

trong vòng 1 tháng đầu tiên sau phẫu thuật và sẽ hồi phục dần theo thời gian. Nghiên cứu của Phạm Minh Khoa (2025) trên 35 BN góc đóng cấp kèm đục thủy tinh thể có chỉ định can thiệp phẫu thuật phaco, ECD giảm từ $2720,5 \pm 275,5$ xuống $2293,2 \pm 591,4$ sau một tháng phẫu thuật ($p < 0,001$), CV (%) giảm từ $32,3 \pm 5,0$ còn $29,2 \pm 5,3$ ($p = 0,004$), tỉ lệ HEX (%) không thay đổi nhiều từ $63,6 \pm 6,2$ thành $62,6 \pm 7,2$ ($p = 0,347$), bề dày giác mạc trung tâm - CCT (μm) từ $589,3 \pm 43,5$ xuống $550,9 \pm 39,2$ ($p < 0,001$) [1].

Những dữ liệu trên cho thấy phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh thể ở BN có trục nhãn cầu ngắn không chỉ mang lại hiệu quả cải thiện thị lực, ổn định nhãn áp mà còn duy trì được tính toàn vẹn của nội mô giác mạc trong giai đoạn ngắn hạn. Tuy nhiên, việc giảm mật độ tế bào nội mô vẫn là một vấn đề cần được theo dõi lâu dài, nhất là ở nhóm BN có nền nội mô yếu hoặc nguy cơ cao. Các kết quả này có thể là tiền đề cho các nghiên cứu đối chứng hoặc can thiệp chuyên sâu hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, phẫu thuật phaco ở BN có trục nhãn cầu ngắn không chỉ cải thiện rõ thị lực và ổn định nhãn áp mà còn duy trì tương đối ổn định cấu trúc nội mô giác mạc trong ngắn hạn. Tuy vậy, sự suy giảm ECD vẫn là một yếu tố cần được quan tâm. Các kết quả này là tiền đề cho các nghiên cứu đối chứng hoặc theo dõi dài hạn nhằm đánh giá toàn diện hơn mức độ an toàn và hiệu quả của phẫu thuật ở nhóm BN đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Khoa, Nguyễn Chí Trung Thế

Truyền, Trần Minh Mẫn, Trần Kế Tổ. Khảo sát sự thay đổi tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật phaco trên bệnh nhân góc đóng cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(2):99-103.

2. Ahmad KT, Chauhan MZ, Soliman MK, et al. Impact of axial length on visual outcomes and complications in phacoemulsification surgery: a multicenter database study. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. Dec 2023;261(12): 3511-3520. doi: 10.1007/s00417-023-06120-2
3. Elhusseiny AM, Sallam AB. Cataract surgery in adult eyes with short axial length. Curr Opin Ophthalmol. Jan 1 2023;34(1): 84-93. doi:10.1097/ICU.0000000000000913
4. Jung KI, Yang JW, Lee YC, Kim SY. Cataract surgery in eyes with nanophthalmos and relative anterior microphthalmos. Am J Ophthalmol. Jun 2012;153(6): 1161-8 e1. doi:10.1016/j.ajo.2011.12.006
5. Mohammadi SF, Hashemi H, Mazouri A, et al. Outcomes of Cataract Surgery at a Referral Center. J Ophthalmic Vis Res. Jul-Sep 2015;10(3): 250-6. doi:10.4103/2008-322X.170358
6. Rothman AL, Chang TC, Lum F, Vanner EA. Intraocular Pressure Changes Following Stand-Alone Phacoemulsification: An IRIS(R) Registry Analysis. Am J Ophthalmol. Jan 2023;245:25-36. doi:10.1016/j.ajo.2022.09.006
7. Singh OS, Simmons RJ, Brockhurst RJ, Trempe CL. Nanophthalmos: a perspective on identification and therapy. Ophthalmology. Sep 1982;89(9):1006-12.
8. Yosar JC, Zagora SL, Grigg JR. Cataract Surgery in Short Eyes, Including Nanophthalmos: Visual Outcomes, Complications and Refractive Results. Clin Ophthalmol. 2021;15:4543-4551. doi:10.2147/OPHTH.S344465
9. Zheng T, Chen Z, Xu J, et al. Outcomes and Prognostic Factors of Cataract Surgery in Adult Extreme Microphthalmos With Axial Length <18 mm or Corneal Diameter <8 mm. Am J Ophthalmol. Dec 2017;184:84-96. doi:10.1016/j.ajo.2017.09.028.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐA CHẤN THƯƠNG CÓ TỔN THƯƠNG GAN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Diệp Hồng Kháng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, có phân tích thực hiện trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân đa chấn thương có tổn thương gan cho thấy đa số là nam giới (83,9%), tuổi trung bình $36,5 \pm 12,7$. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (80,6%). Tỷ lệ tử vong chung là 25,8%, chủ yếu do nguyên nhân ngoài gan (21%). Tổn thương gan độ IV-V (AAST) có tỷ lệ tử vong cao (36,8% và 80%). Nhóm tử vong có điểm ISS cao hơn ($58,2 \pm 11,1$ so với $39,5 \pm 9,8$), tần suất sốc,

