

Thực trạng tuân thủ hướng dẫn kê đơn dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch giai đoạn sau xuất viện trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình lớn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Guideline adherence for post-discharge venous thromboembolism prophylaxis prescribing in major orthopedic surgery patients at Saint Paul General Hospital

Nguyễn Hoàng Quỳnh Trang¹, Nguyễn Đức Long¹,
Nguyễn Thị Dừa¹, Nguyễn Thị Huyền Thư¹,
Nguyễn Trọng Hào¹, Phan Thị Linh¹, Vũ Thu Hà¹,
Ngô Thị Kiều Ngân¹, Trần Thị Thu Thủy¹,
Nguyễn Tứ Sơn², Nguyễn Toàn Thư²,
Trần Thị Thuỳ Linh² và Nguyễn Thị Thu Thủy^{2*}

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
²Trường Đại học Dược Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tuân thủ hướng dẫn kê đơn dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình (PTCH) lớn giai đoạn sau xuất viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên toàn bộ bệnh nhân thực hiện PTCH lớn tại các Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 08/04/2026 đến 08/06/2026. **Kết quả:** Trong 94 bệnh nhân PTCH lớn được đưa vào nghiên cứu, 96,8% (91/94) được kê đơn thuốc chống đông khi ra viện; rivaroxaban 10 mg là thuốc chống đông duy nhất được sử dụng. Tỷ lệ tuân thủ về lựa chọn thuốc là 62,6%; nguyên nhân không tuân thủ do lựa chọn DOAC chưa phù hợp ở nhóm gãy xương đùi. Trong nhóm tuân thủ về lựa chọn thuốc, 100% tuân thủ về liều dùng. Thời gian dự phòng tổng cộng là $29,6 \pm 5,6$ (ngày) và 100% đạt thời gian dự phòng tối thiểu theo khuyến cáo. Tuy nhiên, chỉ có 66,7% bệnh nhân đạt thời gian dự phòng tối ưu theo khuyến cáo. **Kết luận:** Thực hành kê đơn dự phòng TTHKTM sau xuất viện đã đạt mức tuân thủ cao về chỉ định, chế độ liều và thời gian dự phòng tối thiểu sau khi hướng dẫn được ban hành; tuy nhiên, vẫn còn tồn tại khoảng trống về lựa chọn thuốc ở nhóm gãy xương đùi và thời gian dự phòng tối ưu, đòi hỏi cần tiếp tục triển khai các biện pháp can thiệp được lâm sàng.

Từ khóa: Dự phòng, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật chỉnh hình lớn, ngoại trú.

Summary

Objective: To evaluate adherence to the institutional guideline regarding post-discharge venous thromboembolism prophylaxis prescribing practices among patients undergoing major orthopedic surgery (MOS). **Subject and method:** A retrospective, cross-sectional study was conducted on all patients undergoing MOS in the Orthopedic Trauma departments at Saint Paul General Hospital from April 8,

Ngày nhận bài: 18/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 7/10/2026

* Tác giả liên hệ: thuyntt@hup.edu.vn - Đại học Dược Hà Nội

2026 to June 8, 2026. *Result:* Among 94 included MOS patients, 96,8% (91/94) were prescribed post-discharge VTE pharmacological prophylaxis, with rivaroxaban 10mg being the sole anticoagulant agent used. The adherence rate for drug selection was 62.6%; with non-adherence case exclusively attributed to inappropriate DOAC use in femoral fracture patients. Among patients with appropriate drug selection, adherence to dosing regimens reached 100%. The mean total duration of prophylaxis was 29.6 ± 5.6 days, and 100% of patients achieved the minimum recommended duration. However, only 66.7% achieved the optimal recommended duration. *Conclusion:* Post-discharge venous thromboembolism (VTE) prophylaxis prescribing practice achieved high adherence rates regarding indication, dosing regimen, and minimum duration following the implementation of the guideline; however, gaps remain regarding drug selection in the femoral fracture cohort and optimal duration of prophylaxis, necessitating the continued implementation of clinical pharmacy interventions.

Keywords: Prophylaxis, venous thromboembolism, major orthopedic surgery, discharge prescription.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) sau phẫu thuật chỉnh hình lớn, bao gồm phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối và gãy xương chậu, xương hông, xương đùi, có vai trò quan trọng do nguy cơ mắc TTHKTM và tỷ lệ tử vong tăng đáng kể ở nhóm bệnh nhân này^{1, 2}. Nguy cơ này không chỉ xảy ra trong quá trình nằm viện mà còn kéo dài sau xuất viện, với tỷ lệ TTHKTM được ghi nhận từ 1,3 - 10% trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật³. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh dự phòng kéo dài sau xuất viện sau PTCH lớn giúp giảm đáng kể tỷ lệ mắc TTHKTM⁴⁻⁶. Vì vậy, các hướng dẫn trong và ngoài nước hiện nay đều khuyến cáo nên kéo dài thời gian dự phòng sau xuất viện đối với PTCH lớn^{7,8}.

