

BÀI GIẢNG CHUYÊN ĐỀ:
BỆNH HỌC:
THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH
MẠCH Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Biên soạn: PGS.TS.Nguyễn Văn Trí
(Bộ môn Lão Khoa, ĐH Y Dược TP HCM)

MỤC TIÊU CHUYÊN ĐỀ:

Sau khi học xong chuyên đề “Bệnh học: Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở người cao tuổi”, người học nắm được những kiến thức có liên quan đến căn bệnh này, như: Tần suất thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch; Yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch; Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán bệnh; Điều trị bệnh; Phòng ngừa bệnh; Tiên lượng; Một số điểm cần lưu ý ở người cao tuổi trong thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

NỘI DUNG

1. Tần suất thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Tần suất thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch chiếm tỉ lệ cao ở người cao tuổi, đặc biệt thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi đang nằm viện, ở Anh Quốc khoảng 10% tử vong trong bệnh viện do bệnh thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Khoảng 25% bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch sâu có triệu chứng để lại di chứng loét chân (hội chứng hậu huyết khối). Biến chứng nặng nhất của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là thuyên tắc phổi. Tử vong do thuyên tắc phổi khoảng 30% nếu không được điều trị. Nếu điều trị thuyên tắc phổi thích hợp, tỉ lệ tử vong còn khoảng 2%. Chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thường chậm trễ do triệu chứng không rõ ràng và thầy thuốc ít nghĩ đến.

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thường gặp ở người cao tuổi, tần suất mới mắc thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (bao gồm Huyết khối tĩnh mạch sâu và Thuyên tắc phổi) gia tăng tuyến tính theo tuổi trong nhóm tuổi 65 - 69, ở Anh Quốc khoảng 1,3% đến 1,8% và tăng lên khoảng 2,8% đến 3,1% ở nhóm tuổi 85 - 89. Ở bệnh nhân cao tuổi có tiền căn bệnh thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, tần suất thuyên tắc phổi 2% đến 8% trong một năm. Chẩn đoán thường bị bỏ sót ở người cao tuổi và có khi chỉ chẩn đoán được sau khi bệnh nhân đã tử vong.

2. Yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch đã được chẩn đoán từ lâu (bảng 1). Nhiều yếu tố nguy cơ rất thường gặp ở người cao tuổi, nhất là bệnh nhân cao tuổi đang nằm viện và có phẫu thuật chỉnh hình (ví dụ như bất động, gãy xương đùi, đột quỵ, ung thư). Đang nằm viện là một yếu tố nguy cơ cao thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (gấp 135 lần so với ở cộng đồng). Nguy

cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch lớn nhất là ở bệnh nhân bệnh nội khoa đang nằm viện, tỉ lệ khoảng 70% - 80%. Ở châu Âu, khoảng một phần ba bệnh nhân sau phẫu thuật có thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch nếu không điều trị dự phòng.

Bảng 1: Yếu tố nguy cơ bệnh thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Nguy cơ thấp:	<ul style="list-style-type: none"> * Tiểu phẫu (<30 phút) và không có nguy cơ khác ngoài cao tuổi. * Chấn thương nhẹ hoặc bệnh nội khoa nhẹ.
Nguy cơ trung bình:	<ul style="list-style-type: none"> * Phẫu thuật lớn như tổng quát, tiết niệu, tim mạch, lồng ngực, mạch máu, thần kinh, tuổi lớn hơn 40 hoặc có yếu tố nguy cơ khác. * Bệnh nội khoa nặng hoặc ác tính. * Chấn thương nặng hoặc bỏng nặng. * Phẫu thuật, chấn thương nhỏ hoặc bệnh nội khoa nhẹ ở bệnh nhân có tiền căn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hoặc tình trạng tăng đông.
Nguy cơ cao:	<ul style="list-style-type: none"> * Bất động kéo dài. * Lớn hơn 60 tuổi. * Tiền căn thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hoặc thuyên tắc phổi. * Ung thư tiến triển. * Suy tim mạn. * Nhiễm trùng cấp (ví dụ viêm phổi) * Bệnh phổi mạn. * Liệt chi dưới (kể cả đột quy)

	<ul style="list-style-type: none"> * BMI > 30kg/m² * Phẫu thuật gãy xương hoặc phẫu thuật chỉnh hình lớn chậu, háng hoặc chi dưới. * Phẫu thuật lớn ung thư chậu, bụng. * Chấn thương lớn. * Đoạn chi dưới.
--	--

3. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán

3.1. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân cao tuổi.

