

***Điều trị dự phòng hiệu quả
thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
trên bệnh nhân nội khoa cấp tính:
từ lý thuyết đến thực hành lâm sàng***

Bs Nguyễn Thanh Hiền

Trung tâm TM BV ĐHYD TP Hồ Chí Minh

Code: SAVN.ENO.19.10.1953

Ngày duyệt nội bộ : 09/2019

Trung tâm Hội Nghị Adora / 31/10 – 02/11/2019

Nội dung

1

Tầm quan trọng, Vai trò, đối tượng dự phòng

2

Các biện pháp điều trị dự phòng

3

Chiến lược dự phòng ở BN nội khoa nặng,
HSTC, ĐQ

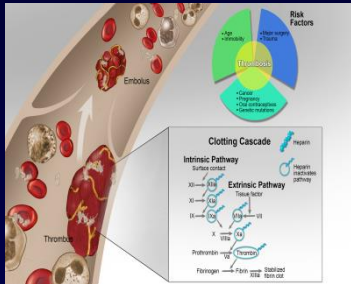
4

Tổ chức thực hiện

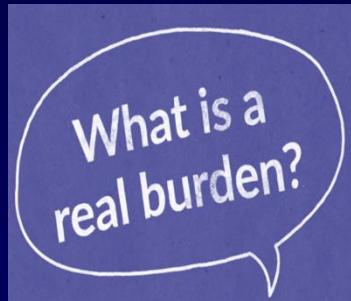
5

Thông điệp mang về

Gánh nặng VTE trên nền y tế



Mỗi năm có 10 triệu ca mắc VTE toàn cầu¹



Tại Mỹ và châu Âu, biến cố liên quan đến VTE gây tử vong nhiều hơn AIDS, ung thư vú, ung thư tuyến tiền liệt và tai nạn giao thông cộng lại²



Nguyên nhân tử vong trong BV thường gặp nhất nhưng có thể phòng tránh được¹

Việt Nam ???

1. Jha AKet. et al. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-15
2. Cohen AT, et al. *Thromb Haemost.* 2007;98:756-764

Tần suất VTE trên bệnh nhân nằm viện: dữ liệu thế giới

Nhóm bệnh nhân	Tần suất (%)
Nội khoa	10 – 20
Ngoại tổng quát	15 – 40
Phẫu thuật phụ khoa lớn	15 – 40
Phẫu thuật tiết niệu lớn	15 – 40
Phẫu thuật thần kinh	15 – 40
Đột quỵ	20 – 50
Thay khớp háng, khớp gối, gãy xương đùi	40 – 60
Chấn thương nặng	40 – 80
Tổn thương cột sống	60 – 80
BN khoa sản sóc tích cực	10 – 80

Tần suất VTE tại Việt Nam qua các công trình nghiên cứu

STT	Nghiên cứu	Đối tượng	Tỉ lệ VTE
1.	INCIMEDI	503 BN nội khoa cấp tính	22% sau 2 lần siêu âm
2.	Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và cs	304 BN nội khoa cấp tính	28%
3.	Huỳnh Văn Ân và cs	54 BN điều trị tại ICU	63% sau 2 lần siêu âm
4.	Nguyễn Trung Hiếu và cs	57 BN đột quy nhồi máu não	14%
5.	Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Vĩnh Thống và cs	104 BN thay khớp háng	39% sau 2 lần siêu âm

Tỉ lệ VTE tại Việt Nam tương đương với thế giới

Thực trạng về dự phòng VTE cho BN nằm viện: NC AVAIL-ME

Khảo sát mô tả cắt ngang, đa quốc gia về tỷ lệ lưu hành của nguy cơ mắc và dự phòng VTE ở BN nằm viện

Phân nhóm nguy cơ	Nguy cơ thấp N=25	Nguy cơ trung bình N=61	Nguy cơ cao N=157	Rất cao N=210	Tổng số N=453
Thích hợp để dự phòng*	0	96.7%	82.8%	90.0%	83.4%
Bất kỳ biện pháp dự phòng nào*	32.0%	39.3%	35.7%	59.5%	47.0%
Bất kỳ thuốc dự phòng nào*	24.0%	37.7%	33.1%	58.1%	44.8%
Bất kỳ dự phòng cơ học nào	12.0%	1.6%	5.1%	5.2%	5.1%
Cả 2*	4.0%	0%	2.5%	3.8%	2.9%
Áp dụng khuyến cáo***	64.0%	4.9%	11.5%	21.9%	18.3%

Việc dự phòng VTE cho BN có nguy cơ trung bình đến rất cao còn thấp, và việc áp dụng khuyến cáo vào dự phòng còn thấp hơn

* $p < 0.001$: khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm yếu tố nguy cơ;

** Khuyến cáo được áp dụng đúng liều lượng, chống chỉ định, thời gian sử dụng

Điều gì đang bị bỏ sót

An iceberg floating in the ocean. The small tip above the water represents the visible part of a problem, while the much larger submerged part represents the hidden, often overlooked aspects. The background is a clear blue sky with some clouds.

VTE/PE có triệu chứng/tử vong

80% VTE không triệu chứng

➤ Trên **70%** tử vong do PE chỉ được xác định sau khi tử thiết ^{2,3}

➤ **80%** TTHKTM không có triệu chứng ^{1,2}

➤ **60%** số ca HKTMS không được chẩn đoán lâm sàng ².

Lợi ích của việc 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



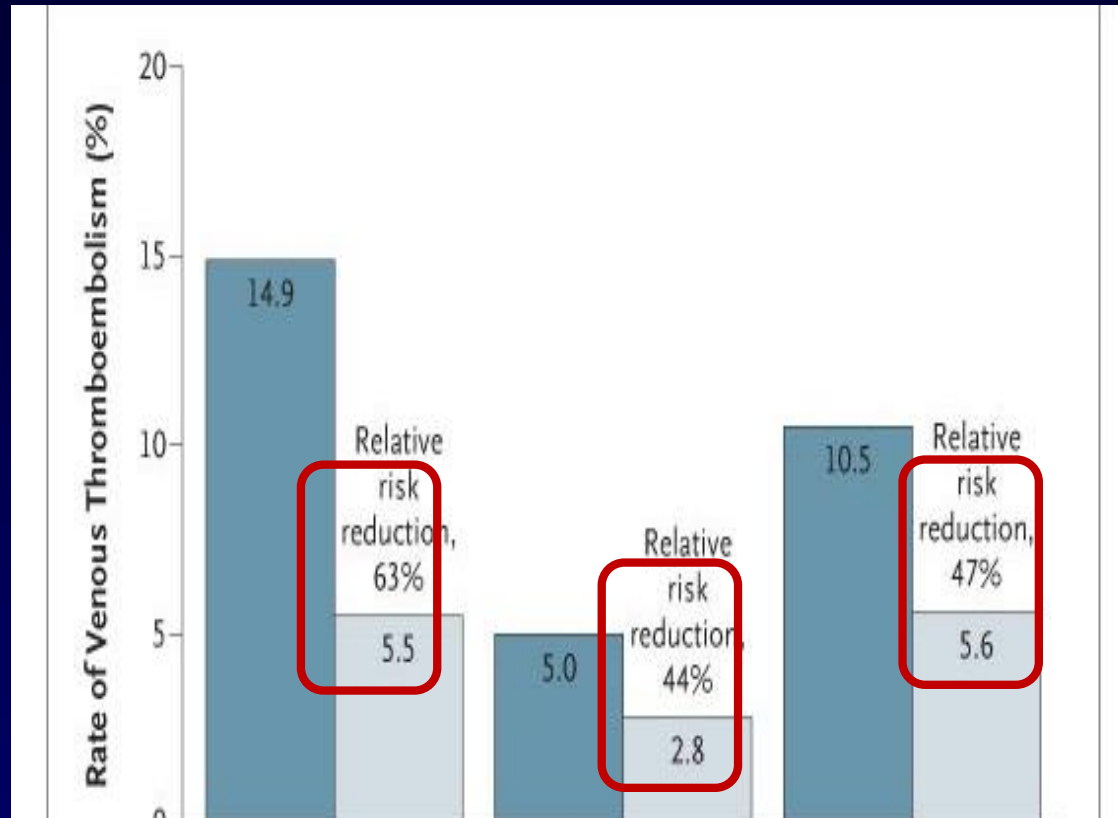
Dự phòng VTE cải thiện kết cục cho bệnh nhân và giảm chi phí y tế^{1,3}

