

thuật sớm độ 3 trở lên. Tỷ lệ biến chứng muộn sau mổ độ 3 trở lên là 5,1%.

Phẫu thuật triệt căn điều trị UTCTC giai đoạn FIGO IB1-IIA1 là an toàn và hiệu quả, các biến chứng chủ yếu là cấp tính và phục hồi tốt, các di chứng lâu dài ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ling, H., et al.,** Clavien-Dindo classification and risk prediction model of complications after robot-assisted radical hysterectomy for cervical cancer. *J Robot Surg*, 2023. 17(2): p. 527-536.
2. **Boria, F., et al.,** Radical hysterectomy in early cervical cancer in Europe: characteristics, outcomes and evaluation of ESGO quality indicators. *Int J Gynecol Cancer*, 2021. 31(9): p. 1212-1219.
3. **Widschwendter, P., et al.,** Prognostic factors for and pattern of lymph-node involvement in patients with operable cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet*, 2019. 300(6): p. 1709-1718.
4. **Wojdat, R. and E. Malanowska,** Retrospective Analysis of Cervical Cancer Treatment Outcomes: Ten Years of Experience with the Vaginal Assisted

- Radical Laparoscopic Hysterectomy VARLH. *Biomed Res Int*, 2022. 2022: p. 5163886.
5. **Li, P., et al.,** Comparison of the Oncological Outcomes Between Robot-Assisted and Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer Based on the New FIGO 2018 Staging System: A Multicentre Retrospective Study. *Front Oncol*, 2022. 12: p. 879569.
 6. **Alfonzo, E., et al.,** No survival difference between robotic and open radical hysterectomy for women with early-stage cervical cancer: results from a nationwide population-based cohort study. *Eur J Cancer*, 2019. 116: p. 169-177.
 7. **Leitao, M.M., Jr., et al.,** The MEMORY Study: Multicenter study of Minimally invasive surgery versus Open Radical hysterectomy in the management of early-stage cervical cancer: Survival outcomes. *Gynecol Oncol*, 2022. 166(3): p. 417-424.
 8. **Di Donato, V., et al.,** Ten-year outcomes following laparoscopic and open abdominal radical hysterectomy for "low-risk" early-stage cervical cancer: A propensity-score based analysis. *Gynecol Oncol*, 2023. 174: p. 49-54.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ HUYẾT ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN SỐC ĐA CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH THEO PHƯƠNG PHÁP PICCO

Trần Công Tiến¹, Lưu Quang Thùy², Phạm Xuân Trường¹,
Vũ Thanh Tùng¹, Nguyễn Văn Toại¹, Dương Thị Linh¹, Hạ Bá Chân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí huyết động ở 30 bệnh nhân sốc đa chấn thương dựa vào phương pháp PiCCO tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu dựa trên 30 bệnh nhân sốc đa chấn thương được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tất cả bệnh nhân được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO và điều trị dựa trên theo dõi lâm sàng, các chỉ số PiCCO. Điều chỉnh huyết động bằng phương pháp truyền dịch, truyền máu, vận mạch. Kết quả điều trị được đánh giá khi bệnh nhân ra viện (sống, chết). **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số 30 bệnh nhân gồm 22 nam, 8 nữ. Tuổi thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 90 tuổi. Tất cả bệnh nhân được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO thành công. Không có tai biến liên quan đến catheter. Kết quả khi ra viện: chết 4 và sống 26. Nguyên nhân tử vong do chấn thương sọ não nặng 02, sốc nhiễm khuẩn 02. **Kết luận:** Thăm dò

huyết động phương pháp PiCCO là phương pháp ít xâm lấn, ít tai biến, có độ chính xác cao. PiCCO mang lại lợi ích trong hướng dẫn xử trí huyết động ở bệnh nhân sốc đa chấn thương giúp giảm thời gian thở máy, nằm hồi sức, nằm viện và giảm tử vong. **Từ khóa:** PiCCO, sốc đa chấn thương, huyết động.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF HEMODYNAMIC MANAGEMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMATIC SHOCK AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL ACCORDING TO THE PICCO

