

Thời gian nằm viện: Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $16,7 \pm 14,3$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 58 ngày. Theo Ngô Đắc Sáng: ngày nằm trung bình $9,9 \pm 3,6$ ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 40 ngày [9].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị UTĐMTG là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, nên được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật gan mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Diwany R, Pawlik T M, Ejaz A J S O C** (2019), "Intrahepatic cholangiocarcinoma", 28 (4), pp. 587-599.
2. **Dat T Q** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư đường mật trong gan", Luận văn bác sĩ nội trú Đại học Y Hà Nội.
3. **Addeo P, Jedidi I, Locicero A, et al** (2019), "Prognostic impact of tumor multinodularity in intrahepatic cholangiocarcinoma", 23, pp. 1801-1809.
4. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", Annals of surgery, 229 (3), pp. 369.
5. **Moris D, Palta M, Kim C, et al** (2023), "Advances in the treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma: An overview of the current and future therapeutic landscape for clinicians", 73 (2), pp. 198-222.
6. **Huang J L, Biehl T R, Lee F T, et al** (2004), "Outcomes after resection of cholangiocellular carcinoma", The American journal of surgery, 187 (5), pp. 612-617.
7. **Sakamoto Y, Kokudo N, Matsuyama Y, et al** (2016), "Proposal of a new staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma: analysis of surgical patients from a nationwide survey of the Liver Cancer Study Group of Japan", Cancer, 122 (1), pp. 61-70.
8. **RuiYang W, ZhiMing Y, Jiao F, et al** (2021), "Evaluation and recommendation of the 8th edition of American joint committee on cancer (AJCC) staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) in 820 patients from the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database", 25, pp. 145-154.
9. **Ngô Đắc Sáng** (2018), "Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng". Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y.

KẾT QUẢ CỦA HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG TRONG DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN NẶNG TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Thị Ngọc Thực¹, Vũ Đình Hòa², Nguyễn Hữu Quân¹,
Đào Ngọc Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Thu Minh¹,
Nguyễn Quỳnh Hoa¹, Nguyễn Hoàng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích kết quả can thiệp Dược lâm sàng trong dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân nặng tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp thông qua hoạt động Dược lâm sàng trên các bệnh nhân nhập Trung tâm Cấp cứu A9. **Kết quả:** 132 bệnh nhân ở giai đoạn trước can thiệp và 178 bệnh nhân ở giai đoạn sau can thiệp được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng dược lý khi có đầy đủ tiêu chuẩn dự phòng tăng từ 48,7% (trước can thiệp) lên 93% ở giai đoạn sau can thiệp ($p < 0,01$). Với các bệnh nhân được dự phòng, tỷ lệ được hiệu chỉnh liều thuốc chống đông theo chức

năng thận và cân nặng tăng từ 76% lên 90,8% ($p < 0,01$). Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về thời điểm bắt đầu dự phòng và tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng thuốc chống đông đầy đủ theo hướng dẫn. **Kết luận:** Hoạt động Dược lâm sàng có tác động tích cực thúc đẩy việc dự phòng TTHKTM hợp lý trên bệnh nhân nặng tại TT Cấp cứu A9. Mô hình này nên cần nhắc được mở rộng áp dụng cho các đối tượng bệnh nhân khác và tại các đơn vị lâm sàng khác trong bệnh viện. **Từ khóa:** dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, bệnh nhân nặng, Hồi sức tích cực, can thiệp Dược lâm sàng

SUMMARY

RESULTS OF CLINICAL PHARMACY SERVICE IN VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN CRITICAL ILLNESS PATIENTS AT EMERGENCY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

Objective: This study is performed to investigate the effects of clinical pharmacist intervention in venous thromboembolism prophylaxis in critical patients at the Emergency Department, Bach Mai