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

3. Li Wang et al. Thrombosis Journal 2011, 9:15

Lợi ích của việc dự phòng VTE trên BN nội khoa



Cần quan tâm dự phòng HKTTTM/BN nội khoa và vấn đề này đã đc đề cập từ lâu

Đối tượng dự phòng ở BN nội khoa

- **Bệnh nội khoa nặng:**
 - Suy tim cấp NYHA độ III/IV
 - Bệnh hô hấp (suy hô hấp có hoặc không có đang lọc máu hoặc đợt cấp của bệnh hô hấp)
 - Nhiễm trùng cấp tính bao gồm nhiễm trùng nặng và nhiễm trùng huyết
 - Bệnh huyết khối hoặc thấp khớp
 - Nhồi máu cơ tim cấp
- **Bệnh nhân nằm hồi sức**
- **Sau đợt quy**

Các biện pháp dự phòng TTHKTM

- LMWH, UFH, fondaparinux hiệu quả ngừa TTHKTM hơn biện pháp cơ học
- LMWH hiệu quả hơn UFH /dự phòng TTHKTM, dân số nguy cơ cao TTHKTM như đột quỵ, HSTC.
- Không hiệu quả rõ rệt của heparin trên tử vong.
- Aspirin và warfarin không được xem là thuốc dự phòng TTHKTM

Các biện pháp dự phòng TTHKTM

Thuốc LMWH

- GFR > 30ml/phút: Enoxaparin 40 mg TDD 1 lần/ngày
- GFR 20 - 29 mL/phút: 30 mg 1 lần/ngày
- Đêm tiểu cầu nên thường quy vào N 5,7, 9 BN dùng LMWH phát hiện biến chứng giảm tiểu cầu do heparin
- CCD khi bệnh nhân HIT
- **Low dose unfractionated heparin:** Heparin không phân đoạn liều thấp:
 - Liều dự phòng điển hình cho UFH là 5000 đơn vị tiêm dưới da hai hoặc ba lần mỗi ngày.
 - Liều thuốc lý tưởng cho bệnh nhân béo phì là không rõ vì vậy nên dùng thuốc theo từng trường hợp cụ thể. Chúng tôi thường thích điều trị theo kinh nghiệm với UHF từ 5000 đến 7500 đơn vị ba lần mỗi ngày, liều lượng và tần suất thay đổi theo từng bệnh nhân cụ thể

Dự phòng cơ học

- CCEĐ chống đông hay nguy cơ cao xuất huyết.
- Cần chuyển dự phòng bằng thuốc kháng đông ngay khi không còn CCEĐ và giảm nguy cơ xuất huyết
- **Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng** (intermittent pneumatic compression-IPC)
 - Cơ chế
 - ✓ Tăng dòng tĩnh mạch, ngừa ứ trệ tĩnh mạch nên giảm TTHKTM.
 - ✓ Giảm plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1), vì vậy tăng tiêu sợi huyết nội sinh.
 - Thời gian phòng (11-12 giây) và thời gian xẹp (60 giây)
 - Chống chỉ định: bệnh động mạch chi dưới
- **Vớ áp lực**: nhiều NC chưa cho thấy lợi ích ngừa TTHKTM

CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG TT - HKTM

BƯỚC 1:

Đánh giá nguy cơ bị truyền tắc – HKTM của bệnh nhân nhập viện.

BƯỚC 2:

Đánh giá nguy cơ chảy máu, các chống chỉ định điều trị thuốc chống đông.

BƯỚC 3:

Tổng hợp các nguy cơ, cân nhắc lợi ích và nguy cơ của điều trị dự phòng bằng thuốc chống đông.

BƯỚC 4:

Lựa chọn các biện pháp dự phòng phù hợp: biện pháp dược lý, biện pháp cơ học.

Dự phòng VTE trên BN nội khoa nhập viện: đánh giá nguy cơ - bảng điểm Padua Prediction Risk

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:

- Nghiên cứu trên 1180 bệnh nhân
- Tính điểm dựa vào 11 yếu tố nguy cơ phổ biến
- 60,3% BN có nguy cơ thấp (điểm <4)
- 39,7% BN có nguy cơ cao (điểm ≥ 4)
- Dự phòng bằng:
 - 15,000U Heparin thường,
 - 4000U enoxaparin,
 - dalteparin 5000U,
 - fondaparinux 2.5mg
- Nhóm nguy cơ cao không được dự phòng: 11% bị HKTM (so với 2,2% ở nhóm được dự phòng): **HR = 32**

→ Thang điểm trên được khuyến cáo đánh giá nguy cơ HKTM ở BN nội khoa cấp

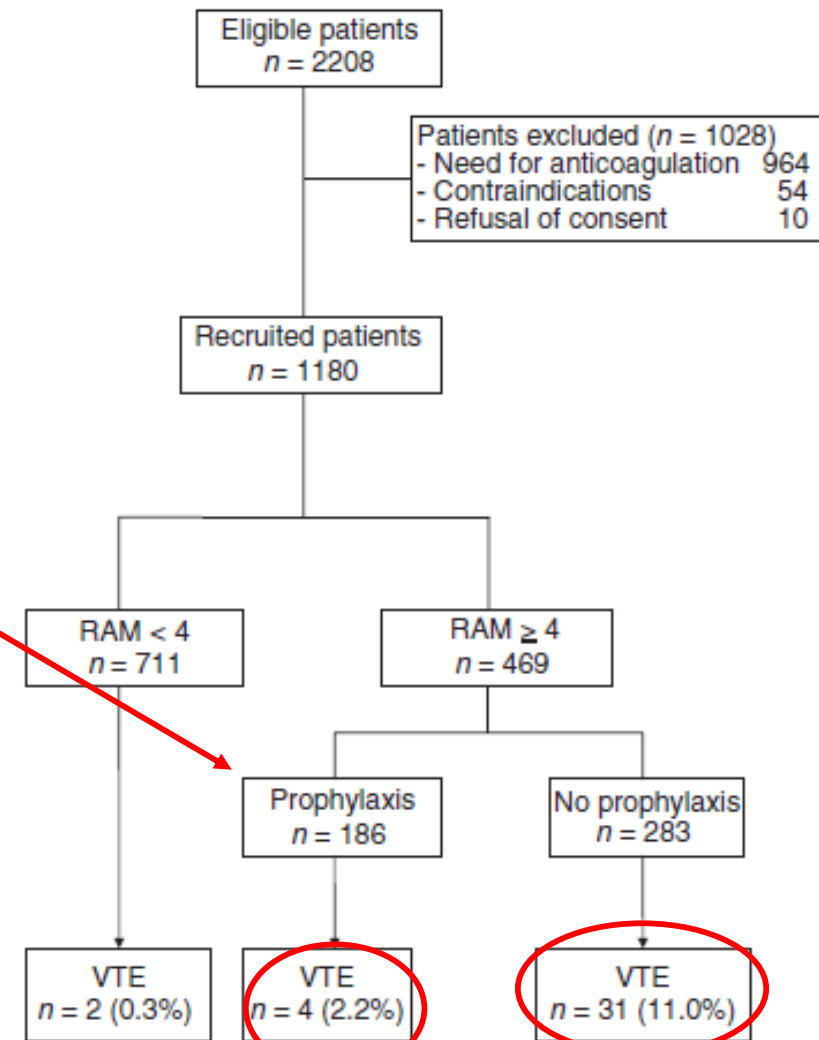


Fig. 1. Flow diagram of the study.