Sung một chân thường gặp nhất ở người cao tuổi; đau bắp chân thỉnh thoảng cũng gặp. Thông thường bệnh nhân có phẫu thuật chỉnh hình, đột quy, hoặc mắc một số bệnh khác. Thỉnh thoảng cũng gặp triệu chứng biếng ăn, sụt cân hoặc triệu chứng khác nghi ngờ ung thư; tuy nhiên thường nhất là không có triệu chứng.

Chẩn đoán lâm sàng thường khó do triệu chứng thực thể mơ hồ ở người cao tuổi. Bệnh nhân có thể không than phiền về triệu chứng sung chân do sa sút trí tuệ hoặc rối loạn ngôn ngữ. Chẩn đoán lâm sàng dựa vào sung một bên chân, da ấm, có thể kèm tĩnh mạch nông phồng ngay dưới da. Có thể có ấn đau vùng bắp chân. Chi dưới sung to hơn bên chi lành 2cm cần nghĩ đến huyết khối tĩnh mạch sâu trừ khi có chẩn đoán khác.

Siêu âm Doppler được sử dụng trước tiên để chẩn đoán với độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 98% ở huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần (từ tĩnh mạch vùng khoeo trở lên vùng chậu). Chụp tĩnh mạch cản quang là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu, chỉ sử dụng khi lâm sàng nghi ngờ cao mà siêu âm Doppler âm tính. D-dimer (chất giáng hoá fibrin) có giá trị tiên

đoán âm tốt, chỉ sử dụng chẩn đoán loại trừ ở bệnh nhân có nguy cơ thấp huyết khối tĩnh mạch sâu. Các xét nghiệm khác như cộng hưởng từ còn đang tiếp tục nghiên cứu.

3.2. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán thuyên tắc phổi ở bệnh nhân cao tuổi.

Khó thở đột ngột là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân cao tuổi bị thuyên tắc phổi. Ngoài ra, cũng thường gặp các triệu chứng đột ngột đau ngực kiểu màng phổi, ho, ngất, ho khạc ra máu. Ở người cao tuổi vừa bị đột quy, chẩn thương chình hình xuất hiện một trong những triệu chứng trên cần nghĩ tới thuyên tắc phổi. Thuyên tắc phổi trung bình hay nặng ở người cao tuổi thường có ngất vì suy yếu khả năng bù trừ tim mạch do bệnh tim mạch sẵn có hoặc do suy giảm chức năng tim mạch lão hoá. Thuyên tắc phổi nhẹ hơn thường không triệu chứng đặc hiệu nên dễ bỏ sót chẩn đoán.

Triệu chứng thực thể phụ thuộc vào độ nặng của thuyên tắc phổi. Ở bệnh nhân thuyên tắc phổi trung bình đến nặng thường gặp nhịp tim nhanh, huyết áp thấp, tím tái, tĩnh mạch cổ nổi, dấu nẫy cạnh ức phải, tiếng T2 tách đôi do van động mạch phổi đóng chậm, âm thổi hờ 3 lá và tiếng co màng phổi. Tuy nhiên, ở bệnh nhân thuyên tắc phổi nhẹ có thể chỉ có nhịp tim nhanh. Do đó, ở bệnh nhân có xác suất lâm sàng cao thuyên tắc phổi kèm nhịp tim nhanh cần nghĩ tới thuyên tắc phổi.

Phân tích khí máu động mạch ngay khi nghi ngờ thuyên tắc phổi. Giảm oxy máu hoặc oxy máu diễn tiến xấu hơn giúp chẩn đoán thuyên tắc phổi trừ khi có bệnh đi kèm khác có thể giải thích được. Điện tâm đồ có thể gặp dạng nhịp nhanh xoang, sóng S ở đạo trình DI, sóng Q và T đảo ngược ở đạo trình DIII, bloc nhánh phải hoặc tăng gánh thất phải. Ở bệnh nhân thuyên tắc phổi

nặng có thể gặp dạng P "phế". Rung nhĩ mới cũng có thể gặp trong thuyên tắc phổi.

X-quang ngực có thể gặp cơ hoành một bên nâng cao, xẹp phổi, giảm tuần hoàn phổi khu trú, động mạch phổi nhánh xuống giãn rộng. Bệnh nhân có bệnh phổi mạn hoặc suy tim kèm làm khó khăn khi đọc phim.

