



DỰ PHÒNG THUYÊN TẮC – HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH



BAN BIÊN SOẠN KHUYẾN CÁO

Chủ biên:

- PGS.TS. Nguyễn Văn Trí
- PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương
- BSCKII. Nguyễn Thanh Hiền

Ban Biên soạn:

- PGS.TS. Nguyễn Văn Trí
- BSCKII. Nguyễn Thanh Hiền
- PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương
- Ts. Hoàng Bùi Hải
- Ths. Nguyễn Tuấn Hải
- Ths. Thượng Thanh Phương
- Ths. Phạm Tú Quỳnh
- Ths. Nguyễn Ngọc Phương Thư

Ban cố vấn:

- GS.TS. Phạm Gia Khải
- GS.TS. Nguyễn Lâm Việt
- GS.TS. Đặng Vạn Phước
- GS.TS. Đỗ Doãn Lợi
- GS.TS. Nguyễn Văn Thạch
- PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh
- GS.TS. Huỳnh Văn Minh
- PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh
- PGS.TS. Vũ Bá Quyết
- TS. Hồ Huỳnh Quang Trí

Thư ký:

- Ths. Nguyễn Tuấn Hải

MỨC ĐỘ KHUYẾN CÁO

Nhóm	Mức độ khuyến cáo	Thuật ngữ sử dụng
I	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị mang lại lợi ích và hiệu quả	Khuyến cáo dùng, Chỉ định
II	Chứng cứ còn đang bàn cãi và/hoặc ý kiến khác nhau về lợi ích/hiệu quả của việc điều trị	
- IIa	Chứng cứ/ý kiến ủng hộ mạnh về tính hiệu quả của điều trị	Nên chỉ định
- IIb	Chứng cứ/ý kiến cho thấy ít có hiệu quả của điều trị	Có thể chỉ định
III	Chứng cứ và/hoặc sự đồng thuận cho thấy việc điều trị không mang lại lợi ích và hiệu quả, trong một vài trường hợp có thể gây hại.	Không được dùng, Không chỉ định



MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG

A	Dữ liệu có từ nhiều nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các phân tích gộp
B	Dữ liệu có từ một nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên hoặc các nghiên cứu lâm sàng lớn không ngẫu nhiên
C	Sự đồng thuận của các chuyên gia và/hoặc các nghiên cứu nhỏ, các nghiên cứu hồi cứu



CHIẾN LƯỢC DỰ PHÒNG CHUNG

Bước 1	Đánh giá nguy cơ thuyên tắc HKTM 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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THUỐC CHỐNG ĐÔNG

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối (thận trọng)
<p>Suy thận nặng Suy gan nặng Xuất huyết não Tình trạng xuất huyết đang tiến triển (VD: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng) Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là HIT Dị ứng thuốc chống đông Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải</p>	<p>Chọc dò tủy sống Đang dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel...) Số lượng tiểu cầu $< 100.000/\mu\text{l}$ Tăng huyết áp nặng chưa được kiểm soát (HA tâm thu > 180 mmHg, và/hoặc HA tâm trương > 110 mmHg) Mới phẫu thuật sọ não, phẫu thuật tủy sống hay có xuất huyết nội nhãn cầu Phụ nữ ở giai đoạn chuẩn bị chuyển dạ, với nguy cơ chảy máu cao (rau tiền đạo...)</p>
<p>Không dùng chống đông khi có 1 trong các yếu tố nêu trên. Nên lựa chọn phương pháp dự phòng cơ học</p>	<p>Trì hoãn sử dụng chống đông cho đến khi nguy cơ xuất huyết đã giảm</p>



TỔNG HỢP CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG (1)

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 bệnh nhân 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 dược lý ngay khi nguy cơ chảy máu giảm		
Biện pháp dược lý			
Heparin TLPT thấp	Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày TDD Enoxaparin 30 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (<i>MLCT 30 – 50 ml/phút</i>)		Enoxaparin 30 mg x 2 lần/ngày TDD hoặc Enoxaparin 40 mg x 1 lần/ngày TDD

TỔNG HỢP CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG (2)