Dự phòng VTE trên BN nội khoa nhập viện: đánh giá nguy cơ - bảng điểm Padua Prediction Risk

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 t.)	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 ($BMI \geq 30$, người Châu Á ≥ 28)	1
Đang điều trị bằng hormon	1

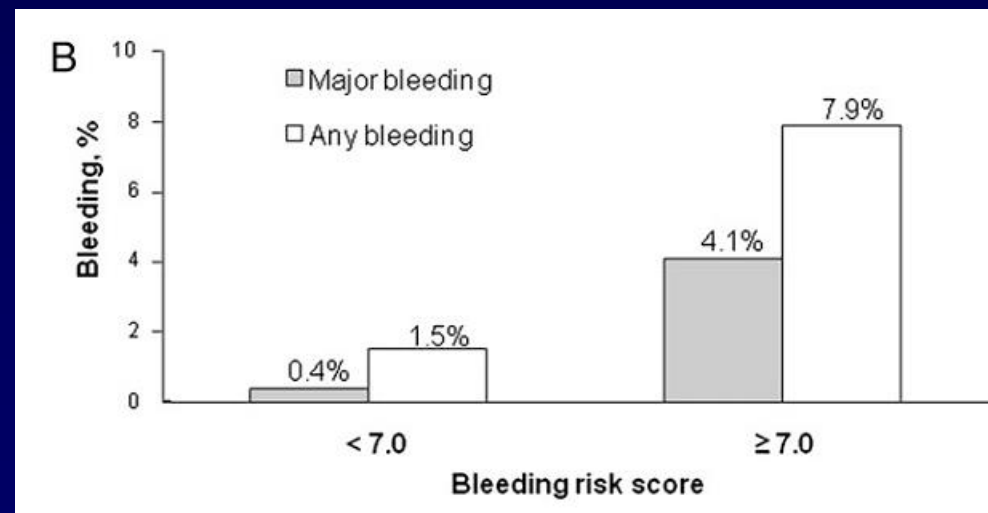
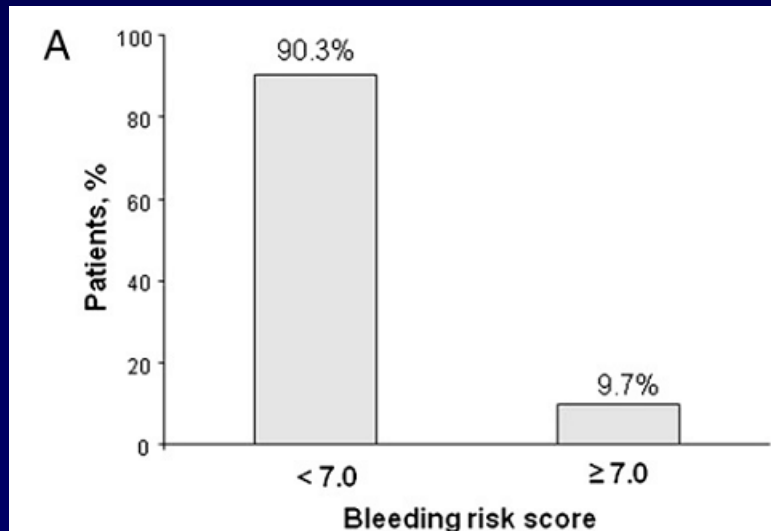
Nguy cơ cao (≥ 4 điểm) có nguy cơ VTE là 11% (CẦN ĐT DỰ PHÒNG) vs nguy cơ thấp (< 4 điểm) là 0,3% (K CẦN ĐT DỰ PHÒNG)

KIỂM TRA CHỐNG CHỈ ĐỊNH – NGUY CƠ CHẢY MÁU TRƯỚC KHI SỬ DỤNG CHỐNG ĐÔNG

CCĐ TUYỆT ĐỐI	CCĐ TƯƠNG ĐỐI
<ul style="list-style-type: none">- Suy thận nặng- Suy gan nặng- Xuất huyết não- Tình trạng xuất huyết đang tiến triển (Ví dụ: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng)- Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là xuất huyết giảm tiểu cầu do heparin- Dùng thuốc chống đông- Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải.	<ul style="list-style-type: none">- Chọc dò tủy sống- Đang dùng các thuốc chống đông (ví dụ: aspirin, clopidogrel, warfarin với INR >2...)- Số lượng tiểu cầu <100.000/mm³- Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát- Vừa mới trải qua phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu
Không dùng chống đông khi có 1 trong các yếu tố nêu trên . Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học	Trì hoãn sử dụng chống đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm

B2. Thang điểm Improve dự đoán chảy máu

- IMPROVE: NC 15 156 bệnh nhân ở 52 bệnh viện tại 12 quốc gia.
 - Phân tích hồi quy đa biến tạo thành thang điểm IMPROVE để tiên đoán nguy cơ xuất huyết.