Objective: To evaluate the result of hemodynamic management for 30 patients with multiple traumatic shock according to the PiCCO at Bac Ninh general hospital. **Study methods:** The descriptive prospective was conducted on 30 patients with multiple traumatic shock who were investigated hemodynamically according to the PiCCO at Bac Ninh general hospital. All patients were hemodynamically investigated according to the PiCCO and treated based on clinical monitoring, laboratory testing and PiCCO indicators. Regulate hemodynamics using fluid infusion, blood transfusion and vasopressors. Result of treatment was assessed when patients were discharged (being alive, being dead). **Results:** Among 30 patients: 22 males, 8 females. The lowest age was 16 years old, the highest age was 90 years old. All

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Tiến

Email: trantien8402@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

patients underwent hemodynamic testing according to the PiCCO method successfully. There were no catheter-related complications. Results when patients were discharged: 4 patients were dead and 26 patients were alive. Causes of death was severe traumatic brain in 2 patients and septic shock in 2 patients. **Conclusions:** Hemodynamic testing using the PiCCO method is a minimally invasive with few complications and is highly accurate. PiCCO is beneficial in patients with multiple traumatic shock, helping to reduce mechanical ventilation time, ICU stay, hospital stay, and mortality. **Keywords:** PiCCO, multiple traumatic shock, hemodynamic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn về huyết động là một trong những nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương. Có nhiều nguyên nhân gây rối loạn tuần hoàn ở bệnh nhân đa chấn thương, các nguyên nhân này có thể đơn độc hoặc phối hợp dẫn đến một tình trạng điển hình là sốc chấn thương, giảm lượng máu tĩnh mạch trở về là nguyên nhân cơ bản, đây là hậu quả chủ yếu của tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn do mất máu. Việc thăm dò huyết động đóng vai trò quan trọng trong hướng dẫn về hồi sức tuần hoàn ở các bệnh nhân sốc đa chấn thương giúp đưa ra các phương pháp điều trị thích hợp nhằm giảm thiểu các biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân. Có nhiều phương pháp thăm dò huyết động, các biện pháp không xâm lấn và xâm lấn. Các phương pháp không xâm lấn như siêu âm tim Doppler, siêu âm qua thực quản phụ thuộc vào kinh nghiệm của người thực hiện và không theo dõi được liên tục. Phương pháp thăm dò huyết động PiCCO là kỹ thuật thăm dò huyết động ít xâm lấn, dựa trên hai nguyên lý hòa loãng nhiệt qua phổi và nguyên lý phân tích sóng mạch. Các chỉ số huyết động được theo dõi liên tục cho phép đánh giá sớm sự thay đổi và hiệu quả của các phương pháp điều trị bù dịch, dùng thuốc vận mạch, phát hiện nguy cơ phù phổi, nguy cơ thừa dịch [1], [2], [4]...giúp giảm thời gian thở máy, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân [6]. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, việc đánh giá các chỉ số huyết động dựa vào các phương pháp không xâm lấn và kinh nghiệm điều trị nên đôi khi chưa kịp thời xử trí ở những bệnh nhân nặng có huyết động không ổn định, đặc biệt là bệnh nhân đa chấn thương nặng. Để kịp thời đánh giá các chỉ số huyết động và hướng dẫn xử trí ở các bệnh

nhân sốc đa chấn thương, chúng tôi nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả xử trí huyết động ở bệnh nhân sốc đa chấn thương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh theo phương pháp PiCCO".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sốc đa chấn thương, tất cả bệnh nhân được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO, điều chỉnh huyết động theo hướng dẫn của PiCCO.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả, cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

- Bệnh nhân sốc đa chấn thương, vào khoa phẫu thuật gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO.

- Bệnh nhân được theo dõi các chỉ số huyết động tối thiểu 72h hoặc đến khi tử vong.