Biện pháp dược lý	Bn nội khoa cấp tính	Bn ngoại khoa chung	Bn phẫu thuật chỉnh hình
Fondaparinux	2,5 mg x 1 lần/ngày TDD 1,5 mg x 1 lần/ngày TDD với BN suy thận (<i>MLCT 30 – 50 ml/phút</i>) * Thay thế heparin TLPT thấp hoặc heparin không phân đoạn ở bệnh nhân bị HIT.		
Heparin không phân đoạn	5000 UI x 2 lần/ngày TDD Chỉ định với suy thận nặng (<i>MLCT < 30 ml/phút</i>)		
Kháng vitamin K	Không	Không	Liều hiệu chỉnh sao cho INR từ 2 – 3 * Không được khuyến cáo nếu cần đạt hiệu quả dự phòng sớm, trong thời gian ngắn
Rivaroxaban	Không	Không	10 mg x 1 lần/ngày
Dabigatran	Không	Không	110 mg x 1 lần trong ngày đầu, sau đó 110 mg x 2 viên uống 1 lần/ngày

YẾU TỐ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HKTM Ở BỆNH NHÂN NỘI KHOA

Phân tầng nguy cơ	YTNC từ trước	YTNC do bệnh lý cấp tính
Thấp	Béo phì, thuốc lá, suy tĩnh mạch, mất nước, điều trị hormone thay thế, thuốc tránh thai	Đợt cấp COPD không cần thở máy
Trung bình	Tuổi > 70, bất động kéo dài, ung thư tiến triển, có thai, đang đặt catheter TM trung tâm, hội chứng thận hư, viêm ruột	Nhiễm trùng phổi hợp, đợt cấp COPD phải thở máy, nhồi máu cơ tim, suy tim (NYHA ₃₋₄)
Cao	Tiền sử thuyên tắc HKTM, bệnh lý tăng đông đã biết, liệt	Tai biến mạch não, có biến chứng liệt



THANG ĐIỂM PADUA

DỰ BÁO NGUY CƠ THUYỀN TẮC HKTM

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Ung thư tiến triển	3
Tiền sử thuyên tắc HKTM (loại trừ HKTM nông)	3
Bất động (do hạn chế của chính bệnh nhân hoặc do chỉ định của BS)	3
Tình trạng bệnh lý tăng đông đã biết	3
Mới bị chấn thương và/hoặc phẫu thuật (≤ 1 tháng)	2
Tuổi cao (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hoặc suy hô hấp	1
NMCT cấp hoặc nhồi máu não cấp	1
Nhiễm khuẩn cấp và/hoặc bệnh cơ xương khớp do thấp	1
Béo phì (BMI ≥ 30)	1
Đang điều trị hormone	1
PPS < 4: Nguy cơ thấp bị thuyên tắc HKTM: không cần điều trị dự phòng	
PPS ≥ 4 : Nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM: cần điều trị dự phòng	



THANG ĐIỂM IMPROVE ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ CHẢY MÁU

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



1

BỆNH NHÂN NỘI KHOA ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Khuyến cáo	Mức độ
BN nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTМ được khuyến cáo dự phòng bằng Heparin TLPT thấp (Enoxaparin), Heparin không phân đoạn hoặc Fondaparinux	IB
BN nội khoa điều trị nội trú có nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTМ nhưng nguy cơ chảy máu cao, nên được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng hoặc tất chun áp lực	IIC

Thời gian điều trị dự phòng:

Với bệnh nhân nội khoa điều trị nội trú, khuyến cáo kéo dài thời gian dự phòng tới khi bệnh nhân ra viện, hoặc có thể đi lại được.

Với một số đối tượng chọn lọc (BN cai thở máy, BN bất động đang trong giai đoạn phục hồi chức năng), có thể kéo dài thời gian dự phòng tới 10 ± 4 ngày

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực:

- Do có nhiều YTNC thuyên tắc HKTMM phối hợp → cần được dự phòng một cách hệ thống bằng heparin TLPT thấp hoặc heparin không phân đoạn, trừ trường hợp nguy cơ chảy máu cao : dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng (Mức độ IIC)

Bệnh nhân đột quy cấp do tắc mạch:

- Khuyến cáo dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng với BN nhập viện trong vòng **72** giờ kể từ khi bắt đầu triệu chứng, và có liệt vận động.

- 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 bệnh nhân có thể vận động (nhưng không quá 6 tuần).

Bệnh nhân đột quy cấp do chảy máu não:

- Khuyến cáo dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng ngay khi nhập viện.

- Xem xét dự phòng bằng thuốc chống đông sau **1 – 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).

2 BỆNH NHÂN NGOẠI KHOA CHUNG

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

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 HKTМ, béo phì, suy tim, liệt, nhiễm trùng quanh phẫu thuật, có tình trạng tăng đông (thiếu hụt protein C,S...)