lactate máu ≥ 5 mmol/L và rối loạn chức năng gan/thận nghiêm trọng hơn ($p < 0,05$). Phân tích đa biến xác định ISS ≥ 50 (OR=3,08), sốc chấn thương (OR=2,94) và lactate ≥ 5 mmol/L (OR=4,47) là các yếu tố tiên lượng độc lập. Điều trị bảo tồn cho tỷ lệ sống cao nhất (90,9%), trong khi phẫu thuật có tiên lượng xấu nhất (62,5% tử vong). **Kết luận:** Tổn thương gan nặng (độ IV–V) kèm rối loạn huyết động, tăng lactate và ISS cao làm tăng nguy cơ tử vong. Đánh giá sớm các yếu tố này giúp tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, ưu tiên bảo tồn khi có thể. **Từ khóa:** Đa chấn thương, tổn thương gan, điều trị bảo tồn

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF MULTIPLE TRAUMA WITH LIVER INJURY IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, analyze associated factors, and evaluate treatment outcomes of multiple trauma with liver injury in the Intensive Care Unit of 175 Military Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive retrospective and prospective analytical study was conducted on 62 patients diagnosed with multiple trauma and liver injury from December 2023 to December 2024. **Results:** Among 62 patients, the majority were male (83.9%) with a mean age of 36.5 ± 12.7 years. Road traffic accidents were the leading cause (80.6%). The overall mortality rate was 25.8%, mainly due to extrahepatic causes (21%). Patients with AAST grade IV–V liver injuries had higher mortality rates (36.8% and 80%, respectively). The mortality group had significantly higher ISS scores (58.2 ± 11.1 vs. 39.5 ± 9.8), higher incidence of shock, elevated blood lactate (≥ 5 mmol/L), and more severe liver and kidney dysfunction ($p < 0.05$). Multivariate analysis identified ISS ≥ 50 (OR = 3.08), traumatic shock (OR = 2.94), and lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 4.47) as independent prognostic factors. Non-operative management resulted in the highest survival rate (90.9%), whereas surgical treatment was associated with the highest mortality (62.5%). **Conclusion:** High-grade liver injuries (AAST grade IV–V) accompanied by hemodynamic instability, elevated lactate, and high ISS significantly increase the risk of mortality. Early identification of these factors allows for better prognostic assessment and supports the selection of appropriate treatment strategies, prioritizing non-operative management when feasible. **Keywords:** Multiple trauma, liver injury, non-operative management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gan là một trong những dạng chấn thương nội tạng thường gặp và nghiêm trọng nhất trong đa chấn thương bụng, đóng vai trò quan trọng trong tỷ lệ tử vong và biến chứng của bệnh nhân chấn thương nặng. Theo các thống kê gần đây, tổn thương gan chiếm tỷ lệ

