

CHƯƠNG 8. DỰ PHÒNG TTHKTM Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

1. Chỉ định

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

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

Bảng 24: Bảng khuyến cáo dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình theo hướng dẫn VNHA 2016

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

Thời gian bắt đầu dự phòng:

-Heparin TLPTT: 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

3.1. Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng và khớp gối

- Nguy cơ TTHKTM: 100% BN thay khớp háng và khớp gối có nguy cơ TTHKTM cao.
- Trước khi kê đơn, xem xét chống chỉ định và/hoặc nguy cơ xuất huyết:

Bảng 25: Các phương pháp dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng, khớp gối

Thay khớp háng	Thay khớp gối
- Sử dụng IPC hoặc GCS khi nhập viện cho đến khi bệnh nhân xuất viện VÀ - Heparin TLPTT 28 ngày HOẶC - Rivaroxaban 10 mg/ngày trong 28 ngày	- Sử dụng IPC hoặc GCS khi nhập viện cho đến khi bệnh nhân xuất viện VÀ - Heparin TLPTT 28 ngày HOẶC - Rivaroxaban 10 mg/ngày trong 28 ngày

3.2. Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân phẫu thuật gãy xương chậu, xương hông, xương đùi.

Nguy cơ TTHKTM: có nguy cơ TTHKTM cao.

Trước khi kê đơn, xem xét chống chỉ định và/hoặc nguy cơ xuất huyết

Bảng 26: Các phương pháp dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân phẫu thuật gãy xương chậu, xương hông và xương đùi

Phẫu thuật gãy xương chậu, xương hông và xương đùi
Sử dụng IPC hoặc GCS khi nhập viện cho đến khi bệnh nhân xuất viện VÀ Sử dụng Heparin TLPTT 12 giờ sau phẫu thuật, tiếp tục đến 28 ngày Nếu phẫu thuật bị trì hoãn sau ngày nhập viện, cân nhắc dùng Heparin TLPTT trước phẫu thuật, với liều cuối cùng ngừng trước phẫu thuật từ 12 giờ trở lên

3.3. Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân chấn thương nặng, đa chấn thương

Bảng 27: Các phương pháp dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân chấn thương nặng, đa chấn thương

NGUY CƠ TTHKTM	Mọi bệnh nhân phẫu thuật chấn thương lớn đều được xem là đối tượng có nguy cơ cao bị TTHKTM
Dự phòng	Khởi động IPC (*) khi nhập viện VÀ Sau phẫu thuật, tái đánh giá (**) (và ghi lại) nguy cơ hằng ngày hoặc nhiều lần hơn nếu cần thiết THÊM heparin khi nguy cơ xuất huyết giảm xuống và sự cầm máu bình thường. Cân nhắc heparin TLPTT (***) sau 3 ngày hoặc ngay khi nguy cơ xuất huyết giảm xuống.
Thời gian	Dự phòng cơ học: tiếp tục cho đến khi khả năng vận động được như mong đợi hoặc chấp nhận được trên lâm sàng hoặc khi bệnh nhân xuất viện Dự phòng dược lý: sử dụng tối thiểu 7 ngày. Nếu chấn thương tủy sống cấp tính và chấn thương sọ não dẫn đến giảm vận động đáng kể, tiếp tục điều trị dự phòng dược lý TTHKTM trong 3 tháng sau phẫu thuật hoặc cho đến khi khả năng vận động trở lại mức mong đợi/chấp nhận được trên lâm sàng
(*) Tùy thuộc vào loại chấn thương, điều trị dự phòng bằng cơ học có thể được chống chỉ định ở những bệnh nhân bị chấn thương chi dưới. Tuy nhiên, nếu không có chống chỉ định nào khác, nên điều trị dự phòng cơ học ở chân không bị thương.	
(**) Trong chấn thương sọ não, thời điểm bắt đầu điều trị dự phòng dược lý nên được thảo luận với nhóm phẫu thuật thần kinh. Nhìn chung: - Ở những bệnh nhân không bị xuất huyết nội sọ, điều trị dự phòng dược lý có thể được bắt đầu ngay lập tức - Ở những bệnh nhân bị xuất huyết nội sọ, trì hoãn điều trị dự phòng dược lý cho đến khi đạt được khả năng cầm máu thỏa đáng (thường sau 48 giờ) Theo dõi áp lực nội sọ đơn thuần không phải là chống chỉ định trong điều trị dự phòng dược lý	

3.4. Dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân chấn thương chỉnh hình khác

Bảng 28: Các phương pháp dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân chấn thương chỉnh hình khác

KHÔNG cần dự phòng bằng biện pháp được lý nếu bệnh nhân: Đang sử dụng kháng đông đủ liều vì mục đích điều trị bệnh khác (ví dụ: rung nhĩ) Phẫu thuật trong ngày và được thực hiện gây tê tại chỗ, không giới hạn vận động Trước khi kê đơn, xem xét chống chỉ định và/hoặc nguy cơ xuất huyết	
Nguy cơ TTHKTM thấp Bệnh nhân trải qua các thủ thuật chỉnh hình khác được gây tê tại chỗ mà không bị giới hạn vận động HOẶC không có bất kỳ YTNC nào được liệt kê trong cột nguy cơ TTHKTM trung bình / cao	Nguy cơ TTHKTM trung bình hoặc cao Bệnh nhân trải qua các thủ thuật chỉnh hình khác với một hoặc nhiều YTNC sau: Ung thư đang hoạt động hoặc điều trị Thrombophilia hoặc tiền sử TTHKTM cá nhân/gia đình Đang mang thai hoặc hậu sản Phẫu thuật kéo dài hơn 120 phút ≥ 60 tuổi $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ Bất động trước mổ ít nhất 4 ngày Suy tĩnh mạch mạn tính
Không khuyến cáo dự phòng TTHKTM. Khuyến khích đảm bảo đủ nước và vận động sớm	Khởi động GCS hoặc IPC khi nhập viện và tiếp tục đến khi BN xuất viện VÀ/HOẶC Cân nhắc sử dụng Heparin TLPTT