- Điều chỉnh huyết động bằng truyền dịch, truyền máu, huyết tương, phẫu thuật dựa vào lâm sàng, xét nghiệm, các thông số huyết động PiCCO. Mục tiêu điều trị HA trung bình ≥ 70 mmHg (≥ 80 mmHg nếu có chấn thương sọ não); PVC từ 8-12 mmHg; nước tiểu ≥ 0.5 ml/kg/h; Hct $\geq 27\%$ (Bệnh nhân chấn thương sọ não Hct $\geq 30\%$); PaO₂ ≥ 100 . Mục tiêu PiCCO cần đạt CI > 3l/phút/m² với GEDI >700ml/m² nhưng ELWI < 10ml/kg.

- Đánh giá kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện: sống và tử vong.

2.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa phẫu thuật Gây mê hồi sức, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh

- Thời gian: từ 04/2023 đến 7/2024

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024, chúng tôi chọn 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu bao gồm 22 bệnh nhân nam và 8 bệnh nhân nữ. Tuổi thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 90 tuổi (trung bình 43,1 ± 20,4 tuổi). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (80%). Điểm ISS trung bình là 31,0 ± 6,7 điểm. Tất cả các bệnh nhân đều được thăm dò huyết động theo phương pháp PiCCO. Thời gian lưu catheter PiCCO tối thiểu là 72h hoặc đến khi tử vong. Không gặp biến chứng do catheter PiCCO.

Bảng 3.1. Sự thay đổi một số chỉ số PiCCO theo thời gian

Thời điểm	GEDI (ml/m ²)	SVV (%)	SVRI (dyne.s.cm-5m-2)	CI (ml/phút/m ²)	ELWI (ml/kg)
T0	547,5 ± 163,2	11,83 ± 6,60	2103,2 ± 720,0	3,56 ± 0,97	7,9 ± 2,3
T6	620,3 ± 173,4*	11,33 ± 5,50	1640,4 ± 410,5*	4,02 ± 0,65*	8,8 ± 2,7*

T12	641,4 ± 151,0*	9,83 ± 4,95	1724,7 ± 399,8*	4,09 ± 0,77*	8,5 ± 2,5*
T18	650,1 ± 149,6*	10,03 ± 5,62	1770,5 ± 409,5*	4,08 ± 0,78*	8,5 ± 2,6
T24	672,0 ± 133,0*	9,87 ± 5,46	1807,7 ± 422,0*	4,07 ± 0,86*	8,9 ± 2,7*
T48	714,3 ± 176,0*	10,38 ± 5,72	1753,7 ± 290,7*	4,14 ± 0,65*	9,5 ± 2,6*
T72	730,6 ± 125,2*	9,52 ± 4,41	1796,8 ± 399,9*	4,13 ± 0,86*	9,1 ± 2,5*

(So với thời điểm ban đầu T0: * P < 0,05)

Nhận xét: - Chỉ số GEDI tại thời điểm 48h và 72h trên 700.

- Chỉ số SVV tại thời điểm ban đầu, 06h, 18h và 48h đều trên 10%.

- Chỉ số SVRI tại thời điểm 06h dưới 1700, còn lại các thời điểm khác đều trên 1700.

- Chỉ số CI đều trên 3, và cải thiện có ý nghĩa thống kê so với ban đầu.

- Chỉ số ELWI tại tất cả các thời điểm đều dưới 10.

Bảng 3.2. Số lượng dịch, khối hồng cầu và huyết tương truyền

Thời điểm	Dịch truyền (ml)	Khối Hồng cầu (ml)	Huyết tương (ml)
06h đầu (T1)	1779,3 ± 803,9*	543,3 ± 570,5*	435,0 ± 458,3
Từ 7h-12h (T2)	933,7 ± 396,8*	350,0 ± 400,6*	389,0 ± 348,5
Từ 13h-24h (T3)	1075,3 ± 446,3*	296,7 ± 394,3*	312,7 ± 296,9
Trong 24h (T4)	3820,3 ± 1226,1**	1180 ± 1025,5**	1136,7 ± 700**
Ngày thứ 2 (T5)	2164,7 ± 671**	246,7 ± 272,9**	488,3 ± 342,6**
Ngày thứ 3 (T6)	2093,1 ± 545,1**	137,9 ± 234**	356,9 ± 368,8**

