

DOI: 10.58490/ctump.2025i85.3543

**ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU VÀ BIẾN CHỨNG SỚM
CỦA PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN Ở BỆNH NHÂN ĐANG SỬ DỤNG
THUỐC KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU VÀ/HOẶC KHÁNG ĐÔNG TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ TỪ NĂM 2023-2024**

Bùi Đặng Như Thảo^{1*}, Võ Thị Ngọc Hân²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

*Email: 22315511614@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/02/2025

Ngày phản biện: 18/3/2025

Ngày duyệt đăng: 25/3/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mở khí quản là một phẫu thuật kinh điển nhằm tạo một đường tiếp cận trực tiếp với khí quản qua các vòng sụn. Một số bệnh nhân đang được điều trị với các liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông đôi khi có chỉ định phẫu thuật mở khí quản. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, đặc điểm sử dụng thuốc và xác định tỷ lệ chảy máu, các tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật mở khí quản ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân có chỉ định mở khí quản đang được điều trị với thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 04/2023- 12/2024. **Kết quả:** Chảy máu trong quá trình phẫu thuật xảy ra trên 48,89% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 17,78%, thường gặp nhất là chảy máu (11,11%), thời gian xảy ra biến chứng thường vào ngày 1 hậu phẫu. **Kết luận:** Phẫu thuật mở khí quản trên bệnh nhân đang sử dụng các liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông có tỷ lệ chảy máu trong lúc phẫu thuật không quá khác biệt so với bệnh nhân không sử dụng thuốc nhưng tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật cao hơn dẫn đến tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật cũng cao hơn.

Từ khóa: Mở khí quản, kháng đông, kháng kết tập tiểu cầu, chảy máu, biến chứng.

ABSTRACT

**EVALUATION OF BLEEDING RISK AND EARLY COMPLICATIONS OF
TRACHEOSTOMY SURGERY IN PATIENTS USING ANTIPLATELET
AND/OR ANTICOAGULANT THERAPY AT CAN THO CENTRAL
GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024**

Bui Dang Nhu Thao^{1*}, Vo Thi Ngoc Han²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Tracheostomy is a classic surgical procedure that creates a direct airway access to the cervical trachea through the cartilaginous rings. Some patients receiving antiplatelet and/or anticoagulant therapy may occasionally require a tracheostomy. **Objectives:** Survey of clinical features, drug usage characteristics and determination of the incidence of bleeding, early complications and adverse events in tracheostomy patients on antiplatelet and/or anticoagulant therapy at Can Tho Central General Hospital (2023–2024). **Materials and methods:** 45 patients indicated for tracheostomy receiving antiplatelet and/or anticoagulant therapy at Can Tho Central General Hospital from April 2023 to December 2024. **Results:** Intraoperative bleeding occurred in

48,89% of patients. The postoperative complication rate was 17,78%, with bleeding being the most common (11,11%), typically occurring on the first postoperative day. **Conclusions:** Tracheostomy in patients receiving antiplatelet and/or anticoagulant therapy has a similar intraoperative bleeding risk compared to those not on these medications. However, the higher postoperative bleeding rate leads to an increased risk of early postoperative complications.

Keywords: Tracheostomy, anticoagulant, antiplatelet, bleeding, complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản (MKQ) là một phẫu thuật lâu đời, được xem là phẫu thuật phổ biến nhất trong đơn vị chăm sóc đặc biệt [1]. Đi kèm với mức độ phổ biến cao là tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật đáng quan ngại, nhất là với đối tượng bệnh nhân tiên lượng bệnh nặng, bệnh nhân nguy kịch, có bệnh nền mãn tính, đang sử dụng các liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu (KTTC) và/hoặc kháng đông máu.

