

THỰC TRẠNG DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN E

Kiều Thị Ngọc Anh¹, Nguyễn Trung Nghĩa^{1,2},
Trần Thị Thu Trang³, Vũ Thị Hồng Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tính phù hợp và thực trạng sử dụng thuốc chống đông trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng dữ liệu lưu trữ trong bệnh án trên bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC bệnh viện E có thời gian ra viện từ tháng 07/2021 đến tháng 03/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 111 bệnh nhân, bao gồm 86 bệnh nhân nội khoa và 25 bệnh nhân ngoại khoa. Tỷ lệ dự phòng không phù hợp là 73,9%, trong đó 54,1% dự phòng thiếu, 14,4% được dự phòng nhưng biện pháp không phù hợp và 5,4% dự phòng thừa. Tất cả bệnh nhân được dự phòng trong nghiên cứu đều được dự phòng bằng thuốc và đều dùng enoxaparin (26,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có lựa chọn, liều dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng thuốc phù hợp lần lượt là 24,1%, 69,0%, 41,4% và 41,4%. Trong quá trình sử dụng thuốc, có 55,2% bệnh nhân được theo dõi bằng xét nghiệm, 17,2% bệnh nhân có nguy cơ xảy ra tương tác thuốc, 10,3% bệnh nhân gặp biến cố chảy máu. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu dự phòng lớn (74,8%), tuy nhiên thực trạng dự phòng còn chưa thực sự phù hợp với tỷ lệ dự phòng không phù hợp chiếm 73,9%, trong đó dự phòng thiếu chiếm tỷ lệ lớn nhất (54,1%). Dự phòng phù hợp có thể giảm biến chứng và tử vong do TTHKTM nên cần tuân thủ các khuyến cáo hiện hành.

Từ khóa: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi, dự phòng, hồi sức tích cực.

SUMMARY

AN ASSESSMENT OF VENOUS THROMBOEMBOLISM PREVENTION IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS IN E HOSPITAL

Objectives: To assess the suitability and the situation of using anticoagulants in the prevention of venous thromboembolism (VTE) at the intensive care unit (ICU) of E hospital. **Subjects and research methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted. Data was retrospectively collected from medical records of patients who were treated and discharged between 07/2021 and 03/2022 from the ICU. **Results:** The study enrolled 111 patients,

including 86 nonsurgical patients and 25 surgical patients. The percentage of prevention of unreasonable is 73.9%, including 54.1% under-prophylaxis, 14.4% provision but inappropriate measures, and 5.4% over-prophylaxis. All patients receiving prophylaxis in the study received prophylaxis with enoxaparin (26.1%), in which the proportion of patients with appropriate choice, dose, time of administration, and duration was 24.1%, 69.0%, 41.4%, and 41.4%, respectively. During using drug, 55.2% of patients were monitored by laboratory tests, 17.2% of patients had a risk of drug interactions, and 10.3% of patients experienced bleeding events. **Conclusions:** The proportion of patients with a need for prophylaxis was high (74.8%), but the current situation of prevention is not suitable with the proportion of inappropriate prevention accounting for 73.9%, of which under-prophylaxis distribute to the largest rate (54.1%). Appropriate prophylaxis can reduce VTE complications and mortality, and should be followed by current guidelines.