(*: T2 và T3 so với T1: p < 0,05;

** : T5 và T6 so với T4 với p < 0,0001)

Nhận xét: Số lượng dịch truyền, số lượng khối hồng cầu và huyết tương truyền trong ngày đầu tiên nhiều hơn ngày thứ 2 và thứ 3.

Bảng 3.3. Số bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch và trợ tim

Thời điểm	Ban đầu	24h	48h	72h
Noradrenalin (n/%)	29 (96,7%)	15 (30%)*	7 (23,3%)*	5 (16,7%)*
Adrenalin (n/%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Dobutamin (n/%)	2 (6,7%)	6 (20%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)

(So với thời điểm ban đầu * p < 0,05)

Nhận xét: Số bệnh nhân dùng noradrenalin tại các thời điểm 24h, 48h và 72 h đều giảm so với ban đầu có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.4. Thay đổi một số chỉ số trong quá trình điều trị

Thời điểm	Nhịp tim (Chu kỳ/phút)	HATB (mmHg)	CVP (cmH2O)
-----------	------------------------	-------------	-------------

T0	99,9 ± 23,7	86,5 ± 15,8	5,5 ± 4,1
T6	97,6 ± 22,9	87,1 ± 12,3	8,9 ± 3,0*
T12	93,7 ± 18,9	91,3 ± 11,9	9,5 ± 3,2*
T18	95,3 ± 18,2	92,9 ± 10,3	9,3 ± 3,5*
T24	89,4 ± 18,8*	95,1 ± 9,7*	9,7 ± 4,4*
T48	84,6 ± 13,8*	96,7 ± 13,6*	11,9 ± 4,9*
T72	91 ± 17,1	92,6 ± 12,7	11,0 ± 3,4*

(* so với thời điểm ban đầu có ý nghĩa thống kê với p < 0,05)

Nhận xét: Tại thời điểm 24 và 48 giờ nhịp tim giảm và huyết áp động mạch trung bình đều tăng so với ban đầu. CVP cải thiện so với ban đầu tại tất cả các thời điểm.

Bảng 3.5. Thay đổi khí máu, đông máu và tiêu cầu

Thời điểm	pH	ScvO2	Lactat (mmHg)	PT (%)	PLT (G/l)
T0	7,32 ± 0,10	74,5 ± 9,5	4,5 ± 2,7	71,3 ± 17,5	132,8 ± 60,8
T24	7,44 ± 0,06*	78,4 ± 7,3	2,3 ± 1,5*	73,3 ± 14,4	121,2 ± 48,9
T48	7,44 ± 0,06*	79,2 ± 12,0	1,8 ± 0,7*	75,0 ± 15,7	119,4 ± 45,7
T72	7,45 ± 0,05*	79,3 ± 9,7*	1,9 ± 1,1*	74,3 ± 11,9	139,3 ± 57,9

(*: có ý nghĩa thống kê với p < 0,05)

Nhận xét: pH máu và lactat cải thiện tại tất cả các thời điểm so với ban đầu. ScvO2 tăng có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 72h.

Bảng 3.6. Thời gian dùng noradrenalin, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong

	X ± SD	Min – Max
Thời gian dùng noradrenalin (ngày)	2,8 ± 2,1	0 – 9
Thời gian thở máy (ngày)	9,5 ± 6,4	2 – 32
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	14,2 ± 7,8	3 – 37
Thời gian nằm viện (ngày)	25,0 ± 18,4	3 – 79
Tỷ lệ tử vong (n/ %)	4 (13,3%)	