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Ngọc Thực

Email: thucbn7981@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

Hospital. **Study method:** An interventional study about clinical pharmacy activities on hospitalized patients at the Emergency Department. **Results:** 132 patients before intervention and 178 patients after intervention were included in the study. The rate of patients receiving pharmacological prophylaxis when they met the appropriate criteria increased from 48.7% before intervention to 93% after intervention ($p < 0.01$). The proportion of patients receiving prophylaxis who had dosing adjustments based on renal function and weight increased from 76% to 90.8% ($p < 0.01$). No significant changes in the initiation time of thrombolytic prophylaxis or the rate at which patients got full lengths of prevention according to guidelines were found. **Conclusions:** Clinical pharmacy activities had positive impacts on promoting rational venous thrombosis prophylaxis in critical patients at the Emergency Department. This model should be considered to apply to more subjects and to other clinical units in the hospital. **Keywords:** venous thrombosis prophylaxis, critical illness patients, intensive care unit, clinical pharmacist intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, bao gồm thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) sâu hoặc thuyên tắc phổi, là gánh nặng y tế và tài chính đối với bệnh nhân nội trú. Tỷ lệ TTHKTM dao động từ 10-80% ở những bệnh nhân không được điều trị dự phòng¹. TTHKTM là nguyên nhân gây bệnh và tử vong cao, thường không được phát hiện ở những bệnh nhân nặng nhưng có thể phòng ngừa được.² Việc dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân nặng cần được cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ, xác định đối tượng bệnh nhân cần dự phòng và theo dõi các biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình dự phòng bằng thuốc chống đông. Mặc dù các hướng dẫn thực hành trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã khuyến cáo phòng ngừa TTHKTM ở bệnh nhân nội khoa, ngoại khoa, bệnh nhân hồi sức tích cực tuy nhiên tỷ lệ dự phòng trên thực tế vẫn còn ở mức rất thấp.³ Nhiều hình thức can thiệp nhằm cải thiện thực hành dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân nhập viện đã được thực hiện trong đó dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong các hoạt động can thiệp này giúp làm tăng tỷ lệ dự phòng hợp lý.² Bệnh viện Bạch mai là bệnh viện đa khoa tuyến cuối hạng đặc biệt, điều trị nhiều bệnh nhân nặng nhập viện hoặc được chuyển tuyến từ nhiều bệnh viện trong cả nước. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng dự phòng TTHKTM trên các bệnh nhân nặng tại bệnh viện cũng như vai trò của dược sĩ lâm sàng trong lĩnh vực này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích kết quả can thiệp của dược sĩ lâm sàng phối hợp trong nhóm đa chuyên khoa triển khai phác đồ dự phòng TTHKTM trên

bệnh nhân nặng nhập viện tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nặng nhập viện tại Trung tâm Cấp cứu A9 (sau đây gọi là Trung tâm).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ở giai đoạn trước can thiệp (từ ngày 20/4/2023 đến 31/5/2023): Bệnh nhân dưới 18 tuổi, bệnh nhân có thời gian nằm viện < 24 giờ hoặc sử dụng thuốc chống đông không nhằm mục đích dự phòng bị loại trừ khỏi nghiên cứu.

+ Ở giai đoạn sau can thiệp (từ ngày 10/6/2023 đến 31/8/2023): các bệnh nhân dưới 18 tuổi, bệnh nhân điều trị tại khoa dưới 24 giờ và các bệnh nhân nhập viện từ 8h ngày thứ 6 đến 8h chủ nhật hàng tuần do không theo dõi được, bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông không nhằm mục đích dự phòng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian nghiên cứu: từ 20/4/2023 đến 31/8/2023

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, theo dõi dọc theo thời gian so sánh trước và sau can thiệp.

2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu bao gồm 132 bệnh nhân ở giai đoạn trước can thiệp và 178 bệnh nhân ở giai đoạn sau can thiệp.

- Chọn mẫu: Trong giai đoạn trước can thiệp có 235 bệnh nhân nặng nhập viện tại

Trung tâm với 132 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu và trong đó có 25 bệnh nhân được dự phòng TTHKTM. Ở giai đoạn sau can thiệp có 365 bệnh nhân nặng nhập viện tại Trung tâm với 178 bệnh nhân (đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ) được đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu trong thời gian nằm viện, thực tế có 76 bệnh nhân được dự phòng TTHKTM.

