

HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG (Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Hải An, Hồ Thị Vân Anh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là bệnh lý liên quan với sự phát triển của cục máu đông trong tĩnh mạch sâu, thường xảy ra ở chi dưới. Cơ chế hình thành HKTMS là do sự phối hợp của 3 yếu tố (gọi là tam giác Virchow): Ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, rối loạn quá trình đông máu gây tăng đông, và tổn thương thành mạch. Cả 3 rối loạn này thường xuất hiện trên bệnh nhân bỏng nặng. Tăng đông do rối loạn các yếu tố đông máu. Ứ trệ tuần hoàn do bất động kéo dài. Tổn thương tế bào nội mạc mạch máu do đáp ứng viêm hệ thống và thủ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm [2, 4].

Chúng tôi thông báo trường hợp bỏng lửa diện tích 51 % diện tích cơ thể, biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu ngày thứ 52.

Từ khoá: Huyết khối tĩnh mạch sâu, bỏng nặng, nguy cơ

SUMMARY

Deep vein thrombosis (DVT) involves the development of blood clots within the deep veins, typically occurring in the lower extremities...The mechanism of DVT formation is due to the combination of 3 factors (called Virchow's triangle): stasis, hypercoagulability, and endothelial injury. Severe burn patients often have all three components of Virchow's triad. Hypercoagulability from increased fibrinogen, coagulation factors level and platelet count; stasis from prolonged immobilization and multiple surgical procedures; endothelial injury from the systemic inflammatory response and mechanical trauma from central venous catheters [2, 4].

We report a case of a 51% total body surface area (TBSA) burn patient who developed deep vein thrombosis on day 52.

Keywords: Deep vein thrombosis, severe burn, risk factors

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: nguyenuongvbqg10011986@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/7/2024; Ngày nhận xét: 08/8/2024; Ngày duyệt bài: 26/8/2024

<https://doi.org/10.54804/>

1. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Thị Thu H., nữ, 14 tuổi (chiều cao 1m58, nặng 58kg, BMI 23,2) bị bỏng lửa xăng ngày 14/04/2024, đã cấp cứu tại Bệnh viện Đà Nẵng (hồi sức chống sốc, duy trì thở máy trong 17 ngày, kháng sinh, thay băng hàng ngày).

Sau đó, chuyển khoa Hồi sức cấp cứu (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) với chẩn đoán bỏng lửa xăng 51% (32%) độ III, IV mặt, cổ, ngực, bụng, lưng, hai tay, hai chân ngày thứ 18 trong tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc: Tỉnh, tự thở 22 lần/phút qua can nuyen mở khí quản, sốt 38,2 độ C đến 39 độ C, mạch nhanh 140 lần/phút, huyết áp 139/70 mmHg, xét nghiệm: BC 10G/L; N 79,9%; L 7,1%; PLT 421G/L; PH 7,51; lactat 2,5mmol/l; PCT 0,22 ng/ml; Glucose 8mmol/l; GOT 125,3U/L; GPT 110U/L; Bilirubin TT 7,2 μ mol/l; Bilirubin TP 15,1 μ mol/l, PT 11,2 s; APTT 31,8s; INR 1,02; Fibrinogen 3,83g/l. Bệnh nhân điều trị kháng sinh toàn thân, truyền khối hồng cầu (KHC), thay băng, phẫu thuật.

Chuyển Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em với chẩn đoán 16% hoại tử và mô hạt mặt, hai tay, ngực, loét cụt ngón ngày thứ 39. Đã được điều trị truyền dịch, kháng sinh toàn thân, thay băng hàng ngày, phẫu thuật ghép da 2 lần. Sau phẫu thuật, toàn trạng tạm ổn, hết sốt, da ghép tự thân bám sống tốt.

Ngày thứ 52 sau bỏng (N52), xuất hiện sốt 38 độ C, mạch nhanh 143 lần/phút, huyết áp 103/68 mmHg, đau tức, phù nề chân trái. Chu vi bắp chân trái tăng 4cm, chu vi đùi trái tăng 3cm so với chân phải. Chân trái có hình ảnh giãn tĩnh mạch nông, tăng nhiệt độ da bề mặt và hạn chế vận động.

Kết quả siêu âm Doppler tĩnh mạch ngày thứ 52:

+ Chân phải: Tĩnh mạch đùi chung: Thành tĩnh mạch mỏng, ấn xẹp hoàn toàn, không có huyết khối.

+ Chân trái: Tĩnh mạch đùi chung, tĩnh mạch đùi nông, tĩnh mạch khoeo: Huyết khối mới từ tĩnh mạch đùi chung - đùi nông đến khoeo, ấn không xẹp, chưa có dòng chảy. Tĩnh mạch chày trước, chày sau, tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé: thành mỏng ấn xẹp hoàn toàn, không có huyết khối.



