

Thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu trên bệnh nhân ung thư tại Viện Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Prevention of venous thromboembolism after abdominal - pelvic tumor resection among cancer patients at the Institute of Gastroenterology Surgery - 108 Military Central Hospital

Tổng Thanh Huyền*, Nguyễn Đức Trung*,
Nguyễn Thị Liên Hương**, Nguyễn Thị Thu Thủy**,
Đào Hồng Mùi*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Trường Đại học Dược Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu trên bệnh nhân ung thư tại Viện Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả quan sát tất cả bệnh nhân ung thư được phẫu thuật cắt khối u bụng - chậu tại Viện Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ 01/4/2023-20/4/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 86 bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch chỉ chiếm 30,2% và tất cả đều bằng thuốc dự phòng đơn độc. Ở nhóm bệnh nhân được dự phòng, toàn bộ lựa chọn biện pháp dự phòng phù hợp bằng hoạt chất enoxaparin, trong đó, tỷ lệ lựa chọn liều dùng, thời điểm khởi đầu và độ dài của đợt dự phòng tối thiểu phù hợp lần lượt là 84,6%, 0% và 23,1%. Tất cả bệnh nhân ở nhóm không được dự phòng được đánh giá là dự phòng chưa phù hợp. **Kết luận:** Việc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch còn chưa được thường quy với khởi đầu thuốc dự phòng muộn và đa phần độ dài đợt dự phòng ngắn hơn khuyến cáo. Cần tiếp tục tìm hiểu các rào cản liên quan và từ đó đưa ra các giải pháp để nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Dự phòng, huyết khối tĩnh mạch, ung thư, phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu.

Summary

Objective: To analyze the current status of venous thromboembolism prevention after abdominal - pelvic tumor resection among cancer patients at the Institute of Gastroenterology Surgery - 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A prospective, descriptive, observational study of all cancer patients undergoing abdominal or pelvic tumor resection at the Institute of Gastroenterology Surgery - 108 Military Central Hospital, from 1st April 2023 to 20th April 2023. **Result:** The study was conducted on 86 patients. The proportion of patients using venous thromboembolism prophylaxis only accounted for 30.2% and all of which used pharmacologic thromboprophylaxis as monotherapy. In the group of

Ngày nhận bài: 11/9/2023, ngày chấp nhận đăng: 15/9/2023

Người phản hồi: Nguyễn Đức Trung, Email: ductrung108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

patients receiving prophylaxis, all were selected appropriate prophylaxis with enoxaparin, of which the dose, time of initiation, and minimum duration of prophylaxis were consistent were 84.6%, 0% and 23.1%, respectively. All patients in the non-prophylactic group were assessed as having inadequate prophylaxis. *Conclusion:* Venous thromboembolism prophylaxis is not yet routine with delayed initiation of prophylactic drugs and, in most cases, shorter duration of prophylaxis than recommended. It is necessary to explore the related barriers and then propose solutions to improve the quality of treatment

Keywords: Prevention, venous thromboembolism, cancer, abdominal – pelvic tumor resection.

1. Đặt vấn đề

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là một biến chứng nghiêm trọng có thể gặp phải ở các bệnh nhân sau phẫu thuật (PT) với hai biểu hiện cấp tính là huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và thuyên tắc động mạch phổi [1], [5]. Các bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao và không được dự phòng (DP) có thể gặp biến cố này với tỷ lệ 1,9% [5]. Trong số các yếu tố nguy cơ của TTHKTM hậu phẫu, bệnh ung thư là một yếu tố quan trọng và có thể gây gia tăng 2,3 lần tỷ lệ gặp phải TTHKTM ở bệnh nhân sau phẫu thuật, bao gồm cả phẫu thuật vùng bụng - chậu [3]. Với mức độ bằng chứng mạnh, các hướng dẫn cập nhật trên thế giới như ASCO 2023 [6], ESMO 2023 [4] cũng như tại Việt Nam là phác đồ Bộ Y tế 2020 [1], VNHA 2022 [2] đã đưa ra các khuyến cáo khá tương đồng ủng hộ việc dự phòng TTHKTM thường quy cho bệnh nhân ung thư cần thực hiện phẫu thuật lớn.