đáng kể trong các ca chấn thương bụng kín, đặc biệt trong tai nạn giao thông, ngã cao và va đập trực tiếp vùng bụng [1], [2]. Trong những năm gần đây, xu hướng xử trí tổn thương gan đã có sự thay đổi rõ rệt, với việc ưu tiên điều trị bảo tồn và can thiệp tối thiểu ở những bệnh nhân ổn định huyết động, thay vì can thiệp phẫu thuật sớm như trước đây. Xu hướng này được phát triển bởi sự tiến bộ trong kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CT), giúp đánh giá chính xác mức độ tổn thương gan và từ đó đưa ra quyết định điều trị hợp lý [3]. Các phương pháp hồi sức kiểm soát tổn thương hiện đại nhấn mạnh chiến lược điều trị cá thể hóa cho các tổn thương gan nặng, tập trung vào hồi sức cầm máu hiệu quả và hạn chế tổn thương thứ phát lên các cơ quan khác [4]. Việc nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố liên quan đến tiên lượng và lựa chọn phương pháp xử trí tối ưu sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175"* nhằm mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích một số yếu tố liên quan và (2) đánh giá kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi
- BN được chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và phân loại mức độ tổn thương gan trên CLVT theo Hiệp hội Phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ 2018
- BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN < 16 tuổi
- BN có các bệnh lý nặng, tiên lượng tử vong như ung thư giai đoạn cuối, xơ gan Child C...
- Các trường hợp có gan bệnh lý đã xác định trước đó hoặc xác định trong khi nằm viện, tổn thương do can thiệp phẫu thuật.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, không có nhóm đối

chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. Nghiên cứu đã khảo sát được 62 BN.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Phương pháp thu thập số liệu

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương (tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt);

- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian nằm hồi sức và nằm viện; Các chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp trung bình; Điểm tổn thương ISS (Injury Severity Score);

- Đặc điểm tổn thương gan: Phân độ theo AAST;

- Các chỉ số cận lâm sàng: men gan (AST, ALT), bilirubin, lactate máu; ure, creatinin; hồng cầu, hemoglobin, tiểu cầu;

- Phương pháp điều trị và kết quả: Điều trị bảo tồn, can thiệp mạch, phẫu thuật; Tỷ lệ tử vong.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được nhập và lưu trữ vào phần mềm Microsoft Excel 365. Thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS 22.0. Kiểm định sự khác biệt với các biến định tính Fisher's Exact test hoặc Chi-Square tests, McNemar test. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=62)

Các yếu tố		Kết quả
Tuổi (X±SD) (năm)		36,5 ± 12,7
Giới (nam, %)		52 (83,9%)
Nguyên nhân (số lượng, %)	Tai nạn giao thông	50 (80,6%)
	Tai nạn lao động	8 (12,9%)
	Tai nạn sinh hoạt	4 (6,5%)
Tỷ lệ tử vong (%)	Nguyên nhân tại gan	3 (4,8%)
	Nguyên nhân ngoài gan	13 (21,0%)
Thời gian nằm hồi sức (ngày)		7,4 ± 3,9
Thời gian nằm viện (ngày)		17,2 ± 11,8
Điểm tổn thương ISS (X±SD)		43,6 ± 12,1

Nhận xét: Trong tổng số 62 bệnh nhân đa chấn thương được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 36,5 ± 12,7 tuổi, phần lớn là nam giới (83,9%). Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây chấn thương (80,6%), tiếp đến tai nạn lao động (12,9%) và tai nạn sinh hoạt (6,5%). Tỷ lệ tử vong do

nguyên nhân tại gan là 4,8%, trong khi tử vong do nguyên nhân ngoài gan chiếm 21,0%. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 7,4 ± 3,9 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 17,2 ± 11,8 ngày. Điểm tổn thương ISS trung bình là 43,6 ± 12,1.

Bảng 2. Phân độ tổn thương gan theo AAST và tỷ lệ tử vong tương ứng (n = 62)

Phân độ tổn thương gan (AAST)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số ca tử vong (n)	Tỷ lệ tử vong (%)
Độ I	6	9,7%	0	0%
Độ II	11	17,7%	2	18,2%
Độ III	21	33,9%	4	19,0%
Độ IV	19	30,6%	7	36,8%
Độ V	5	8,1%	4	80,0%
Tổng cộng	62	100%	16	25,8%

Nhận xét: Tổn thương gan độ III và IV gặp nhiều nhất, chiếm lần lượt 33,9% và 30,6%. Các mức độ I, II và V chiếm tỷ lệ thấp hơn, dao động từ 8,1% đến 17,7%. Tử vong ghi nhận ở 16 bệnh nhân, chiếm 25,8%, phân bố chủ yếu ở độ IV và V với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 80%. Không có trường hợp độ I nào tử vong.

