

KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ DỰ PHÒNG

Mai Đức Thảo¹, Đặng Quốc Tuấn²

(1) Bệnh viện Hữu Nghị, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: (i) Xác định tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) ở bệnh nhân hồi sức tích cực (HSTC). (ii) Bước đầu đánh giá hiệu quả dự phòng HKTMSCD bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp ở bệnh nhân HSTC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 120 bệnh nhân nhập Khoa Hồi sức tích cực (HSTC) từ 6/2015 đến 01/2016, nằm điều trị với tuổi > 18 tuổi, điểm APACHE II > 18 và nằm điều trị ≥ 6 ngày, định lượng D-Dimer và siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới có ép. Theo dõi và làm lại xét nghiệm, siêu âm Doppler mạch sau 1 ngày, 7 ngày, 14 ngày, 21 ngày và kết thúc sau 1 tháng. **Kết quả:** (i) Trong nghiên cứu của chúng tôi có 46,7% bị HKTMSCD, trong đó chủ yếu bị phát hiện ở thời điểm lúc bệnh nhân vào viện 76,8%, có 23,2% bị HKTMSCD vào những ngày điều trị tiếp theo. (ii) Có 34 % bệnh nhân dùng dự phòng HKTMS với Heparin trọng lượng phân tử thấp, 66% bệnh nhân không dùng dự phòng. Tỷ lệ bị bệnh nhân bị HKTMSCD trong nhóm có dự phòng thấp hơn so với nhóm không dự phòng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** (i) Tỷ lệ bị HKTMSCD ở BN HSTC trong nghiên cứu 46,7%. (ii) BN dự phòng HKTMS 34%, dự phòng HKTMS có hiệu quả với $P < 0,001$

Từ khóa: Tỷ lệ mắc, Huyết khối tĩnh mạch sâu, dự phòng.

Abstract

DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) AND PREVENTION

Mai Duc Thao¹, Dang Quoc Tuan¹

(1) Huu Nghi Hospital, (2) Ha Noi Medical University

Purpose: To determine the rate of Deep Venous Thrombosis (DVT) in intensive care unit (ICU) patients. Effective DVT prophylaxis with low-molecular-weight heparin in ICU patients. **Materials and method:** Descriptive study. 120 patients were admitted ICU from June, 2016 to January, 2016. with age > 18 years, APACHE II score > 18 and is expected to lie ≥ 6 days of treatment, and quantitative D-dimer, doppler ultrasound lower limb venous doppler have pressed. Follow up and re-test the Doppler ultrasound scan after 7 days, 14 days, 21 days and end after 1 month. **Results:** (i) In our study the rate of DVT is 46.7%, which essentially undetectable at the time of admission of patients at 76.8% and 23.2% being in the days following. (ii) 34% of patients are used prophylactic DVT, The incidence of DVT in the group prophylaxis is lower than with no prophylaxis, this is statistically significant with $p < 0.001$. **Conclusion:** (i) The incidence of DVT in ICU patients in the study 46.7% . (ii) 34% of patients with DVT prophylaxis, DVT prophylaxis is effective with $P < 0.001$.

Key words: Incidence, deep vein thrombosis, prevention

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là hiện tượng huyết khối làm tắc nghẽn toàn bộ hay một phần tĩnh mạch sâu. HKTMS là bệnh lý nghiêm trọng do các biến chứng. Biến chứng cấp tính là tắc động mạch phổi (TĐMP), biến chứng mạn tính là hội chứng hậu huyết khối và loét tĩnh mạch mạn tính do đó HKTMS làm tăng gánh nặng về bệnh, kéo dài thời gian nằm

viện và tăng chi phí điều trị [1].

Bệnh nhân hồi sức tích cực (HSTC) có nhiều nguy cơ mắc HKTMS, ngoài các nguy cơ gây HKTMS chung còn có nguy cơ riêng trong hồi sức như: sốc, nhiễm trùng, đột quỵ, thở máy, an thần, cố định, catheter TM trung tâm, thuốc co mạch...[2]. Hiện nay trên bệnh nhân HSTC chưa có nhiều nghiên cứu về HKTMSCD, dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân HSTC

- Địa chỉ liên hệ: Mai Đức Thảo, Email: maiducthaopk@gmail.com

- Ngày nhận bài: 2/1/2017; Ngày đồng ý đăng: 12/4/2017; Ngày xuất bản: 20/4/2017

chưa đồng đều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ HKTMSCD trên BN HSTC bằng siêu âm doppler
2. Bước đầu đánh giá dự phòng HKTMSCD bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp trên BN HSTC