2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

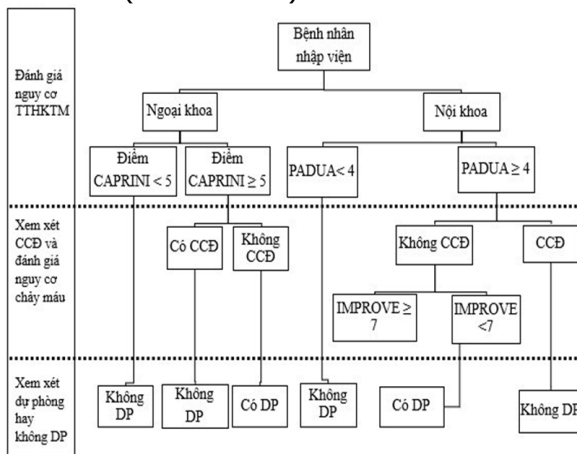
- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, cân nặng

- Thông tin về tình trạng bệnh khi nhập viện cấp cứu: bệnh nội khoa, bệnh ngoại khoa, nguy cơ xuất huyết, chẩn đoán của bác sĩ...

- Đặc điểm về sử dụng thuốc và biến cố bất lợi của thuốc chống đông...

2.2.5. Quy trình và công cụ thu thập số liệu. Thực trạng dự phòng TTHKTM trên bệnh nhân nặng được tìm hiểu và mô tả ở giai đoạn

trước can thiệp. Sau đó, dược sĩ thực hiện các hoạt động can thiệp bao gồm: (1) Xây dựng biểu mẫu "Đánh giá nguy cơ và dự phòng TTHKTM bằng thuốc chống đông" dựa trên hướng dẫn của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam (HSCC & CD VN) năm 2017 và hướng dẫn của Hội Tim mạch Việt Nam (VNHA) năm 2022,^{4,5} bao gồm các nội dung đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu cũng như lựa chọn thuốc và liều dự phòng cho bệnh nhân; (2) Can thiệp hàng ngày: Từ 8h-9h sáng hàng ngày, từ thứ 2 đến thứ 6, Dược sĩ lâm sàng sẽ kiểm tra danh sách bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ trước đó (từ 8h sáng ngày hôm trước đến 8h sáng ngày hôm sau). Với bệnh nhân mới nhập viện (trong vòng 24h trước đó), dược sĩ trao đổi và phối hợp với bác sĩ rà soát, đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu của bệnh nhân nhập viện (theo biểu mẫu đã xây dựng). Căn cứ trên nguy cơ của bệnh nhân, bác sĩ sẽ quyết định việc dự phòng cho bệnh nhân. Với bệnh nhân cũ nhập viện > 24h đã được đánh giá nguy cơ nhưng chưa được dự phòng hoặc chưa được đánh giá nguy cơ hay các bệnh nhân đã được chỉ định dự phòng, nhóm đa chuyên khoa tiếp tục đánh giá và theo dõi xét nghiệm, biến cố bất lợi, hiệu chỉnh liều (nếu cần thiết).



Hình 2.1. Quy trình đánh giá nguy cơ để dự

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân trước và sau can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp (n=132,%)	Sau can thiệp (n=178, %)	p
Tuổi, trung vị [tứ phân vị]	65 [46 – 75]	62 [47 – 74]	0,208
Chẩn đoán			
Bệnh lý hô hấp (Viêm phổi, COPD)	68 (51,5%)	97 (54,5%)	0,603
Nhiễm khuẩn (sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết)	37 (28,0%)	68 (38,2%)	0,061
Bệnh lý tiêu hóa	34 (25,8%)	54 (30,3%)	0,377
Bệnh lý thận (sỏi thận, suy thận)	32 (24,2%)	34 (19,1%)	0,274
Bệnh lý tim mạch	33 (25%)	57 (32,0%)	0,178
Bệnh lý chuyển hóa	30 (22,7%)	40 (22,5%)	0,958

phòng TTHKTM áp dụng trong giai đoạn can thiệp thông qua phối hợp Dược sĩ lâm sàng - Bác sĩ điều trị