Theo ghi nhận của GTC (Global Tracheostomy Collaborative) trên hơn 6500 bệnh nhân được MKQ trên toàn cầu các biến chứng liên quan đến chảy máu ở đối tượng bệnh nhân >16 tuổi chiếm phần lớn là rối loạn đông máu (RLDM) do sử dụng các loại thuốc kháng KTTC và kháng đông quanh phẫu thuật [2]. Để giảm thiểu nguy cơ chảy máu, các bác sĩ phẫu thuật chủ yếu khuyến khích tạm ngưng điều trị các thuốc này trước khi tiến hành phẫu thuật. Mặc dù đã có rất nhiều hướng dẫn, đồng thuận của các tổ chức lớn như Hiệp hội Gây mê Khu vực Hoa Kỳ (ASRA), Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP), Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA),... đưa ra các khuyến nghị về việc quản lý chu phẫu bệnh nhân sử dụng thuốc kháng KTTC và kháng đông nhưng chưa có tài liệu nào tối ưu, riêng biệt cho phẫu thuật MKQ.

Để đánh giá nguy cơ chảy máu và biến chứng sớm của phẫu thuật mở khí quản ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng KTTC và/hoặc kháng đông, nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu: 1) Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và đặc điểm sử dụng thuốc của bệnh nhân có chỉ định mở khí quản đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2023-2024. 2) Xác định tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật mở khí quản ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được MKQ có sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân >16 tuổi được chỉ định MKQ, đang được điều trị với thuốc kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không tuân thủ quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn được 45 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Giới tính; Độ tuổi; Bệnh lý nền (liên quan đến chỉ định sử dụng thuốc).

+ Đặc điểm lâm sàng liên quan đến phẫu thuật MKQ: Tình trạng nội khí quản (NKQ)- thở máy trước phẫu thuật (Có hoặc Không); Thời điểm phẫu thuật (tính dựa vào ngày đặt NKQ đến ngày MKQ): Sớm (<7 ngày) hay muộn (≥ 7 ngày); Chỉ định phẫu thuật (Suy hô hấp do tắc nghẽn đường thở, liệt cơ hô hấp, chấn thương/vết thương thanh khí quản,...) Hay tiên lượng thở máy, liệu pháp oxy kéo dài/phụ thuộc máy thở và các nguyên nhân khác như MKQ dự phòng trong ung thư đầu cổ, trường hợp đặt NKQ khó,...)

+ Đặc điểm sử dụng thuốc: Liệu pháp bệnh nhân đang sử dụng (Đơn trị với kháng đông, kháng KTTC, liệu pháp kháng KTTC kép hay liệu pháp phối hợp kháng KTTC và kháng đông); Ngưng sử dụng thuốc trước phẫu thuật (Có hoặc Không); Tình trạng RLĐM trước phẫu thuật (khi số lượng tiểu cầu $<50 \times 10^9/L$; PT $>70\%$; aPTT $>40s$; INR $>1,5$ tính từ 1 tuần trước phẫu thuật).

+ Biến chứng: Trong phẫu thuật (Chảy máu, tràn khí màng phổi, tràn khí dưới da,...) và biến chứng sớm tức trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật (Chảy máu, tràn khí dưới da, nhiễm trùng vết mổ, tụt canuyn,...).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập từ bệnh nhân và bệnh án ghi vào phiếu khảo sát và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được đánh giá và thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Số phiếu chấp thuận y đức: 23.172.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Phân bố theo giới tính:** Nam giới chiếm 53,3% (24/45), nữ giới 46,7% (21/45). Tỷ lệ nam: nữ là 1,14:1.

- **Phân bố theo tuổi:** Độ tuổi trung bình là $69,4 \pm 10,8$. Lớn nhất là 97 tuổi và nhỏ nhất là 51 tuổi.

- **Bệnh lý nền thường gặp:** Bệnh mạch vành (42,2%), đột quỵ (20%), dự phòng thuyên tắc (31,1%), Suy thận (6,67%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định phẫu thuật	Suy hô hấp	9	20
	Thở máy kéo dài	33	73,3
	Khác	3	6,7
Đặt NKQ- Thở máy	Có	42	93,3
	Không	3	6,7
Thời điểm MKQ	Sớm	12	26,7
	Muộn	33	73,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ định chủ yếu của phẫu thuật là thở máy kéo dài chiếm 73,3% với 93,3% bệnh nhân đều được đặt NKQ và thở máy trước đó. Thời điểm chỉ định phẫu thuật muộn sau 7 ngày đặt NKQ chiếm đa số với 73,3% bệnh nhân, có 26,7% (12 bệnh nhân) được phẫu thuật MKQ sớm trong đó có 3 bệnh nhân được MKQ cấp cứu (số ngày NKQ là 0). Thời gian thông khí cơ học trung bình là $10,7 \pm 5,34$ ngày.