Mặc dù lợi ích của dự phòng TTHKTM cho đối tượng bệnh nhân phẫu thuật ung thư vùng bụng - chậu đã được chứng minh từ lâu, một nghiên cứu đa trung tâm trên 2.967 bệnh nhân đã chỉ ra rằng hơn một nửa số lượng bệnh nhân này chưa được dự phòng TTHKTM [7]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TUQĐ) 108, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng dự phòng TTHKTM trên đối tượng bệnh nhân ung thư được phẫu thuật cắt bỏ khối u vùng bụng - chậu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu thực trạng dự phòng TTHKTM sau phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu trên bệnh nhân ung thư tại Viện Phẫu thuật Tiêu hóa (PTTH) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 dựa trên các khuyến cáo điều trị hiện hành trong và ngoài nước. Kết quả của nghiên cứu sẽ là căn cứ để góp phần cải thiện chất lượng dự phòng TTHKTM tại Bệnh viện trong tương lai.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ung thư được phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu tại Viện PTTH - Bệnh viện TWQĐ 108, trong khoảng thời gian từ ngày 01/4/2023 đến ngày 20/4/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, có thời gian nằm viện từ 48 giờ trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai, sau sinh 1 tháng, phụ nữ cho con bú, bệnh nhân lọc máu, bệnh nhân đang dùng chống đông trước phẫu thuật cho các chỉ định điều trị (như rung nhĩ, bệnh van tim, thay/sửa van tim,...).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu, mô tả quan sát.

Quy trình thu thập, xử lý số liệu: Thu thập thông tin tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi thông tin trực tiếp từ bác sĩ và bệnh nhân, đơn thuốc ra viện của các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn và loại trừ của nghiên cứu. Đánh giá bệnh nhân theo thông tin đã thu thập, sau đó nhập và xử lý số liệu.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân;

Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng TTHKTM; biện pháp dự phòng;

Tỷ lệ phù hợp của dự phòng TTHKTM ở nhóm có được dự phòng và không được dự phòng;

Tính an toàn - hiệu quả của dự phòng TTHKTM trong quá trình nằm viện.

Quy ước trong nghiên cứu:

Tính phù hợp lựa chọn biện pháp, loại hoạt chất, liều dùng, thời điểm dùng, độ dài đợt dự phòng TTHKTM thỏa mãn khuyến cáo của VNHA 2022 [2], NCCN 2021 [8], ASCO 2023 [6], ESMO 2023 [4] đưa ra:

STT	Tiêu chí	Quy ước đánh giá tính phù hợp
1	Lựa chọn biện pháp dự phòng	Dự phòng bằng thuốc ($\pm$ dự phòng cơ học) cho tất cả các trường hợp không vi phạm CCĐ với thuốc Dự phòng cơ học đơn độc khi có CCĐ với thuốc
2	Loại hoạt chất	Heparin không phân đoạn (UFH) Enoxaparin: Khi bệnh nhân có độ thanh thải creatinin (CICr) ≥ 15 ml/phút
3	Liều dùng	UFH: Tiêm dưới da (TDD) 5000 U/lần $\times$ 2-3 lần/ngày * Không cần hiệu chỉnh liều cho BN suy thận * BMI ≥ 40 kg/m ² : Cân nhắc 7500U/lần $\times$ 3 lần/ngày Enoxaparin: Tiêm dưới da, 40mg/lần $\times$ 1 lần/ngày * Khi 15ml/phút $\leq$ CICr $<$ 30 ml/phút: TDD 30 mg/lần $\times$ 1 lần/ngày * BMI ≥ 40 kg/m ² : Cân nhắc 40mg/lần $\times$ 2 lần/ngày
4	Thời điểm khởi đầu	UFH 2-4 giờ trước PT Enoxaparin 10-12 giờ trước PT hoặc 6-12 giờ sau PT
5	Độ dài đợt dự phòng tối thiểu	7-10 ngày

Chống chỉ định (CCĐ) với thuốc chống đông: Bất kỳ yếu tố CCĐ nào được đưa ra bởi VNHA 2022 [2], ASCO 2023 [6], ESMO 2023 [4].

Biến cố chảy máu: Được chẩn đoán là chảy máu hoặc xuất huyết bởi bác sĩ trong quá trình nằm viện. Đánh giá mức độ nặng theo ISTH [2]. Biến cố TTHKTM: Được chẩn đoán là TTHKTM hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc động mạch phổi bởi bác sĩ trong quá trình nằm viện.