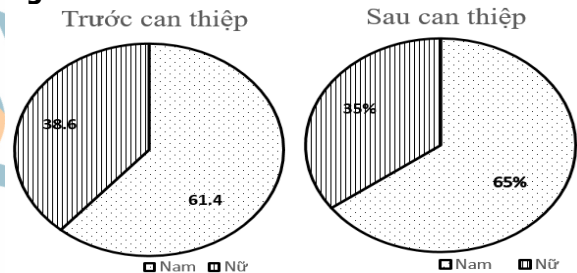
2.2.6. Tiêu chuẩn dự phòng với các bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dự phòng bao gồm các bệnh nhân nội khoa có nguy cơ TTHKTM cao (điểm PADUA ≥ 4), không có chống chỉ định với thuốc chống đông và nguy cơ chảy máu thấp (điểm IMPROVE < 7) hoặc các bệnh nhân ngoại khoa có nguy cơ TTHKTM cao (điểm CAPRINI ≥ 5) và không có chống chỉ định với thuốc chống đông. Bệnh nhân được dự phòng đủ thời gian theo hướng dẫn là bệnh nhân được dự phòng đến khi vận động rời khỏi giường bệnh được hoặc ra viện (với bệnh nhân nội khoa) và tối thiểu 7 ngày với bệnh nhân ngoại khoa chung.^{4,5}

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua về khía cạnh khoa học và đạo đức tại bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu



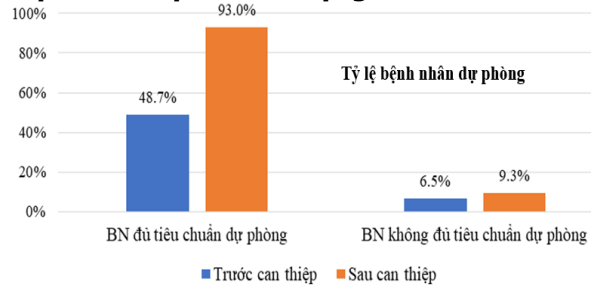
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam giới tham gia nghiên cứu trước can thiệp là 81 người bệnh, chiếm 61,4%. Sau can thiệp tỷ lệ nam giới là 65%, trong khi nữ giới chỉ có 116 người bệnh (chiếm 35%).

Bệnh lý khác	18 (13,6%)	47 (26,4%)	0,006
Bệnh lý thần kinh	23 (17,4%)	34 (19,1%)	0,706
Bệnh nhân nội khoa	118 (89,4%)	158 (89,8%)	0,743
Nguy cơ TTHKTM			
Nguy cơ thấp	14 (11,9%)	8 (5,1%)	0,039
Nguy cơ cao	104 (88,1%)	150 (94,9%)	
Chỉ định thuốc chống đông	104 (78,8%)	150 (84,3%)	
Có CCĐ	30 (28,8%)	33 (22,0%)	0,214
Không có CCĐ	74 (71,2%)	117 (78,0%)	
Nguy cơ xuất huyết	74 (56,1%)	117 (65,7%)	
Nguy cơ cao	39 (52,7%)	57 (48,7%)	0,592
Nguy cơ thấp	35 (47,3%)	60 (51,3%)	
Bệnh nhân ngoại khoa	14 (10,6%)	20 (11%)	0,743
Nguy cơ cao	14 (100%)	20 (100%)	
CCĐ	10 (7,6%)	9 (5,1%)	0,127
Không có CCĐ	4 (3,4%)	11 (6,2%)	

Đặc điểm chung của bệnh nhân giai đoạn trước và sau can thiệp khá tương đồng. Nguy cơ TTHKTM ở 2 nhóm có sự khác biệt ($p < 0,05$) tuy nhiên các đặc điểm liên quan đến chống chỉ định và nguy cơ chảy máu tương tự nhau giữa 2 nhóm.

3.2. Kết quả hoạt động được lâm sàng trong dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân nặng



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng được lý ở giai đoạn trước và sau can thiệp

Trong số các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dự phòng được lý, tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng tăng từ 48,7% (19/39) lên 93% (66/76) khi có sự tham gia của Dược sĩ lâm sàng ($p < 0,01$). Tuy nhiên, vẫn có một số ít bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn dự phòng được lý nhưng vẫn được dự phòng (tương ứng 6,5% và 9,3% ở giai đoạn trước và sau can thiệp), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Bảng 3.2. Đặc điểm về sử dụng thuốc và biến cố bất lợi của thuốc chống đông

Thuốc sử dụng	Trước can thiệp n (%) n=25	Sau can thiệp n (%) n=76	p
Heparin	0	2 (2,6%)	
Enoxaparin	25 (100%)	74 (97,4%)	

Tỷ lệ bệnh nhân được hiệu chỉnh liều dùng	19 (76%)	69 (90,8%)	0,082
Ngày bắt đầu dự phòng (trung vị, [tứ phân vị])	3 [2 – 5]	2 [2 – 4]	0,095
Số bệnh nhân dự phòng đủ số ngày theo hướng dẫn	23 (92%)	70 (92,1%)	0,99
Biến cố chảy máu nhẹ	2 (8%)	3 (3,9%)	0,595