Bảng 3. Một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân theo kết cục điều trị (n=62)

Dấu hiệu cận lâm sàng	Nhóm sống (n=46)	Nhóm tử vong (n=16)	p
Mạch (lần/phút)	108,6±14,2	119,3±16,9	<0,05
Huyết áp trung bình (mmHg)	125,4±12,5	87,2±14,3	<0,05
Điểm ISS	39,5±9,8	58,2±11,1	<0,05
Hồng cầu (T/L)	3,6±0,7	3,3±0,8	>0,05
Hemoglobin (g/L)	111,7±23,3	101,4±27,2	>0,05
Tiểu cầu (G/L)	182,2±76,5	139,6±58,9	<0,05
Ure (mmol/L)	5,8±2,4	10,9±5,6	<0,05
Creatinin (μmol/L)	98,4±24,1	168,3±36,8	<0,05
AST (GOT)(U/L)	705,2±489,3	1287,6±734,9	<0,05
ALT (GPT)(U/L)	583,4±417,2	965,2±602,3	<0,05
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	23,6±12,1	98,7±110,6	<0,05
Bilirubin trực tiếp (μmol/L)	8,2±4,3	69,4±51,8	<0,05
Lactate máu (mmol/L)	3,1±2,1	6,7±3,4	<0,05

Nhận xét: Nhóm tử vong có mạch nhanh hơn (119,3 ± 16,9 lần/phút so với 108,6 ± 14,2), huyết áp trung bình thấp hơn (87,2 ± 14,3 mmHg so với 125,4 ± 12,5 mmHg) và điểm ISS cao hơn rõ rệt (58,2 ± 11,1 so với 39,5 ±

9,8) so với nhóm sống ($p < 0,05$). Các chỉ số sinh hóa gồm ure, creatinin, men gan (AST, ALT), bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp và lactate máu đều tăng cao hơn ở nhóm tử vong, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, các chỉ số hồng cầu và hemoglobin không khác biệt rõ giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy các yếu tố tiên lượng tử vong ($n=62$)

Chỉ số	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR	p	OR	p
Điểm ISS ≥ 50	4,72	<0,01	3,08	<0,05
Sốc chấn thương	5,31	<0,01	2,94	<0,05
Lactate ≥ 5 mmol/L	6,58	<0,001	4,47	<0,01
Creatinin $\geq 150\mu\text{mol/L}$	3,81	<0,01	1,89	>0,05
Tiểu cầu < 150 G/L	2,96	<0,05	1,63	>0,05
AST (GOT) ≥ 1000 U/L	3,44	<0,05	1,85	>0,05
Tổn thương gan độ IV-V	7,26	<0,001	5,12	<0,01

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa với tử vong gồm: điểm ISS ≥ 50 (OR = 4,72; $p < 0,01$), sốc chấn thương (OR = 5,31; $p < 0,01$), lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 6,58; $p < 0,001$), creatinin ≥ 150 $\mu\text{mol/L}$ (OR = 3,81; $p < 0,01$), tiểu cầu < 150 G/L, AST ≥ 1000 U/L và tổn thương gan độ IV-V ($p < 0,05$). Trong phân tích đa biến, ba yếu tố giữ ý nghĩa tiên lượng là ISS ≥ 50 (OR = 3,08; $p < 0,05$), sốc chấn thương (OR = 2,94; $p < 0,05$) và lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 4,47; $p < 0,01$).