Tuân thủ hướng dẫn về dự phòng TTHKTM sau PTCH lớn, đặc biệt giai đoạn sau xuất viện, hiện vẫn còn chưa đầy đủ⁹⁻¹¹. Trong một nghiên cứu đa quốc gia trên 2.162 bệnh nhân thay khớp háng, thay khớp gối và phẫu thuật gãy xương đùi, kết quả cho thấy sau xuất viện có 10,3% bệnh nhân bị bỏ sót kê đơn dự phòng và chỉ 36,6% đơn kê phù hợp khuyến cáo (đa số do dự phòng không đủ liệu trình)⁹. Một tổng quan hệ thống trên 13 nghiên cứu với 35303 bệnh nhân (2004 - 2014) cho thấy việc tuân thủ dự phòng đầy đủ theo ACCP (gồm cả giai đoạn sau xuất viện) là 42%. Tỷ lệ tuân thủ khuyến cáo về thời gian dự phòng tối ưu đạt 59%. Nghiên cứu nhấn mạnh khoảng cách lớn nằm ở giai đoạn sau xuất viện¹².

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã ban hành hướng dẫn nội bộ về dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh

hình năm 2025; kết hợp với các can thiệp dược lâm sàng, bước đầu cho thấy cải thiện rõ rệt chất lượng kê đơn dự phòng nội trú. Nối tiếp định hướng chuẩn hóa thực hành kê đơn dự phòng toàn diện, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát thực trạng tuân thủ hướng dẫn kê đơn dự phòng TTHKTM sau xuất viện ở bệnh nhân PTCH lớn. Kết quả nghiên cứu nhằm cung cấp dữ liệu thực tế tại cơ sở, làm tiền đề để thiết kế can thiệp dược lâm sàng trọng tâm nhằm cải thiện chất lượng dự phòng TTHKTM sau xuất viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình lớn điều trị nội trú tại các khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ ngày 08/04/2026 đến ngày 08/06/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi, được thực hiện một trong các loại PTCH lớn (bao gồm: PT thay khớp háng, PT thay khớp gối và PT gãy xương chậu, xương hông, xương đùi) và điều trị nội trú tại các khoa Chấn thương Chỉnh hình của bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đã có chẩn đoán TTHKTM trước khi nhập khoa; Đang điều trị các thuốc chống đông dài hạn cho bệnh lý khác; Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú; Chuyển khoa hoặc chuyển đến cơ sở y tế khác tiếp tục điều trị.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ. Tổng cộng có 94 BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu: Thu thập dữ liệu từ bệnh án điện tử (bao gồm hồ sơ bệnh án nội trú và ngoại trú) và điền vào biểu mẫu “Phiếu thu thập thông tin bệnh nhân”.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bệnh nhân:

Đặc điểm dự phòng TTHKTM sau xuất viện: Chỉ định dự phòng, lựa chọn thuốc, liều dùng, thời gian dự phòng.

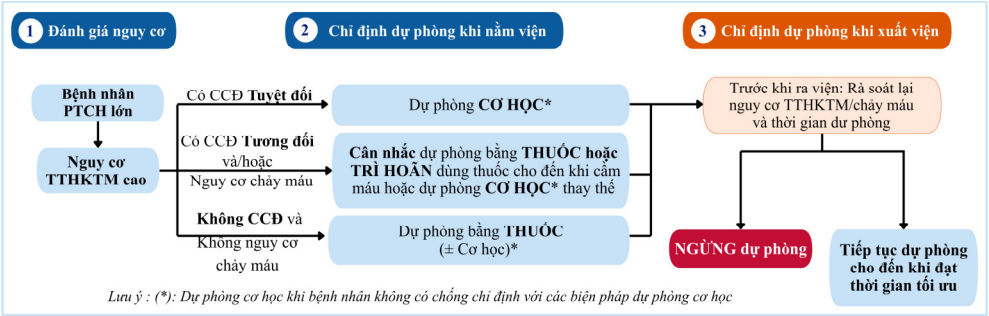
Tỷ lệ % tuân thủ hướng dẫn dự phòng TTHKTM sau xuất viện về các khía cạnh: Chỉ định dự phòng, lựa chọn thuốc, liều dùng, thời gian dự phòng.

Quy ước đánh giá trong nghiên cứu:

Quy ước đánh giá trong nghiên cứu được xây dựng dựa trên tài liệu “ Hướng dẫn sử dụng thuốc

chống đông trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chấn thương chỉnh hình” được Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn ban hành ngày 22/7/2025. Tài liệu này được xây dựng trên cơ sở chính là khuyến cáo của Bộ Y tế 2023⁸ và các khuyến cáo của Queensland 2018⁷ và ACCP 2012¹³.

