

- Countries and Territories From 2020 to 2050. JAMA Oncol. 2023 Apr 1;9(4):465–72.
5. **Jung SI.** Ultrasonography of ovarian masses using a pattern recognition approach. Ultrason Seoul Korea. 2015 Jul;34(3):173–82.
 6. **Van Calster B, Van Hoorde K, Froyman W, Kaijser J, Wynants L, Landolfo C, et al.** Practical guidance for applying the ADNEX model from the IOTA group to discriminate between different subtypes of adnexal tumors. Facts Views Vis ObGyn. 2015;7(1):32–41.
 7. **Nohuz E, De Simone L, Chêne G.** Reliability of IOTA score and ADNEX model in the screening of ovarian malignancy in postmenopausal women. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019 Feb;48(2):103–7.
 8. **Mustafin C, Vesnin S, Turnbull A, Dixon M, Goltsov A, Goryanin I.** Diagnostics of Ovarian Tumors in Postmenopausal Patients. Diagnostics. 2022 Oct 28;12(11):2619.
 9. **Trần VD, Lê TĐ.** Nhận xét tình hình phẫu thuật u buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp Chí Học Việt Nam [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 19];509(1). Available from: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1724>
 10. **Thảo NTP, Thiện ĐTH, Hưng ĐQ, Thắng NV, Nam PT, Liên ĐTQ, et al.** Ứng dụng mô hình IOTA ADNEX trong thăm dò chẩn đoán khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp Chí Phụ Sản. 2021;19(4):41–5.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA MỘT SỐ CHỈ TIÊU HUYẾT HỌC TẠI THỜI ĐIỂM CHẨN ĐOÁN SỐC NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG

Trần Đình Hùng^{1,2}, Ngô Tuấn Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò tiên lượng của một số chỉ tiêu huyết học tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân bỏng nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 35 bệnh nhân bỏng người lớn (18-65 tuổi) có biến chứng sốc nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ tháng 1/2023 đến 12/2023, không có bệnh và chấn thương kết hợp. Đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm tổn thương bỏng, xét nghiệm công thức máu tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn được thu thập. **Kết quả:** Nhóm cứu sống có diện tích bỏng sâu thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong ($p = 0,03$). Giá trị tiểu cầu và thể tích khối tiểu cầu (PCT) ở nhóm tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm cứu sống ($p < 0,05$). So với nhóm sống sót, nhóm tử vong có các chỉ số RDW/PLT, MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Giá trị tiên lượng tử vong của tỷ số RDW/PLT, MPV/PLT và PDW/PLT ở mức độ tốt. **Kết luận:** Các chỉ số tiểu cầu có giá trị tiên lượng tử vong tốt ở bệnh nhân bỏng nặng có biến chứng sốc nhiễm khuẩn. **Từ khóa:** Sốc nhiễm khuẩn, bỏng nặng, tiên lượng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE PROGNOSTIC VALUE OF SOME HEMATOLOGICAL INDICATORS AT THE TIME OF DIAGNOSIS OF SEPTIC

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng

Email: hung73vb@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

SHOCK IN SEVERE BURN PATIENTS

Objectives: Evaluation of the prognostic role of some hematological parameter at the time of diagnosis of septic shock in predicting death in severe burn patients. **Subjects and methods:** Descriptive, cross-sectional study of 35 adult burn patients (18-65 years old) with complications of septic shock treated at the ICU, National Burn Hospital from January 2023 to December 2023, no comorbidity and combined injury. Patient characteristics, burn features and blood count tests at the time of septic shock diagnosis were collected. **Results:** The survival group had a significantly lower deep burn area than the mortality group ($p = 0.03$). Platelet count and plateletcrit (PCT) in the mortality group were considerably lower than in the survival group ($p < 0.05$). Compared with the survival group, the mortality group had noticeably higher indexes of RDW/PLT, MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT ($p < 0.05$). The mortality prognostic value of RDW/PLT, MPV/PLT and PDW/PLT ratio were good. **Conclusion:** Platelet indices had good mortality prognostic value in severe burn patients with complications of septic shock. **Keywords:** Septic shock, severe burns, prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng nặng vẫn còn cao mà nguyên nhân chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn. Theo báo cáo, tỷ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn ở bệnh nhân bỏng có thể lên đến 81,5% [1]. Năm 2023, Hội Bỏng Quốc tế đạt được sự đồng thuận về định nghĩa và hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn trên bệnh nhân bỏng. Sốc nhiễm khuẩn là một phân nhóm của nhiễm khuẩn huyết trong đó các rối loạn chuyển hóa tế bào và tuần hoàn đủ

nặng để làm tăng đáng kể tỉ lệ tử vong. Tuy nhiên, để chẩn đoán, tiên lượng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn cần xem xét tổng hợp nhiều yếu tố: điểm SOFA, giá trị lactac, giảm cấp tính tiểu cầu, tổn thương thận cấp tính, giảm lượng nước tiểu..., không có yếu tố nào liên quan độc lập [2].