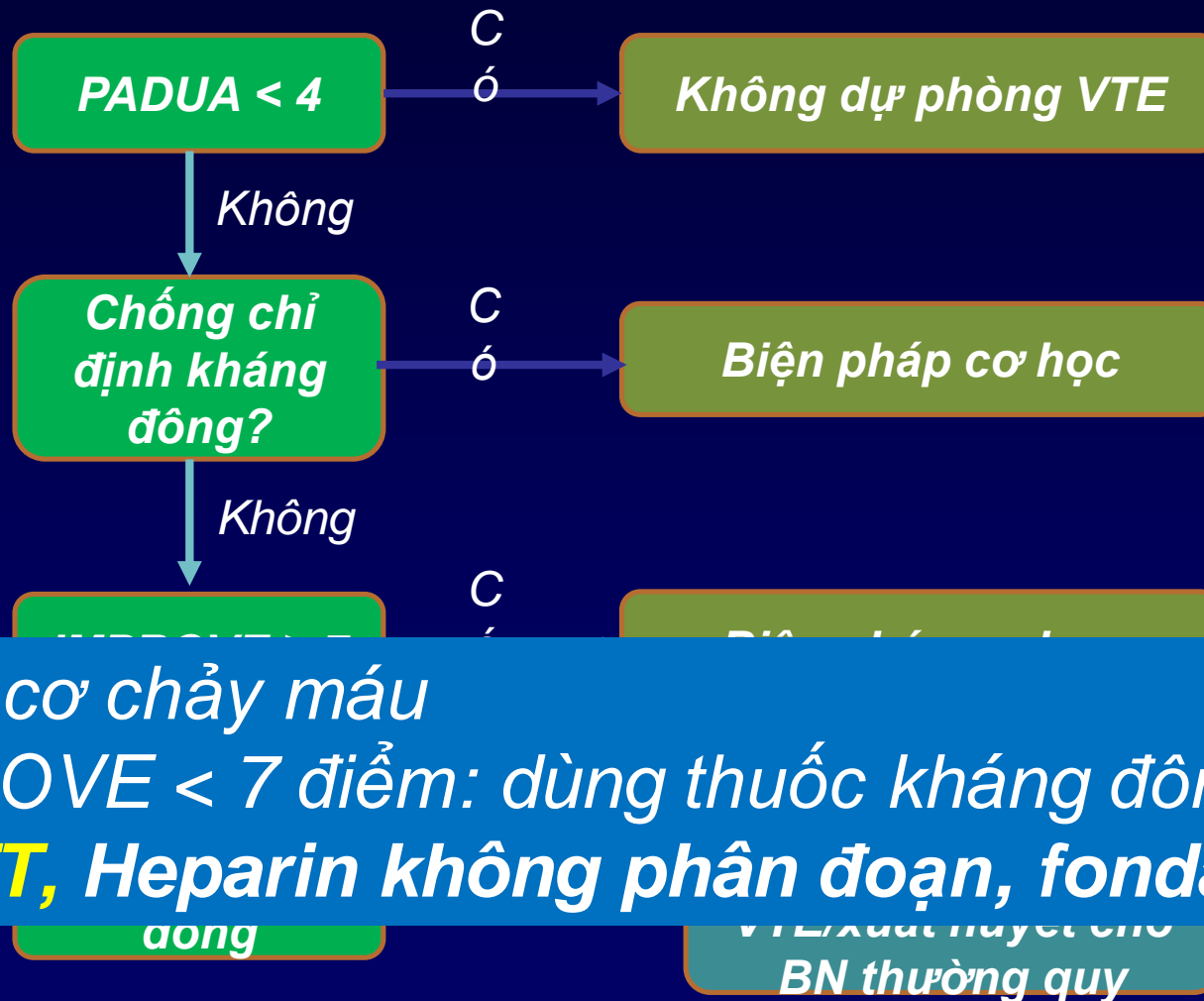


Thang điểm improve dự đoán chảy máu

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Loét dạ dày tá tràng tiến triển	4,5
Xuất huyết 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/ $1,73m^2$)	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/ $1,73m^2$)	1

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

B 3: Cân bằng lợi ích nguy cơ dự phòng



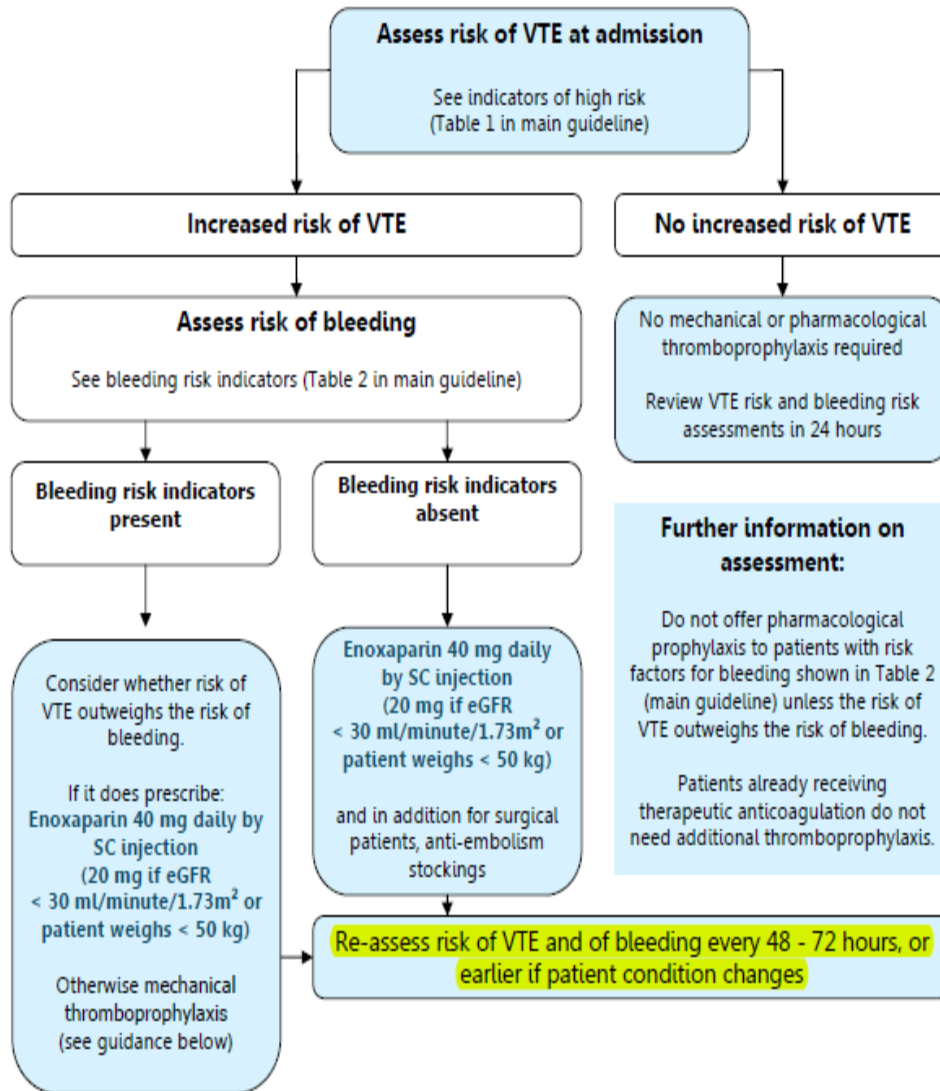
Nguy cơ chảy máu
IMPROVE < 7 điểm: dùng thuốc kháng đông (**Heparin TLPTT**, Heparin không phân đoạn, fondaparinux)

B 4: Lựa chọn biện pháp & thời gian dự phòng

- Biện pháp dự phòng:
 - Thuốc
 - Không thuốc
- Thời gian dự phòng
 - Dự phòng TTHKTM lý tưởng nên duy trì cho đến khi BN **đi lại được hoàn toàn hay xuất viện**.
 - ✓ không dự phòng thường quy ở BN bất động mạn tính ở nhà hay viện dưỡng lão.
 - Chưa nhiều NC xác định chính xác mức độ bất động, mức độ hồi phục vận động để dự phòng và ngừng dự phòng
 - Không nhiều NC về thời gian dự phòng TTHKTM ở BN nội khoa nhập viện.
 - Một số hướng dẫn đề nghị 10 ± 4 ngày

Lưu ý về tái đánh giá nguy cơ VTE và xuất huyết trên BN nội viện

Assessment of VTE and bleeding risk



*Tái đánh giá
nguy cơ VTE và
xuất huyết mỗi
48 – 72 giờ,
hoặc sớm hơn
nếu điều kiện
bệnh nhân
thay đổi*



Thuyên tắc – HKTMs ở bệnh nhân HSTC

- HKTMs/HSTC 28-32%, TV/HKTMs: 7- 27%
- BN khoa HSTC có nhiều YTNC TTHKTM:
 - Tất cả những bệnh nhân nhập viện tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICUs) được coi là **nguy cơ cao mắc VTE** (cả huyết khối tĩnh mạch chi trên và chi dưới, khoảng 10%) ngay cả sau khi dùng chống đông dự phòng thường qui.
 - YTNC trước khi vào viện: bệnh lý ác tính, đột quỵ, tuổi cao, suy tim, suy hô hấp, tiền sử TTHKTM...
 - YTNC trong thời gian nằm viện: bất động kéo dài, sử dụng các thuốc gây liệt cơ, đường truyền tĩnh mạch trung tâm, thủ thuật, nhiễm trùng, thông khí nhân tạo, lọc thận...
- **Nguy cơ xuất huyết cao:** liên quan đến XH tiêu hóa, giảm tiểu cầu, suy thận...
- **Chẩn đoán TTHKTM /HSTC khó khăn:** BN sử dụng thuốc an thần, BN hôn mê, BN thở máy, ... khó phát hiện triệu chứng. 95% HKTMs/ HSTC không TC
- NC gộp từ 7 thử nghiệm ở 7226 bệnh nhân HSTC chứng minh dự phòng bằng heparin (LMWH hay UFH) làm giảm TTHKTM không làm tăng xuất huyết, không làm giảm tử vong.
 - Phân tích dưới nhóm cho thấy dự phòng bằng **LMWH hiệu quả hơn UFH**