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập, xử lý bằng EXCEL 2016 và phần mềm R.

3. Kết quả

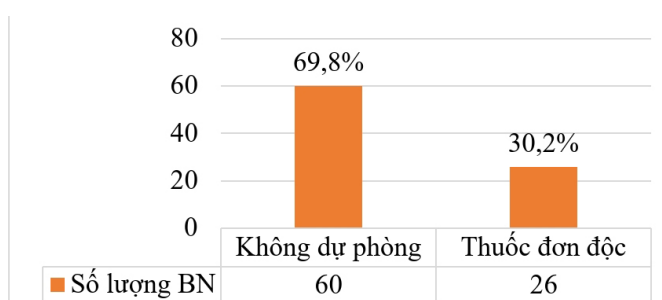
Đặc điểm chung của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		n (%)
Số lượng bệnh nhân		86 (100%)
Tuổi ($TB \pm SD$)		62,2 $\pm$ 11,7
Min - max		28 - 96
Giới tính nam		54 (62,8%)
Khoa phẫu thuật	Khoa PT Ống Tiêu hóa (B3-A)	37 (43,0%)
	Khoa PT Gan, Mật, Tụy (B3-B)	22 (25,6%)
	Khoa PT Hậu môn, Trực tràng (B3-C)	27 (31,4%)
Bệnh nhân được đặt catheter giảm đau ngoài màng cứng		44 (51,2%)

Nghiên cứu thu thập được tổng số 86 bệnh nhân ung thư được phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu. Khoảng hơn nửa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được đặt catheter giảm đau ngoài màng cứng.

Đặc điểm lựa chọn các biện pháp dự phòng TTHKTM được trình bày trong Biểu đồ 1.

**Biểu đồ 1.** Đặc điểm lựa chọn các biện pháp dự phòng TTHKTM

Bệnh nhân được sử dụng biện pháp dự phòng TTHKTM sau phẫu thuật chiếm 30,2% và toàn bộ dự phòng bằng thuốc đơn độc. Hoạt chất được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu là enoxaparin - một loại heparin trọng lượng phân tử thấp.

Tính phù hợp của dự phòng TTHKTM

Tính phù hợp của dự phòng TTHKTM trên nhóm bệnh nhân có được dự phòng và nhóm bệnh nhân không được dự phòng được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Tính phù hợp của dự phòng TTHKTM trên hai nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	n (%)
Nhóm bệnh nhân có được dự phòng (n = 26)	
Lựa chọn biện pháp dự phòng phù hợp	26 (100%)
Lựa chọn loại hoạt chất dự phòng phù hợp (enoxaparin)	26 (100%)
Liều dùng	
Phù hợp	23 (88,5%)
Liều cao hơn khuyến cáo ^a	3 (11,5%)
Thời điểm khởi đầu:	
Phù hợp	0 (0%)
Muộn hơn khuyến cáo	26 (100%)
Khởi đầu sau phẫu thuật trên 12 giờ đến 24 giờ	12 (46,2%)
Khởi đầu sau phẫu thuật trên 24 giờ đến 48 giờ	13 (50,0%)
Khởi đầu sau phẫu thuật trên 48 giờ	1 (3,8%)
Độ dài của đợt dự phòng tối thiểu	
Phù hợp	6 (23,1%)
Ngắn hơn khuyến cáo	20 (76,9%)
Nhóm bệnh nhân không được dự phòng (n = 60)	
Lựa chọn biện pháp dự phòng:	
Phù hợp	0 (0%)
Dự phòng thiếu	60 (100%)
Phân bố tỷ lệ dự phòng thiếu theo các khoa phẫu thuật ^b	60 (100%)
Khoa B3 - A	37 (61,7%)
Khoa B3 - B	11 (18,3%)
Khoa B3 - C	12 (20,0%)

Chú thích: ^a 01 trường hợp enoxaparin 40mg/lần × 2 lần/ngày với BMI < 40kg/m² và 2 trường hợp enoxaparin 40mg/lần × 1 lần/ngày với ClCr 15-29ml/phút; ^b khoa B3 - A là khoa chưa triển khai dự phòng; Khoa B3-B và Khoa B3-C đã triển khai dự phòng.