Sự tuân thủ thực hành kê đơn dự phòng sau xuất viện được tiến hành rà soát lần lượt theo các khía cạnh: 1) Chỉ định dự phòng, 2) Lựa chọn thuốc, 3) Liều dùng, 4) Độ dài dự phòng theo căn cứ trình bày trong Hình 1 và Hình 2. Khía cạnh liều dùng và độ dài dự phòng chỉ đánh giá ở các bệnh nhân được lựa chọn thuốc phù hợp. Độ dài dự phòng đánh giá dựa trên tổng số ngày dự phòng TTHKTM trong quá trình nằm viện và độ dài dự phòng trong đơn thuốc xuất viện và các đơn thuốc tái khám (nếu có).



Hình 1. Hướng dẫn về chỉ định dự phòng TTHKTM sau PT chỉnh hình lớn

Lựa chọn thuốc	Enoxaparin (40mg x 1 lần/ngày hoặc 30mg x 2 lần/ngày)	UFH (5000 ĐV x 2 lần/ngày)	Rivaroxaban (10mg x 1 lần/ngày)	Dabigatran (Liều đầu 110mg, duy trì 220mg x 1 lần/ngày)	Apixaban (2,5 mg x 2 lần/ngày)	Độ dài đợt dự phòng (ngày)
✓ Khuyến cáo ✗ Không khuyến cáo						
PT thay khớp háng (TKH), thay khớp gối (TKG)	✓	✓	✓	✓	✓	Tối thiểu: 10 Tối ưu: + ≥ 28-35 (TKH) + ≥ 14 (TKG)
PT gãy xương chậu, hông, đùi	✓	✓	✗	✗	✗	Tối thiểu: 10 Tối ưu: > 28
CLcr (ml/phút)	Enoxaparin*	UFH	Rivaroxaban	Dabigatran	Apixaban	
15 ≤ Clcr ≤ 30	30mg hoặc 20mg x 1 lần/ngày	Ưu tiên	-	Chống chỉ định	-	
< 15	Chống chỉ định	Ưu tiên	Chống chỉ định	Chống chỉ định	Chống chỉ định	

* Với bệnh nhân có BMI < 18kg/m²: cân nhắc sử dụng Enoxaparin liều 30mg/ngày hoặc 20mg/ngày

Hình 2. Hướng dẫn về lựa chọn thuốc, liều dùng và thời gian dự phòng

Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và quản lý bằng Microsoft Excel, phân tích số liệu bằng SPSS. Các biến liên tục sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình (Mean) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Các biến phân loại được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ, tần suất.

Chấp thuận tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu thuộc đề tài cơ sở và đã được phê duyệt để triển khai thực hiện bởi Hội đồng khoa học bệnh viện theo quyết định 534/QĐ-BVĐKXP, ban hành 31/03/2026.

III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

Tổng cộng 94 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu (Bảng 1). Phổ biến nhất là phẫu thuật thay khớp háng (43,6%) và gãy xương đùi (38,3%). Bệnh nhân có tuổi trung bình 66,5; đa phần là nữ (60,6%). Có 11,7% bệnh nhân có Clcr < 30 ml/phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật dao động từ 7,4 đến 8,8 ngày. Toàn bộ bệnh nhân PTCH lớn có nguy cơ TTHKTM cao. Hầu hết bệnh nhân không có chống chỉ định với thuốc chống đông. Bệnh nhân trung bình được kê đơn thuốc chống đông dự phòng ở giai đoạn nội trú 7,1 ngày.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n = 94)	Đặc điểm	Tổng (n = 94)
Nữ giới, n (%)	57 (60,6)	Clcr (mL/phút), n (%)	
Tuổi (năm), TB $\pm$ SD	66,5 $\pm$ 15,9	15 $\leq$ Clcr $\leq$ 30	10 (10,6)
Phân bố theo nhóm tuổi, n (%)		< 15	1 (1,1)
19 - 59	24 (25,5)	Phân loại phẫu thuật, n (%)	
$\geq$ 60	70 (74,5)	PT thay khớp háng	41 (43,6)
BMI (kg/m ²), TB $\pm$ SD	21,4 $\pm$ 3,1	PT thay khớp gối	17 (18,1)
		PT gãy xương đùi	36 (38,3)
Bệnh mắc kèm, n (%)		Ngày nằm viện hậu phẫu, TB $\pm$ SD	
Tăng huyết áp	30 (31,9)		
Đái tháo đường	23 (24,5)	PT thay khớp háng	8,8 $\pm$ 0,3
Bệnh khác	41 (44,1)	PT thay khớp gối	8,7 $\pm$ 0,4
Không	38 (40,4)	PT gãy xương đùi	7,4 $\pm$ 0,3
Chống chỉ định tuyệt đối với thuốc chống đông	0 (0)	Chỉ định thuốc chống đông nội trú, n (%)	93 (98,9%)
Thận trọng với thuốc chống đông*	11 (11,7%)	Số ngày dự phòng nội trú (ngày), TB $\pm$ SD	7,1 $\pm$ 2,5
*Bệnh nhân có Clcr < 30ml/phút			