Nhận xét: Thời gian dùng noradrenalin là 2,8 ± 2,1 ngày, thời gian thở máy là 9,5 ± 6,4 ngày, thời gian nằm hồi sức 14,2 ± 7,8, thời gian nằm viện là 25,0 ± 18,4 ngày. Tỷ lệ tử vong là 13,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm 73,3%. Tuổi trung bình là 43,1 ± 20,4

tuổi, tuổi thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 90 tuổi. Điểm ISS trung bình là $31,0 \pm 6,7$ điểm. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 80%. Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Đào Thị Kim Dung, tác giả nghiên cứu trên những đối tượng bệnh nhân chết não chờ hiến tạng vì vậy bệnh nhân trẻ hơn chúng tôi [1]. Nghiên cứu trên những bệnh nhân chấn thương ngực nặng và ARDS, 126 bệnh nhân sử dụng PiCCO có tuổi trung bình là $38,5 \pm 7,6$ tuổi, nam giới chiếm 75,4%, điểm ISS trung bình là 14 và 90% bệnh nhân có sốc [6]

4.2. Đặc điểm huyết động theo phương pháp PiCCO: Chỉ số GEDI tại thời điểm ban đầu là $547,5 \pm 163,2$. Điều đó chứng tỏ tại thời điểm ban đầu tất cả các bệnh nhân đều thiếu dịch. Tại các thời điểm tiếp theo, chỉ số GEDI đều tăng so với thời điểm ban đầu và tại thời điểm 48h và 72h chỉ số GEDI trên 700. Nghiên cứu của Đào Thị Kim Dung, chỉ số GEDI tại thời điểm chẩn đoán chết não thấp hơn chúng tôi, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm [1].

Chỉ số SVV ban đầu là $11,83 \pm 6,60$. Tại các thời điểm tiếp theo chỉ số SVV có xu hướng giảm so với ban đầu. SVV là chỉ số đánh giá đáp ứng truyền dịch, mục tiêu của SVV dưới 10%. Nghiên cứu trên những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa chỉ số SVV có xu hướng giảm sau những lần bù dịch có ý nghĩa thống kê [2]. SVV được sử dụng như một chỉ số tiên đoán đáp ứng với truyền dịch ở bệnh nhân nằm hồi sức [7].

Chỉ số SVRI ban đầu là $2103,2 \pm 720,0$. Tại thời điểm 6h chỉ số này thấp hơn 1700. Các thời điểm khác thì SVRI đều trên 1700 và giảm so với ban đầu có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Đào Thị Kim Dung trên bệnh nhân chết não chờ hiến tạng, chỉ số SVRI ban đầu là $1968 \pm 702,5$ [2].

Chỉ số CI trung bình tại thời điểm ban đầu là $3,56 \pm 0,97$. Tại các thời điểm tiếp theo chỉ số CI đều tăng có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. Nghiên cứu trên những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa, Nguyễn Tiến Triển và cộng sự cũng thấy có sự cải thiện về chỉ số CI sau bù dịch. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với Đào Thị Kim Dung, chỉ số CI trong nghiên cứu của tác giả thấp hơn chúng tôi và có thời điểm dưới $3\text{ml}/\text{phút}/\text{m}^2$ [1]. Điều này giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả là những bệnh nhân chết não có nhiều rối loạn chức năng các tạng và tiên lượng tử vong.

Chỉ số ELWI trung bình tại thời điểm ban đầu là $7,9 \pm 2,3$. Tại các thời điểm tiếp theo chỉ số này tăng nhưng đều dưới 10. Chỉ số này vai trò quan trọng trong tiên lượng phù phổi cấp. Nghiên cứu trên 01 bệnh nhân chấn thương sọ

não bị phù phổi nguyên nhân thần kinh. Tại thời điểm chẩn đoán chỉ số ELWI là $12\text{ml}/\text{kg}$ [3].