Ở nhóm có được dự phòng: Toàn bộ bệnh nhân trong nhóm được dự phòng lựa chọn biện pháp dự phòng và hoạt chất dự phòng phù hợp bằng enoxaparin. Tỷ lệ lựa chọn liều dùng, thời điểm khởi đầu và độ dài của đợt dự phòng tối thiểu phù hợp lần lượt là 84,6%, 0% và 23,1%.

Ở nhóm không được dự phòng: Tỷ lệ dự phòng phù hợp là 0%, do không bệnh nhân nào vi phạm chống chỉ định với thuốc chống đông.

Tính an toàn - hiệu quả trong quá trình nằm viện

Nghiên cứu ghi nhận 1 bệnh nhân gặp biến cố TTHKTM và 1 bệnh nhân biến cố chảy máu nặng sau phẫu thuật trong quá trình nằm viện. Mô tả biến cố được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Mô tả biến cố ghi nhận trong quá trình bệnh nhân nằm viện

Đặc điểm	Biến cố	
	Biến cố TTHKTM (1 trường hợp)	Biến cố chảy máu (1 trường hợp)
Nhóm	Không được DP	Có được DP
Tuổi	46	40
Giới tính	Nam	Nam
Tên PT	Cắt đoạn ruột non	Nội soi cắt khối tá tụy
Thời gian PT	60 phút	390 phút
Thời gian xuất hiện	11 ngày sau PT	6 ngày sau PT
Biểu hiện	Sưng đau cẳng chân trái, siêu âm Doppler mạch có HKTm chân trái	HGB giảm từ 133g/L (28/3) còn 92g/L (11/4)

4. Bàn luận

4.1. Về đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 86 bệnh nhân ung thư phải nhập viện để phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu. Đây là nhóm bệnh nhân mà nguy cơ TTHKTM cao hơn đáng kể so với bệnh nhân phẫu thuật lành tính [7]. Ngoài việc bệnh nhân có bệnh ung thư, thì yếu tố tuổi cao ($62,2 \pm 11,7$ tuổi) thường gặp trên đối tượng này cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập khác gây gia tăng TTHKTM hậu phẫu [3].

Sự phân bố bệnh nhân giữa các khoa trong Viện Phẫu thuật Tiêu hóa là không đồng đều nhau. Theo đó, khoa Phẫu thuật Ống tiêu hóa chiếm tỷ lệ bệnh nhân cắt khối u vùng bụng - chậu cao nhất là 43,0%, điều này có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ dự phòng của toàn bộ mẫu nghiên cứu, do Khoa B3-A đến hết thời điểm thực hiện nghiên cứu vẫn đang trong quá trình

xây dựng kế hoạch dự phòng TTHKTM cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

Hơn nửa số lượng bệnh nhân được đặt catheter ngoài màng cứng giảm đau sau mổ. Đây là một thủ thuật cần lưu ý về thời điểm dùng thuốc chống đông nhằm tránh nguy cơ chảy máu nghiêm trọng cho bệnh nhân [5]. Bệnh nhân có thể được sử dụng thuốc chống đông dự phòng trong quá trình đặt catheter, tuy nhiên không nên sử dụng thuốc trong vòng 12 giờ trước hoặc 4 giờ sau thực hiện thủ thuật này để tránh vi phạm chống chỉ định của thuốc [4], [6], [8].

4.2. Về đặc điểm lựa chọn các biện pháp dự phòng TTHKTM

Với mức độ bằng chứng cao, các hướng dẫn điều trị mới nhất đến hiện tại như ASCO 2023 [6], ESMO 2023 [4], NCCN 2021 [8], VNHA 2022 [2], Bộ Y tế 2020 [1] đều có chung khuyến cáo tất cả bệnh nhân ung thư được phẫu thuật lớn nên dự phòng bằng thuốc heparin trọng lượng phân tử thấp

(LMWH) hoặc heparin không phân đoạn (UFH) trừ khi có chống chỉ định với thuốc. Mặc dù vậy, tỷ lệ bệnh nhân được lựa chọn biện pháp dự phòng bằng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 30,2% số lượng bệnh nhân. Con số này thấp hơn so với kỳ vọng của nhóm nghiên cứu do chưa đạt xấp xỉ tỷ lệ 57% của tổng số bệnh nhân khoa B3-B và khoa B3-C, là các khoa đã triển khai dự phòng trong Viện PTTH. Điều này cho thấy khoa B3-B và khoa B3-C đã quan tâm đến dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân ung thư phẫu thuật nhưng việc triển khai dự phòng còn chưa đồng bộ và thường quy.