2. TỔNG QUAN

HKTMSCD là một bệnh thường gặp, đặc biệt là BN nằm điều trị tại khoa HSTC có nhiều yếu tố nguy cơ. Tại Việt Nam, Đặng Vạn Phước và cộng sự, nghiên cứu trên bệnh nhân nội khoa cấp tính nhập viện bằng siêu âm doppler mạch có 28% BN bị HKTMSCD [3], Huỳnh Văn Ân và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân nội khoa tại Khoa HSTC thì tỷ lệ BN bị HKTMSCD được phát hiện bằng siêu âm là 63% sau 2 tuần nằm viện [4]

TĐMP là một trong ba bệnh thường gặp trong quá trình khám nghiệm tử thi: nhồi máu cơ tim, ung thư và TĐMP. Khi khám nghiệm tử thi phát hiện 7 - 27% TĐMP nhưng trong số này chỉ có 1/3 có nghi ngờ lâm sàng. Có tới 79% bệnh nhân TĐMP cấp có kèm theo HKTMS chỉ dưới và ngược lại, trên 50% bệnh nhân HKTMS có biến chứng TĐMP [2]. Tại Việt Nam, theo Hoàng Bùi Hải (2013) nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ PE là 40,4% trong các bệnh nhân nghi ngờ [5]. Khi đã bị HKTMS thì dù có điều trị thuốc chống đông ngay lập tức cũng chỉ hạn chế được các biến chứng do HKTMS. Vì vậy việc dự phòng là hết sức cần thiết và quan trọng để giảm các biến chứng, giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ tử vong. Ở Việt Nam trên bệnh nhân HSTC chưa có khuyến cáo chính thức về phòng ngừa HKTMSCD, việc dự phòng còn e ngại và do kinh nghiệm chính vì vậy việc dự phòng chưa thống nhất và chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Trên bệnh nhân HSTC (2011) nghiên cứu PROTECT với phương pháp nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh heparin trọng lượng phân tử thấp và heparin không phân đoạn, 3764 bệnh nhân được phân ngẫu nhiên nhận 5000 UI dalteparin tiêm dưới da 1 lần/ngày so với giả dược hoặc 5000 UI heparin không phân đoạn tiêm dưới da 2 lần/ngày, sử dụng siêu âm Doppler có ép để phát hiện HKTMS trong vòng 48 giờ sau nhập viện và sau đó 2 tuần hoặc khi lâm sàng có dấu hiệu nghi ngờ, tỷ lệ TĐMP ở nhóm dùng dalteparin (1,3%) thấp hơn so với nhóm dùng heparin không phân đoạn (2,3%) với $P = 0,01$ [6]. Hiệp hội bác sỹ lồng ngực Mỹ khuyến cáo sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp hoặc heparin không phân đoạn để dự phòng huyết khối ở bệnh nhân HSTC nguy cơ HKTMS

trung bình và heparin trọng lượng phân tử thấp cho bệnh nhân HSTC có nguy cơ HKTMS cao (IA) [1]. Khi có chống chỉ định hoặc có nguy cơ chảy máu cao đối với dự phòng HKTMS bằng thuốc chống đông thì dự phòng bằng biện pháp cơ học được bao gồm tất nén tăng dần hoặc máy nén khí ngắt quãng.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu Nghị
Thời gian nghiên cứu từ 06/2015 đến 01/2016

3.2. Đối tượng nghiên cứu:

BN ở HSTC Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu Nghị

3.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trên 18 tuổi
- Điểm APACHE II > 18
- Dự kiến nằm điều trị ≥ 6 ngày
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

3.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mục tiêu 1 loại trừ các bệnh nhân
- BN đang bị HKTMS
 - BN có khả năng đi lại, tự vận động
- Mục tiêu 2 loại trừ các BN:
- Đang điều trị thuốc chống đông
 - CCĐ thuốc chống đông:
 - + Tiền sử ↓ TC do Heparin
 - + Tổn thương cơ quan dễ chảy máu, XHN
 - + Gây tê ngoài màng cứng, tê tủy sống
 - + Suy thận: Cl Creatinin < 30ml/ phút.
 - + Viêm nội tâm mạc

3.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả

3.4. Thu thập số liệu

- Xét nghiệm, CĐHA làm tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu Nghị
- Mẫu bệnh án thống nhất, dự phòng HKTMS theo phác đồ
- Xử lý: Thống kê y học, SPSS 16.0:
- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh trung bình theo thuật toán T-Student
- Tính %, so sánh tỷ lệ % theo thuật toán χ^2
- Tính chỉ số nguy cơ OR (Odds Ratio) các yếu tố nguy cơ có liên quan đến HKTMS theo chương trình phân tích đơn biến và hồi quy logistic đa biến.
- Kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

3.5. Kết thúc nghiên cứu khi:

- BN có HKTMSCD
- BN hết nguy cơ
- BN ra viện, chuyển khoa, chuyển viện, tử vong
- Sau 4 tuần theo dõi

4. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Có 120 bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 4.1. Đặc điểm, yếu tố nguy cơ nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm	Tổng số bệnh nhân (N = 120)
Tuổi (năm)	69,3 ± 18,7
Giới tính (nam/nữ) %	88 (73,3%) / 32 (26,7%)
Yếu tố nguy cơ	
Tuổi > 75	56 (46,7%)
Béo phì (BMI >30)	1 (0,8%)
Ung thư	15 (12,5%)
Tiền sử bị HK	0
Suy hô hấp	54 (37,5%)
Suy tim	36 (30%)
Thở máy	74 (61,7%)
Nhiễm trùng	69 (57,5%)
TBMMN	22 (18,3%)
Dùng thuốc vận mạch	18 (15,8%)
Dùng an thần	27 (22,5%)

Bảng 4.1 cho thấy tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 69,3 ± 18,7 tuổi, trong đó độ tuổi >75 tuổi là 56/120 BN (46,7%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Khắc Điệp (2014) khảo sát tình hình dự phòng HKTMT ở 324 bệnh nhân nội khoa cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội độ tuổi là 69,0 ± 10,9 [7]. Nghiên cứu của Samama M (1999) nghiên cứu mù đôi so sánh hiệu quả dự phòng huyết khối tĩnh mạch enoxaparin và placebo thấy tuổi trung bình cao hơn 73,1 ± 10,8 tuổi nhưng độ tuổi > 75 tuổi là tương đương nhau 50,4% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh

nhân phải thở máy là cao nhất 61,7%, sau đó là nhóm nhiễm trùng 57,5%, BN hô hấp 37,5%, suy tim 30%, nhóm BN dùng thuốc an thần 22,5%, tai biến mạch máu não 18,3%, dùng thuốc vận mạch 15,8%, BN bị ung thư 12,5%, không có BN nào có tiền sử bị HKTMT.

Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lee và cộng sự ở 830 BN HSTC tại Hàn Quốc (2014) cho thấy tuổi trung bình BN vào khoa HSTC 69,8 ± 11,6, BN phải thở máy là chủ yếu 70,5%, suy hô hấp 40,3%, nhiễm trùng 21,8%, dùng an thần 48%, bị ung thư 12,9% [9]

4.2. Tỷ lệ HKTMSCD trong nhóm nghiên cứu

Bảng 4.2. Tỷ lệ huyết khối TMSCD

Kết quả	
Tổng số BN nghiên cứu	120
Số BN dự phòng - %	41 (34,2%)
Số BN không dự phòng - %	79 (65,8%)
Số BN bị HK TMSCD	56 (46,7%)
Số BN không bị HKTMSCD	64 (53,3%)
BN bị TĐMP và HKTMSCD	2 (1,7%)
BN bị TĐMP không bị HKTMSCD	1 (0,8%)
Tỉ lệ HKTMSCD tại các thời điểm:	
To	43 (76,8%)
T1	16 (28,6%)
T2	8 (14,3%)
T3	0(0%)

Qua kết quả bảng 4.2 cho thấy trong 120 BN nghiên cứu chỉ có 34 % BN dùng dự phòng HKTMS, 66% BN không dùng dự phòng, việc dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp.

Bảng 4.3. Tỷ lệ dự phòng ở một số quốc gia

	Số BN dự phòng
Mỹ (n = 2720)	64%
Tây Ban Nha (n=1140)	70%
Australia (n = 406)	46%
Đức (n = 479)	77%
Thái Lan (n = 406)	4%
Hàn Quốc (n = 830) [12]	67,5%
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Việt Nam (n = 324) [10]	27,2%
Nghiên cứu của chúng tôi (n= 120)	34,2%

Qua bảng 4.3 Theo kết quả của nghiên cứu ENDORSE tỷ lệ dự phòng HKTMS thay đổi theo từng quốc gia[10]. Tỷ lệ dự phòng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số quốc gia như Mỹ, Tây Ban Nha, Đức, Australia, Hàn Quốc. Việc dự phòng HKTMS giữa các quốc gia khác nhau, điều này có thể do các quốc gia đó là những nước có nền y học phát triển và có nhiều nghiên cứu liên quan đến việc dự phòng nên tỷ lệ dự phòng cao hơn. Trong một quốc gia việc dự phòng HKTMS cũng khác nhau, cần có hướng dẫn và sự đồng thuận.

