

CHƯƠNG 5. DỰ PHÒNG TTHKTM Ở BỆNH NHÂN NGOẠI KHOA CHUNG

1. Chỉ định

Quy trình dự phòng TTHKTM áp dụng cho tất cả các bệnh nhân của các khoa phòng Ngoại khoa trong bệnh viện. Các bệnh nhân mới nhập viện và các bệnh nhân đang nằm điều trị. Quy trình được thực hiện hàng ngày trong quá khi khám – chữa bệnh tại mỗi khoa phòng.

2. Mục tiêu

Quy chuẩn hóa các bước dự phòng để đảm bảo giảm thiểu tối đa sự hình thành huyết khối tĩnh mạch và các biến chứng thuyên tắc mạch.

3. Nội dung

3.1. Đánh giá nguy cơ TTHKTM cho BN ngoại khoa chung:

Đánh giá YTNC TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa bằng thang điểm CAPRINI

Bảng 19: Bảng đánh giá YTNC TTHKTM ở bệnh nhân ngoại khoa bằng thang điểm CAPRINI

YTNC	Điểm bệnh nhân
Tuổi 41-60	1
Có kế hoạch tiểu phẫu	1
Tiền sử đại phẫu (<1 tháng)	1
Suy tĩnh mạch	1
Tiền sử viêm đường ruột (như bệnh Crohn....)	1
Sưng chân (tại thời điểm khám)	1
Béo phì (BMI >25)	1
NMCT cấp	1
Suy tim sung huyết (<1 tháng)	1
Nhiễm khuẩn huyết (<1 tháng)	1
Bệnh phổi nghiêm trọng bao gồm viêm phổi (<1 tháng)	1
Chức năng phổi bất thường (COPD)	1
Bệnh nội khoa nằm tại giường	1
Đang uống thuốc tránh thai hoặc liệu pháp hormone thay thế	1
Mang thai hoặc hậu sản (<1 tháng)	1
Tiền sử tử vong sơ sinh không rõ nguyên nhân, sảy thai liên tục (≥ 3), sinh non có nhiễm độc huyết hoặc thai chậm phát triển	1
Tuổi 61 -74	2

YTNC	Điểm bệnh nhân
Phẫu thuật nội soi khớp	2
Đã/đang có bệnh lý ác tính	2
Đại phẫu (> 45 phút)	2
Phẫu thuật nội soi (> 45 phút)	2
Bất động tại giường (>72h)	2
Bỏ bột hoặc nẹp vít bất động (<1 tháng)	2
Đặt catheter TM trung tâm	2
Bệnh nhân ≥ 75 tuổi	3
Tiền sử TTHKTM*	3
Giảm tiểu cầu do heparin	3
Gia đình có cha mẹ hoặc anh chị em bị TTHKTM	
Yếu tố di truyền: Yếu tố V Leiden dương tính, Yếu tố Prothombin 20210A dương tính, tăng homocysteine huyết thanh, kháng đông Lupus dương tính, tăng kháng thể anticardiolipin, các bệnh lý tăng đông bẩm sinh/mắc phải	3
Chấn thương tủy sống cấp (liệt) (< 1 tháng)	5
Phẫu thuật khớp chi dưới chương trình	5
Đa chấn thương (<1 tháng)	5
Gãy chân, khớp háng, khung chậu < 1 tháng	5
Đột quỵ < 1 tháng	5
Tổng điểm	

Tổng điểm:

- Nguy cơ thấp: 1 – 2 điểm
- Nguy cơ trung bình: 3 – 4 điểm
- Nguy cơ cao: 5 – 8 điểm
- Nguy cơ rất cao: > 8 điểm

3.2. Xem xét chống chỉ định thuốc kháng đông trên bệnh nhân ngoại khoa chung:

(Xem phần Bảng 16. Bảng chống chỉ định thuốc kháng đông)

3.3. Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân Phẫu thuật tổng quát:

Dựa theo các khuyến cáo mới nhất từ Hiệp Hội Huyết Học Mỹ - ASH 2019, bao gồm:

- *Khuyến cáo 20.* Đối với bệnh nhân trải qua phẫu thuật tổng quát, Hội đồng hướng dẫn ASH đề nghị sử dụng dự phòng được lý hơn so với không có dự phòng được lý (khuyến cáo có điều kiện về độ chắc chắn thấp với bằng chứng về hiệu quả ++).