Bên cạnh nguy cơ TTHKTM cao sau phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu thì việc dự phòng thuốc cũng tiềm tàng nguy cơ biến chứng xuất huyết [5]. Thực tế nghiên cứu của chúng tôi cũng đã ghi nhận được 01 bệnh nhân được dự phòng thuốc sau phẫu thuật đã có biến chứng chảy máu nặng và cần phải thực hiện thêm phẫu thuật để giải quyết tình trạng này. Việc e ngại nguy cơ chảy máu nghiêm trọng khi sử dụng thuốc chống đông sau phẫu thuật có cùng với trải nghiệm trên lâm sàng từng gặp biến chứng chảy máu khi dùng dự phòng thuốc như trên có thể gây thêm sự dè dặt trong việc sử dụng thuốc chống đông của các bác sĩ.

Dù vậy, với lợi ích giảm 50-67% nguy cơ TTHKTM hậu phẫu ở bệnh nhân ung thư được dự phòng [7], việc dự phòng TTHKTM vẫn nên được quan tâm và đẩy mạnh hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 01 bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao và không được dự phòng đã gặp phải biến cố TTHKTM gây kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng gánh nặng chi phí điều trị về sau.

4.3. Về tính phù hợp của dự phòng TTHKTM

Với nhóm bệnh nhân có được dự phòng

Viện PTTH đã triển khai rất tốt về lựa chọn biện pháp dự phòng khi toàn bộ bệnh nhân đều được sử dụng LMWH, cụ thể là enoxaparin, một lựa chọn hàng đầu cho chỉ định dự phòng TTHKTM và không bệnh nhân nào vi phạm chống chỉ định của thuốc [2], [4], [5], [6]. Về liều dùng thuốc, hầu hết bệnh nhân được sử dụng liều khuyến cáo dự phòng TTHKTM là enoxaparin 40mg/lần $\times$ 1 lần/ngày. Tuy

nhien, bác sĩ cần lưu ý hiệu chỉnh liều thuốc theo chức năng thận của bệnh nhân phù hợp, theo đó 02 bệnh nhân có ClCr từ 15ml/phút đến 29ml/phút nên được giảm liều xuống còn 30 mg/lần $\times$ 1 lần/ngày theo các hướng dẫn hiện hành [2], [8]. Theo khuyến cáo, thuốc dự phòng enoxaparin nên khởi đầu 10-12 giờ trước phẫu thuật hoặc 6-12 giờ sau phẫu thuật [4], [6], [8]. Ở đây, toàn bộ bệnh nhân được khởi đầu dự phòng thuốc tại thời điểm sau phẫu thuật, tuy nhiên tất cả đều bắt đầu muộn hơn so với khuyến cáo. Nhìn chung, các bác sĩ tại Viện PTTH đã lưu tâm đến chỉ định dự phòng sớm cho bệnh nhân bởi đa phần khởi đầu thuốc dao động trong 2 ngày sau phẫu thuật, mặc dù vậy thời điểm khởi đầu dự phòng còn có sự khác biệt với khuyến cáo hiện hành. Với mức độ bằng chứng mạnh mẽ, các hướng dẫn đưa ra độ dài của đợt dự phòng tối thiểu là 7-10 ngày [1], [4], [5], [6]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, việc sử dụng đợt dự phòng tối thiểu theo khuyến cáo là 7-10 ngày chỉ đạt 23,1%. Điều này có thể do quan điểm của nhiều bác sĩ là dự phòng thuốc đến khi bệnh nhân đi lại được hoặc dừng tại thời điểm ra viện. Về khía cạnh độ dài đợt dự phòng, các bác sĩ cần lưu tâm bám sát hướng dẫn thực hành hơn. Ở nhóm bệnh nhân dự phòng bằng thuốc, mặc dù xuất hiện 01 ca biến cố chảy máu, tuy nhiên nhóm nghiên cứu chưa quy kết nhân - quả cho dùng thuốc chống đông, vì ngoài ra, bệnh nhân còn có các yếu tố chảy máu liên quan đến phẫu thuật do phẫu thuật cắt khối tá tụy phức tạp với thời gian phẫu thuật lên đến 390 phút.