Keywords: venous thromboembolism, deep venous thrombosis, pulmonary embolism, prevention, intensive care unit, ICU.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là bệnh lý gồm hai biểu hiện là huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi, có thể gây ra các biến chứng, tử vong và gánh nặng về kinh tế. Nhiều hiệp hội đã đưa ra khuyến cáo dự phòng TTHKTM dựa trên dữ liệu về hiệu quả và an toàn từ các thử nghiệm lâm sàng [1], [2], [3], [4], [5]. Bệnh nhân khoa hồi sức tích cực (HSTC) là nhóm bệnh nhân nặng, thường có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến cả TTHKTM, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dùng thuốc chống đông. Những yếu tố này thường phức tạp và dễ bị nhiễu bởi các lý do khác nhau nên bệnh nhân HSTC cần được đánh giá một cách cẩn thận và đầy đủ. Tuy nhiên, việc dự phòng không tối ưu (thừa và thiếu) đã được báo cáo qua nhiều nghiên cứu trên thế giới [6], [7]. Tại Việt Nam, dữ liệu về thực trạng dự phòng TTHKTM còn hạn chế, chủ yếu là các nghiên cứu trên bệnh nhân ngoại khoa [8], [9]. Bệnh viện E là bệnh viện đa khoa trung ương hạng I, quy mô bệnh nhân lớn điều trị đầy đủ các chuyên khoa. Vì vậy, để bước đầu có góc nhìn hệ thống về thực trạng dự phòng TTHKTM tại bệnh viện trên cả bệnh nhân nội khoa và ngoại khoa, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân nặng tại khoa HSTC, nghiên cứu được

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Nghĩa

Email: nghiahsc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

thực hiện với mục tiêu khảo sát tính phù hợp và thực trạng sử dụng thuốc chống đông trong dự phòng TTHKTM tại khoa HSTC bệnh viện E.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân nội trú điều trị tại khoa HSTC bệnh viện E thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân 18 tuổi trở lên có thời gian ra viện từ tháng 07/2021 đến tháng 03/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân không tiếp cận được hồ sơ bệnh án, (2) bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông không nhằm mục đích dự phòng TTHKTM, (3) bệnh nhân thiếu thông tin, không đánh giá được các nguy cơ, (4) bệnh nhân vào khoa HSTC cấp cứu, tiền lượng tử vong, xin xuất viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu lưu trữ trong bệnh án.

Quy trình nghiên cứu: Dựa trên hồ sơ bệnh án, thu thập số liệu về đặc điểm chung của bệnh nhân liên quan đến nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dùng thuốc chống đông, đánh giá nhu cầu dự phòng TTHKTM, đặc điểm dự phòng TTHKTM, đặc điểm sử dụng và theo dõi sử dụng thuốc chống đông. Các số liệu này được ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

Quy ước trong nghiên cứu. Xác định nhu cầu dự phòng TTHKTM (dựa trên đánh giá nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dùng thuốc chống đông), đánh giá tính dự phòng trong dự phòng TTHKTM theo các khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam (VNHA) 2016 và Hội các bác sĩ lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP) 2012 [1], [2], [3], [5].

Nguy cơ TTHKTM: (1) bệnh nhân nội khoa được phân tầng thành 2 mức "thấp" hoặc "cao", (2) bệnh nhân ngoại khoa được phân tầng thành 4 mức "rất thấp", "thấp", "trung bình" hoặc "cao".

Nguy cơ chảy máu: phân tầng thành 2 mức "thấp" hoặc "cao". Chống chỉ định dùng thuốc chống đông: đánh giá "có chống chỉ định" hoặc "không có chống chỉ định".

Nhu cầu dự phòng: (1) Cần dự phòng: bệnh nhân nội khoa có nguy cơ TTHKTM cao; bệnh nhân ngoại khoa có nguy cơ TTHKTM thấp, trung bình hoặc cao. Bệnh nhân ngoại khoa có nguy cơ TTHKTM thấp cần dự phòng cơ học, nguy cơ cao cần dự phòng kết hợp dự phòng bằng thuốc và

cơ học. Còn lại, nguyên tắc chung là bệnh nhân cần dự phòng bằng thuốc khi có nguy cơ chảy máu thấp và không có chống chỉ định dùng thuốc chống đông. Nếu có nguy cơ chảy máu cao hoặc chống chỉ định dùng thuốc chống đông, bệnh nhân cần dự phòng cơ học, (2) Không cần dự phòng: bệnh nhân nội khoa có nguy cơ TTHKTM thấp và bệnh nhân ngoại khoa có nguy cơ TTHKTM rất thấp.

