

HƯỚNG DẪN CỦA HỘI BỎNG THẾ GIỚI 2018

PHẦN 4. DỰ PHÒNG TẮC TĨNH MẠCH SÂU Ở BỆNH NHÂN BỎNG

Lược dịch: Nguyễn Như Lâm

Theo ISBI Practice guidelines for Burn care - 2018

4.1. Bệnh nhân bỏng người lớn nên được đánh giá về nguy cơ tắc tĩnh mạch sâu và nếu có nguy cơ từ trung bình đến cao nên được điều trị dự phòng trừ khi chống chỉ định

Các báo cáo khoa học chỉ ra rằng nguy cơ tắc tĩnh mạch sâu (DVT - Deep venous thrombosis) sau bỏng chiếm khoảng 0,25% đến 1,77% ở những bệnh nhân bỏng có triệu chứng. Tuy nhiên, báo cáo từ các nghiên cứu sàng lọc thường xuyên, tỉ lệ này cao hơn rất nhiều, từ 5,92% đến 53%. Một nghiên cứu gần đây cho biết tỷ lệ DVT ở bệnh nhân bỏng người lớn, trẻ tuổi có diện bỏng > 40% diện tích cơ thể không được điều trị dự phòng là 8%. Chưa có báo cáo về nguy cơ cũng như tỷ lệ bệnh lý này ở bệnh nhân bỏng trẻ em. Chẩn đoán DVT dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng có thể bỏ sót vì 50% các trường hợp không có triệu chứng. Ngoài ra, ở những bệnh nhân bỏng chi dưới các dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng có thể bỏ sót do bị quy cho phù nề liên quan đến chấn thương.

Khám sàng lọc các tĩnh mạch sâu của tứ chi bằng siêu âm Doppler có thể phát hiện sớm DVT sau bỏng, từ đó bệnh nhân có thể hưởng lợi từ điều trị sớm. Kết quả xét nghiệm D-dimer cho giá trị hạn chế trong sàng lọc vì độ nhạy và đặc hiệu đều thấp. Một số đề xuất ước tính rủi ro cho bệnh nhân bỏng có thể thực hiện bằng cách sử dụng thang điểm đánh giá dựa vào diện bỏng và bỏng hô hấp, bao gồm cả thang điểm Caprini.

Nghiên cứu hồi cứu trên 4102 bệnh nhân, Fecher và cộng sự báo cáo không có biến chứng khi sử dụng thuốc dự phòng bằng Heparin. Bushwitz và cộng sự không thấy biến chứng giảm tiểu cầu khi sử dụng Heparin trên 1111 bệnh nhân bỏng (600 bệnh nhân được điều trị dự phòng bằng Heparin và 511 bệnh nhân với Enoxaparin). Có một số báo cáo về tỷ lệ chảy máu ở 4% bệnh nhân được điều trị dự phòng và giảm tiểu cầu do sử dụng Heparin và hình thành kháng thể kháng tiểu cầu ở 1 - 5% bệnh nhân. Vì vậy trị liệu dự phòng DVT ở bệnh nhân bỏng chưa được áp dụng phổ biến. Tuy nhiên, các biến chứng gặp ít hơn đáng kể khi sử dụng Heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH).

Với tỷ lệ ước tính 30% mắc hội chứng DVT sau bỏng và tỷ lệ tử vong tiềm tàng từ tắc mạch phổi có thể là cảnh báo sự cần thiết phải điều trị dự phòng thường xuyên. Chỉ cần có biểu hiện đầu tiên, viêm tắc mạch phổi có thể đã gây tử vong, do vậy sẽ là không khôn ngoan nếu chỉ điều trị dự phòng sau khi phát hiện triệu chứng.

Do chưa có các nghiên cứu tiền cứu và do ước tính tỷ lệ cao DVT ở bệnh nhân bỏng, việc điều trị dự phòng nên được khuyến cáo thực hiện thường quy. Tuy nhiên, vì hiệu quả và các biến chứng của điều trị dự phòng vẫn còn chưa rõ ràng, sử dụng chọn lọc liệu pháp dự phòng trong các nhóm nguy cơ cao được khuyến nghị

mặc dù định nghĩa của nhóm bệnh nguy cơ cao vẫn chưa được xác định. Tỷ lệ biến chứng viêm tắc tĩnh mạch sâu ở nhóm được điều trị dự phòng rất thấp, chỉ từ 0% đến 0,27%. Các nghiên cứu tiếp sau cũng khẳng định kết quả này.

Hiện nay, chưa có sự đồng thuận về việc trị liệu dự phòng ở bệnh nhân bỏng. Một khảo sát 84 trung tâm Bỏng ở Hoa Kỳ nhận thấy 76% trung tâm điều trị dự phòng DVT thường quy trong khi 24% trung tâm không thực hiện. Tại Canada, khảo sát 16 trung tâm bỏng cho thấy 50% trung tâm áp dụng điều trị dự phòng thường quy và 25% chỉ sử dụng nó cho các nhóm có nguy cơ cao, còn lại 25% không sử dụng bất kỳ hình thức dự phòng nào.

Câu hỏi thường gặp là có cần theo dõi hoạt tính của yếu tố Xa khi sử dụng LMWH? Một nghiên cứu theo dõi yếu tố Xa cho thấy LMWH được sử dụng ở liều rất thấp ở bệnh nhân bỏng. Tổng kết hệ thống các nghiên cứu trên bệnh nhân béo phì cho thấy việc này là không cần thiết. Hoạt động kháng yếu tố Xa có thể được dự đoán từ liều LMWH và trọng lượng cơ thể. Giám sát hoạt động chống Xa chỉ có thể giúp trong việc ra quyết định khi có đáp ứng lâm sàng bất thường hoặc tác dụng kém của LMWH.