3.3. Đặc điểm sử dụng thuốc

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Liệu pháp	Kháng đông	21	46,7
	Kháng KTTC	9	20,0
	Kháng KTTC kép	2	4,44
	Phối hợp	13	28,89
Ngưng thuốc	Có	39	86,67
	Không	6	13,33
Tình trạng RLDM	Có	27	60
	Không	18	40

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng bệnh nhân đang sử dụng dự phòng hoặc điều trị với liệu pháp kháng đông đơn thuần chiếm đa số (46,7%) và ít nhất là kháng KTTC kép (4,44%). Hầu hết bệnh nhân đều có chỉ định ngưng sử dụng các liệu pháp trước phẫu thuật MKQ (86,67%). Bên cạnh đó có đến 60% bệnh nhân có tình trạng RLDM trước phẫu thuật.

3.4. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong lúc phẫu thuật	Ít (<15ml)	10	22,22
	Nhiều (>15ml)	12	26,67
	Không	23	51,11
Biến chứng hậu phẫu	Chảy máu	5	11,11
	Nhiễm trùng vết mổ	2	4,44
	Tràn khí dưới da	1	2,22
	Không	37	82,22

Nhận xét: Biến chứng trong lúc phẫu thuật xảy ra trên 48,89% bệnh nhân và chỉ ghi nhận biến chứng chảy máu trong đó mức độ chảy máu nhiều là 26,7%, nhiều hơn so với mức độ ít (22,22%). Về biến chứng hậu phẫu, 17,78% (8/45) bệnh nhân xảy ra biến chứng trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật lần lượt là chảy máu chiếm tỷ lệ 11,11%, nhiễm trùng vết mổ 4,44% và tràn khí dưới da 2,22%. Trong số những bệnh nhân xảy ra biến chứng, 5/8 trường hợp là chảy máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $69,4 \pm 10,8$, nhỏ nhất là 51 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Kết quả này khá tương đồng với độ tuổi trung bình là $64,91 \pm 15,32$ theo nghiên cứu của Lee Young Hyun [3] trên những bệnh nhân nặng đã phẫu thuật MKQ xuyên da nông dưới hướng dẫn siêu âm có hoặc không sử dụng các liệu pháp kháng huyết khối và 64 tuổi theo nghiên cứu của Takayuki Sugaya [4] trên nhóm đối tượng bệnh nhân đang dùng thuốc kháng huyết khối. Tuy nhiên chênh lệch đáng kể so với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu trên tất cả những bệnh nhân MKQ có biến chứng của tác giả Đỗ Tiến Quân [5] $53,17 \pm 20,88$ tuổi và trên những bệnh nhân điều trị tại khoa ICU của Raffaele Merola [6] $59,5 \pm 13,8$ tuổi. Nguyên nhân có thể là do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, những bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng KTTC và/hoặc kháng đông đa số nằm trong nhóm tuổi được phân

tăng nguy cơ cao (>50 tuổi), có các bệnh nền mãn tính cần điều trị hoặc dự phòng bằng thuốc. Do đó kết quả này là phù hợp với thực tế lâm sàng. Bên cạnh đó, cả 4 nghiên cứu trên đều tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ nam giới chiếm đa số.

4.2. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến phẫu thuật

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân đều được đặt NKQ và thở máy trước đó (93,3%) vì vậy chỉ định phẫu thuật chủ yếu là thở máy kéo dài, chiếm 73,3%. Trong khi đó, 6,7% (3/45) bệnh nhân không có NKQ là những bệnh nhân được MKQ cấp cứu do suy hô hấp (đặt NKQ khó, khó thở thanh quản độ IIb và chấn thương cột sống cổ) được xếp vào nhóm MKQ sớm ở cả 3 trường hợp (số ngày NKQ là 0). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Takayuki Sugaya [4] (72% và 6%).

