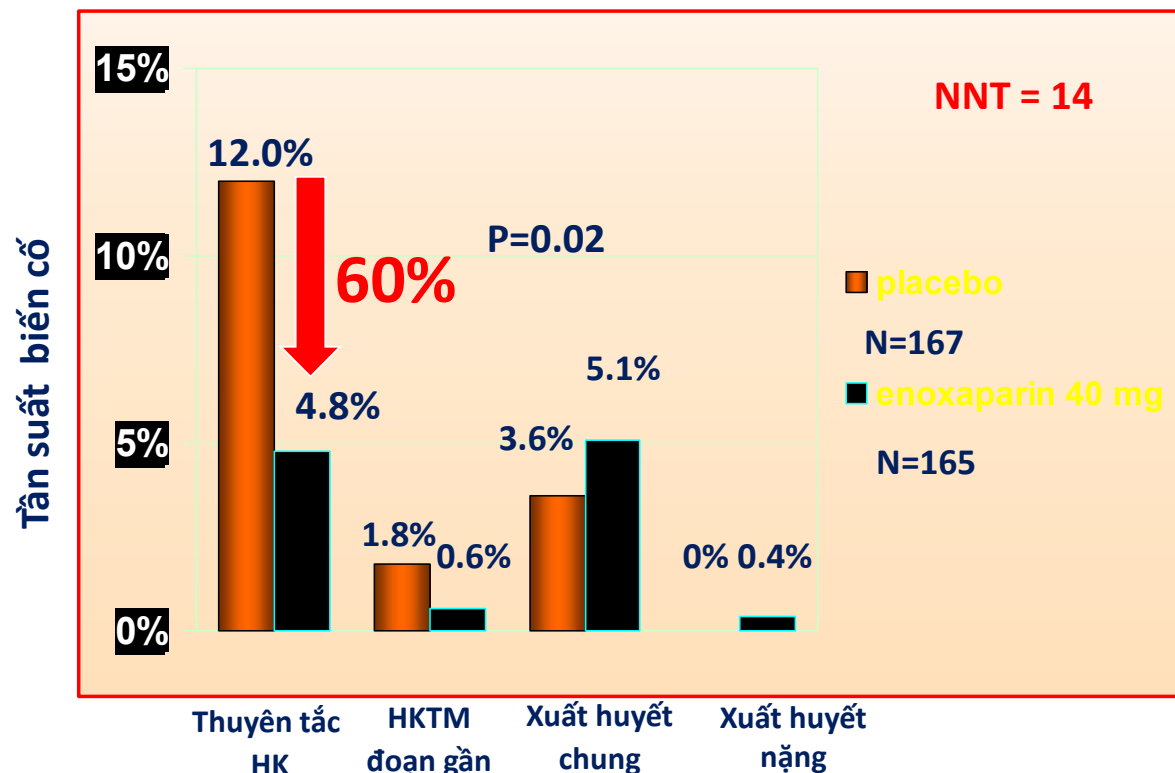
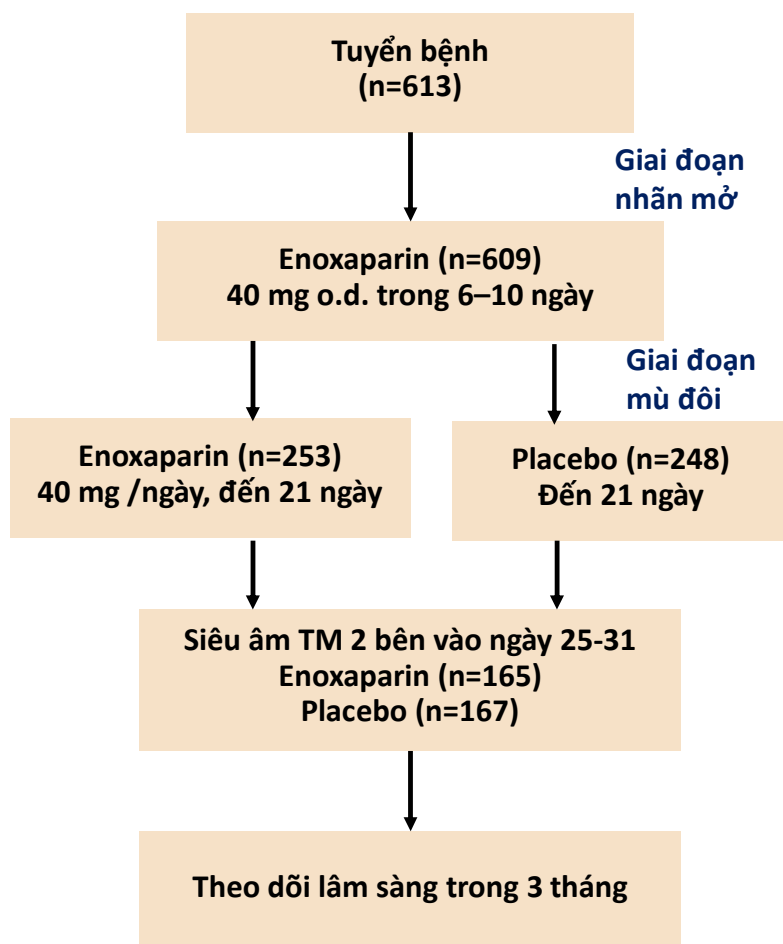