Thuốc chống đông sử dụng ở cả 2 giai đoạn chủ yếu là enoxaparin. Tỷ lệ bệnh nhân được hiệu chỉnh liều dùng thuốc chống đông theo cân nặng và độ thanh thải creatinin tăng từ 76% lên 90,8%, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,082$). Không có sự khác biệt về thời điểm bắt đầu dự phòng và số bệnh nhân được dự phòng đủ thời gian theo hướng dẫn. Về tác dụng không mong muốn, có 5 bệnh nhân được dự phòng ở 2 nhóm đều ghi nhận biến cố chảy máu nhẹ (đi ngoài phân đen, chảy máu chân catheter/canuy, chảy dịch đỏ tại vết mổ) trong đó 2 bệnh nhân (8%) trước can thiệp và 3 bệnh nhân (3,9%) ở nhóm sau can thiệp. Tất cả các biến cố bất lợi đều được cải thiện sau khi dùng thuốc chống đông.

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân nặng nhập viện tại Trung tâm có tuổi trung bình cao, có nhiều bệnh lý mắc kèm bao gồm bệnh lý hô hấp (viêm phổi, COPD), sốt nhiễm trùng/nhiễm trùng huyết, tiêu hóa, tim mạch, chuyển hóa, thận tiết niệu với nhiều yếu tố nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu cao. Mặc dù nguy cơ TTHKTM của nhóm bệnh nhân sau can thiệp và trước can thiệp là khác nhau nhưng việc rà soát chống chỉ định dùng thuốc chống đông và nguy cơ chảy máu của bệnh nhân, yếu tố quyết định bệnh nhân có đủ

tiêu chuẩn dự phòng được lý hay không, là tương tự nhau giữa 2 nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân dự phòng trong số các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dự phòng trước can thiệp là 48,7% cho thấy có đến hơn một nửa số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dự phòng nhưng không được dự phòng theo khuyến cáo. Hình ảnh tương tự với dự phòng TTHKTM bằng phương pháp được lý đã được ghi nhận tại bệnh viện E năm 2022.³ Như vậy việc dự phòng TTHKTM trên các bệnh nhân nặng đủ tiêu chuẩn dự phòng vẫn chưa thực sự được chú trọng tại các đơn vị điều trị bệnh nhân nặng. Điều này có thể do nguyên nhân các bệnh nhân nặng nhập viện thường có các bệnh lý cấp tính nguy hiểm đến tính mạng như suy hô hấp, nhiễm trùng cấp, sốc nhiễm khuẩn, suy tim cần phải xử trí kịp thời và ưu tiên hơn. Thêm vào đó, tỷ lệ bệnh nhân nặng có chống chỉ định thuốc chống đông kèm nguy cơ chảy máu cao có thể gây e ngại trong việc sử dụng thuốc chống đông để dự phòng. Ngược lại, nghiên cứu cũng ghi nhận có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân chưa đủ tiêu chuẩn dự phòng do có nguy cơ chảy máu cao nhưng vẫn được dự phòng cho thấy việc dự phòng chủ yếu dựa trên kinh nghiệm được đánh giá trên từng cá thể người bệnh cho các bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao. Do đó, việc triển khai các biện pháp khác nhau với các công cụ để đánh giá, cảnh báo và có hệ thống/nhân lực trao đổi, nhắc nhở đánh giá nguy cơ TTHKTM cũng như nguy cơ chảy máu sẽ giúp bác sĩ điều trị có quyết định dự phòng TTHKTM một cách hợp lý.