Công thức máu toàn phần là xét nghiệm thường quy được áp dụng rộng rãi nhất trong chẩn đoán, tiên lượng và đánh giá kết quả điều trị. Ngày càng có nhiều nghiên cứu đánh giá các thông số đơn giản của công thức máu trong tiên lượng tử vong của rất nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt ở các bệnh hiểm nghèo, chấn thương, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. Hiện có ít nghiên cứu về vấn đề này trên bệnh nhân bỏng, đặc biệt bệnh nhân bỏng có biến chứng sốc nhiễm khuẩn. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá giá trị tiên lượng của thông số công thức máu và các chỉ số của chúng đối với tử vong ở bệnh nhân bỏng nặng có biến chứng sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc Gia.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 35 bệnh nhân bỏng người lớn (18-65 tuổi) có biến chứng sốc nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ tháng 1/2023 đến 12/2023, không có bệnh và chấn thương kết hợp. Sốc nhiễm khuẩn chẩn đoán theo sepsis-3 [2].

***Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang, theo dõi dọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và tử vong

Thông số		Sống (n=9)	Tử vong (n=26)	p* OR
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SE$		38,3 $\pm$ 4,2	37,2 $\pm$ 1,8	0,78
Nam giới, n(%)		6 (66,67)	21 (80,77)	0,39
Tác nhân bỏng, n(%)	Nhiệt khô	7 (77,78)	21 (80,77)	0,76
	Nhiệt ướt	0	1 (3,85)	
	Điện	2 (22,22)	4 (15,38)	
Bong hô hấp, n(%)		4 (44,44)	15 (57,69)	0,49
Thở máy lúc vào viện, n(%)		7 (77,78)	20 (76,92)	0,96
Suy thận cấp sớm, n(%)		2 (22,22)	13 (50)	0,15
Thời điểm chẩn đoán sốc sau bỏng, ngày, trung vị (IQR)		16 11 – 19	12 9 – 19	0,21
Diện tích bỏng chung, %DTCT, $\bar{X} \pm SE$		56,3 $\pm$ 6,0	66,7 $\pm$ 2,9	0,09
Diện tích bỏng sâu, %DTCT, $\bar{X} \pm SE$		30,8 $\pm$ 6,0	45,6 $\pm$ 3,2	0,03 1,05
SOFA, điểm, $\bar{X} \pm SE$		7,7 $\pm$ 0,5	9,0 $\pm$ 0,5	0,15
APACHE II, điểm, trung vị (IQR)		21,5 19 – 22	21,5 20 – 23	0,83
Số tạng suy, tạng, $\bar{X} \pm SE$		1,3 $\pm$ 0,3	1,5 $\pm$ 0,1	0,42

* Phân tích hồi quy logistic

*Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, tác nhân bỏng, thở máy lúc vào viện, suy thận cấp sớm). Đặc điểm tổn thương bỏng (diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu (DTBS), bỏng hô hấp), thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, mức độ nặng (điểm SOFA, APACHE II, số tạng suy), xét nghiệm công thức máu được thu thập tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn. Tỉ số Neutrophil/Lymphocyte (N/L), tỉ số độ phân bố hồng cầu và tiểu cầu (RDW/PLT), tỉ số thể tích trung bình tiểu cầu và tiểu cầu (MPV/PLT), tỉ số độ phân bố tiểu cầu và tiểu cầu (PDW/PLT), tỉ số thể tích trung bình tiểu cầu và thể tích khối tiểu cầu (MPV/PCT), tỉ số độ phân bố tiểu cầu và thể tích khối tiểu cầu (PDW/PCT). Suy thận cấp sớm được xác định trong 3 ngày đầu sau bỏng và chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO.

- Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Sử dụng đường cong ROC phân tích giá trị tiên lượng của các chỉ số. Diện tích dưới đường cong (AUC) $> 0,9$: giá trị tiên lượng rất tốt; AUC = 0,8 ÷ 0,9: giá trị tiên lượng tốt; AUC = 0,7 ÷ 0,8: giá trị tiên lượng khá; AUC = 0,6 ÷ 0,7: giá trị tiên lượng trung bình; AUC $< 0,6$: vô ích. Sử dụng chỉ số Youden (Youden index = J) để xác định điểm cắt. $J = \max(Se+Sp-1)$. Với Se là độ nhạy và Sp là độ đặc hiệu, chọn Se và Sp cho J có trị số cao nhất.

Nhóm cứu sống có diện tích bông sâu thấp hơn đáng kể so với nhóm tử vong ($p = 0,03$). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi, giới, bông hô hấp, thở máy lúc vào viện, suy thận cấp sớm, thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn sau bông, diện tích bông chung, điểm SOFA, điểm APACHE II và số tạng suy lúc chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn ($p > 0,05$).

Bảng 2. Môi liên quan giữa công thức máu và tử vong

Thông số	Sống (n=9)	Tử vong (n=26)	p* OR
Bạch cầu, G/L, trung vị (IQR)	17,3 13,5-18	12,5 8,95-17,15	0,55
Neutrophil, %, trung vị (IQR)	80,8 79-86,4	84,9 75,8-87,2	0,73
Lymphocyte, %, trung vị (IQR)	7,4 4,5-8,3	5,2 3,3-8,4	0,63
Basophil, %, trung vị (IQR)	0,7 0,4-2	0,83 0,6-1,25	0,13
Hồng cầu, T/L, $\bar{X} \pm SE$	2,8 $\pm$ 0,1	3,0 $\pm$ 0,2	0,32
Huyết sắc tố, g/L, $\bar{X} \pm SE$	79,2 $\pm$ 2,2	86,0 $\pm$ 4,1	0,34
Hematocrit, %, $\bar{X} \pm SE$	23,8 $\pm$ 0,5	26,1 $\pm$ 12	0,30
RDW-CV, %, trung vị (IQR)	12,6 12,4-13,8	12,6 12,3-14,1	0,46
Tiểu cầu, G/L, $\bar{X} \pm SE$	379,7 $\pm$ 35,4	241,0 $\pm$ 26,2	0,02 0,99
MPV, fL, $\bar{X} \pm SE$	7,4 $\pm$ 0,2	8,3 $\pm$ 0,3	0,08
PDW, %, $\bar{X} \pm SE$	18,5 $\pm$ 0,2	19,4 $\pm$ 0,8	0,52
PCT, %, $\bar{X} \pm SE$	0,26 $\pm$ 0,03	0,17 $\pm$ 0,02	0,02 6×10^{-5}

* Phân tích hồi quy logistic

Giá trị tiểu cầu và PCT ở nhóm tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm cứu sống ($p < 0,05$). Trong khi đó, bạch cầu và công thức bạch cầu, hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Môi liên quan giữa các tỷ số công thức máu và tử vong

Thông số	Sống (n = 9)	Tử vong (n=26)	p* OR
Neutrophil/ Lymphocyte	9,8 9,3 – 20,3	15,5 10,5 – 15,1	0,27
RDW/PLT	0,04 0,03 – 0,05	0,07 0,04 – 0,09	0,029 4,44e+30
MPV/PLT	0,02 0,016 – 0,026	0,04 0,025 – 0,051	0,025 8,40e+45
MPV/PCT	25 22,6 – 39,5	53,1 35,8 – 68,8	0,039 1,07
PDW/PLT	0,05 0,04 – 0,06	0,09 0,06 – 0,12	0,023 1,16e+22
PDW/PCT	62,6 58,1 – 91,5	122,9 94 – 157,1	0,04 1,03

* Phân tích hồi quy logistic

So với nhóm sống sót, nhóm tử vong có các chỉ số RDW/PLT, MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt tỷ số N/L giữa hai nhóm.

Bảng 4. Giá trị tiên lượng tử vong của các chỉ số

Thông số	AUC (95%CI)	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
DTBS	0,74 (0,55 – 0,92)	51	50	88,89
RDW/PLT	0,82 (0,68 – 0,96)	0,061	61,54	100
MPV/PLT	0,82 (0,68 – 0,96)	0,037	57,69	100
PDW/PLT	0,82 (0,68 – 0,96)	0,089	61,54	100
MPV/PCT	0,79 (0,62 – 0,95)	47,74	65,38	88,89
PDW/PCT	0,79 (0,63 – 0,96)	94	76,92	77,78

Giá trị tiên lượng tử vong của diện tích bông sâu, tỷ số MPV/PCT và tỷ số PDW/PCT ở mức độ khá. Bên cạnh đó, tỷ số RDW/PLT, MPV/PLT và PDW/PLT tiên lượng tử vong ở mức độ tốt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 35 bệnh nhân bông nặng. Khi phân tích tại bảng 1, so với nhóm cứu sống, nhóm tử vong có diện tích bông sâu cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Diện tích bông sâu đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng trong chấn thương bông.