Cũng qua kết quả bảng 4.2 cho thấy có 56/120

bệnh nhân (46,7%) bị KTMSCD, trong đó chủ yếu phát hiện ở thời điểm lúc BN vào viện (76,8%) điều đó chứng tỏ trước khi vào khoa HSTC BN đã bị HKTMSCD mà không có triệu chứng và không được phát hiện, BN vào khoa HSTC là những BN nặng đã nằm điều trị tại các cơ sở y tế khác, các khoa phòng khác...khi bệnh nặng mới chuyển đến khoa HSTC mà chưa được dự phòng HKTMS. Có 2 BN có TĐMP kèm HKTMSCD (1,7%), 1 BN có TĐMP mà không có HKTMSCD. Tỷ lệ HKTMSCD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân (63%) [4] và chủ yếu là phát hiện ở thời điểm lúc BN vào viện (46%).

4.3. Tỷ lệ HKTMSCD giữa nhóm dùng dự phòng và không dùng dự phòng

Bảng 4.4. Tỷ lệ HKTMSCD và dự phòng

	Có HKTMS		Không có HKTMS		P	OR	95%CI
	n	%	n	%			
Dự phòng	7	12,5	34	53,1	<0,001	0,13	0,05 – 0,32
Không dự phòng	49	87,5	30	46,9			
Tổng	56	46,7	64	53,3			

Bảng 4.4 cho thấy tỷ lệ BN bị HKTMSCD ở nhóm có dự phòng 7/41 (17%) thấp hơn nhiều so với nhóm không dùng dự phòng 49/79 (62%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P<0,001$ chứng tỏ việc dự phòng HKTMS là hiệu quả và cần thiết. Theo Samama đã

nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh giữa 291 BN dự phòng HKTMS bằng Enoxaparin với 288 BN không dùng dự phòng cho thấy tỷ lệ HKTMS là 5,5% thấp hơn nhiều so với nhóm không dùng dự phòng 14,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P<0,001$

4.4. Các triệu chứng cơ năng khi bị HKTMSCD

Bảng 4.5. Triệu chứng cơ năng khi bị HKTMSCD

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân
Tê chân kiến bò	6 (10,7%)
Tức chân	6 (10,7%)
Đau	8 (14,3%)
Sưng chân.	6 (10,7%)
Không có triệu chứng	48 (85,7%)

Trong số BN có HKTMSCD, 85,7% BN không có triệu chứng cơ năng, đau chân 14,3%, tê chân, tức chân, sưng chân 10,7%.

Điều này cho thấy các BN HSTC bị HKTMSCD đa số không có triệu chứng, vì BN HSTC là những BN nặng, ý thức không tỉnh, phải thở máy, dùng an thần... Chính vì vậy cần phải dự phòng HKTMS cho những BN có nguy cơ, đặc biệt là BN tại Khoa HSTC.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 120 BN vào điều trị tại Khoa HSTC chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ HKTMSCD là 46,7%, được phát hiện chủ yếu vào thời điểm bệnh nhân vào khoa HSTC, chủ yếu là không có triệu chứng (85,7%), có 2 BN có TĐMP kèm HKTMSCD (1,7%)

2. Dự phòng HKTMSCD bằng heparin TLPTT có hiệu quả với $P < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Susan R.Kahn, MD; Wendy Lim, MD; Andrew S. Dunn, MD (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* 2012, 141(2)(Suppl):e195S–e226S.

2. Clémence Minet, Leila Potton, Agnès Bonadona et al (2015). Venous thromboembolism in the ICU: main characteristics, diagnosis and thromboprophylaxis. *Critical Care* 19:287 DOI 10.1186/s13054-015-1003-9.

3. Đặng Văn Phước và cộng sự (2010). Nghiên cứu tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nội khoa bằng phương pháp siêu âm Duplex. *Tạp chí Tim mạch học*, 56, tr. 24 - 36.

4. Huỳnh Văn Ân (2009). Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa tại khoa sản sôc đặc biệt Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, số 6, tr. 127 – 134.

5. Hoàng Bùi Hải (2013). *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị tắc động mạch phổi cấp*. Luận án tiến sĩ y học,

Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Cook D, Meade M, Guyatt G et al (2011). Dalteparin versus unfractionated heparin in critically ill patients. *N Engl J Med* ;364:1305–14.

7. Nguyễn Khắc Điệp (2014). *Khảo sát tình hình dự phòng huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân nội khoa cấp tính tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội*. Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa 2008 - 2014, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Meyer Michel Samama, M.D et al (1999). Acomperison of Enoxaparin with Placebo for Prevention of Venous Thromboembolism in Acutely Illmedical Patients. *NEJM*, 341: 793-800.

9. Jinwoo Lee, Seok Chan Kim, Sun Jong Kim et al (2014). Prevention of Venous Thromboembolism in Medical Intensive Care Unit: A Multicenter Observational Study in Korea. *J Korean Med Sci*, 29: 1572-1576.

10. Cohen A.T, Tapson V.F, et al. (2008). Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *The Lancet*, 371(9610), 387-394.