3.2. Đặc điểm thực hành kê đơn dự phòng TTHKTM giai đoạn sau xuất viện

Đặc điểm thực hành kê đơn dự phòng TTHKTM giai đoạn sau xuất viện trình bày trong Bảng 2. Có 91/94 (96,8%) bệnh nhân được tiếp tục kê đơn thuốc chống đông sau xuất viện. Nghiên cứu ghi nhận có 3 bệnh nhân không được kê đơn thuốc chống đông (bao gồm 1 bệnh nhân thay khớp gối và 2 bệnh nhân phẫu thuật gãy xương đùi). Hoạt chất kê đơn toàn bộ là rivaroxaban với liều 10 mg/ngày. Trung bình độ dài đợt dự phòng (nội trú và ngoại trú) là 29,6 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm thực hành kê đơn dự phòng TTHKTM giai đoạn sau xuất viện

	PT thay khớp háng	PT thay khớp gối	PT gãy xương đùi	Tổng
Chỉ định dự phòng	(n = 41)	(n = 17)	(n = 36)	(n = 94)
Thuốc chống đông	41 (100%)	16 (94,1%)	34 (94,4%)	91 (96,8%)
Không dự phòng	0	1 (5,9%)	2 (5,6%)	3 (3,2%)
Hoạt chất chống đông	(n = 41)	(n = 16)	(n = 34)	(n = 91)
Rivaroxaban	41 (100)	16 (100)	34 (100)	91 (100)
Chế độ liều	(n = 41)	(n = 16)	(n = 34)	(n = 91)
10mg/lần x 1 lần/ngày	41 (100)	16 (100)	34 (100)	91 (100)
Số ngày dự phòng được kê trong đơn xuất viện	(n = 41)	(n = 16)	(n = 34)	(n = 91)
Trung bình $\pm$ SD	22,4 $\pm$ 4,9	21,6 $\pm$ 4,4	23,1 $\pm$ 4,9	22,5 $\pm$ 4,8
Min – max	15 - 30	15 - 30	15 - 30	15 - 30
Thời gian dự phòng tổng	(n = 41)	(n = 16)	(n = 34)	(n = 91)
Trung bình $\pm$ SD	30,2 $\pm$ 5,5	28,6 $\pm$ 4,6	29,3 $\pm$ 6,1	29,6 $\pm$ 5,6
Min - max	22 - 43	24 - 39	20 - 46	20 - 46

3.3. Đánh giá tuân thủ hướng dẫn kê đơn dự phòng TTHKTM sau xuất viện

Kết quả đánh giá tính tuân thủ được trình bày trong Bảng 3.

Trên toàn mẫu nghiên cứu:

Về khía cạnh chỉ định dự phòng: Tỷ lệ tuân thủ là 96,8%, còn lại 3,2% dự phòng thiếu do không được kê thuốc chống đông ra viện.

Ở những bệnh nhân chỉ định dự phòng phù hợp:

Về khía cạnh lựa chọn thuốc: Tỷ lệ tuân thủ là 62,6%. Nguyên nhân của các trường hợp không phù hợp do kê đơn DOAC ở bệnh nhân gãy xương đùi, trong đó có 01 bệnh nhân có ClCr <15 ml/phút (14,3 ml/phút).

Trên 57 bệnh nhân có lựa chọn dự phòng phù hợp:

Về khía cạnh liều dùng, 100% bệnh nhân được chỉ định liều phù hợp.

Về thời gian dự phòng, 100% bệnh nhân đạt thời gian dự phòng tối thiểu được khuyến cáo là 10 ngày. Tỷ lệ đạt thời gian dự phòng tối ưu là 66,7%.

Bảng 3. Đánh giá tuân thủ kê đơn thuốc chống đông dự phòng sau xuất viện

Kết quả đánh giá, n (%)	PT thay khớp háng	PT thay khớp gối	PT gãy xương đùi	Tổng
Chỉ định dự phòng	(n = 41)	(n = 17)	(n = 36)	(n = 94)
Tuân thủ	41 (100)	16 (94,1)	34 (94,4)	91 (96,8)
Không tuân thủ	0	1 (5,9)	2 (5,6)	3 (3,2)
Lựa chọn thuốc	(n = 41)	(n = 16)	(n = 34)	(n = 91)
Tuân thủ	41 (100)	16 (100)	0 (0)	57 (62,6)
Không tuân thủ	0 (0)	0 (0)	34 (100)	34 (37,4)