Xạ hình thông khí tưới máu (V/Q scan) cũng giúp cho chẩn đoán. Xạ hình thông khí tưới máu dương tính giúp chẩn đoán xác định, xạ hình âm tính giúp loại trừ chẩn đoán.

Chụp cắt lớp điện toán phổi giúp chẩn đoán xác định thuyên tắc phổi. Chụp cắt lớp âm tính có giá trị loại trừ chẩn đoán tương tự xạ hình thông khí tưới máu. Chụp cắt lớp là phương pháp hàng đầu để chẩn đoán thuyên tắc phổi ở người cao tuổi do dễ thực hiện cả khi bệnh nhân có bệnh tim và bệnh phổi đi kèm.

D-dimer không có giá trị chẩn đoán xác định do độ đặc hiệu thấp nhưng có giá trị chẩn đoán loại trừ.

Cộng hưởng từ có cản từ là kỹ thuật chẩn đoán xác định thuyên tắc phổi đang được đánh giá cao.

Siêu âm tim có ích đánh giá độ nặng của thuyên tắc phổi.

Chụp mạch máu cản quang rất ít được áp dụng ở bệnh nhân cao tuổi.

4. Điều trị bệnh

4.1. Điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân cao tuổi.

Thuốc kháng đông là điều trị hàng đầu. Các biện pháp ít được áp dụng hơn bao gồm thuốc tiêu sợi huyết, phẫu thuật lấy huyết khối và đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ.

Heparin trọng lượng phân tử thấp hiện tại vẫn là thuốc hàng đầu (low molecular weight heparin - LMWH) do liều lượng tùy theo cân nặng, tiêm dưới da và không cần xét nghiệm theo dõi (ngoại trừ bệnh nhân quá cân, quá nhẹ cân hay suy thận nặng). Heparin không phân đoạn chỉ sử dụng trong trường hợp đặc biệt như đang phẫu thuật hay hậu phẫu.

Nên bắt đầu điều trị khi xác định chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi bằng warfarin và LMWH ít nhất 5 ngày cho đến khi INR (international normalized ratios) đạt mức 2,5 (2-3). INR ở mức cao hơn 3,5 (3-4) nếu huyết khối tĩnh mạch sâu tái phát trong khi đang duy trì ở mức 2-3. Ở bệnh nhân cao tuổi nhạy hơn với tác dụng của warfarin nên dễ bị chống đông quá mức khi khởi đầu điều trị. Cho nên cần khởi đầu liều thấp và tăng dần qua theo dõi INR mỗi ngày trong 4-5 ngày đầu.

Thời gian sử dụng warfarin vẫn chưa thống nhất. Có khuyến cáo sử dụng 6 tháng. Có nghiên cứu ngẫu nhiên sử dụng 3 tháng ở thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch lần đầu (không rõ nguyên nhân) và có thể ngắn hơn nếu có chảy máu nặng. Tuy nhiên thời gian sử dụng warfarin phụ thuộc vào nguy cơ tái phát thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở từng cá nhân. Nếu thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch xảy ra sau phẫu thuật, nguy cơ tái phát sau 1 năm khi ngưng thuốc là 3% cho nên có thể ngưng warfarin sau 6 tuần nếu không có yếu tố nguy cơ tồn tại khác. Mặt khác nếu bệnh nhân còn yếu tố nguy cơ khác nhưng nhẹ có thể hồi phục (như tổn thương mô mềm) có thể ngưng warfarin sau 3 tháng. Bệnh nhân có nguy cơ cao không hồi phục như ung thư có thể điều trị lâu dài.

4.2. Điều trị kháng đông đường uống ở người cao tuổi cần lưu ý trong thực hành

Người cao tuổi nhạy hơn với tác dụng chống đông máu của warfarin, có lẽ sự kết hợp của các yếu tố dược lực và dược động học. Liều warfarin được sử dụng giảm dần theo tích tuổi. Có nghiên cứu cho thấy bệnh nhân dưới 35 tuổi dùng liều gấp đôi warfarin để duy trì INR tương đương bệnh nhân hơn 70 tuổi. Thanh thải warfarin giảm dần theo tuổi (toàn bộ warfarin phải qua chuyển hoá, không có warfarin nguyên thủy thải trừ qua nước tiểu).