Dược sĩ có vai trò tích cực trong thúc đẩy dự phòng TTHKTM hợp lý thông qua các hoạt động trong nhóm đa chuyên khoa: đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu, trao đổi, khuyến nghị về phác đồ dự phòng TTHKTM phù hợp, phối hợp giám sát theo dõi bệnh nhân, tư vấn và thông tin cho bệnh nhân, người chăm sóc về tầm quan trọng và các nguy cơ liên quan của dự phòng TTHKTM. Tất cả bệnh nhân nên được sàng lọc các yếu tố nguy cơ TTHKTM sau khi nhập viện.⁶ Dược sĩ có vai trò trong việc đảm bảo rằng bệnh nhân được chỉ định dự phòng TTHKTM phù hợp nhất dựa trên đánh giá các yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu này, dược sĩ đã phối hợp với bác sĩ để xây dựng và thống nhất biểu mẫu, cách thức đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ chảy máu, sau đó khuyến cáo các bác sĩ về các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn dự phòng, chỉnh liều, theo dõi trên từng cá thể người bệnh trong thời gian sử dụng phác đồ chống đông dự phòng. Các hoạt động này đã góp phần tăng tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng

được lý đặc biệt là trên nhóm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn (48,7% lên 93%), tương đồng với ghi nhận tại bệnh viện Harford khi triển khai chương trình đánh giá nhu cầu dự phòng TTHKTM của bệnh nhân thông qua hệ thống kê đơn điện tử được xây dựng với sự phối hợp của khoa Dược, khoa lâm sàng và bộ phận thông tin thuốc đã làm tăng đáng kể tỷ lệ dự phòng (từ 49% lên 93%).³ Hoạt động Dược lâm sàng trong nghiên cứu này tương tự Li Zhang và cộng sự đã ghi nhận sự tuân thủ hướng dẫn dự phòng TTHKTM của bác sĩ hồi sức tích cực được cải thiện rõ rệt (từ 7% lên 25%, $p < 0,001$).⁷

Các thuốc được sử dụng chủ yếu là enoxaparin, trừ 2 bệnh nhân có thanh thải creatinin < 15 ml/phút cần sử dụng heparin thay thế. Tuy nhiên, cần lưu ý điều chỉnh liều hoặc lựa chọn thuốc thay thế ở những bệnh nhân suy thận, giảm liều ở những bệnh nhân nhẹ cân hoặc tăng liều ở bệnh nhân béo phì.⁸ Tỷ lệ bệnh nhân được hiệu chỉnh liều dùng thuốc chống đông theo cân nặng và chức năng thận tăng từ 76% lên 90,8% ($p=0,082$) cho thấy sự phối hợp của dược sĩ giúp các bác sĩ lưu ý hơn trong việc theo dõi cân nặng và chức năng thận của bệnh nhân để chỉnh liều thuốc. Thời điểm bắt đầu dự phòng sau nhập viện ở nhóm trước và sau can thiệp không khác nhau đáng kể (3 ngày so với 2 ngày). Trong giai đoạn can thiệp, thời điểm bắt đầu dự phòng trung bình sớm hơn 1 ngày cho thấy sự phối hợp giữa bác sĩ và dược sĩ và thể hiện mức độ quan tâm hơn của bác sĩ đến dự phòng TTHKTM bên cạnh việc xử trí các tình trạng bệnh lý cấp tính. Một tín hiệu tích cực là đa số các bệnh nhân được dự phòng ở cả 2 nhóm đều được thực hiện đủ thời gian theo hướng dẫn như dự phòng đến khi ra viện, dự phòng đến khi vận động được hoặc dự phòng đến trước khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn hay phẫu thuật. Nghiên cứu ghi nhận 5 biến cố đều là biến cố chảy máu ở mức độ nhẹ, tương tự một số nghiên cứu trước đó.^{3,7} Biến cố xuất hiện trên các bệnh nhân có liên quan đến các thủ thuật xâm lấn hoặc phẫu thuật như chảy máu chân catheter, canyven mở khí quản hay chảy máu tại vị trí phẫu thuật.⁸ Việc theo dõi chặt chẽ bệnh nhân trong thời gian dự phòng được lý là cần thiết, đặc biệt trên bệnh nhân nặng nằm hồi sức tích cực có nhiều bệnh lý và yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động can thiệp của Dược sĩ lâm sàng đem lại hiệu quả tích cực giúp thúc đẩy dự phòng chống đông ở bệnh