Khuyến cáo dự phòng BN hồi sức nội khoa

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Bệnh nhân nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM được khuyến cáo dự phòng bằng Heparin TLPTT , Heparin không phân đoạn	I	B
Bệnh nhân nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM nhưng nguy cơ chảy máu cao, nên được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng	II	C

Thuyên tắc – HKTMs ở bệnh nhân đột quy

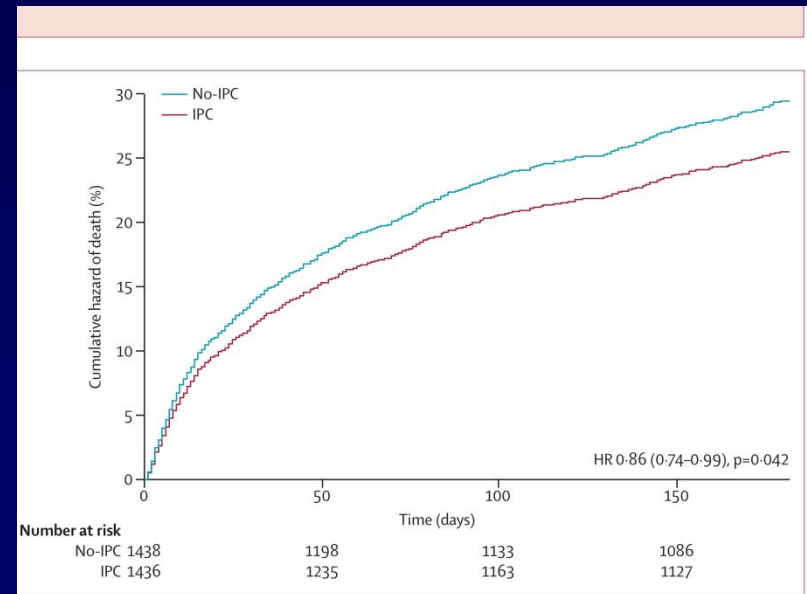
- Nguy cơ TTHKTM tăng trong vài tháng đầu sau ĐQ do bất động
- TTP trong giai đoạn này 1-3%. TTP là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất trong khoảng 2-4 tuần sau ĐQ.
- Tần suất HKTMS có triệu chứng sau đột quy 1-10%. Khoảng 15% tử vong liên quan đến HKTMS đoạn gần
- Liệt vận động là yếu tố tiên đoán HKTMS. Tỷ lệ HKTMS cùng bên liệt là 73%, đối bên liệt là 11%, hai bên là 16%.
 - Hiện diện HKTMS bên không liệt gợi ý HKTMS bên liệt.
 - YTNC quan trọng HKTMS khác là lớn tuổi, độ nặng của đột quy và bất động
- UFH và LMWH giảm TTHKTM ở BN đột quy nhưng tăng xuất huyết nội sọ
 - → tỷ số lợi ích –nguy cơ ở đột quy thiếu máu cấp ít hơn khi so với BN nội khoa khác.
- Hướng dẫn ACCP năm 2012 gợi ý UFH, LMWH và IPC có lợi, **đồng thời LMWH có ưu thế hơn UFH**
- Fondaparinux has not been well-studied for VTE prevention in patients with acute stroke

Thuyên tắc – HKTM ở đột quy thiếu máu

- CLOTS 3 trên 2800 BN đột quy cấp, vai trò IPC.
 - IPC bắt đầu trong 3 ngày đầu nhập viện đến tối thiểu 30 ngày hay đến khi BN vận động được làm giảm HKTMS (12% so với 8,5%) nhưng không thay đổi tử vong (13% so với 11%).
- CCĐ IPC: bệnh ĐM chi dưới, loét chân, viêm da và phù chân nặng.
- Không IPC ở BN bất động và không dự phòng TTHKTM > 72 giờ từ khi đột quy do có thể bong tróc cục huyết khối



Figure 1: The Kendall SCD™ express sequential compression system (Covidien, MA, USA) with Comfort sleeves applied to a patient's legs



Thuyên tắc – HKTM ở đột quy thiếu máu: khuyến cáo

BN đột quy cấp do tắc mạch

- Khuyến cáo dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực từng lúc với BN nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ khi bắt đầu triệu chứng và có liên quan

4.8. Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu	COR	LOE
1. Ở những bệnh nhân đột quy bất động không có chống chỉ định, ngoài việc sử dụng thường quy (aspirin và cung cấp đủ nước) thì bơm hơi áp lực ngắt quãng được khuyến cáo trong việc chăm sóc thường quy để giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu	I	B-R
2. Lợi ích của việc điều trị dự phòng bằng heparin tiêm dưới da (heparin không phân đoạn [UHF] hoặc LMWH) ở những bệnh nhân bất động với đột quy thiếu máu não cấp chưa có cơ sở xác định.	IIb	A
		New recommendation.

Thuyên tắc – HKTМ ở đột quỵ thiếu máu: khuyến cáo

- **Sau khi tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch :**
 - IPC nên được bắt đầu ngay khi nhập viện, trong khi thuốc chống đông nên được trì hoãn đến 24 giờ sau khi dùng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch.
- **Không dùng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch:**
 - Nên bắt đầu IPC khi nhập viện, có thể thêm heparin liều thấp (LMW hoặc heparin không phân đoạn) cho những bệnh nhân không được điều trị DAPT cho đột quỵ nhẹ.
- **Dùng kháng tiểu cầu kép** – Đối với những BN TIA hoặc đột quỵ nhẹ (vd: NIHSS) ≤ 3 điểm) đang dùng ngắn hạn DAPT với aspirin và clopidogrel, chỉ sử dụng IPC là hợp lý tránh dùng thuốc cho dự phòng VTE.
- **Đã sử dụng thuốc chống đông máu:**
 - IPC được bắt đầu khi nhập viện.
 - Có thể sử dụng heparin liều thấp (LMW hoặc heparin không phân đoạn) để điều trị dự phòng VTE (sau 24 giờ dùng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch) trong khoảng thời gian khi ngưng liều đầy đủ thuốc chống đông đường uống.
 - Không cần dùng heparin liều thấp đồng thời để điều trị dự phòng VTE sau khi thuốc chống đông đường uống được dùng lại và đạt mức điều trị.
- **Chống chỉ định với thuốc chống đông**
 - Chỉ sử dụng IPC trong điều trị dự phòng VTE.