Thời điểm MKQ muộn (sau 7 ngày đặt NKQ) chiếm đa số với 73,3% bệnh nhân và thời gian thông khí cơ học trung bình là $10,7 \pm 5,34$ ngày. Tuy phẫu thuật MKQ sớm (<7 ngày) mang lại nhiều lợi ích hơn cho đối tượng bệnh nhân ở đơn vị chăm sóc đặc biệt [7] nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi ngoài những bệnh nhân có tiên lượng phải thở máy kéo dài được chỉ định MKQ muộn thì nhóm MKQ muộn đa phần là những bệnh nhân có hy vọng cai máy thở, sau nỗ lực cai máy thất bại dẫn đến thời gian MKQ trì hoãn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Raffaele Merola trên tất cả bệnh nhân ở khoa ICU [6] 12,9 ngày và Võ Minh Lộc [8] $15,5 \pm 9,71$ ngày trên những bệnh nhân viêm phổi thở máy.

4.3. Đặc điểm sử dụng thuốc

Từ các hướng dẫn và đồng thuận của các tổ chức lớn như Hiệp hội Gây mê Khu vực Hoa Kỳ (ASRA), Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP), Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA),...khuyến nghị về quản lý chu phẫu bệnh nhân sử dụng thuốc kháng KTTC và kháng đông nên dựa vào phân loại nguy cơ tim mạch và nguy cơ chảy máu trên từng loại phẫu thuật của bệnh nhân. Phần lớn các tài liệu đều không đề cập việc phân loại phẫu thuật MKQ vào nhóm nguy cơ nào nhưng từ thực tế lâm sàng có thể xem phẫu thuật MKQ ở người lớn (≥ 16 tuổi) là phẫu thuật nhỏ (mất máu <500ml), ngoài tim [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hầu hết bệnh nhân (86,67%) đều có chỉ định ngưng sử dụng các liệu pháp trước phẫu thuật MKQ. Bên cạnh đó có đến 60% bệnh nhân có tình trạng RLDM trước phẫu thuật, phần lớn có sẵn do bệnh nền và hầu hết đều được điều chỉnh trước mổ để số lượng tiểu cầu $>50 \times 10^9/L$, PT <70%, aPTT <40s, INR <1,5 ngoại trừ 1 trường hợp không được điều chỉnh do bệnh nhân được MKQ cấp cứu do hẹp thanh quản (khó thở thanh quản độ IIb). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 21 bệnh nhân (46,7%) đang sử dụng liệu dự phòng hoặc điều trị liệu pháp kháng đông đơn thuần với 19 bệnh nhân sử dụng lovenox được chỉ định ngưng trước phẫu thuật 24 giờ (17 bệnh nhân), không ngưng (2 bệnh nhân) và có 2 bệnh nhân sử dụng heparin được ngưng 6 giờ trước phẫu thuật. Với 20% bệnh nhân đơn trị với kháng KTTC, chủ yếu dùng aspirin, được ngưng trước phẫu thuật 7 ngày (4 bệnh nhân), 10 ngày (1 bệnh nhân) và không ngưng (2 bệnh nhân). Ngoài ra, có 2 bệnh nhân sử dụng clopidogrel được chỉ định ngưng 5 ngày trước phẫu thuật. Nhóm dùng kháng KTTC kép chiếm 4,44% (2 bệnh nhân) chỉ ngưng clopidogrel 5 ngày, aspirin được duy trì. Còn lại là 28,89% của nhóm sử dụng liệu pháp phối hợp kháng KTTC (aspirin và/hoặc clopidogrel) với kháng đông dự phòng (lovenox) tất cả 13 bệnh nhân đều ngưng các thuốc kháng KTTC từ 5-10 ngày và ngưng lovenox 1 ngày trước phẫu thuật. Ngoài ra không có bệnh nhân nào sử dụng liệu pháp bắc cầu kháng đông. Chúng tôi thấy rằng có sự khác biệt với tỷ lệ nhóm có sử dụng thuốc trong nghiên cứu của Takayuki Sugaya [4] lần lượt là 25%, 25%, 5% và 45% cao nhất với liệu pháp kháng KTTC kép.

Theo chúng tôi, sự khác biệt về thời điểm ngưng sử dụng thuốc so với khuyến cáo xuất phát từ mối quan ngại bởi tác động của nguy cơ thuyên tắc lớn hơn nguy cơ chảy máu trên những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, nguy cơ thuyên tắc chu phẫu từ trung bình đến cao dẫn đến nhu cầu duy trì sử dụng thuốc. Bên cạnh đó tình trạng RLDM do bệnh sẵn có (suy thận, xơ gan, DIC...) cũng là một trong những yếu tố cân nhắc việc ngưng thuốc nhất là trên những bệnh nhân có phân tầng nguy cơ tim mạch thấp, điểm CHADS <3.