Nguy cơ chảy máu do warfarin gia tăng theo tuổi chưa rõ, ngoại trừ bệnh nhân lớn hơn 80 tuổi. Biến chứng chảy máu thường xảy ra 3 tháng đầu điều trị với warfarin (đặc biệt trong 1 tháng đầu), hoặc do kém kiểm soát thuốc chống đông hoặc có bệnh đi kèm chưa phát hiện như loét dạ dày, bệnh ác tính. INR cao ($>4,5$) do kiểm soát thuốc chống đông kém hoặc do hướng dẫn bệnh nhân chưa tốt dễ gây chảy máu.

Người cao tuổi thường sử dụng nhiều loại thuốc, cho nên dễ có tương tác thuốc gây tác dụng chống đông quá mức. Cần biết thuốc đang sử dụng kèm có làm tăng tác dụng chống đông hay không (ví dụ kháng sinh nhóm macrolide, amiodarone) để giảm liều warfarin thích hợp.

Xuất huyết nội sọ thường gây tử vong và thường gặp hơn ở người cao tuổi do bệnh não hay mạch máu não. Bên cạnh đó người cao tuổi dễ té ngã gây xuất huyết dưới nhện. Bốn yếu tố dễ gây chảy máu ở bệnh nhân ngoại trú gồm tuổi trên 65, tiền căn xuất huyết dạ dày tá tràng, tiền căn đột quy và có một hoặc nhiều bệnh đặc biệt đi kèm (nhồi máu cơ tim mới, hematocrit dưới 30% , đái tháo đường, creatinine lớn hơn 1,5mg/dl) cần loại trừ các nguyên nhân khác gây xuất huyết ngay cả khi INR cao (như xuất huyết nội).

4.3. Xử lý trường hợp chống đông quá liều và chảy máu.

Nếu $5 < \text{INR} < 8$ thì tạm ngưng warfarin theo dõi warfarin khi đến < 5 trong trường hợp không có dấu xuất huyết hoặc xuất huyết nhỏ. Nếu $\text{INR} > 8$, không có chảy máu hoặc chảy máu ít tạm ngưng warfarin và cho vitamin K liều thấp uống (0,5-3mg) hoặc chích tĩnh mạch (0,5mg). Trường hợp xuất huyết nặng ngưng warfarin và sử dụng ngay phức hợp prothrombin (yếu tố II, VII, IX, X) hoặc huyết thanh tươi đông lạnh, đồng thời vitamin K 5mg đến 10mg tiêm tĩnh mạch chậm.

4.4. Theo dõi khi điều trị warfarin.

Theo dõi sát giúp phòng ngừa quá liều hay thiếu liều lượng thuốc warfarin. Tốt nhất bệnh nhân cần được theo dõi định kỳ. Hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ điều trị theo toa, tái khám đúng hạn và theo dõi các dấu xuất huyết như dễ bầm máu, chảy máu răng để kịp thời tái khám.

4.5. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới.

Sử dụng trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định dùng thuốc chống đông, hoặc bệnh nhân đang điều trị chống đông mà có xuất huyết hoặc tiếp tục có thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Nghiên cứu PREPIC gồm 400 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần có hoặc không thuyên tắc phổi, theo dõi 8 năm đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới làm giảm được thuyên tắc phổi nhưng làm tăng huyết khối tĩnh mạch sâu so với bệnh nhân điều trị chống đông. Biện chứng của đặt lưới lọc bao gồm lưới lọc lạc chỗ, tổn thương mạch máu hoặc huyết khối, tràn khí màng phổi hoặc thuyên tắc khí.

4.6. Điều trị thuyên tắc phổi khi huyết động không ổn định.

Thuyên tắc phổi lớn có thể kèm choáng tim. Người cao tuổi thường suy tim phải và choáng tim khi thuyên tắc phổi lớn. Bệnh nhân cần được điều trị trong đơn vị chăm sóc đặc biệt. Ngoài việc hồi sức tim mạch và hô hấp, cần

cần nhắc đến điều trị tiêu sợi huyết hoặc phẫu thuật lấy huyết khối thuyên tắc. Xuất huyết nội sọ xảy ra 3% khi dùng thuốc tiêu sợi huyết. Bệnh nhân có chống chỉ định tiêu sợi huyết hoặc tiêu sợi huyết thất bại được chỉ định phẫu thuật lấy huyết khối ở động mạch phổi. Mặc dù có điều trị tích cực, tỉ lệ tử vong vẫn cao.