Hình 1. Tổn thương nặng nề, tăng kích thước, giãn tĩnh mạch nông chân trái (N52)

Đã được chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần, điều trị Lovenox 40mg x 2 ống/ngày tiêm dưới da, kê cao chân, duy trì băng chun áp lực 28 - 32mmHg, khuyến khích ngồi dậy và tập vận động sớm.

Sau 3 ngày chân trái đỡ đau tức, giảm nề, nhiệt độ bề mặt da giảm, vận động trở lại bình thường.

Kết quả siêu âm Doppler tĩnh mạch ngày thứ 59.

+ Chân phải: Tĩnh mạch đùi chung thành tĩnh mạch mỏng, ấn xẹp hoàn toàn, không có huyết khối.

+ Chân trái: Tĩnh mạch đùi chung đường kính 9mm, huyết khối cản âm đồng

đều, dạng huyết khối cũ đoạn đầu hiển lớn; tĩnh mạch đùi nông: Không thấy huyết khối, ấn xẹp; tĩnh mạch khoeo: huyết khối từ tĩnh mạch đùi chung đến khoeo dạng huyết khối cũ; Tĩnh mạch hiển lớn, hiển bé: Không có huyết khối, ấn xẹp.



Hình 2. Tổn thương giảm căng, nề chân trái N55 (sau 3 ngày điều trị HKTMs)

Diễn biến những ngày tiếp theo trên lâm sàng: Diễn biến ổn định, không sốt, huyết động ổn, không đau tức ở chi dưới. Dùng tất áp lực chi dưới tập vận động đi lại được. Ra viện về tiếp tục tập phục hồi chức năng và duy trì thuốc chống đông đường uống trong 3 tháng và tái khám lại.

2. BÀN LUẬN

Huyết khối tĩnh mạch (HKTMs) bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) và tắc mạch phổi (TMP) là một trong những vấn đề y khoa có thể dẫn đến tử vong. Đánh giá nguy cơ HKTMS trên lâm sàng, xác định yếu tố nguy cơ, yếu tố thúc đẩy, từ đó lựa chọn xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp. Xét nghiệm D-dimer để loại trừ

HKTMS nếu bệnh nhân có xác suất lâm sàng HKTMS chi dưới thấp. Nếu xác suất bệnh ở mức trung bình hoặc cao, thực hiện siêu âm doppler tĩnh mạch để chẩn đoán xác định [1].

Một số yếu tố tăng nguy cơ mắc HKTMs thường được mô tả liên quan với tuổi tác, béo phì, nhiễm trùng vết thương, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, can thiệp tĩnh mạch trung tâm, thời gian dài điều trị tại đơn vị hồi sức, số lần can thiệp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật kéo dài, truyền máu nhiều lần, bất động nằm lâu... Hiện nay trên lâm sàng có rất nhiều thang điểm đánh giá nguy cơ HKTMs như thang điểm Well, thang điểm Padua, thang điểm Caprini. Trong đó thang điểm

Well và Padua thường được áp dụng nhóm bệnh nhân nội khoa. Đối với bệnh nhân ngoại khoa, thường áp dụng thang điểm Caprini. Nguy cơ cao HKTM khi điểm Caprini > 5 [5]. Đối với bệnh nhân trong thông báo này có điểm Caprini là 8, thuộc nhóm nguy cơ rất cao HKTM nên đã tiến hành siêu âm doppler tĩnh mạch chân đoán xác định.

Trên thực tế, biến chứng HKTMS hay TMP trên bệnh nhân bỏng nặng có thể không được chẩn đoán, hoặc chẩn đoán muộn. Do một số trường hợp HKTM triệu chứng lâm sàng không rõ ràng hoặc bị che lấp bởi tình trạng phù nề, đau, và sự sao lãng do nhân viên y tế chủ yếu tập trung vào điều trị chuyên khoa bỏng. Tuy nhiên, chưa có những nghiên cứu đầy đủ về biến chứng HKTM không triệu chứng trên lâm sàng. Hiện nay, nhiều nghiên cứu khảo sát khác nhau cho thấy tỷ lệ HKTM trên bệnh nhân bỏng dao động rất rộng từ 0,4 đến 23%, thậm chí có nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có thể đến 47,1%. Điều trị dự phòng sử dụng thuốc chống đông không được áp dụng rộng rãi do e ngại nguy cơ chảy máu trên người bệnh [2-4, 6, 7].