Tính phù hợp trong dự phòng TTHKTM: (1) Dự phòng phù hợp: bệnh nhân được xác định là cần dự phòng và thực tế được dự phòng bằng biện pháp thích hợp; hoặc xác định là không cần dự phòng và thực tế không được dự phòng. (2) Dự phòng không phù hợp bao gồm: (2.1) Dự phòng thiếu: bệnh nhân xác định có nhu cầu dự phòng nhưng thực tế không được dự phòng, (2.2) Dự phòng thừa: bệnh nhân xác định không có nhu cầu dự phòng nhưng thực tế được dự phòng, (3.3) Dự phòng nhưng không phù hợp: bệnh nhân được dự phòng nhưng lựa chọn biện pháp không phù hợp với nhu cầu.

Đánh giá lựa chọn, liều dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng thuốc chống đông căn cứ theo khuyến cáo của VNHA, ACCP [1], [2], [3], [5] và tờ thông tin sản phẩm của thuốc gốc do Cục Quản lý Thuốc và Thực phẩm Hoa Kỳ (FDA) cấp phép lưu hành tại Mỹ. Thời điểm dùng thuốc chống đông cho bệnh nhân nội khoa được đánh giá theo khuyến cáo của Viện Y tế và Chất lượng điều trị Quốc gia Anh (NICE) 2018 [4].

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010, phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ (%). Biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (TB ± SD) hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). Kiểm định sự khác biệt giữa hai tỷ lệ bằng test Chi-square (χ^2) hoặc Fisher's Exact test. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và nhu cầu dự phòng của bệnh nhân. Nghiên cứu thu thập thông tin từ 111 bệnh nhân bao gồm 86 bệnh nhân nội khoa và 25 bệnh nhân ngoại khoa, trong số bệnh nhân ngoại khoa có 24 bệnh nhân phẫu thuật không chỉnh hình và 1 bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình. Bảng 1 trình bày đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung	Nội khoa (n = 86)	Ngoại khoa (n = 25)	Tổng (n = 111)
Tuổi, TB ± SD	62,8 ± 17,6	54,1 ± 18,7	60,9 ± 18,1
Giới nam, n (%)	59 (68,6)	11 (44,0)	70 (63,1)
Thời gian điều trị tại khoa HSTC, trung vị (IQR)	9 (4,75 – 15,25)	7 (3 – 14,5)	9 (4 – 15)

TB: trung bình, SD: độ lệch chuẩn, IQR: khoảng tứ phân vị

Bệnh nhân được đánh giá nguy cơ TTHKTM, nguy cơ chảy máu và chống chỉ định dùng thuốc chống đông, từ đó xác định nhu cầu dự phòng. Các đặc điểm này được trình bày tại bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân cần dự phòng khá cao(74,8%), trong đó nhu cầu dự phòng cơ học là lớn nhất (64,0%).

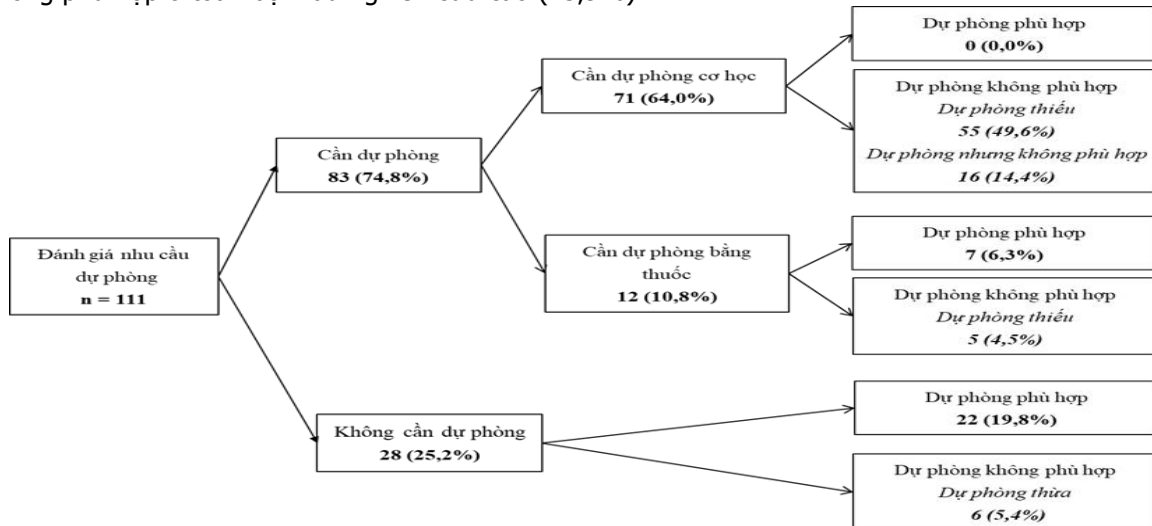
Bảng 3. Đặc điểm nguy cơ và nhu cầu dự phòng của bệnh nhân