2 BỆNH NHÂN NGOẠI KHOA CHUNG

Mức độ nguy cơ	Chiến lược điều trị dự phòng
<p><i>Nguy cơ cao</i> Phẫu thuật nhỏ trên BN > 60 tuổi HOẶC Phẫu thuật lớn trên BN 40-60 tuổi không kèm YTNC</p>	<p>Biện pháp dược lý: Heparin không phân đoạn, Heparin TLPT thấp, Fondaparinux</p> <p>Biện pháp cơ học (sẵn có) nếu chống chỉ định dùng chống đông hoặc nguy cơ chảy máu cao</p> <p>Thời gian dự phòng: đến khi xuất viện hay đi lại được</p>
<p><i>Nguy cơ rất cao</i> Phẫu thuật lớn trên BN > 40 tuổi kèm theo nhiều YTNC HOẶC Phẫu thuật thay khớp háng, khớp gối, gãy cổ xương đùi, chấn thương tủy</p>	<p>Heparin TLPT thấp (enoxaparin 40 mg x 2 lần/ngày)</p> <p>Thời gian dự phòng có thể kéo dài đến 28 ngày.</p> <p>Biện pháp cơ học (sẵn có) phối hợp</p>

3 BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH (1)

Khuyến cáo	Mức độ
<p>BN thay khớp háng hoặc thay khớp gối được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTМ thường quy bằng một trong các biện pháp sau:</p> <ul style="list-style-type: none">- heparin TLPT thấp, fondaparinux, dabigatran, rivaroxaban, heparin không phân đoạn, kháng vitamin K liều hiệu chỉnh- hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng	IB IC
<p>BN phẫu thuật gãy xương đùi được khuyến cáo điều trị dự phòng thuyên tắc HKTМ thường quy bằng một trong các biện pháp sau:</p> <ul style="list-style-type: none">- heparin TLPT thấp, fondaparinux, heparin không phân đoạn, kháng vitamin K liều hiệu chỉnh- hoặc biện pháp ép bằng áp lực hơi ngắt quãng	IB IC

3 BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH (2)

Khuyến cáo	Mức độ
Thời gian duy trì điều trị dự phòng trung bình là 10-14 ngày kể từ khi phẫu thuật	IB
Có thể kéo dài thời gian điều trị dự phòng sau khi bn ra viện tới 35 ngày kể từ khi phẫu thuật	IIB

Thời gian bắt đầu 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



4

BỆNH NHÂN SẢN KHOA

- Tiền sử thuyên tắc HKTM (không do phẫu thuật lớn)

- Điều trị nội trú
- Tiền sử thuyên tắc HKTM sau phẫu thuật lớn
- Bệnh lý tăng đông bẩm sinh nguy cơ cao + chưa HKTM
- Bệnh lý nội khoa có nguy cơ bị thuyên tắc HKTM: ung thư, suy tim, lupus ban đỏ hệ thống, viêm đa khớp dạng thấp, viêm ruột, hội chứng thận hư, ĐTD type I có biến chứng thận, thiếu máu hồng cầu hình liềm, đang truyền thuốc liên tục đường tĩnh mạch
- Bất kỳ phẫu thuật nào trong thời kỳ có thai (VD mổ ruột thừa)
- Hội chứng quá kích buồng trứng (chỉ tính nguy cơ này trong 3 tháng đầu)

- Béo phì (BMI > 30/m²)
- Tuổi > 35
- Số lần sinh ≥ 3
- Hút thuốc lá
- Suy tĩnh mạch chi dưới nặng (búi giãn kèm huyết khối, phù, loét da)
- Tiền sử gia đình (trực hệ) bị thuyên tắc HKTM vô căn, hoặc liên quan đến oestrogen
- Bệnh lý tăng đông bẩm sinh nguy cơ thấp + chưa HKTM
- Tiền sản giật ở lần có thai hiện tại
- Đa thai
- Có thai nhờ ART/IVF

- Yếu tố nguy cơ tạm thời: Ôm nghén/mất nước, nhiễm trùng toàn thân, di chuyển đường dài

NGUY CƠ CAO

Dự phòng chống đông bằng heparin TLPT thấp
Hội chẩn chuyên gia đông máu/sản khoa

NGUY CƠ TRUNG BÌNH

Cần nhắc dự phòng chống đông bằng heparin TLPT thấp

≥ 4 nguy cơ: Dự phòng chống đông từ 3 tháng đầu thai kỳ

3 nguy cơ: Dự phòng chống đông từ tuần 28

≤ 2 nguy cơ: NGUY CƠ THẤP

Tránh mất nước
Tránh tĩnh tại hay bất động

GIAI

ĐOẠN

CÓ

THAI

4

BỆNH NHÂN SẢN KHOA

- Tiền sử thuyên tắc HKTМ
- Bất kỳ trường hợp nào phải dự phòng chống đông từ trước sinh
- Bệnh lý tăng đông bẩm sinh nguy cơ cao
- Bệnh lý tăng đông bẩm sinh nguy cơ thấp + TS gia đình