4.4. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng trong quá trình phẫu thuật

Trong quá trình phẫu thuật việc chủ động sử dụng dao điện cầm máu cũng như thực hiện khâu cơ hai lớp và rạch da vừa đủ kèm khâu mép vết rạch da giúp cố định chân canuyn cũng góp phần hạn chế tỷ lệ xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng duy nhất trong phẫu thuật là chảy máu xảy ra ở 48,89% bệnh nhân. Dựa vào nghiên cứu DISSECT: Ước tính mất máu được thực hiện bằng cách đếm số lượng gạc với xấp xỉ mỗi miếng gạc 5×5 cm thấm đầy máu tương đương 5 mL máu. Do đó mất máu trên 15 mL (3 miếng gạc) được coi là chảy máu ít trong khi hơn 15 mL được coi là chảy máu nhiều [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tình trạng chảy máu nhiều cao hơn so với chảy máu ít (26,7% so với 22,22%) tuy nhiên không có trường hợp nào chảy máu khó cầm hoặc chảy máu ảnh hưởng đến thông khí. Cùng so sánh với kết quả của nghiên cứu đa trung tâm DISSECT [10], tỷ lệ biến chứng trong khi phẫu thuật đa số cũng là chảy máu với 54,9% chảy máu ít, 7% chảy máu nhiều.

Tình trạng chảy máu trong lúc phẫu thuật được chúng tôi kiểm soát bằng phương pháp chủ động khâu ép, cột mạch máu bằng chỉ, cầm máu bằng dao điện tùy trường hợp, vì thế mặc dù tỷ lệ biến chứng chảy máu cao nhưng không nặng nề, có thể kiểm soát.

Biến chứng hậu phẫu

Theo dõi biến chứng sớm từ 24h sau phẫu thuật đến hết 7 ngày hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận 17,78% (8/45) bệnh nhân xảy ra biến chứng lần lượt là chảy máu chiếm 11,11%, nhiễm trùng vết mổ 4,44% và tràn khí dưới da 2,22%. Tỷ lệ của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Takayuki Sugaya [4] 15% xảy ra biến chứng (chảy máu 7,5%, nhiễm trùng vết mổ 10%, tràn khí dưới da 2,5%) và cùng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Tiến Quân [5] trên đối tượng bệnh nhân không sử dụng thuốc tỷ lệ biến chứng chảy máu sau phẫu thuật là 6,25%.

Trong số 8 trường hợp xảy ra biến chứng của chúng tôi, 4 bệnh nhân có tình trạng chảy máu, chủ yếu chảy máu mức độ nhẹ (chảy máu chân canuyn, tự cầm) và thời gian xảy ra biến chứng thường vào ngày 1 hậu phẫu. Chỉ có 1 trường hợp chảy máu nặng, chảy vào cả trong lòng khí quản, hút được qua canuyn, nhét gạc không hiệu quả phải mở vết mổ, khâu cột cầm máu vào ngày hậu phẫu thứ 7 trên bệnh nhân sử dụng kháng KTTC kép được ngưng cả hai thuốc trước phẫu thuật 7 ngày và sử dụng lại sau phẫu thuật 24h. Tràn khí dưới được phát hiện trên 1 bệnh nhân sau phẫu thuật 1 ngày, mức độ tràn khí nhẹ. Ở 2 bệnh nhân ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vị trí MKQ có sưng nề, đỏ da quanh chân canuyn, kèm sốt vào ngày 3 và 4 sau phẫu thuật.