5. Phòng ngừa bệnh

Rất nhiều bệnh nhân cao tuổi nằm viện có nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Bệnh nhân đột quy, gãy xương chậu hoặc phẫu thuật chỉnh hình có nguy cơ cao. Tuy nhiên tỉ lệ được phòng ngừa thấp ngay cả ở các nước phương tây từ 13% đến 64%. Điều trị phòng ngừa đặc biệt thấp hơn ở bệnh nhân nội khoa. Điều trị phòng ngừa giảm được nguy cơ thuyên tắc huyết khối đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu.

Theo khuyến cáo của hiệp hội thầy thuốc Lồng Ngực Hoa Kỳ (ACCP American College of Chest Physicians) có thể sử dụng LMWH hay heparin không phân đoạn, fondaparinox để điều trị phòng ngừa bệnh nhân nội khoa cấp tính đang nằm viện. Những bệnh nhân có chống chỉ định có thể dùng vớ áp lực hoặc ép hơi gián đoạn.

Nhiều nghiên cứu cho thấy điều trị phòng ngừa bằng thuốc chống đông giảm được thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch có triệu chứng không làm tăng xuất huyết nặng so với nhóm không điều trị dự phòng.

5.1. Thuốc chống đông mới bằng đường uống trong điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối.

Nhóm thuốc chống đông đường uống ức chế yếu tố X hoạt hoá và nhóm thuốc ức chế trực tiếp thrombin đã và đang tiếp tục nghiên cứu ứng dụng. Một số quốc gia đang sử dụng tuy nhiên hiện tại chưa có khuyến cáo chính thức.

Mặc dù vậy LMWH vẫn là thuốc đang sử dụng rộng rãi nhất trong điều trị và phòng ngừa thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân cao tuổi.

5.2. Vớ áp lực.

Vớ áp lực giúp giảm nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân sau phẫu thuật nhưng không tốt hơn LMWH. Lý tưởng là sử dụng kết hợp cả hai. Bệnh nhân cao tuổi có bệnh mạch máu ngoại biên cần cẩn thận vớ áp lực vì có thể gây biến chứng thiếu máu cục bộ chi dưới. Bệnh nhân đã chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu nên mang vớ áp lực ngay sau khi chẩn đoán và tiếp tục ít nhất 2 năm.

6. Tiên lượng.

Một nghiên cứu đoàn hệ ở bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thấy tỉ lệ tái phát thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch vào ngày thứ 7, thứ 30, thứ 180 và năm đầu và 10 năm sau lần lượt là 1,6%; 5,2%; 10,1%; 12,9% và 30,4% nguy cơ tái phát lớn nhất vào 6 tháng và 12 tháng đầu sau thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Yếu tố nguy cơ độc lập cho thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tái phát bao gồm tuổi, cân nặng, bệnh thần kinh gây liệt, bệnh ác tính và phẫu thuật thần kinh.

Một nghiên cứu sơ bộ đa quốc gia dự đoán thuyên tắc phổi gây tử vong ở bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, kết quả tử vong trong 3 tháng đầu là 8,65% và tử vong do thuyên tắc phổi là 1,68%. Bệnh nhân thuyên tắc phổi nhỏ có triệu chứng nguy cơ thuyên tắc phổi gây tử vong gấp 5,42 lần so với bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu không có triệu chứng thuyên tắc phổi ($p < 0,001$). Nguy cơ thuyên tắc phổi gây tử vong gấp 17,5 lần nếu bệnh nhân đã có thuyên tắc phổi lớn có triệu chứng. Yếu tố nguy cơ độc lập khác gây thuyên tắc phổi tử vong bao gồm bất động do bệnh thần kinh, tuổi lớn hơn 75 và ung thư.

Biến chứng lâu dài của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch gồm hội chứng sau huyết khối và tăng áp phổi mạn tính.

7. Một số điểm cần lưu ý ở người cao tuổi trong thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và di chứng bệnh ở người cao tuổi. Đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Một số thuốc mới đường uống ức chế trực tiếp thrombin hoặc ức chế yếu tố X hoạt hoá đang nghiên cứu và có thể thay thế warfarin. Dù tiến bộ trong điều trị như thế nào đi nữa thì việc chẩn đoán sớm và theo dõi kỹ giúp giảm tử vong và di chứng cho người cao tuổi.