	Nội khoa (n = 86)	Ngoại khoa (n = 25)	Tổng (n = 111)
Nguy cơ TTHKTM: Rất thấp	-	0 (0,0)	
Thấp	28 (32,6)	0 (0,0)	
Trung bình	-	3 (12,0)	
Cao	58 (67,4)	22 (88,0)	80 (72,1)
Nguy cơ chảy máu cao	50 (58,1)	23 (92,0)	73 (65,8)
Có chống chỉ định dùng thuốc chống đông	46(53,5)	24 (96,0)	70 (63,1)
Nhu cầu dự phòng: Không cần dự phòng	28 (32,6)	0 (0,0)	28 (25,2)
Cần dự phòng	58 (67,4)	25 (100,0)	83 (74,8)
Dự phòng cơ học	47 (54,6)	24 (96,0)	71 (64,0)
Dự phòng bằng thuốc	11 (12,8)	1 (4,0)	12 (10,8)
Dự phòng kết hợp	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

TTHKTM: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

3.2. Tính phù hợp trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Trong số 111 bệnh nhân, có 82 bệnh nhân (73,9%) không được dự phòng TTHKTM bằng bất kỳ biện pháp nào, 29 bệnh nhân (26,1%) được dự phòng và tất cả đều được dự phòng bằng thuốc. Không ghi nhận bệnh nhân nào trên thực tế được dự phòng cơ học dù số bệnh nhân có nhu cầu dự phòng cơ học chiếm tỷ lệ lớn (64,0%). Đặc điểm dự phòng được trình bày ở hình 1. Tỷ lệ dự phòng không phù hợp ở toàn bộ mẫu nghiên cứu cao (73,9%).

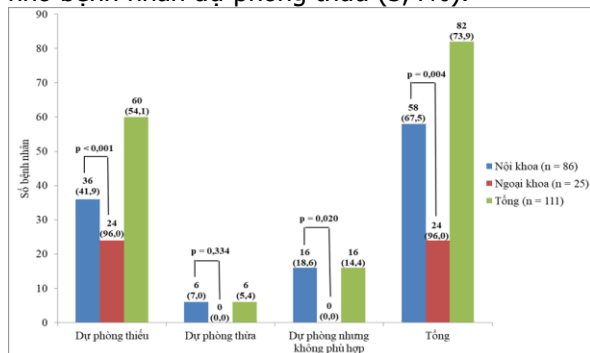


Hình 7. Đặc điểm dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Đặc điểm về dự phòng không phù hợp được thể hiện ở hình 2. Tỷ lệ dự phòng không phù hợp ở nhóm ngoại khoa cao hơn ở nhóm nội khoa (96,0% so với 67,5%), sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê (p = 0,004). Dự phòng thiếu là nguyên nhân chính của dự phòng không phù hợp với tỷ lệ 54,1%, tỷ lệ này ở nhóm ngoại khoa cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nội khoa (p <

0,001). Tiếp theo là bệnh nhân có được dự phòng nhưng lựa chọn phương pháp lại không phù hợp (14,4%). Bên cạnh đó, vẫn có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân dự phòng thừa (5,4%).