Mặc dù tỷ lệ biến chứng có sự khác biệt với một vài nghiên cứu khác, như Yen Hsiang Huang [11] ghi nhận trên những bệnh nhân sử dụng thuốc kháng KTTC hoặc kháng đông trước phẫu thuật MKQ bằng phương pháp xuyên da nông có tỷ lệ chảy máu hậu phẫu lên đến 26,8% và cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không sử dụng thuốc còn tác giả Lee Young Hyun [3] lại chỉ ra rằng việc sử dụng thuốc kháng KTTC hoặc kháng đông trước phẫu thuật không liên quan đến biến chứng chảy máu sau phẫu thuật khi thực hiện MKQ

xuyên da nông dưới hướng dẫn của siêu âm. Tuy nhiên, cả hai nghiên cứu trên đều là hồi cứu và phương pháp phẫu thuật được sử dụng không đồng nhất với nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó, gần với nghiên cứu của chúng tôi nhất là Takayuki Sugaya [4] với sự tương đồng về đối tượng nghiên cứu cũng như phương pháp phẫu thuật nhưng vẫn có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng được ghi nhận nhất là chảy máu hậu phẫu (11,11% so với 7,5%). Lý giải cho sự khác biệt này có thể đến từ số lượng mẫu không tương đồng, tỷ lệ nhóm thành phần khác nhau, khác biệt về loại thuốc sử dụng cũng như thời gian ngưng thuốc, sử dụng lại thuốc sau phẫu thuật, cách thức đo lường mức độ chảy máu và tình trạng RLDM cùng bệnh lý nền của đối tượng nghiên cứu nên có sự khác biệt về kết quả thu được.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật MKQ trên bệnh nhân đang sử dụng các liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu và/hoặc kháng đông có tỷ lệ chảy máu trong lúc phẫu thuật không quá khác biệt so với bệnh nhân không sử dụng thuốc nhưng tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật cao hơn dẫn đến tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật cũng cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raimonde A.J, Westhoven N and Winters R. *Tracheostomy*. 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559124/>.
 2. Brenner M.J., Pandian V., Milliren C.E., Graham D.A., Zaga C., et al. Global Tracheostomy Collaborative. *British journal of anaesthesia*. 2020. 125(1), 104–118, doi: 10.1016/j.bja.2020.04.054.
 3. Lee Y.H., Kang D.H and Park H.O. Ultrasound-Guided Percutaneous Tracheostomy in Cardiovascular and Thoracic Surgery of South Korea. *J Chest Surg*. 2024. 57(6), 531-535, doi: 10.5090/jcs.24.057.
 4. Sugaya T., Ueha R., Sato T., Goto T., Yamauchi A., Yamasoba T. Safety of surgical tracheostomy under continued antithrombotic therapy. *Clin Otolaryngol*. 2022.47,88–93, doi: 10.1111/coa.13861.
 5. Đỗ Tiến Quân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan của biến chứng mở khí quản. Luận văn thạc sĩ y học, chuyên ngành Tai mũi họng, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.28-45.
 6. Merola R., Vargas M., Sanfilippo F., Vergano M., Mistraletti G., et al. Tracheostomy Practice in the Italian Intensive Care Units. *Medicina*. 2025. 61(1), 87, doi: 10.3390/medicina61010087.
 7. Chorath K., Hoang A., Rajasekaran K and Moreira A. Association of Early vs Late Tracheostomy Placement with Pneumonia and Ventilator Days in Critically Ill Patients. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021. 147(5), 450–459, doi: 10.1001/jamaoto.2021.0025.
 8. Võ Minh Lộc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả mở khí quản trên bệnh nhân viêm phổi thở máy tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2019-2021. Luận văn bác sĩ nội trú, chuyên ngành Tai mũi họng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2021.30.
 9. Douketis J.D., Spyropoulos A.C., Murad M.H., Arcelus J.I., Dager WE., et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy. *Chest*. 2022. 162(5), 1127-1139, doi: 10.1016/j.chest.2022.08.004.
 10. Gupta S., Tomar D.S., Dixit S., Zirpe K., Choudhry D., et al. Dilatational Percutaneous vs Surgical Tracheostomy in Intensive Care Unit. *Indian J Crit Care Med*. 2020. 24(7), 514-526, doi: 10.5005/jp-journals-10071-23441.
 11. Huang Y.H, Tseng C.H., Chan M.C., Lee B.J., Lin C.H., et al. Antiplatelet agents and anticoagulants increased the bleeding risk of bedside percutaneous dilational tracheostomy in critically ill patients. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2020. 119(7), 1193-1200, doi: 10.1016/j.jfma.2019.10.014.
-