- *Khuyến cáo 21.* Đối với bệnh nhân trải qua phẫu thuật tổng quát, Hội đồng hướng dẫn ASH đề nghị sử dụng LMWH hoặc UFH (khuyến cáo có điều kiện, dựa trên độ chắc chắn rất thấp với các bằng chứng về hiệu quả +)
- *Khuyến cáo 22.* Đối với bệnh nhân phẫu thuật cắt túi mật nội soi, Hội đồng hướng dẫn ASH đề nghị không sử dụng dự phòng được lý (khuyến cáo có điều kiện dựa trên độ chắc chắn rất thấp với các bằng chứng về hiệu quả +).

Ghi chú: Bệnh nhân có các YTNC khác đối với TTHKTM (ví dụ, tiền sử TTHKTM, thrombophilia, hoặc bệnh ác tính) có thể được hưởng lợi từ dự phòng được lý.

Bảng 20: Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân phẫu thuật chung

Bệnh nhân		Bệnh nhân trưởng thành - Phẫu thuật chung Bao gồm phẫu thuật chung, phụ khoa, tiết niệu, tiêu hóa, thẩm mỹ hoặc tái tạo, phẫu thuật vùng tai, mũi, họng, vùng miệng hay vùng hàm – mặt, tim, lồng ngực, mạch máu, cột sống cấp cứu.			
KHÔNG cần dự phòng được lý nếu bệnh nhân đã dùng thuốc kháng đông Nên xem xét chống chỉ định và / hoặc nguy cơ xuất huyết trước khi kê đơn					
Nguy cơ TTHKTM Xem Bảng đánh giá nguy cơ theo Caprini	Nguy cơ TTHKTM thấp (Điểm Caprini 1 - 2)	Nguy cơ TTHKTM trung bình (Điểm Caprini 3 - 4)		Nguy cơ TTHKTM cao (Điểm Caprini ≥ 5)	
		Nguy cơ xuất huyết cao	Nguy cơ xuất huyết thấp	Nguy cơ xuất huyết cao	Nguy cơ xuất huyết thấp
Dự phòng TTHKTM	Sử dụng thiết bị bơm hơi áp lực ngắt quãng (IPC) HOẶC GCS (tắt áp lực y khoa) ngay từ đầu	Sử dụng IPC ngay từ đầu	Sau phẫu thuật, dùng LMWH [#] - Enoxaparin 40 mg TDD hàng ngày. HOẶC IPC	Sử dụng IPC ngay từ đầu Sau phẫu thuật, đánh giá lại (và ghi nhận) nguy cơ. Ngay khi nguy cơ xuất huyết giảm CỘNG THÊM VÀO: Các biện pháp dự phòng được lý	Sử dụng IPC hoặc GCS ngay từ đầu VÀ Sau phẫu thuật tiến hành dự phòng LMWH [#] - Enoxaparin 40 mg TDD hàng ngày.
Thời gian	N/A	Dự phòng cơ học: Tiếp tục trong 30 ngày hoặc cho đến khi bệnh nhân vận động hoặc xuất viện, tùy theo điều kiện nào sớm hơn Dự phòng được lý: Sử dụng tối thiểu 7 ngày**			

*: Trong dự phòng được lý, liều dự phòng cuối cùng nên được dùng không dưới 24 giờ trước khi phẫu thuật cho những bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao hơn nguy cơ xuất huyết. Không tiến hành dự phòng được lý cho bệnh nhân bị dị tật vỡ mạch máu não hoặc bệnh nhân bị xuất huyết nội sọ cho đến khi tổn thương được bảo đảm hoặc tình trạng đã ổn định⁵.

#: Điều chỉnh liều LMWH hoặc khuyến cáo các thay thế có thể được yêu cầu ở bệnh nhân:

eGFR dưới 30 ml/phút/1,73m² hoặc CrCl dưới 30 ml/phút

Tăng nguy cơ xuất huyết

Trọng lượng cơ thể dưới 50 kg

BMI trên 30 kg/m²

Xem phần **Lưu ý điều chỉnh liều khi dự phòng TTHKTM trên nhóm bệnh nhân đặc biệt** để biết thêm thông tin

** : Bệnh nhân cao tuổi nội viện đang trải qua phục hồi chức năng: Cân nhắc kéo dài thời gian dự phòng vượt quá thời gian tối thiểu được đề nghị cho đến khi khả năng vận động đã trở lại mức dự đoán hoặc mức chấp nhận lâm sàng hoặc khi bệnh nhân được xuất viện.

Khuyến cáo dựa trên ý kiến chuyên gia đồng thuận do thiếu bằng chứng.