Trên bệnh nhân bông luôn có đáp ứng viêm hệ thống, tổn thương bông luôn tiếp xúc với môi trường bên ngoài và có tác động vào trong quá trình thay băng hằng ngày, luôn có phản ứng tăng bạch cầu. Do đó, thay đổi số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu không phải là chỉ số đáng tin cậy trong chẩn đoán, tiên lượng nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn trên bệnh nhân bông [2]. Kết quả tại bảng 2 và bảng 3 của chúng tôi cũng cho thấy điều đó: số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu và tỷ số N/L không có sự khác biệt giữa hai nhóm sống sót và tử vong ($p > 0,05$).

Các BN bông nặng có biến chứng SNK thường có biểu hiện thiếu máu, nguyên nhân do phá hủy hồng cầu liên tục và ức chế tủy xương giảm sản xuất hồng cầu. Bên cạnh đó, phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da, thay băng hàng ngày làm tăng nặng tình trạng thiếu máu của BN. Giới hạn huyết sắc tố để bù khối hồng cầu cho BN còn chưa có sự đồng thuận. Một phân tích hồi cứu đa trung tâm trên BN bông (21 trung tâm với 666 BN bông có diện tích bông từ 20%

DTCT) tại Hoa Kỳ thấy truyền tăng mỗi đơn vị khối hồng cầu làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn lên 1,13 lần ($p < 0,001$) [3]. Phân tích khác trên 413 BN bỏng thấy truyền khối hồng cầu có liên quan độc lập đến nhiễm khuẩn tổn thương bỏng (OR: 13,5; 95% CI: 1,7–107, $p = 0,014$), NKH (OR: 8,3; 95% CI: 4,2–16,3; $p < 0,001$), viêm phổi (OR: 4,7; 95% CI: 2,2–10,0; $p < 0,001$), huyết khối (OR: 3,0; 1,2–7,4; $p = 0,015$), nhiễm khuẩn catheter trung tâm (OR: 34,7; 95%CI: 4,6–260; $p = 0,001$) và thời gian nằm ICU, nằm viện lâu hơn (OR: 17,7; 95%CI: 12,1–23,4, $p < 0,001$ và OR: 22,0; 95%CI: 15,8–28,2, $p < 0,001$) [4]. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm năm 2017 so sánh hai nhóm chỉ định truyền máu hạn chế (khi Hb $< 7\text{g/dL}$) và nhóm chỉ định truyền máu truyền thống (khi Hb $< 10\text{g/dL}$), 18 trung tâm bỏng với 345 BN bỏng có diện tích bỏng từ 20% trở lên. Kết quả giữa hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ NKH, tỷ lệ tử vong 30 ngày hay tỷ lệ rối loạn chức năng đa tạng. Nhóm chỉ định truyền máu hạn chế giảm được một nửa số đơn vị truyền máu so với nhóm chỉ định truyền thống ($p < 0,001$) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung vị số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit tại thời điểm chẩn đoán SNK đều giảm thấp. Chúng tôi chỉ định truyền khối hồng cầu khi huyết sắc tố $< 7\text{g/dL}$.

Giảm cấp tính số lượng tiểu cầu là một trong các yếu tố dự báo nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân bỏng [2]. Xu Y. và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 38 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn thấy tiểu cầu tại thời điểm chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn và ngày thứ 7 sau chẩn đoán ở nhóm tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm cứu sống ($p < 0,05$), nguy cơ tử vong tăng thêm 3% cho mỗi một đơn vị giảm tiểu cầu [6].