Kết quả đánh giá, n (%)	PT thay khớp háng	PT thay khớp gối	PT gãy xương đùi	Tổng
Liều dùng	(n = 41)	(n = 16)	-	(n = 57)
Tuân thủ	41 (100)	16 (100)	-	57 (100)
Không tuân thủ	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)
Tuân thủ thời gian DP tối thiểu	(n = 41)	(n = 16)	-	(n = 57)
Tuân thủ	41 (100)	16 (100)	-	57 (100)
Không tuân thủ	0 (0)	0 (0)	-	0 (0)
Tuân thủ thời gian DP tối ưu	(n = 41)	(n = 16)	-	(n = 57)
Tuân thủ	22 (53,7)	16 (100)	-	38 (66,7)
Không tuân thủ	0 (0)	0 (0)	-	19 (33,3)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm phát hiện các khoảng trống trong thực hành dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân PTCH lớn ở giai đoạn sau xuất viện. Hiện nay, các khuyến cáo của Bộ Y tế cũng như các hiệp hội y khoa quốc tế uy tín đều đồng thuận khuyến cáo cần tiếp tục dự phòng kéo dài sau các phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối và gãy xương đùi, xương hông, xương chậu^{7, 8, 14, 15}. Khuyến cáo này dựa trên bằng chứng cho thấy dự phòng kéo dài sau xuất viện tới 30 - 42 ngày⁴ hoặc 25 - 35 ngày⁶ giúp giảm đáng kể biến cố TTHKTM có triệu chứng. Tầm quan trọng của việc đảm bảo dự phòng đủ liệu trình được minh chứng rõ nét qua một nghiên cứu thuần tập trên 1.177 bệnh nhân phẫu thuật gãy xương đùi; trong đó tỷ lệ mắc TTHKTM ở nhóm có thời gian dự phòng dưới < 14 ngày lên tới 9,6%, cao hơn rõ rệt so với nhóm tuân thủ thời gian dự phòng tối ưu (≥ 28 ngày) (4,2%) với tỷ suất chênh OR = 2,77 (Khoảng tin cậy 95% 1,27 - 6,04; p=0,01)⁵.

Về khía cạnh chỉ định: Tỷ lệ chỉ định thuốc chống đông khi xuất viện sau PTCH lớn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã cải thiện rõ nét từ 72,2% (theo khảo sát 2025)¹⁶, lên 96,8% trong nghiên cứu này. Kết quả này cao hơn so với báo cáo tại Bệnh viện TƯQĐ 108 năm 2023 (62,7%)¹⁷ và tương đồng với các báo cáo quốc tế (94,3 - 98%)^{10, 18}. Sự cải thiện này sau khi ban hành hướng dẫn và triển khai các hoạt động can thiệp được lâm sàng, gợi ý các can thiệp này có thể đã đóng góp tích cực đến thực

hành chỉ định dự phòng khi chuyển tiếp điều trị từ nội trú ra ngoại trú. Tuy nhiên, cần tiến hành thêm nghiên cứu can thiệp khác để có thể làm rõ mối quan hệ nhân quả này.

Về khía cạnh lựa chọn thuốc: Rivaroxaban 10 mg/ngày là phác đồ duy nhất được kê đơn. Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn trên toàn mẫu là 62,6%, ở nhóm thay khớp háng hoặc thay khớp gối theo chương trình là 100%, ở nhóm gãy xương đùi là 0%. Các trường hợp lựa chọn không phù hợp xảy ra ở bệnh nhân gãy xương đùi do kê đơn DOAC thay vì thuốc được khuyến cáo (LMWH, UFH, fondaparinux, thuốc kháng vitamin K)^{7, 8, 19} trong bối cảnh DOAC chưa được phê duyệt chỉ định dự phòng TTHKTM ở nhóm gãy xương đùi. Tỷ lệ tuân thủ về lựa chọn thuốc ở nhóm thay khớp háng cao hơn đáng kể so với các bệnh viện tại Úc (8,7 - 11,5%)¹⁸. Tuy nhiên ở nhóm gãy xương đùi, tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhiều so với 93,2% theo Guillermo và cộng sự²⁰.

Thực tế kê đơn rivaroxaban ở nhóm gãy xương đùi có thể xuất phát từ xu hướng cập nhật một số hướng dẫn quốc tế gần đây như Hội Gây mê châu Âu 2024²¹, Hiệp hội Phẫu thuật viên Chính hình Hoa Kỳ 2021²², Đồng thuận Quốc tế 2024 về dự phòng TTHKTM²³. Khuyến cáo có thể kê đơn DOAC, trong đó Đồng thuận quốc tế 2024 gợi ý sử dụng rivaroxaban, xuất phát từ các bằng chứng bước đầu trên cỡ mẫu nhỏ chỉ ra không khác biệt về tỷ lệ TTHKTM và chảy máu nặng giữa DOAC và LMWH²⁴⁻²⁶. Ngoài ra, việc kê đơn DOAC còn liên quan đến tính thuận tiện của đường uống và các lo ngại về