Hình 8. Đặc điểm dự phòng không phù hợp

3.3. Thực trạng sử dụng thuốc chống trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nghiên cứu ghi nhận 29 (26,1%) bệnh nhân được dự phòng bằng thuốc, bao gồm 28 bệnh nhân nội khoa, 1 bệnh nhân ngoại khoa. Tất cả bệnh nhân được dự phòng bằng enoxaparin, trong đó 7 (24,1%) bệnh nhân được đánh giá có lựa chọn phù hợp. Tính phù hợp liều dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng thuốc trong số bệnh nhân được dùng thuốc được trình bày tại bảng 2.

Bảng 4. Tính phù hợp trong dự phòng bằng thuốc

Đặc điểm dùng thuốc	Kết quả, n (%)	Tính phù hợp, n (%)
Liều dùng thuốc 20 mg x 1 lần/ngày 40 mg x 1 lần/ngày 40 mg x 2 lần/ngày	3 (10,4) 25 (86,2) 1 (3,4)	20 (69,0)
Thời điểm dùng thuốc Nội khoa (n = 28) ≤ 14 giờ sau khi vào HSTC >14 giờ sau khi vào HSTC Ngoại khoa (n = 1) 9 ngày sau phẫu thuật	10 (35,7) 18 (64,3) 1 (100,0)	12 (41,4)
Thời gian dùng thuốc Nội khoa (n = 28) ≤ 14 ngày >14 ngày Ngoại khoa (n = 1) 7 ngày	25 (89,3) 3 (10,7) 1 (100,0)	12 (41,4)

Trong số bệnh nhân được dự phòng bằng thuốc, có 16 (55,2%) bệnh nhân được theo dõi bằng các xét nghiệm: 55,2% bệnh nhân được làm xét nghiệm nồng độ creatinin huyết tương và số lượng tiểu cầu, 48,3% bệnh nhân được

làm xét nghiệm đông máu. Nguy cơ xảy ra tương tác thuốc giữa enoxaparin với các thuốc khác dùng đồng thời (6 cặp tương tác thuốc) được ghi nhận ở 5 (17,2%) bệnh nhân. Biến cố chảy máu xảy ra ở 3 (10,3%) bệnh nhân, cả 3 bệnh nhân này đều được ngừng sử dụng thuốc ngay sau đó.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ dự phòng không phù hợp cao (73,9%), trong đó dự phòng thiếu chiếm tỷ lệ lớn nhất trong số các nguyên nhân dự phòng không phù hợp (54,1%). Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu đa quốc gia trên bệnh nhân nhập viện cấp tính và trên bệnh nhân HSTC tại châu Á với tỷ lệ không được dự phòng phù hợp lần lượt là 40% và 20% [6], [7]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam báo cáo tỷ lệ dự phòng không phù hợp 54,1% trên bệnh nhân ngoại khoa tại bệnh viện Vinmec Times City và 3,05% trên bệnh nhân ngoại khoa tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An [8]. Sự khác biệt này có thể giải thích do bệnh nhân không được dự phòng cơ học trong khi nhu cầu dự phòng cơ học là lớn nhất (64,0%). Tại bệnh viện E hiện nay có trang bị tất chun áp lực (GCS) và máy bơm hơi áp lực (IPC) nhưng sử dụng còn hạn chế do vấn đề về chi phí, không được chi trả bảo hiểm y tế. Ngoài ra, có thể những biện pháp này được chỉ định nhưng không ghi chép lại vào hồ sơ bệnh án nên chúng tôi không ghi nhận được. Khi đánh giá bệnh nhân có nhu cầu dự phòng cơ học, cần giải thích để bệnh nhân cân nhắc giữa lợi ích, nguy cơ và chi phí. Trong thực hành lâm sàng, các biện pháp như tập phục hồi chức năng, tập vận động hoặc thay đổi tư thế cũng được áp dụng để giúp tăng cường lưu thông tuần hoàn, hạn chế loét tì đè và huyết khối tĩnh mạch. Trên thực tế, chúng tôi ghi nhận trong hồ sơ bệnh án có 15 bệnh nhân (13,5%) được chỉ định các biện pháp này. Một số khuyến cáo cũng khuyến khích đi lại và vận động sớm ở bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM thấp [1], [5]. Do đó, những cơ sở y tế còn hạn chế về tính sẵn có của trang thiết bị và chi phí chi trả thì đây cũng là những biện pháp có thể cân nhắc áp dụng. Đây là biện pháp đơn giản, chi phí thấp, giúp giảm tình trạng bất động kéo dài do đó giảm nguy cơ TTHKTM. Tuy nhiên, bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu phần lớn có nguy cơ TTHKTM cao, theo khuyến cáo cần dự phòng bằng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng (IPC) hoặc GCS [1], [2], [3], [5], vì vậy chúng tôi vẫn đánh giá những biện pháp này là không phù hợp. Dự phòng thừa chiếm tỷ lệ thấp nhất trong số sự phòng không