Bên cạnh số lượng tiểu cầu, độ phân bố hồng cầu (RDW) cũng liên quan đến hoạt động viêm và kết quả bất lợi trong nhiều bệnh. RDW đã được thông báo là dấu hiệu tiên lượng cho tình trạng sức khỏe chung, đặc biệt ở các bệnh mạn tính và các bệnh nhân nằm ICU. Tuy nhiên, trên bệnh nhân bỏng, RDW không có sự liên quan đến kết quả điều trị [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều đó (bảng 2). Khi phân tích giá trị của nó với số lượng tiểu cầu cho kết quả rất khả quan trong tiên lượng bệnh nhân bỏng nặng. Tỷ lệ độ phân bố hồng cầu với số lượng tiểu cầu (RDW-to-PLT ratio-RPR) là tỷ lệ giữa độ phân bố hồng cầu theo % với số lượng tiểu cầu được coi là chỉ số mới phản

ánh mức độ nghiêm trọng của tình trạng viêm. Năm 2017, kết quả nghiên cứu của Qiu L. và cộng sự thấy RDW/PLT là dấu hiệu tiên lượng độc lập cho tỷ lệ tử vong trong 90 ngày ở bệnh nhân bỏng nặng (N3: AUC = 0,712 (95%CI: 0,65–0,77), điểm cắt là 0,197 với độ nhạy 47,7% và độ đặc hiệu 88,7%; N7: AUC = 0,75 (95%CI: 0,68 – 0,82), điểm cắt là 0,108 với độ nhạy là 58,9% và độ đặc hiệu 82,7%) [7]. Bhuyan G. và cộng sự (2020) phân tích trên 242 bệnh nhân bỏng cũng thấy giá trị RDW/PLT cao hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân tử vong so với nhóm sống (0,312 $\pm$ 0,124 so với 0,067 $\pm$ 0,029, $p = 0,000$) [8]. Năm 2022, Lin J.C. và cộng sự công bố PDW và PDW/PLT ngày thứ 3 và ngày thứ 7 sau bỏng là các yếu tố nguy cơ độc lập với tử vong 120 ngày sau bỏng [9]. Bên cạnh đó, thể tích trung bình tiểu cầu (MPV) hoạt động như một chất đáp ứng viêm cấp, tăng cao trong phản ứng viêm do sự hiện diện của các tiểu cầu lớn trong tuần hoàn. Còn thể tích khối tiểu cầu (PCT) bị ảnh hưởng bởi số lượng và kích thước tiểu cầu, có mối tương quan thuận với số lượng tiểu cầu. Các tỷ lệ MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn cao hơn đáng kể ở nhóm tử vong so với nhóm sống sót và là các chỉ số dự báo tỷ lệ tử vong đã được công bố ở nhiều nghiên cứu [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 4, so với nhóm cứu sống, các tỷ số RDW/PLT, MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT cao hơn đáng kể ($p < 0,05$). Tuy nhiên khi phân tích đa biến, không có tỷ số nào liên quan độc lập với tử vong. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít (35 bệnh nhân). Khi phân tích giá trị tiên lượng tử vong của các chỉ số trên, tỷ số RDW/PLT, MPV/PLT và PDW/PLT có giá trị tiên lượng tử vong ở mức độ tốt; tỷ số MPV/PCT, tỷ số PDW/PCT cùng với diện tích bỏng sâu ở mức khá.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân bỏng nặng có biến chứng sốc nhiễm khuẩn: giá trị bạch cầu và công thức bạch cầu không có giá trị tiên lượng tử vong; số lượng tiểu cầu, thể tích khối tiểu cầu thấp hơn đáng kể ở nhóm tử vong so với nhóm sống sót ($p < 0,05$). Trong khi, các chỉ số tiểu cầu (RDW/PLT, MPV/PLT, MPV/PCT, PDW/PLT, PDW/PCT) cao hơn đánh kể ở nhóm tử vong so với nhóm sống sót. Giá trị tiên lượng tử vong của diện tích bỏng sâu, tỷ số MPV/PCT và tỷ số PDW/PCT ở mức độ khá; của tỷ số RDW/PLT, MPV/PLT và PDW/PLT ở mức độ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yoon J., Kim Y., Kym D. et al. (2017) Subgroup analysis of continuous renal replacement therapy in severely burned patients. *PloS one*, 12 (11),
2. Greenhalgh D.G., Hill D.M., Burmeister D.M. et al. (2023) Surviving sepsis after burn campaign. *Burns*, 49 (7), 1487-1524.
3. Palmieri T.L., Caruso D.M., Foster K.N. et al. (2006) Effect of blood transfusion on outcome after major burn injury: a multicenter study. *Critical care medicine*, 34 (6), 1602-1607.
4. Kaserer A., Rössler J., Slankamenac K. et al. (2020) Impact of allogeneic blood transfusions on clinical outcomes in severely burned patients. *Burns*, 46 (5), 1083-1090.
5. Palmieri T.L., Holmes IV J.H., Arnoldo B. et al. (2017) Transfusion requirement in burn care evaluation (TRIBE): a multicenter randomized prospective trial of blood transfusion in major burn injury. *Annals of surgery*, 266 (4), 595-602.
6. Xu Y., Jin X., Shao X. et al. (2018) Valuable prognostic indicators for severe burn sepsis with inhalation lesion: age, platelet count, and procalcitonin. *Burns & Trauma*, 6,
7. Qiu L., Chen C., Li S.-J. et al. (2017) Prognostic values of red blood cell distribution width, platelet count, and red cell distribution width-to-platelet ratio for severe burn injury. *Scientific Reports*, 7 (1), 1-7.
8. Bhuyan G., Pathak C., Ranga S. (2020) the value of neutrophil to lymphocyte ratio, platelet count and red cell distribution width to platelet ratio as prognostic markers in burn patients. *Int J Med Lab Res*, 5 (3), 19-23.
9. Lin J.-C., Wu G.-H., Zheng J.-J. et al. (2022) Prognostic values of platelet distribution width and platelet distribution width-to-platelet ratio in severe burns. *Shock (Augusta, Ga.)*, 57 (4), 494.
10. Sayed S.Z., Mahmoud M.M., Moness H.M. et al. (2020) Admission platelet count and indices as predictors of outcome in children with severe Sepsis: a prospective hospital-based study. *BMC pediatrics*, 20 (1), 1-9.

PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG TUYỆT THEO AAST 2018 VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2017 - 2022

Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Thái Bình^{1,3}, Đỗ Trung Kiên⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chấn thương tụy (CTT) là một tổn thương hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2% trong tổng số ca chấn thương và 3% trong chấn thương bụng, chủ yếu do tai nạn giao thông. Nghiên cứu (NC) này nhằm đánh giá kết quả điều trị CTT theo phân loại Hiệp hội chấn thương Mỹ (2018). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC mô tả hồi cứu trên 73 bệnh nhân (BN) CTT được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2017 đến 2022. **Kết quả:** tuổi trung bình $34,7 \pm 15$, tỷ lệ nam/nữ là 5,6/1. Theo phân độ AAST 2018, CTT độ I-II chủ yếu được điều trị nội khoa (77,5%), trong khi độ III-V có xu hướng phẫu thuật (PT) (72,7%). Tỷ lệ tổn thương phối hợp cao (79,5%), đặc biệt là gan, lách, thận (57,5%). Điều trị nội khoa (54,8%) chủ yếu bằng giảm tiết dịch tụy (67,5%), trong khi điều trị ngoại khoa (45,2%) phổ biến nhất là cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách (36,4%). Biến chứng sau mổ chiếm 45,9%, gồm rò tụy (16,2%) và tụ dịch ổ bụng (18,9%). Thời gian nằm viện trung bình $16,9 \pm 13$ ngày. Tỷ lệ tử vong 2,74%, liên quan đến chấn

thương đa cơ quan và biến chứng hậu phẫu. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn phù hợp với CTT mức độ nhẹ, trong khi PT cần thiết với tổn thương nặng. Rò tụy và tụ dịch ổ bụng là biến chứng chính sau PT. Việc tối ưu hóa chiến lược điều trị giúp cải thiện tiên lượng và giảm biến chứng. **Từ khóa:** chấn thương tụy, điều trị bảo tồn, phẫu thuật

SUMMARY

PANCREATIC TRAUMA CLASSIFICATION ACCORDING TO AAST 2018 AND TREATMENT OUTCOMES OF PANCREATIC TRAUMA PATIENTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL (2017–2022)

Objective: Pancreatic trauma (PT) is a rare injury, accounting for approximately 0.2% of all trauma cases and 3% of abdominal trauma, primarily caused by traffic accidents. This study aims to evaluate PT treatment outcomes based on the American Association for the Surgery of Trauma (AAST) classification (2018). **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 73 PT patients treated at Viet Duc University Hospital from 2017 to 2022. **Results:** The mean age was 34.7 ± 15 years, with a male-to-female ratio of 5.6:1. According to the AAST 2018 classification, PT grades I-II were mainly managed conservatively (77.5%), while grades III-V tended to require surgical intervention (72.7%). The rate of associated injuries was high (79.5%), particularly liver, spleen, and kidney injuries (57.5%). Non-surgical treatment (54.8%) primarily involved pancreatic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025