Thuyên tắc – HKTMS ở đột quỵ xuất huyết

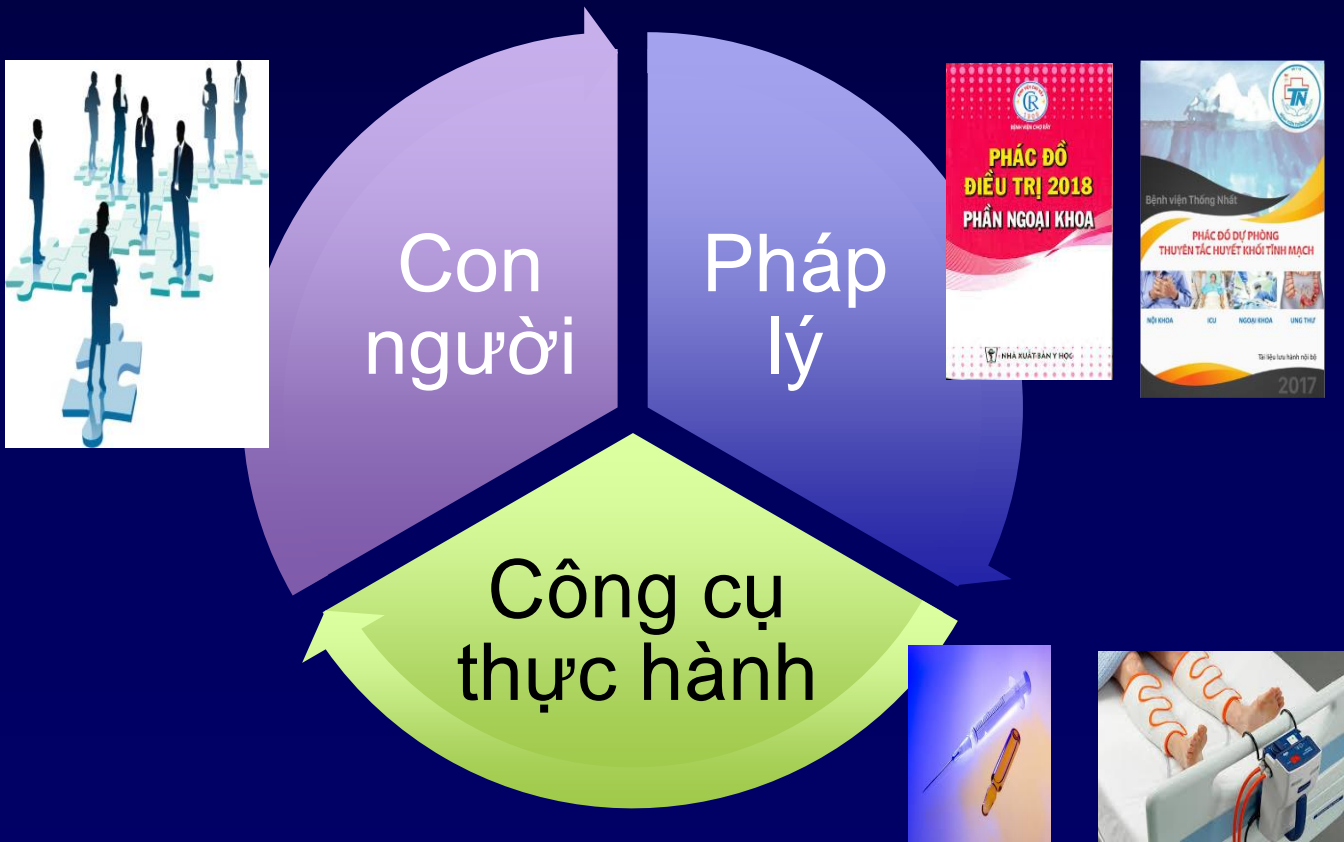
- Tần suất HKTMS có triệu chứng 2-15% ở BN XHN.
- Tần suất HKTMS không triệu chứng khoảng 40% BN XHN có liệt vận động.
- HKTMS thường xuất hiện sau hơn 1 tuần liệt vận động, thường ở bên liệt
- TTP xảy ra ở 1-5% BN, thường 2-4 tuần sau XHN, thường không liên quan đến HKTMS có triệu chứng.
- YTNC của TTHKTMS/ XHN là độ nặng đột quỵ (đặc biệt yếu chi dưới).
- Còn ít NC dự phòng
- Thử nghiệm CLOTS 3
 - phân tích dưới nhóm gồm 322 BN XHN
 - IPC giảm nguy cơ HKTMS đoạn gần vào ngày 30 với OR 0,36[0,17-,75].
 - Tác dụng phụ chỉ có tổn thương da

Khuyến cáo

- 0-72 giờ: IPC
- ≥ 72 giờ:
 - IPC tới khi BN có thể vận động, hay tối thiểu 30 ngày
 - Chống đông: kéo dài trong vòng 2 tuần, hoặc tới khi BN có thể vận động (nhưng không quá 6 tuần)
 - ✓ cân nhắc kỹ nguy cơ chảy máu (dựa vào lâm sàng, huyết áp, kích thước vùng chảy máu) và nguy cơ tắc mạch (tình trạng bất động).
 - IPC \leftrightarrow chống đông

Áp dụng các khuyến cáo/phác đồ vào dự phòng VTE trong thực tế tại bệnh viện

*Triển khai phác đồ vào thực tế
LÀ MỘT QUÁ TRÌNH DÀI
ĐÒI HỎI PHẢI CÓ SỰ PHỐI HỢP ĐỒNG BỘ CỦA 1 TẬP THỂ*



Triển khai dự phòng VTE cho bệnh nhân nội khoa cấp tính



Thách thức *từ* phía con người
(Nhân viên y tế):

- Quá bận rộn
- Nỗi sợ hãi: CHẢY MÁU !
- Chủ nghĩa kinh nghiệm:



CHƯA THẤY TTHKTM BAO
GIỜ!!!

Vượt qua rào cản trong triển khai dự phòng VTE cho bệnh nhân nội khoa cấp tính

Con người: vượt qua các rào cản

- *Lãnh đạo khoa phòng/BV đi buồng: check list to do*
- *Đào tạo: Hội thảo khoa học, đào tạo liên tục*
- *Tuyên truyền: Gặp mặt, giới thiệu thang điểm, app*
- *Nhắc nhở (bởi lãnh đạo khoa/chuyên gia)*
- *Pháp lý: Luật hoá (không dự phòng VTE cho bệnh nhân có nguy cơ) -> VTE xuất hiện -> Bác sĩ có nguy cơ bị thua kiện!*



*Con người, chuyên gia, lãnh đạo khoa phòng và bệnh viện:
Quan trọng bậc nhất!*

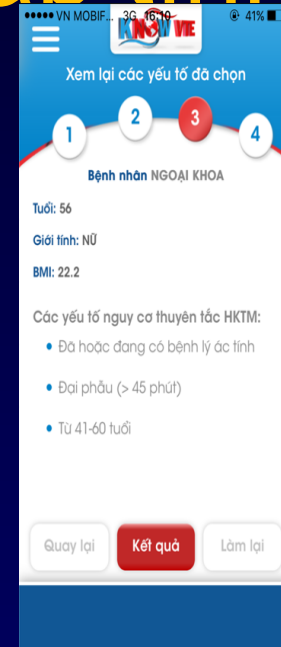
Triển khai hiệu quả dự phòng VTE trên BN nội khoa cấp tính

Công cụ lý thuyết:

- Các khuyến cáo, guideline, protocol: đã có
- App KNOWVTE

Công cụ thực hành:

- Thuốc: LMWH đơn giản, dễ sử dụng
- Thiết bị cơ học: khi nguy cơ XH cao và chưa dùng được biện pháp dược lý





PHIẾU ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI

1. THÔNG TIN CƠ BẢN

Họ tên người bệnh: NGUYỄN THỊ VẤN

Năm sinh: 1923 (96 tuổi)

Giới tính: Nữ

Cân nặng hiện tại: 45 kg

Chiều cao: 155 cm

BMI: 18.7 kg/m²

Chẩn đoán: Suy tim mất bù cấp thể ẩm ẩm (EF bảo tồn), ytd viêm phế quản cấp (I50) - Đau thắt ngực ổn định CCS III (I20) - Nhịp nhanh xoang (R00) - Tràn dịch màng phổi (T) đã chọc tháo (J90) - Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (K21) - Rối loạn lipid máu (E78) - Bệnh thận mạn, giai đoạn 4 (N18.4) - Lão suy (R64) - Viêm da tiếp xúc dị ứng - Khô da người già (L23)

2. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH (PADUA Scores):

2.1. Bản thân:

☒ Tuổi cao (≥ 70)

☐ Béo phì (BMI ≥ 30)

2.2. Bệnh cảnh:

	Kết quả	Số điểm
• Tiền căn thuyên tắc/ huyết khối tĩnh mạch (trừ huyết khối tĩnh mạch nông)	Có	3
• Ung thư tiến triển	Không	0
• Bất động (do hạn chế của người bệnh hay do chỉ định của bác sĩ)	Không	0
• Bệnh lý/ tình trạng tăng đông máu	Không	0
• Mới chấn thương/ phẫu thuật dưới 1 tháng	Không	0
• Suy tim và/ hoặc suy hô hấp	Có	1
• Nhồi máu cơ tim cấp/ nhồi máu não cấp	Không	0
• Bệnh lý nhiễm trùng và/ hoặc bệnh lý cơ xương khớp do thấp	Không	0
• Đang điều trị nội tiết tố thay thế	Không	0

Tổng điểm: 5

Tổng điểm < 4: Nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thấp (0.3%), **KHÔNG** cần điều trị dự phòng
(Kết thúc phiếu đánh giá nguy cơ huyết khối)

Tổng điểm ≥ 4 : Nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cao (2.2 – 11%), **CẦN** điều trị dự phòng
(Chuyển đến phần đánh giá nguy cơ chảy máu)

3. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU (IMPROVE Scores):

3.1. Bản thân:

Tuổi: 96

Giới tính: Nu

☐ Đang nằm ICU

3.2. Bệnh cảnh:

	Kết quả	Số điểm
• Loét dạ dày tá tràng tiến triển	Không	0
• Ung thư tiến triển	Không	0
• Chảy máu trong vòng 3 tháng trước nhập viện	Không	0
• Bệnh thấp khớp	Không	0
• Catheter tĩnh mạch trung tâm	Không	0

3.3. Xét nghiệm:

PLT (G/L): 234

INR: 0.9

eGFR: 26 (mL/ph)

Tổng điểm: 6

(Tổng điểm ≥ 7 : nguy cơ chảy máu cao; <7 : nguy cơ chảy máu thấp)

4. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: 5 điểm
- Nguy cơ chảy máu: 6 điểm

Xử trí:

- Thuốc kháng đông và/ hoặc cơ học (Vỡ áp lực ngắt quãng, VLTL,...)

Ngày 14 tháng 10 năm 2019

Bác sĩ điều trị



PHIẾU ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI

1. THÔNG TIN CƠ BẢN

Họ tên người bệnh: NGUYỄN THỊ VẤN

Năm sinh: 1923 (96 tuổi)

Giới tính: Nữ

Cân nặng hiện tại: 45 kg

Chiều cao: 155 cm

BMI: 18.7 kg/m²

Chẩn đoán: Suy tim mất bù cấp thể ẩm ẩm (EF bảo tồn), yttđ viêm phế quản cấp (I50) - Đau thắt ngực ổn định CCS III (I20) - Nhịp nhanh xoang (R00) - Trần dịch màng phổi (T) đã chọc tháo (J90) - Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (K21) - Rối loạn lipid máu (E78) - Bệnh thận mạn, giai đoạn 4 (N18.4) - Lão suy (R64) - Viêm da tiếp xúc dị ứng - Khô da người già (L23)

2. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH (PADUA Scores):

2.1. Bản thân: ☒ Tuổi cao (≥ 70)

☐ Béo phì (BMI ≥ 30)

2.2. Bệnh cảnh:

	Kết quả	Số điểm
• Tiền căn thuyên tắc/ huyết khối tĩnh mạch (trừ huyết khối tĩnh mạch nông)	Không	0
• Ung thư tiến triển	Không	0
• Bất động (do hạn chế của người bệnh hay do chỉ định của bác sĩ)	Không	0
• Bệnh lý/ tình trạng tăng đông máu	Không	0
• Mới chấn thương/ phẫu thuật dưới 1 tháng	Không	0
• Suy tim và/ hoặc suy hô hấp	Có	1
• Nhồi máu cơ tim cấp/ nhồi máu não cấp	Không	0
• Bệnh lý nhiễm trùng và/ hoặc bệnh lý cơ xương khớp do thấp	Không	0
• Đang điều trị nội tiết tố thay thế	Không	0

Tổng điểm: 2

Tổng điểm < 4: Nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thấp (0.3%), **KHÔNG** cần điều trị dự phòng
(Kết thúc phiếu đánh giá nguy cơ huyết khối)

Tổng điểm ≥ 4 : Nguy cơ bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cao (2.2 – 11%), **CẦN** điều trị dự phòng
(Chuyển đến phần đánh giá nguy cơ chảy máu)

3. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU (IMPROVE Scores):

3.1. Bản thân:

Tuổi: 96

Giới tính: Nu

☐ Đang nằm ICU

3.2. Bệnh cảnh:

	Kết quả	Số điểm
• Loét dạ dày tá tràng tiến triển	Không	0
• Ung thư tiến triển	Không	0
• Chảy máu trong vòng 3 tháng trước nhập viện	Không	0
• Bệnh thấp khớp	Không	0
• Catheter tĩnh mạch trung tâm	Không	0

3.3. Xét nghiệm:

PLT (G/L): 222

INR: 0.9

eGFR: 26 (mL/ph)

Tổng điểm: 6

(Tổng điểm ≥ 7 : nguy cơ chảy máu cao; <7 : nguy cơ chảy máu thấp)

4. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ:

- Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: 2 điểm

Xử trí:

- Không dự phòng điều trị huyết khối tĩnh mạch

Ngày 21 tháng 10 năm 2019

Bác sĩ điều trị

Thông điệp mang về

- Cần quan tâm đến dự phòng thuyên tắc-HKTM ở BN nội khoa, đặc biệt BN nằm HSTC, ĐQ.
- Tuân thủ 4 bước trước khi thực hiện:
 - Đánh giá NC thuyên tắc-HKTM/chảy máu/cân bằng lợi ích-nguy cơ/lựa chọn biện pháp dự phòng
- Cá thể hóa trên từng người bệnh
- **LWMH** là thuốc có nhiều NC, an toàn và hiệu quả nhất trong dự phòng bằng thuốc/BN nội khoa

Thông điệp mang về

Khuyến cáo

I <h1>hông điệp mang ve</h1> Khuyến cáo		Nhóm	Mức chứng cứ
Bệnh nhân nội khoa			
BN nội khoa ĐTnội trú có NC cao bị thuyên tắc HKTM được khuyến cáo dự phòng bằng Heparin TLPT thấp, Heparin không phân đoạn hoặc Fondaparinux	I	B	
BN nội khoa ĐT nội trú có NC cao bị thuyên tắc HKTM nhưng NC chảy máu cao, nên được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng hoặc tắt chun áp lực.	Ila	C	
Bệnh nhân HSTC nhóm nội khoa			
BN nội khoa ĐT có NC cao bị thuyên tắc HKTM được khuyến cáo dự phòng bằng Heparin TLPTT, Heparin không phân đoạn	I	B	
Bệnh nhân nội khoa điều trị nội trú có NC cao bị thuyên tắc HKTM nhưng NC chảy máu cao, nên được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng	II	C	
Đột quy thiếu máu			
Khuyến cáo dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực từng lúc với BN nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ khi bắt đầu triệu chứng, và có liệt vận động.	I	B	
Xem xét dự phòng bằng thuốc chống đông có thể bắt đầu sớm nhất là 48 giờ sau khi bị đột quy, và kéo dài trong vòng 2 tuần, hoặc tới khi BN có thể vận động (nhưng không quá 6 tuần).	Ila	C	
Đột quy xuất huyết			
Khuyến cáo dự phòng bằng thiết bị bơm hơi áp lực ngắt quãng ngay khi nhập viện	I	B	
Xem xét dự phòng bằng thuốc chống đông sau 3 ngày, sau khi cân nhắc kỹ nguy cơ chảy máu (dựa vào lâm sàng, huyết áp, kích thước vùng chảy máu) và nguy cơ tắc mạch (tình trạng bất động).	Ila	C	

Thank you!