phù hợp (5,4%), việc dự phòng ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp có thể dẫn đến nguy cơ chảy máu hoặc những tác dụng không mong muốn khác của thuốc chống đông, đồng thời có thể tăng nguy cơ xảy ra tương tác thuốc và chi phí điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy, mặc dù không nên đánh giá thấp việc dự phòng TTHKTM nhưng cũng cần thận trọng đánh giá đúng nguy cơ trước khi thực hiện dự phòng cho bệnh nhân để tối ưu hoá về hiệu quả và chi phí.

Tất cả các bệnh nhân dự phòng bằng thuốc trong nghiên cứu đều được dự phòng bằng enoxaparin. Tương tự, enoxaparin cũng là thuốc duy nhất được sử dụng trong nghiên cứu của Bà và cộng sự. Một số nghiên cứu khác ghi nhận lựa chọn thuốc để dự phòng đa dạng hơn nhưng heparin trọng lượng phân tử thấp vẫn là lựa chọn chiếm tỷ lệ lớn: 43% trong nghiên cứu ENDORSE và 66,2% trong nghiên cứu tại các khoa HSTC châu Á [6], [7]. Điều này là phù hợp khi heparin trọng lượng phân tử thấp hiệu quả và an toàn trong dự phòng TTHKTM mà chỉ cần dùng 1 liều mỗi ngày. Theo các khuyến cáo, những thuốc khác có thể sử dụng để dự phòng TTHKTM là heparin không phân đoạn, fondaparinux, thuốc kháng vitamin K (warfarin), thuốc chống đông đường uống thế hệ mới DOACs [1], [2], [3], [5]. Việc lựa chọn thuốc có thể linh hoạt và cần nhắc dựa theo khuyến cáo, tính sẵn có của bệnh viện và chi phí, điều kiện của bệnh nhân. Trong số các bệnh nhân được sử dụng thuốc, mặc dù lựa chọn thuốc với tỷ lệ phù hợp không cao chỉ chiếm 24,1%, nhưng tỷ lệ bệnh nhân có liều dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng phù hợp cao hơn, chiếm tỷ lệ lần lượt là 69,0%, 41,4% và 41,4%. Liều dùng enoxaparin được khuyến cáo điều chỉnh theo chức năng thận nên cần đánh giá chức năng thận của bệnh nhân trước và trong khi sử dụng thuốc. Thời điểm và thời gian dùng thuốc cũng đã được đề cập trong các khuyến cáo [1], [2], [3], [4], [5]. Bệnh nhân cần được đánh giá sớm nhu cầu dự phòng sau khi vào viện để có thời điểm dùng thuốc phù hợp. Sử dụng thuốc trong thời gian quá ngắn có thể làm giảm hiệu quả dự phòng TTHKTM trong khi kéo dài thời gian sử dụng lại làm tăng nguy cơ chảy máu, vì vậy cần tuân thủ theo hướng dẫn của khuyến cáo để đảm bảo lợi ích cho bệnh nhân.