Với nhóm bệnh nhân không được dự phòng

Nhóm nghiên cứu đánh giá toàn bộ là không phù hợp với khuyến cáo vì không bệnh nhân nào vi phạm chống chỉ định với thuốc chống đông. Kết quả này bị ảnh hưởng do 61,7% số lượng bệnh nhân của nhóm là thuộc khoa B3-A, đang trong quá trình xây dựng kế hoạch dự phòng TTHKTM hậu phẫu. Bên cạnh đó, 38,3% bệnh nhân của nhóm thuộc khoa B3-B và khoa B3-C, có thể do bác sĩ lo ngại nguy cơ chảy máu do phẫu thuật đã bỏ qua dự phòng TTHKTM bằng thuốc cho bệnh nhân. Giải pháp dự phòng TTHKTM khi bệnh nhân gặp phải yếu tố nguy cơ chảy máu nghiêm trọng hoặc chống

chỉ định khi dùng thuốc chống đông đã được đưa ra là sử dụng đơn độc biện pháp dự phòng cơ học trong khi chờ đợi nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật về tối thiểu [2], [4], [5]. Mặc dù vậy theo hiểu biết của chúng tôi, các thiết bị dự phòng cơ học còn chưa sẵn có tại Viện PTTH. Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận một bệnh nhân có nguy cơ cao TTHKTM nhưng chưa được dự phòng dẫn đến biến cố huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cho bệnh nhân. Điều này một lần nữa khẳng định cần quan tâm hơn nữa tới vấn đề dự phòng TTHKTM thường quy cho bệnh nhân cắt khối u vùng bụng - chậu.

5. Kết luận

Nghiên cứu được thực hiện trên 86 bệnh nhân ung thư được phẫu thuật cắt khối u vùng bụng - chậu, đối tượng có chỉ định được dự phòng TTHKTM bằng thuốc LMWH hoặc UFH thường quy.

Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch chỉ chiếm 30,2% và tất cả đều bằng thuốc dự phòng đơn độc. Ở nhóm bệnh nhân được dự phòng, toàn bộ lựa chọn biện pháp dự phòng hợp lý bằng enoxaparin, trong đó, tỷ lệ lựa chọn liều dùng, thời điểm khởi đầu và độ dài của đợt dự phòng tối thiểu phù hợp lần lượt là 84,6%, 0% và 23,1%. Tất cả bệnh nhân ở nhóm không được dự phòng được đánh giá là dự phòng chưa phù hợp.

Thực trạng này là tiền đề để nhóm nghiên cứu tiếp tục tìm hiểu các rào cản của các bác sĩ liên quan đến thực hành dự phòng trên đối tượng này và từ đó đưa ra các giải pháp để nâng cao chất lượng điều trị trong tương lai.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu*.
2. Hội Tim mạch học Việt Nam (2022) *Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch 2022*.
3. Bahl V, Hu HM et al (2010) *A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method*. Ann Surg 251(2): 344-50.
4. Falanga A, Ay C et al (2023) *Venous thromboembolism in cancer patients: ESMO clinical practice guideline*. Annals of Oncology 34(5): 452-467.
5. Gould MK, Garcia DA et al (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): 227-277.
6. Key Nigel S, Khorana Alok A et al (2023) *Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: ASCO guideline update*. Journal of Clinical Oncology 41(16): 3063-3071.
7. Krell RW, Scally CP, Wong SL, Abdelsattar ZM, Birkmeyer NJ, Fegan K, Todd J, Henke PK, Campbell DA, Hendren S (2015) *Variation in hospital thromboprophylaxis practices for abdominal cancer surgery*. Annals of Surgical Oncology 23.
8. Streiff MB, Holmstrom B et al (2021) *Cancer-associated venous thromboembolic disease, version 2.2021, nccn clinical practice guidelines in oncology*. J Natl Compr Canc Netw 19(10): 1181-1201.