nhân nặng có nguy cơ TTHKTM cao và nguy cơ chảy máu thấp. Các bệnh nhân nặng cần điều trị hồi sức tích cực, mắc nhiều bệnh lý cấp tính và phức tạp, việc đánh giá, xem xét dự phòng đầy đủ và phù hợp giúp giảm thiểu nguy cơ thuyên tắc huyết khối và nguy cơ chảy máu của bệnh nhân. Hoạt động Dược lâm sàng này cần được triển khai thường quy và nhân rộng trong chương trình quản lý thuốc kháng đông tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindblad B., Eriksson A., et al. (1991), "Autopsy-verified pulmonary embolism in a surgical department: analysis of the period from 1951 to 1988", Br J Surg, 78(7), pp. 849-52.
2. Patel R., Cook D. J., et al. (2005), "Burden of illness in venous thromboembolism in critical care: a multicenter observational study", J Crit Care, 20(4), pp. 341-7.
3. Kiều Thị Ngọc Anh, Nguyễn Trung Nghĩa (2022), "Thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(2).
4. Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2017), "Dự phòng Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân hồi sức tích cực".
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2022), "Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch".
6. Rose Anne (2015), "Anticoagulation Management: A Guidebook for Pharmacists", Springer International Publishing Switzerland.
7. Zhang L., Wang Y., et al. (2023), "Impact of clinical pharmacist services on physicians' guideline compliance and prognosis of patients for venous thromboembolism prophylaxis in ICU", Int J Clin Pharmacol Ther, 61(1), pp. 24-32.
8. Russell D Hull MBBS, MScDavid A Garcia, MDAllison E (2024), "Heparin and LMW heparin: Dosing and adverse effects", UpToDate truy cập ngày 19.02.2023.

PHẪU THUẬT CHIA SẺ TÁI TẠO VÚ VÀ GIẢI PHẪU MẠCH MÁU CỦA VẬT VÚ

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân ung thư vú sau khi cắt bỏ một bên vú có thể tái tạo vú bằng túi độ hoặc vật tự thân. Một trong các vật tự thân được sử dụng là vật vú đối bên (kỹ thuật chia sẻ vú). Kỹ thuật này thường thực hiện ở những phụ nữ có phì đại vú còn lại. Vật vú bên còn lại được chuyển dựa trên giải phẫu các cuống mạch nuôi. Đa số các báo cáo, các tác giả sử dụng vật vú mạch xuyên từ động mạch vú trong. Tuy nhiên, mạch máu cung cấp cho các vật vú còn nhiều biến thể. Cần thăm khám bằng hình ảnh để xác định mạch máu của vật vú chuyển trước phẫu thuật. Kỹ thuật chia sẻ vú thường được dùng cho những trường hợp bệnh nhân có vú phì đại, không khuyến cáo cho những bệnh nhân có đột biến gen ung thư vú do nguy cơ cao mắc ung thư của vú đối bên. **Từ khóa:** Kỹ thuật chia sẻ vú, tái tạo vú, giải phẫu mạch, động mạch vú trong

SUMMARY

THE BREAST – SHARING RECONSTRUCTION SURGERY AND VASCULAR ANATOMY OF THE BREAST'S FLAT

Patients with breast cancer after a mastectomy can have their breasts reconstructed with implants or autologous flaps. One of the autologous flaps used is

the contralateral breast flap (breast sharing technique). This technique is often performed in women with residual breast enlargement. The contralateral breast flap is transferred based on the anatomy of the vascular pedicles. In most reports, the authors used flaps with the internal mammary artery perforators. However, the blood vessels supplying the breast flaps have many variations. Imaging examination is required to determine the vascularity of the transfer flap before surgery. Breast sharing technique is often used in cases where patients have hypertrophic breasts. It is not recommended for patients with breast cancer gene mutations due to the high risk of cancer in the contralateral breast.

Keywords: Breast-sharing technique, breast reconstruction, vascular anatomy, internal mammary artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2020, theo GLOBOCAN, ung thư vú là ung thư có tỷ lệ mắc mới cao nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Do đó, số trường hợp phẫu thuật cắt bỏ vú do ung thư vú ngày càng nhiều và đi kèm đó là sự gia tăng phẫu thuật tái tạo vú. Tái tạo vú có thể sử dụng vật tự thân hoặc túi độ. Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng. Trong đó, tái tạo vú bằng vật tự thân mang lại một bộ ngực mềm mại, tự nhiên hơn và khả năng chịu đựng xạ trị tốt hơn¹. Bên cạnh đó, phương pháp này còn tránh được các biến chứng liên quan đến túi độ². Những tiến bộ trong nghiên cứu về giải phẫu mạch xuyên đã cung cấp cho các bác sỹ nhiều vùng

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024