Thuyên tắc – HKTM ở đột quỵ thiếu máu

- Có thể dự phòng TTHKTM trong 48 giờ ở BN đột quỵ thiếu máu cấp có giới hạn vận động **bằng LWMH** hay UFH.
 - Chống đông không nên dùng trong vòng 24 giờ sau khi ngừng truyền tiêu sợi huyết
- Thời gian tối ưu dự phòng TTHKTM không rõ
 - Thử nghiệm dự phòng trong 2 tuần nên các hướng dẫn khuyến cáo dự phòng khởi đầu càng sớm và trong thời gian nằm viện hay cho đến khi bệnh nhân có thể vận động được
- NOAC chưa có nhiều NC về dự phòng TTHKTM BN đột quỵ cấp
- Aspirin được khuyến cáo trong hầu hết trường hợp đột quỵ thiếu máu cấp hay TIA vì giảm nguy cơ nguy cơ tử vong và đột quỵ tái phát.
 - Ở BN nguy cơ cao TTHKTM, aspirin có làm giảm TTHKTM so với placebo, nhưng mức hiệu quả < so với chống đông.

Bệnh án

- Lê Minh H, nam, 73 tuổi
- Nhập viện 20h39' 01/09/2017
- BS: cách nv 1 ngày, BN ho đàm, khó thở tăng dần
- TC: THA điều trị không đều, hút thuốc lá nhiều
- Khám:
 - M 120/p HA 160/80 mmHg
 - BMI 19.5
 - Lờ đờ, khó thở co kéo nhiều cơ hô hấp phụ

Vai trò dự phòng HKTTM

- TTHKTM: tỷ lệ tử vong, bệnh tật cao
- 900 000 ca TTHKTM → 300 000 tử vong /năm/ Mỹ.
- TTP: nguyên nhân tử vong 1/3 BN nội khoa nhập viện.
- TTHKTM có 24%-60% ca tử thiết ở châu Âu và Mỹ; 0,8% Nhật
- VN: INCIMEDI /siêu âm Duplex 22% BN nội khoa nhập viện có HKTMS không triệu chứng.
- BN nội khoa nhập viện nguy cơ TTHKTM gấp 130 lần so dân số chung.
- 2/3 tổng số bệnh TTHKTM xảy ra trong 3 tháng từ lúc nhập viện.

Cần quan tâm dự phòng HKTTM/BN nội khoa và vấn đề này đã đc đề cập từ lâu

Vai trò dự phòng HKTTTM

- Dự phòng TTHKTM
 - giảm TTHKTM ở BN nội khoa và phẫu thuật
 - giảm tử vong/ngoại khoa
 - giảm tử vong không hằng định ở BN nội khoa
- Có thể BN nội khoa kèm nhiều bệnh phối hợp làm tăng tăng nguy cơ xuất huyết, tăng nguy cơ tử vong.
- Cần cân nhắc đối tượng có thể hưởng lợi từ việc dự phòng, giảm tai biến không cần thiết, cải thiện tử vong.

Quần thể đặc biệt

- Giảm tiểu cầu do Heparin:
 - **fondaparinux** có thể được sử dụng thay thế cho heparin
- Nguy cơ chảy máu cao or chống chỉ định kháng đông:
 - Sử dụng các phương pháp cơ học phòng ngừa VTE cơ học (ví dụ: bơm hơi áp lực ngắt quãng, vớ điều chỉnh áp lực,) hơn là không điều trị dự phòng.
 - Chuyển đổi sớm sang thuốc ngay khi nguy cơ chảy máu thấp đến mức chấp nhận được (ví dụ: thường trong vòng 24 đến 48 giờ) hoặc đã bị đảo ngược.

Bệnh án

- CTM:
 - RBC: 5.23 M/ μ L (Hb 14.27 g/dL; Hct 42.7%)
 - WBC 15.4 K/ μ L
 - PLT: 234 K/ μ L
- PT activity 90%
- AST 0.55 ukat/L ALT 0.43 ukat/L
- eGFR(MDRD) 88.5 mL/min/1,73m²
- Khí máu
 - pH 7,28, HCO₃ 33 mEq/L; pCO₂ 70 mmHg; pO₂ 50 mmHg
- CĐ: SHH-COPD bội nhiễm
- Nhập HSTC thở máy không xâm lấn

Bệnh án

Nguy cơ	Điểm
Ung thư đang hoạt động	0
Tiền sử VTE	0
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)	0
Chấn thương hay PT gần đây (≤ 1 tháng)	0
Lớn tuổi (≥ 70 t.)	1
Suy tim và/hay suy hô hấp	1
Nhồi máu não hay nhồi máu cơ tim cấp	0
Nhiễm trùng cấp và/hay bệnh do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30 , người Châu Á ≥ 28)	0
Đang điều trị bằng hormon	0

- PADUA: $6 > 4 \rightarrow$ dự phòng

KIỂM TRA CHỐNG CHỈ ĐỊNH – NGUY CƠ CHẢY MÁU TRƯỚC KHI SỬ DỤNG CHỐNG ĐÔNG

CCĐ TUYỆT ĐỐI	CCĐ TƯƠNG ĐỐI
<ul style="list-style-type: none">- Suy thận nặng- Suy gan nặng- Xuất huyết não- Tình trạng xuất huyết đang tiến triển (Ví dụ: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng)- Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là xuất huyết giảm tiểu cầu do heparin- Dị ứng thuốc chống đông- Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải.	<ul style="list-style-type: none">- Chọc dò tủy sống- Đang dùng các thuốc chống đông (ví dụ: aspirin, clopidogrel, warfarin với INR >2...)- Số lượng tiểu cầu <100.000/mm³- Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát- Vừa mới trải qua phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu
Không dùng chống đông khi có 1 trong các yếu tố nêu trên . Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học	Trì hoãn sử dụng chống đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm

Thang điểm improve dự đoán chảy máu

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Loét dạ dày tá tràng tiến triển	0
Xuất huyết trong vòng 3 tháng trước nhập viện	0
Số lượng tiểu cầu $< 50 \times 10^9/l$	0
Tuổi ≥ 85	0
Suy gan (INR $> 1,5$)	0
Suy thận nặng (MLCT < 30 ml/phút/ $1,73m^2$)	0
Đang nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực	2,5
Catheter tĩnh mạch trung tâm	0
Bệnh thấp khớp	0
Đang bị ung thư	0
Tuổi 40 – 84	1,5
Giới nam	1
Suy thận trung bình (MLCT 30-59 ml/phút/ $1,73m^2$)	0

Tổng điểm $4 < 7$: Nguy cơ chảy máu thấp

B 3-4: chọn lựa pp và thời gian dự phòng

- Không CCĐ chống đông, và điểm nguy cơ xuất huyết IMPROVE<7: kháng đông
 - Enoxaparin 40 mg TDD 1 lần/ngày
 - UFH 5000 UI x 2 TDD/ngày
 - Fondaparinux 2,5 mg TDD một lần/ngày
- Thời gian dự phòng
 - Dự phòng TTHKTM lý tưởng nên duy trì cho đến khi BN đi lại được hay xuất viện.
 - 10 ± 4 ngày