Bảng 4. Các phương pháp điều trị và kết quả ($n=62$)

Kết quả	Điều trị bảo tồn ($n=44$)	Can thiệp mạch ($n=10$)	Phẫu thuật ($n=8$)	Tổng cộng ($n=62$)
Sống	40 (90,9%)	7 (70,0%)	3 (37,5%)	50 (80,6%)
Tử vong	4 (9,1%)	3 (30,0%)	5 (62,5%)	16 (25,8%)

Nhận xét: Trong tổng số 62 bệnh nhân, nhóm điều trị bảo tồn chiếm nhiều nhất với 44 trường hợp, tỷ lệ sống đạt 90,9%. Nhóm can thiệp mạch có 10 bệnh nhân, trong đó 70% sống. Nhóm phẫu thuật gồm 8 bệnh nhân, tỷ lệ tử vong cao nhất với 62,5%. Tổng số ca tử vong là 16, chiếm 25,8% toàn bộ mẫu nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 62 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là 36,5 và nam giới chiếm ưu thế (83,9%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây chấn thương (80,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mirzaei và cộng sự, cho thấy tai nạn giao thông chiếm tỷ

lệ lớn trong các ca chấn thương ở nhóm người trẻ tuổi từ 19–30, phản ánh xu hướng dịch tễ học đặc trưng ảnh hưởng đến mức độ và tỷ lệ mắc chấn thương [5]. Các xu hướng tương tự về nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ của chấn thương cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Yildirak, trong đó nhấn mạnh mối liên quan giữa tai nạn giao thông và tỷ lệ tử vong tăng cao [6].

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,8%, chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương gan độ IV và V. Cụ thể, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tổn thương gan độ IV và V trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 36,8% và 80%, kết quả này tương tự với phát hiện của Gray và cộng sự, tỷ lệ tử vong cao ở các trường hợp tổn thương gan nặng được ghi nhận, đặc biệt do hậu quả của tình trạng xuất huyết không kiểm soát [7]. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các tài liệu công bố cho thấy mức độ tổn thương gan cao làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong [8]. Phân tích so sánh giữa hai nhóm cho thấy bệnh nhân tử vong có chỉ số sinh hóa xấu hơn rõ rệt, thể hiện qua nồng độ lactate máu và men gan (AST, ALT) tăng cao. Tuy nhiên, sự khác biệt về nồng độ hemoglobin và số lượng hồng cầu giữa hai nhóm lại không có ý nghĩa thống kê, có thể do có sự không đồng nhất giữa mức độ tổn thương và các chỉ số huyết học trong các nghiên cứu khác nhau. Lactate máu tăng cao đã được ghi nhận là yếu tố liên quan chặt chẽ với tiên lượng xấu, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tài liệu trước đó [8], [9].

Ngoài ra, điểm số tổn thương (ISS) trung bình ở nhóm tử vong cao hơn rõ rệt so với nhóm sống (58,2 so với 39,5), phù hợp với tính chất của tổn thương, qua đó khẳng định vai trò dự báo tử vong của chỉ số này. Phân tích hồi quy cho thấy ISS ≥ 50 có OR là 3,08 trong tiên lượng nguy cơ tử vong, phù hợp với các nghiên cứu trước đó như của Yildirak (2024) [6]. Kết quả này cũng tương đồng với các can thiệp lâm sàng được ghi nhận bởi Bala và cộng sự, trong đó ISS là chỉ số có giá trị tiên lượng cao trong đánh giá kết cục điều trị bệnh nhân chấn thương [10].

Kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các phương pháp, trong đó điều trị bảo tồn mang lại tỷ lệ sống cao nhất (90,9%), ngược lại phẫu thuật có tỷ lệ sống chỉ 37,5%. Sự chênh lệch này cho thấy vẫn còn tranh luận trong việc lựa chọn chiến lược xử trí tổn thương gan do chấn thương. Một số nghiên cứu ủng hộ xu hướng điều trị bảo tồn với tỷ lệ thành công cao, và kết quả của chúng tôi tiếp tục khẳng định sự cần thiết của đánh giá toàn diện trước khi chỉ định