Liều thích hợp cho LMWH trong điều trị dự phòng DVT là bao nhiêu? Liều Enoxaparin để điều trị dự phòng thường là 40mg tiêm dưới da mỗi ngày một lần khi phẫu thuật bụng, 30mg mỗi 12h khi phẫu thuật thay khớp. Hiện nay, chưa có khuyến nghị cho bệnh nhân bỏng. Tuy nhiên, trong một thử nghiệm ngẫu nhiên, với liều LMWH 30mg hai lần một ngày, không có viêm tắc tĩnh mạch sâu trong nhóm nghiên

cứu. Trong số các thuốc dự phòng gồm Fondaparinux, LMWH hay Heparin không phân đoạn, Fondaparinux là chất ức chế tổng hợp yếu tố Xa có liên quan về mặt hóa học với LMWH có ưu điểm là nguy cơ thấp giảm tiểu cầu.

4.2. Bệnh nhân bỏng có thể được điều trị dự phòng DVT hiệu quả bằng LMWH và/hoặc trị liệu vật lý

Mỗi trung tâm Bỏng nên có một chiến lược chính thức cho phòng ngừa viêm DVT. Phương pháp dự phòng cơ học làm giảm nguy cơ, mặc dù chưa được nghiên cứu chuyên sâu như các lựa chọn dược lý. Dự phòng cơ học có thể được cung cấp bởi tất đàn hồi, thiết bị rung chân (tạo xung) hoặc thiết bị nén ngắt quãng. Một phân tích tổng hợp xác nhận rằng khí nén ngắt quãng có thể làm giảm đáng kể nguy cơ phát triển DVT, nhưng nó có thể không ngăn cản biến chứng tắc mạch phổi. Các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao được khuyến nghị sử dụng kết hợp khí nén ngắt quãng với thuốc dự phòng. Biện pháp cơ học có thể là phương thức chính ở những bệnh nhân đang có nguy cơ chảy máu cao. Thiết bị cơ học và tất áp lực có thể không được áp dụng được nếu chi dưới bị bỏng.

Tất đàn hồi đã được chứng minh là có hiệu quả giảm triệu chứng DVT; tuy nhiên, việc sử dụng cũng đi cùng với sự gia tăng các biến chứng ở da. Những phiền toái có thể gồm đau, khó chịu, bất tiện, không hiệu quả, nóng rát, kích ứng da, chi phí cao và thẩm mỹ.

Sự tuân thủ của bệnh nhân và vị trí áp dụng là các cơ sở áp dụng phương pháp dự phòng cơ học. Tất áp lực hoạt động hiệu quả hơn trong trường hợp ngăn ngừa

ứ máu và giãn tĩnh mạch. Tất đàn hồi thường được khuyến cáo là biện pháp bổ sung cho điều trị dược lý cho DVT, đặc biệt là để phòng ngừa Hội chứng sau huyết khối (PTS). Tuy nhiên, mới đây, Hiệp hội Lòng Ngực ở Hoa kỳ không ủng hộ việc sử dụng thường xuyên. Một nghiên cứu ngẫu nhiên, kiểm soát giả dược nói rằng dùng tất không giúp ngăn ngừa PTS, mặc dù kết luận này còn gây tranh cãi. Bằng chứng cho tác dụng dự phòng của tất để ngăn ngừa DVT ở bệnh nhân bị bệnh cao nhất là ở mức thấp đến trung bình.

Tất áp lực dễ được chấp nhận hơn và có khả năng dễ giãn nở hơn các loại băng không đàn hồi hoặc dụng cụ khí nén. Không có bằng chứng tốt hơn khi điều trị dự phòng DVT bằng các thiết bị nén khí nhanh, áp lực cao, hoặc thay đổi các mức nén ngắt quãng. Hiện nay, có rất ít bằng chứng để xây dựng đề xuất cho một thiết bị cụ thể hoặc các loại thiết bị cho dự phòng DVT. Điều trị dự phòng bằng cơ học hoặc hóa trị liệu dự phòng nên được tiếp về thời gian điều trị dự phòng, nên áp dụng cho đến khi bệnh nhân có khả năng tự vận động.

4.3. Vận động sớm giúp tăng sức cơ và có thể giảm nguy cơ DVT

Cơ cơ là một yếu tố quan trọng để duy trì dòng máu trong các tĩnh mạch, đặc biệt là ở chân. Sự bất động kéo dài trong chấn thương và hồi sức được nhấn mạnh là một yếu tố rủi ro cao cho phát triển DVT và là lý do cho khuyến cáo chỉ ngừng điều trị DVT chỉ khi bệnh nhân có đủ khả năng vận động. Một nghiên cứu được công bố gần đây xác nhận rằng kéo dài sự bất động ở bệnh nhân bỏng là một yếu tố quan trọng phát triển DVT ($p < 0,001$). Sự bất động kéo dài ở bệnh nhân bỏng thường gặp ở bệnh nhân bỏng diện rộng, bỏng chi dưới, bỏng hô hấp hoặc trong tình trạng nặng. Đặt catheter tĩnh mạch đùi hoặc truyền tĩnh mạch ở chi dưới cũng có thể góp phần vào sự bất động. Nói chung bệnh nhân bỏng có thời gian nằm viện kéo dài hơn thì thường bệnh nặng hơn và do đó dễ bị phát triển DVT. Vận động sớm sẽ được xuất viện sớm. Bỏng chi dưới đã được báo cáo là một yếu tố rủi ro trong một số nghiên cứu. Bất động chỉ nên áp dụng ở các trường hợp rối loạn huyết động nặng, hô hấp không ổn định do vận động của bệnh nhân có thể dẫn đến mất bù cấp tính.