NGUY CƠ CAO
Dự phòng chống đông bằng heparin TLPT thấp
Ít nhất 6 tuần

GIAI

- Phẫu thuật lấy con khi có dấu hiệu chuyển dạ
- BMI > 40 kg/m²
- Tái nhập viện hoặc nằm viện kéo dài (≥ 3 ngày) sau sinh
- Bất kỳ phẫu thuật nào ngoại trừ khâu tầng sinh môn
- Bệnh lý nội khoa có nguy cơ bị thuyên tắc HKTМ: ung thư, suy tim, lupus ban đỏ hệ thống, viêm đa khớp dạng thấp, viêm ruột, hội chứng thận hư, ĐĐT type I có biến chứng thận, thiếu máu hồng cầu hình liềm, đang truyền thuốc liên tục đường tĩnh mạch



NGUY CƠ TRUNG BÌNH
Dự phòng chống đông bằng heparin TLPT thấp
Ít nhất 10 ngày
Có thể kéo dài hơn, nếu tồn tại > 3 yếu tố

ĐOẠN

SAU

- Béo phì (BMI > 30/m²)
- Tuổi > 35
- Số lần sinh ≥ 3 hoặc đa thai
- Hút thuốc lá
- Suy tĩnh mạch chi dưới nặng
- Tiền sử gia đình (trực hệ) bị thuyên tắc HKTМ vô căn
- Bệnh lý tăng đông bẩm sinh nguy cơ thấp + chưa HKTМ
- Phẫu thuật lấy con chủ động hoặc lấy con bằng forcep
- Tiền sản giật ở lần có thai hiện tại
- Sinh non dưới 37 tuần ở lần có thai hiện tại
- Chuyển dạ kéo dài (trên 24 giờ)
- Thai lưu ở lần có thai hiện tại
- Chảy máu sau sinh > 1 lít, hoặc phải truyền máu



≥ 2 nguy cơ: **NGUY CƠ TRUNG BÌNH**

SINH



< 2 nguy cơ: **NGUY CƠ THẤP**
Vận động sớm
Tránh mất nước

5 BỆNH NHÂN UNG THƯ

Bệnh nhân ung thư nội trú

Khuyến cáo	Mức độ
BN ung thư phải nằm liệt giường, cần được dự phòng thuyên tắc HKTМ một cách hệ thống	IB
BN ung thư đặt catheter ngằm, điều trị hóa chất ngăn ngày hoặc hormone: không được khuyến cáo dự phòng thuyên tắc HKTМ một cách hệ thống	IIB

Biện pháp và thời gian dự phòng: Như bệnh nhân nội khoa cấp tính

5 BỆNH NHÂN UNG THƯ

Bệnh nhân ung thư phải phẫu thuật

Khuyến cáo	Mức độ
Bệnh nhân ung thư phải phẫu thuật cần được dự phòng thuyên tắc HKTМ một cách hệ thống, tùy vào từng loại phẫu thuật	IA

Biện pháp dự phòng:

- Heparin TLPT thấp, Fondaparinux
- Heparin không phân đoạn
- Thời gian dự phòng tương đương như bệnh nhân nội khoa

Thời gian bắt đầu dự phòng: Sau phẫu thuật 6 – 12 giờ

Thời gian duy trì dự phòng:

- 10 – 14 ngày
- có thể kéo dài tới 4 tuần với các phẫu thuật vùng bụng, tiểu khung. Sử dụng các biện pháp cơ học

5 BỆNH NHÂN UNG THƯ

Bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú

Khuyến cáo	Mức độ
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	IIbB

Dự phòng bằng :

- Heparin TLPT thấp tiêm 1 lần/ngày,
- hoặc heparin không phân đoạn 2 lần/ngày TDD

Bắt đầu sau phẫu thuật từ 6 – 12 giờ, kéo dài ít nhất 7 – 10 ngày, có thể tới 4 tuần với các phẫu thuật vùng bụng hoặc tiểu khung.

- Sử dụng biện pháp dự phòng cơ học nếu chống chỉ định dùng thuốc chống đông.

6 NGƯỜI DI CHUYỂN ĐƯỜNG DÀI

Hành khách di chuyển đường dài (đi máy bay, tàu, ô tô...kéo dài trên 6 giờ) nếu có yếu tố nguy cơ bị thuyên tắc HKTМ, được khuyến cáo:

- Thường xuyên vận động cơ duỗi chân
- Đeo tất áp lực y khoa đến gối, với mức áp lực 15 – 30 mmHg