can thiệp phẫu thuật, đặc biệt ở những tổn thương gan nặng [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 62 ca đa chấn thương có tổn thương gan cho thấy bệnh nhân chủ yếu là nam thanh niên, nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông. Các yếu tố tiên lượng tử vong bao gồm tổn thương gan độ IV-V (AAST), sốc, lactate ≥ 5 mmol/L và ISS cao. Chỉ số sinh hóa (men gan, bilirubin, ure, creatinin) có giá trị tiên lượng quan trọng. Điều trị bảo tồn mang lại tỷ lệ sống cao, trong khi phẫu thuật có tiên lượng xấu hơn. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá đa yếu tố trong xử trí tổn thương gan do đa chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alanezi T., Altoijry A., Alanazi A., et al.** (2024). Management and Outcomes of Traumatic Liver Injury: A Retrospective Analysis from a Tertiary Care Center Experience. *Healthcare*, 12(2), 131.
2. **Gaski I.A., Skattum J., Brooks A., et al.** (2018). Decreased mortality, laparotomy, and embolization rates for liver injuries during a 13-year period in a major Scandinavian trauma center. *Trauma Surg Acute Care Open*, 3(1).
3. **Soares A.C., Nunes Vieira A., Bagnari I., et al.** (2024). Herniated Gallbladder Following a Bull Run: A Case Report. *Cureus*. 16(11): e74354. DOI 10.7759/cureus.74354
4. **Brooks A., Joyce D., La Valle A., et al.** (2023). Improvements over time for patients following liver trauma: A 17-year observational study. *Front Surg*, 10.
5. **Mirzaei R., Baluchi S., Nourmohammadi M., Taban E., Rezvani Z.** (2022). Investigation of traffic accidents referred to a hospital and forensic medicine organization in Nikshahr during the years 2014-2018. *Jorah*, 14(3), 156-162.
6. **Yildirak M.K.** (2024). Is it possible to predict mortality in patients with highgrade blunt liver injury? A single trauma center study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 276-284.
7. **Gray S., Shiekh F., and Shiber J.** (2016). Complex hepatic injury involving a liver transplant recipient: A case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 28, 282-284.
8. **Yadav S.K., Kumar S., Misra M.C., et al.** (2016). Retrospective Evaluation of Magnitude, Severity and Outcome of Traumatic Hepatobiliary Injury at a Level-I Trauma Center in India. *Indian J Surg*, 78(4), 281-287.
9. **Hommel M., Navsaria P.H., Schipper I.B., et al.** (2015). Management of blunt liver trauma in 134 severely injured patients. *Injury*, 46(5), 837-842.
10. **Bala M., Gazalla S.A., Faroja M., et al.** (2012). Complications of high grade liver injuries: management and outcome with focus on bile leaks. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20(1), 20.

BIẾN CHỨNG CỦA MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG: ĐÁNH GIÁ TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT

Vũ Văn Du¹, Lê Thị Ngọc Hương¹, Nguyễn Thị Hằng²,
Trần Anh Tuấn³, Đặng Văn Sinh², Nghiêm Thị Phương Dung²,
Nguyễn Phương Tú², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1128 sản phụ mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng mẹ trong mổ là 2,13%, bao gồm chảy máu (1,68%), tổn thương bàng quang (0,36%) và ruột (0,09%). Sau mổ, tỷ lệ biến chứng là 1,17%, chủ yếu là tụ máu vết mổ (0,36%), nhiễm trùng vết mổ

(0,27%), và chảy máu vết mổ (0,6%). Tỷ lệ biến chứng ở trẻ sơ sinh chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp (7,89%), với 02 trường hợp gãy xương cánh tay (0,18%). Nhóm tuổi thai dưới 2500g có tỷ lệ suy hô hấp cao gấp 8,86 lần so với nhóm thai ≥ 2500 g (OR=8,86; KTC 95%: 5,50 – 14,25). **Kết luận:** Mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tỷ lệ biến chứng đáng kể, đặc biệt là đối với mẹ và trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g. Việc cải thiện các chỉ định và chăm sóc sau mổ có thể giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc mẹ và trẻ. **Từ khóa:** Mổ lấy thai chủ động, biến chứng, sản phụ, trẻ sơ sinh, suy hô hấp.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF ELECTED CAESAREAN DELIVERY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: INTRA-OPERATIVE AND POST-OPERATIVE ASSESSMENT

Objectives: To determine the rate of

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025