4.3. Điều chỉnh huyết động và kết quả điều trị: Chúng tôi điều chỉnh huyết động dựa vào bù dịch, bù máu và các chế phẩm của máu cùng với phẫu thuật giải quyết nguyên nhân mất máu nếu có chỉ định. Chúng tôi bù dịch, bù máu và huyết tương dựa vào các chỉ số huyết động PiCCO và các chỉ số xét nghiệm. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng dịch truyền và khối hồng cầu truyền trong 6h đầu lần lượt là $1779,3 \pm 803,9\text{ml}$ và $543,3 \pm 570,5\text{ml}$. Tại các thời điểm tiếp theo trong 24h đầu đều thấp hơn so với ban đầu. Lượng khối hồng cầu, huyết tương và dịch truyền các ngày sau đều giảm hơn so với ngày đầu tiên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mirjana Lončarić-Katušin và cộng sự báo cáo một trường hợp đa chấn thương nặng được hồi sức dịch dưới hướng dẫn PiCCO, trong 24 giờ đầu tiên bệnh nhân được truyền 25900ml dịch trong đó có 11550ml khối hồng cầu, 2850ml huyết tương, 9300ml dịch tinh thể [4].

Ngoài truyền khối hồng cầu, huyết tương, truyền dịch, chúng tôi dùng thuốc vận mạch và trợ tim theo hướng dẫn PiCCO. Chúng tôi có 29 bệnh nhân phải dùng noradrenalin tại thời điểm ban đầu. Số bệnh nhân phải dùng noradrenalin giảm dần theo thời gian có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi có 02 bệnh nhân dùng dobutamin ban đầu để tăng sức co bóp cơ tim. Tại thời điểm 24h có 6 bệnh nhân dùng dobutamin. Ngày thứ 2 và thứ 3 số bệnh nhân phải dùng dobutamin có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê. Khi bù máu, dịch, vận mạch thích hợp thì các chỉ số tần số tim, huyết áp động mạch trung bình và CVP đều cải thiện. Nhịp tim tại các thời điểm đều giảm so với ban đầu tuy nhiên chỉ có thời điểm 24h và 48h là giảm có ý nghĩa thống kê. Huyết áp động mạch trung bình tại thời điểm 24 và 48h cũng tăng có ý nghĩa so với ban đầu. CVP ban đầu là $5,5 \pm 4,1\text{cmH}_2\text{O}$. Các thời điểm tiếp theo đều tăng so với ban đầu.

Khi các chỉ số huyết động được cải thiện thì các chỉ số xét nghiệm cũng cải thiện dần. Trên khí máu, tại thời điểm ban đầu pH có xu hướng toan, tại các ngày sau khi chỉnh huyết động thỏa đáng thì pH về bình thường. Chỉ số Lactat máu ban đầu là $4,5 \pm 2,7$ và giảm có ý nghĩa các ngày sau. ScVO₂ đánh giá tiêu thụ oxy tổ chức, chỉ số này cải thiện theo thời gian và cải thiện có ý nghĩa tại thời điểm 72h. Ở những bệnh nhân sốc đa chấn thương, mất máu, cùng với truyền máu và chế phẩm máu là những nguyên nhân gây rối loạn đông máu. Chúng tôi có 03 bệnh nhân phải truyền tiểu cầu. Tiểu cầu có xu

hướng giảm tại thời điểm 24h và 48h sau đó tăng tại thời điểm 72h nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ prothrombin cũng tăng theo thời gian nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian dùng noradrenalin là $2,8 \pm 2,1$ ngày, thời gian thở máy là $9,5 \pm 6,4$ ngày, thời gian nằm hồi sức là $14,2 \pm 7,8$, thời gian nằm viện là $25,0 \pm 18,4$ ngày. Tỷ lệ tử vong là 13,3%. Chúng tôi có 04 bệnh nhân nặng xin về và tử vong sau đó. Nguyên nhân tử vong 02 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, 02 bệnh nhân biến chứng sốc nhiễm khuẩn. Ryta E. Rzhetskaya nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức trên những bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Nhóm chấn thương sọ não nặng có 13 bệnh nhân, thời gian nằm hồi sức ngắn nhất là 03 ngày, thời gian nằm hồi sức lâu nhất là 37 ngày. Có 2/13 bệnh nhân tử vong trong nhóm chấn thương sọ não nặng [5]. Zhong Yuanbo và cộng sự nghiên cứu trên những bệnh nhân chấn thương ngực nặng và ARDS, nhóm sử dụng PiCCO có thời gian thở máy và thời gian nằm hồi sức thấp hơn nhóm sử dụng CVP với $p=0,004$ [6].