tiếp cận thuốc tiêm, khả năng tự tiêm, tuân thủ điều trị của người bệnh^{17,22}. Ghazi và cộng sự (2024) cũng ghi nhận nhiều bệnh nhân mong muốn dùng thuốc đường uống thay vì đường tiêm vì lý do đau, bầm tím hoặc bất tiện²⁷. Tuy nhiên, các bằng chứng về DOAC hiện mới chỉ dựa trên số ít thử nghiệm cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ cơ sở để khẳng định tính hiệu quả và an toàn của nhóm thuốc này. Việc sử dụng DOAC cho gãy xương đùi tại Việt Nam là ngoài nhãn (off-label), tiềm ẩn rủi ro pháp lý và nguy cơ lâm sàng khi chưa đánh giá đầy đủ trên bệnh nhân gãy xương đùi.

Tuy nhiên, việc chuyển đổi từ thuốc uống sang thuốc tiêm ngoại trú đòi hỏi sự thay đổi lớn trong thói quen của cả người kê đơn cũng như người bệnh. Thực tế, một nghiên cứu tại Đức ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ tiêm LMWH sau PTCH lớn là 13 - 21%, trong đó nhóm không tuân thủ đã bỏ lỡ 38 - 53% số mũi tiêm được chỉ định²⁸. Điều này cũng được báo cáo tại một cơ sở y tế trong nước²⁹, cho thấy đây là một rào cản chung mà không phải vấn đề đặc thù theo bối cảnh đơn vị. Do đó, để việc chỉ định thuốc tiêm ở nhóm gãy xương đùi khả thi hơn, cần triển khai đồng bộ nhiều giải pháp, giải quyết các rào cản đặc thù liên quan đến kê đơn, sử dụng và theo dõi điều trị thuốc tiêm ngoại trú. Mô hình can thiệp của Najjar (2016) có thể tham khảo để áp dụng tại Việt Nam. Nghiên cứu này đã triển khai cấp phát LMWH trực tiếp tại giường bệnh kết hợp hướng dẫn người bệnh kỹ năng tự tiêm thành thạo trước khi xuất viện. Nhờ sự đồng bộ giữa việc chuẩn hóa hướng dẫn nội bộ, đào tạo, cung cấp sẵn thuốc và tập huấn kỹ thuật cho người bệnh, tỷ lệ TTHKTM đã giảm rõ rệt từ 2,5% xuống 0% ($p < 0,01$)³⁰.

Về khía cạnh thời gian dự phòng:

Tổng thời gian dự phòng (nội trú và ngoại trú) trung bình là 29,6 (ngày), cao hơn đáng kể so với ghi nhận năm 2023 tại Bệnh viện TƯQĐ 108 (16,2 ngày)¹⁷, Bệnh viện Đà Nẵng (18,6 ngày)²⁹. Thời gian dự phòng sau thay khớp háng là 30,2 ngày, phù hợp với khuyến cáo về thời gian dự phòng tối ưu (28 - 35 ngày). Thời gian dự phòng sau thay khớp gối là 28,6 ngày, dài gần gấp đôi thời gian khuyến cáo (14 ngày).

Theo các hướng dẫn, thời gian dự phòng tối thiểu là 10 ngày. 100% bệnh nhân PTCH lớn trong

nghiên cứu đạt thời gian dự phòng tối thiểu, cao hơn 74,4% tại Bệnh viện TƯQĐ 108¹⁷. Thời gian dự phòng tối ưu là 28-35 ngày đối với phẫu thuật thay khớp háng hoặc phẫu thuật gãy xương đùi; 14 ngày đối với phẫu thuật thay khớp gối. Tỷ lệ bệnh nhân đạt thời gian dự phòng tối ưu trong nghiên cứu này (66,7%) cao hơn so với tại Bệnh viện TƯQĐ 108 (25,6%) (17), Bệnh viện Đà Nẵng (16,7%)²⁹. Thực hành này cho thấy các bác sĩ đã quan tâm tới chỉ định thuốc chống đông ra viện để giảm nguy cơ TTHKTM cho BN PTCH lớn; tuy nhiên thời gian dự phòng còn dao động nhiều và còn một tỷ lệ nhất định bệnh nhân chưa đạt độ dài dự phòng tối ưu. Đây cũng là một khoảng trống cần tiếp tục cải tiến chất lượng trong thời gian tới.