Như vậy, do các khuyến cáo hiện hành có những điểm tương đồng và cũng còn những điểm chưa thống nhất hoàn toàn nên mỗi bệnh viện cần xây dựng hệ thống quy ước đánh giá các nguy cơ và lựa chọn biện pháp dự phòng dựa trên đặc điểm bệnh nhân và điều kiện của

bệnh viện. Bệnh viện E là bệnh viện đa khoa gồm nhiều khoa phòng với nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau, bệnh nhân tại khoa HSTC là nhóm bệnh nhân nặng, đặc điểm bệnh lý đa dạng, có nhiều yếu tố nguy cơ đối với TTHKTM, nguy cơ chảy máu, nên cần xây dựng bộ hướng dẫn để áp dụng phù hợp với toàn viện và từng khoa phòng, đặc biệt với nhóm bệnh nhân tại khoa HSTC.

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Thiết kế nghiên cứu là cắt ngang nhưng sử dụng dữ liệu lưu trữ trong hồ sơ bệnh án, nên một số thông tin về bệnh nhân bị thiếu và có những bệnh án không thể tiếp cận được do đó kết quả chỉ đặc trưng cho mẫu nghiên cứu. Thiết kế này cũng không cho phép khảo sát sự khác biệt trong quan điểm đánh giá trên lâm sàng. Đồng thời, bộ tiêu chí chúng tôi xây dựng là dựa trên tổng hợp các hướng dẫn, trong khi cũng chưa có sự đồng thuận hoàn toàn giữa khuyến cáo trên thế giới và tại Việt Nam nên cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá tính phù hợp. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu đầu tiên phân tích thực trạng dự phòng TTHKTM tại bệnh viện E trong bối cảnh chưa có hướng dẫn thực hành tại bệnh viện. Do đó, nghiên cứu cũng đã bước đầu cung cấp hình ảnh về tình hình dự phòng TTHKTM trong thực hành lâm sàng, là tiền đề cho các nghiên cứu đánh giá sử dụng thuốc sau này với thiết kế tối ưu hơn, mở rộng sang các khoa phòng khác, đồng thời giúp các nhà quản lý đưa ra những định hướng, xây dựng hướng dẫn điều trị nhằm quản lý TTHKTM tốt hơn trong phạm vi toàn viện.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng dự phòng TTHKTM trong thực hành lâm sàng tại khoa HSTC bệnh viện E còn có những điểm chưa phù hợp so với các khuyến cáo hiện hành. Tỷ lệ dự phòng không phù hợp chiếm 73,9%, trong đó dự phòng thiếu chiếm tỷ lệ lớn nhất (54,1%). Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn dự phòng bằng enoxaparin, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có lựa chọn, liều dùng, thời điểm và thời gian dùng thuốc phù hợp lần lượt là 24,1%, 69,0%, 41,4% và 41,4%. Trong tương lai, những nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của dự phòng TTHKTM thông qua tỷ lệ TTHKTM sau khi điều trị và xuất viện, khảo sát quan điểm trên lâm sàng làm căn cứ xây dựng các hướng dẫn dựa trên bằng chứng và điều kiện cụ thể tại bệnh viện là hướng đi tích cực để tối ưu hóa việc dự phòng và sử dụng thuốc chống đông trong dự phòng TTHKTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gould M.K., Garcia D.A., Wren S.M. và cộng sự. (2012).** Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest, **141(2 Suppl)**, e227S-e277S.
2. **Kahn S.R., Lim W., Dunn A.S. và cộng sự. (2012).** Prevention of VTE in nonsurgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest, **141(2 Suppl)**, e195S-e226S.
3. **Falck-Ytter Y., Francis C.W., Johanson N.A. và cộng sự. (2012).** Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest, **141(2 Suppl)**, e278S-e325S.
4. **National Guideline Centre (UK) (2018),** Venous thromboembolism in over 16s: Reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism, National Institute for Health and Care Excellence (UK), London.
5. **Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2016).** Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. .
6. **Cohen A.T., Tapson V.F., Bergmann J.-F. và cộng sự. (2008).** Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet Lond Engl, **371(9610)**, 387-394.
7. **Parikh K.C., Oh D., Sittipunt C. và cộng sự. (2012).** Venous thromboembolism prophylaxis in medical ICU patients in Asia (VOICE Asia): a multicenter, observational, cross-sectional study. Thromb Res, **129(4)**, e152-8.
8. **Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Anh Thơ (2021).** Thực trạng sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam, **498(2)**.
9. **Hoàng Bùi Hải, Đỗ Giang Phúc, và Kim Văn Vũ** Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở một số loại phẫu thuật có nguy cơ. Tạp chí nghiên cứu Y học, **87(2)**, 68-73.