V. KẾT LUẬN

Thăm dò huyết động phương pháp PiCCO là phương pháp ít xâm lấn, ít tai biến và biến chứng, có độ chính xác cao. PiCCO mang lại lợi ích trong hướng dẫn xử trí huyết động ở bệnh nhân sốc đa chấn thương giúp giảm thời gian thở máy, nằm hồi sức, nằm viện và giảm tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Kim Dung, Nguyễn Quốc Kính** (2015). "Kiểm soát huyết động cho bệnh nhân chết não hiến tạng bằng phương pháp pha loãng nhiệt qua phổi (PiCCO)". Tạp chí Y dược học lâm sàng 108, tập 10, số 3/2015, tr 26-30.
2. **Nguyễn Tiên Triển, Trịnh Văn Đông, Nguyễn Mạnh Dũng** (2020) "Nghiên cứu sự thay đổi của một số chỉ số huyết động sau truyền dịch đo bằng phương pháp PiCCO trong điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa" Tạp chí Y dược học lâm sàng 108, số 1/2020, tr.
3. **Lin. X, Xu. Z, Wang. P, et al** (2016). "Role of PiCCO monitoring for the intergrated management of neurogenic pulmonary edema flowing traumatic brain injury: a case report and literature review". *Experimental and Therapeutic Medicine*; 12: pg. 2341-2347.
4. **Mirjana. L. K, Matija. B, Josip. Z, et al** (2010). "Resuscitation of a polytraumatized patient with large volume crystalloid-colloid infusios-correlation between global and regional hemodynamics: Case report. *Acta Clin Croat*; 49:335-341.
5. **Rzhetskaya. R.E** (2012). "Characteristics of Hemodynamic Disorders in Patients with Severe Traumatic Brain Injury". *Critical Care Research and Practice*.
6. **Yuanbo. Z, Jin. W, Fei. S et al** (2016) "ICU management based on PiCCO parameters reduces duration of mechanical ventilation and ICU length of stay in patients with severe thoracic trauma and acute respiratory distress syndrome". *Ann Intensive Care*, 6: 113.
7. **Zhang. Z, Lu. B, Sheng. X et al** (2011) "Accuracy of stroke volume variation in predicting fluid responsiveness: a systematic and meta-analysis". *J Anesth*; 25: pg. 904-916.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH RUỘT VIÊM ĐẶC HIỆU TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA-GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2022-2023

Cao Thị Hoàng Yến^{1,3}, Nguyễn Công Long^{2,4},
Vũ Hải Hậu^{2,3}, Phan Văn Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh ruột viêm. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 247

bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 41,99, nam giới chiếm 56,3%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu bệnh ruột viêm là đau bụng, rối loạn phân và phân máu. Theo phân loại Montreal, Crohn chẩn đoán nhiều nhất ở lứa tuổi 17-39, thường gặp ở hồi tràng, ít gặp Crohn đường tiêu hoá trên. Viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTTCM) có vị trí tổn thương là đại tràng lan rộng chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 81% bệnh nhân có ít nhất một yếu tố tiên lượng nặng. 30.4% bệnh nhân bệnh ruột viêm phải phẫu thuật vì biến chứng bệnh, trong đó chủ yếu là Crohn. **Kết luận:** Bệnh ruột viêm gồm Crohn và VLĐTTCM với nhiều biểu hiện lâm sàng đa dạng. Bệnh nhân nhập viện có các yếu tố tiên lượng bệnh nặng, còn

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Hoàng Yến

Email: hoangyencao.151@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024