Tổng kết lại, nghiên cứu ghi nhận mức độ tuân thủ tốt về chỉ định dự phòng khi xuất viện, liều dùng và độ dài dự phòng tối thiểu tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tuy nhiên, vẫn tồn tại khoảng trống như việc lựa chọn thuốc chưa phù hợp ở nhóm gãy xương đùi hay chưa đạt độ dài dự phòng tối ưu ở một tỷ lệ nhất định người bệnh. Thực trạng này cho thấy quá trình chuyển tiếp dự phòng từ nội trú sang ngoại trú vẫn là giai đoạn dễ phát sinh sai sót trong sử dụng thuốc chống đông, ngay cả khi hướng dẫn đã được ban hành và triển khai. Bên cạnh đó, công tác tư vấn và theo dõi sử dụng thuốc tiêm LMWH sau xuất viện hiện chưa trở thành hoạt động thường quy tại bệnh viện. Thực trạng này định hướng cần tiếp tục triển khai các can thiệp được lâm sàng phối hợp chặt chẽ với bác sĩ và điều dưỡng, tập trung vào việc tối ưu hóa đơn thuốc ngoại trú (về lựa chọn hoạt chất và thời gian dự phòng) đồng thời xây dựng chương trình tư vấn, theo dõi việc sử dụng thuốc tiêm cho người bệnh sau khi rời viện.

Nghiên cứu còn một số hạn chế: Cỡ mẫu nhỏ và thời gian thu thập số liệu ngắn có thể chưa phản ánh đầy đủ và chính xác thực hành kê đơn. Dữ liệu mới chỉ được khai thác dựa trên hồ sơ bệnh án điện tử mà chưa theo dõi được quá trình sử dụng thuốc thực tế, do đó chưa phản ánh được mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh. Nghiên cứu chưa theo dõi được các biến cố lâm sàng, bao gồm TTHKTM cũng như các biến cố chảy máu sau xuất viện. Ngoài ra,

ngiên cứu đơn trung tâm với thiết kế quan sát cắt ngang, không có nhóm chứng, không theo dõi liên tục qua nhiều giai đoạn nên chưa đủ cơ sở khẳng định quan hệ nhân quả giữa việc ban hành hướng dẫn và mức độ tuân thủ kê đơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát thực trạng kê đơn thuốc chống đông dự phòng TTHKTM sau PTCH lớn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn ghi nhận tỷ lệ chỉ định thuốc chống đông khi xuất viện đạt mức rất cao (96,8%), 100% bệnh nhân tuân thủ về liều dùng và độ dài dự phòng tối thiểu trong số 57 bệnh nhân có lựa chọn thuốc phù hợp. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra các khoảng trống cần cải tiến, bao gồm 100% người bệnh phẫu thuật gãy xương đùi được kê đơn rivaroxaban đường uống ngoài chỉ định cũng như 33,3% bệnh nhân chưa được dự phòng đủ thời gian tối ưu. Do đó, các can thiệp được lâm sàng trong thời gian tới cần được triển khai nhằm tối ưu hóa lựa chọn thuốc và thời gian dự phòng ngoại trú, đồng thời tiến hành chương trình tư vấn, hướng dẫn kỹ thuật và theo dõi sử dụng thuốc tiêm sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phillippe HM (2017) *Overview of venous thromboembolism*. Am J Manag Care 23(20 Suppl): 376-82.
2. Lutsey PL, Zakai NA (2023) *Epidemiology and prevention of venous thromboembolism*. Nat Rev Cardiol 20(4): 248-262.
3. Santana DC, Emara AK, Orr MN, Klika AK, Higuera CA, Krebs VE, et al (2020) *An Update on Venous Thromboembolism Rates and Prophylaxis in Hip and Knee Arthroplasty in 2020*. Medicina (Kaunas) 56(9).
4. Eikelboom JW, Quinlan DJ, Douketis JD (2021) *Extended-duration prophylaxis against venous thromboembolism after total hip or knee replacement: A meta-analysis of the randomised trials*. Lancet 358(9275): 9-15.
5. Gao Y, Long A, Xie Z, Meng Y, Tan J, Lv H et al (2016) *The compliance of thromboprophylaxis affects the risk of venous thromboembolism in patients undergoing hip fracture surgery*. Springerplus 5(1): 1362.
6. Gurunathan U, Bright M, Mullany D, Judd M, Hay K, Nandurkar H, Eley V (2026) *Impact of extended duration pharmacological thromboprophylaxis on venous thromboembolism after hip and knee arthroplasty and hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. J Thromb Thrombolysis 59(1): 5-22.
7. Queensland Health Guideline (2018) *Guideline for the prevention of Venous Thromboembolism (VTE) in adult hospitalised patients*. Queensland Government.
8. Bộ Y tế (2023) *Hướng dẫn điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch*. Cục Quản lý và Khám chữa bệnh.
9. Arcelus JI, Felicissimo P (2013) *DEIMOS Investigators. Venous thromboprophylaxis duration and adherence to international guidelines in patients undergoing major orthopaedic surgery: Results of the international, longitudinal, observational DEIMOS registry*. Thromb Res 131(6): 240-266.
10. Kayali F, Nautiyal H, Topping J, Ong CT, Ahmed EM, Sharrock M (2025) *Prescription of Pharmacologic Venous Thromboembolism Prophylaxis Upon Hospital Discharge After Surgery for Lower Limb Fracture-A 3-Center Study in the North-West of England*. Clin Ther 47(7): 1- 5.
11. Jones B, Patil S, Smith J (2024) *Clinical guideline: Thromboprophylaxis for Orthopaedic Patients Admitted to Hospital (Adults)*. Glasgow: NHS Greater Glasgow and Clyde Contract No: Version 5.
12. Farfan M, Bautista M, Bonilla G, Rojas J, Llinás A, Navas J (2016) *Worldwide adherence to ACCP guidelines for thromboprophylaxis after major orthopedic surgery: A systematic review of the literature and meta-analysis*. Thromb Res 141: 163-170.
13. Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S et al (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): 278S- 325S.
14. NICE (2018) *Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism*. NICE guideline.