Nhiều nghiên cứu ghi nhận rằng, tỷ lệ HKTM tăng cao hơn đáng kể trên đối tượng bệnh nhân can thiệp catheter tĩnh mạch đùi so với catheter tĩnh mạch dưới đòn. Vị trí đặt catheter gần sát vết thương bỏng, chọc kim nhiều mũi vào vùng này cũng làm tăng nguy cơ HKTM [2]. Đối với những trường hợp bỏng diện tích rộng thường không có nhiều vị trí để lựa chọn đặt ven ngoại vi, cũng như catheter tĩnh mạch trung tâm. Trường hợp lâm sàng chúng tôi thông báo có diện tích bỏng trên 50 % diện tích cơ thể, bỏng toàn bộ vùng mặt, cổ, ngực, bụng, 2 tay. Hai chân bị bỏng từ 1/2 dưới đùi xuống cẳng chân, đã

đặt catheter tĩnh mạch đùi 3 lần, mỗi lần kéo dài 7-10 ngày. Đây cũng là một trong những yếu tố nguy cơ trực tiếp góp phần tăng biến chứng HKTM.

Thở máy ở bệnh nhân bỏng liên quan đến tăng gấp đôi tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch [2]. Những bệnh nhân này thường duy trì an thần trong suốt thời gian thở máy. Thời gian thở máy càng lâu thì bất động càng kéo dài. Trường hợp bệnh nhân chúng tôi bàn luận, có diện tích bỏng rộng, kết hợp bỏng hô hấp, đã tiến hành mở khí quản thở máy 17 ngày tại Bệnh viện tuyến trước. Hơn nữa, chỉ định can thiệp phẫu thuật (5 lần phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da), truyền máu nhiều lần (tổng 11 đơn vị khối hồng cầu) là những phác đồ điều trị bắt buộc, nhưng cũng chính là những yếu tố nguy cơ gây biến chứng HKTM chân trái với các triệu chứng lâm sàng điển hình trên người bệnh này, trong khi tổn thương bỏng gần như liền hoàn toàn, chuẩn bị ra viện.

Một số nghiên cứu trên thế giới khuyến cáo, khi bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ HKTM nên có biện pháp dự phòng huyết khối. Tập vận động sớm, băng chun áp lực chi dưới là những biện pháp vật lý trị liệu có tác dụng dự phòng huyết khối. Đồng thời, có thể dùng liệu pháp chống đông máu mà chưa cần bổ sung liệu pháp tiêu huyết khối. Giai đoạn tiếp theo, nên duy trì bằng liệu pháp chống đông máu trong tổng thời gian từ 3 đến 6 tháng và cần được tái khám định kỳ hàng tuần để đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng phụ của thuốc chống đông [2]. Trên bệnh nhân của chúng tôi, việc áp dụng liệu pháp chống đông đã cải thiện diễn biến lâm sàng cũng như trên kết quả siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới.

3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN CÁO

Biến chứng huyết khối tĩnh mạch có thể gây tắc mạch phổi được ghi nhận là một trong các nguyên nhân tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng. Trong khi đó, chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch đùi sâu và tắc mạch phổi có nguy cơ bị bỏ sót trên lâm sàng do có nhiều trường hợp không triệu chứng, hoặc triệu chứng lâm sàng không điển hình.

Hiện nay, sử dụng thuốc dự phòng biến chứng này đối với người bệnh bỏng nặng đã được khuyến cáo nhưng cần theo dõi tình trạng đông máu khi bệnh nhân phải can thiệp can thiệp phẫu thuật. Trên bệnh nhân bỏng nặng, chúng ta nên thường xuyên đánh giá các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch, sử dụng thang điểm Wells, thang điểm Caprini là một công cụ hữu ích trên lâm sàng. Nếu chỉ số Caprini từ 5 trở lên, cần siêu âm Doppler tĩnh mạch để chẩn đoán xác định, điều trị kịp thời tránh những hậu quả nghiêm trọng do huyết khối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AlHarbi, M., et al. (2021), "Pulmonary embolism in an anticoagulated burn patient: A case report", *Saudi J Anaesth.* 15(4), pp. 444-446.
2. Bordeanu-Diaconescu, E. M., et al. (2024), "Venous Thromboembolism in Burn Patients: A 5-Year Retrospective Study", *Medicina (Kaunas).* 60(2).
3. Fecher, A. M., et al. (2004), "Analysis of deep vein thrombosis in burn patients", *Burns.* 30(6), pp. 591-3.
4. Liu, A., et al. (2021), "Venous Thromboembolism Chemoprophylaxis in Burn Patients: A Literature Review and Single-Institution Experience", *J Burn Care Res.* 42(1), pp. 18-22.
5. Meizoso, J. P., et al. (2015), "Hypercoagulability and venous thromboembolism in burn patients", *Semin Thromb Hemost.* 41(1), pp. 43-8.
6. Mullins, F., et al. (2013), "Thromboembolic complications in burn patients and associated risk factors", *J Burn Care Res.* 34(3), pp. 355-60.
7. Peng, H., et al. (2020), "Risk Assessment of Deep Venous Thrombosis and It's Influencing Factors in Burn Patients", *J Burn Care Res.* 41(1), pp. 113-120.