Một số điểm tóm tắt cần lưu ý:

- * Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở bệnh nhân nằm viện và thường gặp hơn ở người cao tuổi.

- * Yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thường gặp ở người cao tuổi như bất động, gãy xương, đột quy.

- * Người cao tuổi bị đột quy hoặc vừa phẫu thuật chỉnh hình mà đột ngột khó thở, đau ngực, ngất cần nghĩ tới thuyên tắc phổi.

- * Chụp cắt lớp điện toán động mạch phổi là kỹ thuật hình ảnh nghĩ đến trước tiên khi nghi ngờ thuyên tắc phổi.

- * Điều trị phòng ngừa và điều trị khởi đầu huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi thuốc được chọn đầu tiên là heparin trọng lượng phân tử thấp (thường sử dụng hiện nay là enoxaparin).

- * Người cao tuổi nhạy hơn với tác dụng chống đông của warfarin.

- * Nhiều nghiên cứu xác nhận có mối liên quan giữa mức độ tác dụng kháng đông và nguy cơ chảy máu.

* Bệnh nhân có thuyên tắc phổi lớn, điều trị bao gồm thuốc tiêu sợi huyết và phẫu thuật lấy huyết khối thuyên tắc.

* Thuốc ức chế yếu tố X hoạt hoá và thuốc ức chế thrombin trực tiếp bằng đường uống đang được thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

* Chẩn đoán sớm và theo dõi cẩn thận khi điều trị sẽ làm giảm tử vong và di chứng bệnh tật do thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010) Đánh giá vai trò của D-dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 2, 178-184.
2. Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010) Tỷ lệ hiện mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chưa có triệu chứng trên bệnh nhân nội khoa cấp tính. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 2, 170-178.
3. Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010) Tổng quan về vai trò của D-Dimer trong chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu. Tim mạch học, 7-12.
4. Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010) Tổng quan về huyết khối tĩnh mạch sâu chưa có triệu chứng trên bệnh nhân bệnh nội khoa cấp tính. Tim mạch học t4, 17-22.
5. Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010) Yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu. Tim mạch học t4, 7-13.
6. Đỗ Hoàng Giao (2010) Khảo sát yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối trên bệnh nhân bệnh nội khoa cấp tính. Tim mạch học t6, 13-16.
7. Huỳnh Văn Ân (2009) Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa tại khoa săn sóc đặc biệt (ICU) bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Y Học TPHCM 13, 127-134.
8. Nguyễn Trung Hiếu (2010) Khảo sát tỉ lệ mới mắc huyết khối tĩnh mạch chi dưới trên bệnh nhân nhồi máu. Tim mạch học.
9. Nguyễn Văn Trí & Diệp Thành Tường (2010) Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nhồi máu não. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 1, 108-112.

10. Nguyễn Văn Trí & Nguyễn Trường Chinh (2010) Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính bằng siêu âm màu Duplex. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 1, 104-107.

11. Nguyễn Văn Trí & Nguyễn Thị Phương Lan (2010) Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nhiễm trùng cấp. Y học TP.HCM, phụ bản tập 14, số 1, 91-95.

12. Nguyễn Văn Trí & Trần Hữu Tré (2010) Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân suy tim nặng. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 1, 113-118.

13. Nguyễn Văn Trí & Trần Thị Thanh Hà (2010) Khảo sát các yếu tố nguy cơ huyết khối nguy cơ tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nội khoa cấp tính. Y học TP.HCM phụ bản tập 14, số 1, 96-103.

14. Ageno W (2004) Another good reason for not ignoring thromboprophylaxis in acutely ill medical patients. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2, 1889-1891.

15. Ageno W, Squizzato A & Ambrosini F (2002) Thrombosis prophylaxis in medical patients: a retrospective review of clinical practice patterns. *Haematologica* 87, 746-750.

16. Aguilar C & Del Villar V (2007) Diagnostic value of D-dimer in outpatients with suspected deep venous thrombosis receiving oral anticoagulation. *Blood Coagul Fibrinol* 18, 253-257.

17. Samvelc. Dorso. et all, Oxford American Handbook of Geriatric Medicine, Oxford University press, 2010

18. Feffrey B. Hellet, MD. et all, Hazzard's geriatric Medicine and gerontology, 6th edition, 2009

19. Wilbert S Aronow. et all, Cardiovascular disease in the elderly, 4th edition, 2008.