15. Schunemann HJ, Cushman M, Burnett AE, Kahn SR, Beyer-Westendorf J, Spencer FA et al (2018) *American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: prophylaxis for hospitalized and nonhospitalized medical patients*. Blood Adv 2(22): 3198-3225.
16. Long ND, Trang NHQ, Hoa TTT (2025) *Thực hành dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, tr. 176-183.
17. Thuy Nguyen, My Le, Trung Nguyen, Huong Nguyen (2025) *Surgeons' practices and perceptions regarding postoperative venous thromboprophylaxis for patients undergoing major orthopedic surgery at 108 Military Central Hospital*. Journal of Pharmaceutical Research and Drug Information: 22.
18. van Oosterom N, Barras M, Cottrell N (2024) *Prevention of venous thromboembolism after total hip and knee arthroplasties in Australian hospitals: What are we using?* J Pharm Pract Res 54(4): 287-295.
19. ICM-VTE Trauma Delegates (2022) *Recommendations from the ICM-VTE: Trauma*. J Bone Joint Surg Am 104(1): 280-308.
20. Guillermo Bonilla, Adolfo Llinás, Alfredo Sánchez, Sergio Monsalve, Gustavo Matson, Etna Liliana Valenzuela (2019) *Adherencia a las guías internacionales de tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor en Colombia: Resultados del Registro DEIMOS*. Rev Colomb Ortop Traumatol 33(3-4): 89-97.
21. Samama CM, Afshari A, Gronlykke L, Madsen MH, Wiberg S, Romero CS (2024) *European guidelines on peri-operative venous thromboembolism prophylaxis: first update: Executive summary*. Eur J Anaesthesiol 41(8): 561-569.
22. O'Connor MI, Switzer JA (2022) *AAOS Clinical Practice Guideline Summary: Management of Hip Fractures in Older Adults*. J Am Acad Orthop Surg 30(20): 1291-1296.
23. Nicolaides AN, Fareed J, Spyropoulos AC, Kakkar RHL, Antignani PL, Avgerinos E et al (2024) *Prevention and management of venous thromboembolism. International Consensus Statement. Guidelines according to scientific evidence*. Int Angiol 43(1): 1-222.
24. Nederpelt CJ, Bijman Q, Krijnen P, Schipper IB (2022) *Equivalence of DOACS and LMWH for thromboprophylaxis after hip fracture surgery: Systematic review and meta-analysis*. Injury 53(3): 1169-1176.
25. Abatzis-Papadopoulos M, Tigkiropoulos K, Nikas S, Papoutsis I, Kostopoulou O, Stavridis K et al (2023) *The effectiveness and safety of direct oral anticoagulants compared to conventional pharmacologic thromboprophylaxis in hip fracture patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Orthop Traumatol Surg Res 109(2): 103364.
26. Salazar CA, Basilio Flores JE, Malaga G, Malasquez GN, Bernardo R (2025) *Direct factor Xa inhibitors versus low molecular weight heparins or vitamin K antagonists for prevention of venous thromboembolism in elective primary hip or knee replacement or hip fracture repair*. Cochrane Database Syst Rev 1(1): CD011762.
27. Ghazi FG, Schenker ML, Smith RN, Spencer CC, Mlaver E (2024) *Patient-reported barriers for adherence to prophylactic enoxaparin after orthopedic trauma surgery*. Injury 55(8): 111650.
28. Wilke T, Moock J, Müller S, Pfannkuche M, Kurth A (2010) *Nonadherence in outpatient thrombosis prophylaxis with low molecular weight heparins after major orthopaedic surgery*. Clin Orthop Relat Res 468(9): 2437-2453.
29. Doan TMD, Le C (2026) *Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình chi dưới tại Bệnh viện Đà Nẵng*. Tạp chí Y Dược Huế (S-1): 220-229.
30. Najjar PA, Madenci AL, Zogg CK, Schneider EB, Dankers CA, Pimentel MT et al (2016) *Implementation of a Comprehensive Post-Discharge Venous Thromboembolism Prophylaxis Program for Abdominal and Pelvic Surgery Patients*. J Am Coll Surg 223(6): 804-813.