Gãy xương đùi **72%**⁴

1. Planès A et al. Prevention of postoperative venous thrombosis: A randomized trial comparing unfractionated heparin with low molecular weight heparin in patients undergoing total hip replacement
2. Colwell CW et al Clin Orthop. 1995; 321:19-27.
3. Geerts et al. N Engl J Med 1996;335:701-707
4. Joergensen PS et al, Clin Appl Thromb Hemost 1998; 4(2): 140-142

ENOXAPARIN TRONG DỰ PHÒNG TTHKTM TRÊN BN PHẪU THUẬT UNG THƯ

Nghiên cứu ENOXACAN II



Kết luận: Dự phòng với Enoxaparine trong 4 tuần sau phẫu thuật Bụng - Chậu giúp giảm 60% nguy cơ VTE so với 1 tuần mà không làm tăng nguy cơ xuất huyết.

ENOXAPARIN TRONG DỰ PHÒNG TTHKTM

ENOXAPARIN được khuyến cáo sử dụng trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cho các BN có nguy cơ cao trong nhiều guideline trên thế giới, và Việt Nam

	KHUYẾN CÁO ⁽¹⁾
Bệnh nhân nội khoa	<ul style="list-style-type: none">- BN nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM: dự phòng bằng Heparin TLPTT (Enoxaparin), Heparin không phân đoạn hoặc Fondaparinux (Mức IB)
Bệnh nhân ngoại khoa chung (có nguy cơ HKTM trung bình, cao, rất cao)	<ul style="list-style-type: none">- Biện pháp dược lý: Heparin TLPTT (Enoxaparin 40mg/lần/ngày), Heparin không phân đoạn, Fondaparinux- Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng thuốc kháng đông hoặc nguy cơ chảy máu cao (có thể dùng phối hợp biện pháp dược lý và cơ học)
Bệnh phân phẫu thuật chỉnh hình	<ul style="list-style-type: none">- BN phẫu thuật thay khớp háng hoặc thay khớp gối được khuyến cáo điều trị dự phòng HKTM thường quy, sử dụng Heparin TLPTT (Enoxaparin), Fondaparinux, Dabigatran, Rivaroxaban, UFH, kháng Vitamin K liều hiệu chỉnh (mức IB)- BN phẫu thuật gãy xương đùi được khuyến cáo điều trị dự phòng TTHKTM thường quy bằng Heparin TLPTT (Enoxaparin), Fondaparinux, UFH, kháng Vitamin K liều hiệu chỉnh (mức IB)
Bệnh nhân ung thư	<ul style="list-style-type: none">- BN ung thư nằm liệt giường, cần được dự phòng TTHKTM một cách hệ thống bằng Heparin TLPTT (Enoxaparin), UFH hoặc Fondaparinux (mức IB)- BN ung thư phải phẫu thuật cần được dự phòng TTHKTM một cách có hệ thống tùy vào từng loại phẫu thuật, dự phòng bằng Heparin TLPTT (Enoxaparin 1 lần/ngày TDD, hoặc UFH 2 lần/ngày TDD) (mức IA)

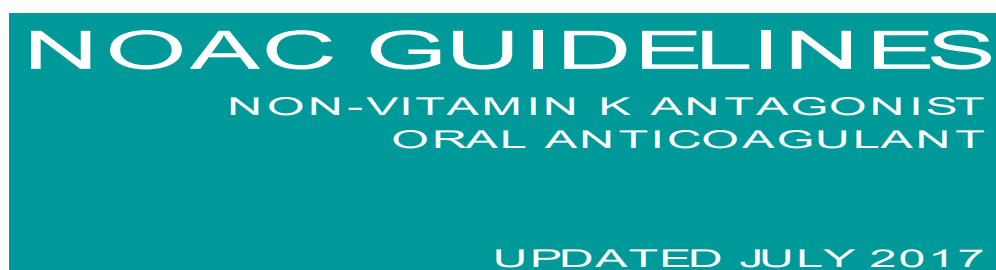
1. Khuyến cáo dự phòng VTE 2016 – Hội tim mạch học Việt Nam

National Library of Australia Cataloguing-in-Publication entry

Title: Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant (NOAC) Guidelines, Updated July 2017

SHPN: (CEC) 170449

ISBN: 978-1-76000-703-4



Indication	Dabigatran	Apixaban	Rivaroxaban
Stroke prevention in non-valvular AF with at least one stroke risk factor *	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required
Prevention of VTE after elective THR or TKR	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required
Treatment of VTE	TGA Registered, but not PBS listed for this indication	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required
Prevention of recurrent VTE	TGA Registered, but not PBS listed for this indication	Authority PBS prescription required	Authority PBS prescription required

KẾT LUẬN

- HKTM sâu chi dưới có thể gặp ở nhiều chuyên khoa
- Gây các biến chứng nặng nề
- Dự phòng HKTM sâu là rất quan trọng
- Lựa chọn phương pháp dự phòng cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ



A photograph of a paved road curving through a forest. The trees have vibrant yellow and orange autumn leaves. A teal rectangular box is overlaid on the left side of the image, containing white text. The road has a white edge line and a double yellow line in the distance. The ground is covered with fallen yellow leaves.

**THANK YOU
FOR
LISTENING !**