ĐÁNH GIÁ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRONG ĐIỀU TRỊ TRỨNG CÁ THỂ NẶNG BẰNG UỐNG ISOTRETINOIN VỚI LIỀU TÍCH LŨY ĐẠT 60MG/KG VÀ 120 MG/KG

Vũ Nguyệt Minh^{1,2}, Phạm Diễm Hương³, Trần Thị Quyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn khi điều trị trứng cá thể nặng bằng uống isotretinoin với liều tích lũy đạt 60mg/kg và 120mg/kg. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 60 bệnh nhân mắc trứng cá thể nặng chia làm 2 nhóm nghiên cứu. **Kết quả:** Khô môi là triệu chứng thường gặp nhất, gặp ở đa phần các bệnh nhân với tỷ lệ 95%. Khô da mặt, gặp ở 70% bệnh nhân, cũng là triệu chứng thường gặp. Không có bệnh nhân nào ghi nhận đau cơ khớp. Chỉ 1 bệnh nhân xuất hiện trứng cá bùng phát, 1 bệnh nhân xuất hiện rối loạn kinh nguyệt, chiếm 1,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng phụ gặp phải trên lâm sàng giữa 2 nhóm điều trị. Không ghi nhận trường hợp nào tăng men gan trong và sau quá trình điều trị. Tăng mỡ máu gặp ở 5 bệnh nhân với tỷ lệ 8,3%, tỷ lệ tăng mỡ máu ở 2 nhóm điều trị không có sự khác biệt ($p = 0,353 > 0,05$). **Kết luận:** Tác dụng phụ phổ biến nhất ở cả 2 nhóm là khô môi, khô da mặt, ngứa, ít gặp hơn là đỏ

mặt, nhạy cảm ánh sáng, không có sự khác biệt về tỷ lệ tác dụng phụ gặp phải trên lâm sàng giữa 2 nhóm điều trị. Isotretinoin ít làm thay đổi các chỉ số cận lâm sàng, kể cả khi dùng với liều tích lũy cao.

Từ khóa: trứng cá thể nặng, isotretinoin, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF ADVERSE EFFECTS IN THE TREATMENT OF SEVERE ACNE BY ORAL ISOTRETINOIN AT CUMULATIVE DOSES OF 60MG/KG AND 120MG/KG

Objectives: To evaluate the adverse effects in the treatment of severe acne by oral administration of isotretinoin with cumulative doses of 60mg/kg and 120mg/kg. **Method:** A retrospective combined prospective study on 60 patients diagnosed with severe acne divided into 2 groups. **Results:** Cheilitis was the most common side effect, occurring in 95% of patients. Xerosis of the face, which occurred in 70% of patients, was also a common symptom. No patient reported musculoskeletal pain. Only 1 patient had acne flare-ups, and 1 patient had menstrual disorders, accounting for 1,7%. There was no significant difference in clinically adverse effects between the 2 treatment groups. There were no cases of increased liver enzymes during and after treatment. Hyperlipidemia was found in 5 patients with a rate of 8.3%, and the rate of hyperlipidemia in the 2 treatment groups had no significant difference ($p =$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Quyên

Email: quyentran0110@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022