

azithromycin là 86,4%, clarithromycin là 79,1%. Tuy nhiên chủng H.influenzae tiết β -lactamase, tỷ lệ nhạy chỉ còn 29,2% với azithromycin, 24,5% với clarithromycin. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tình trạng kháng kháng sinh cao có liên quan đến việc sử dụng kháng sinh tràn lan, quá mức ở ngoài cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 41,1% trường hợp dùng kháng sinh trước nhập viện.

V. KẾT LUẬN

Ở nghiên cứu của chúng tôi, viêm phổi do H.influenzae gặp tỷ lệ cao ở trẻ trên 12 tháng tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,75/1. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho, sốt, ran ở phổi. Biến chứng hay gặp là suy hô hấp nhưng phần lớn là mức độ nhẹ. Hình ảnh Xquang của tình trạng viêm phổi do H.influenzae hay gặp là nốt mờ lan tỏa 2 bên. H.influenzae tiết β -lactamase có tỷ lệ kháng với amoxicillin, ampicillin, azithromycin, clarithromycin cao hơn chủng H.influenzae không tiết β -lactamase. Cả 2 chủng còn nhạy cảm cao với kháng sinh tiêm cefotaxime (100%), ceftriaxone (100%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Ngọc.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa hô hấp Bệnh viện nhi Thanh Hóa. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa. 2020;1:65-72.
2. **Kiều Thị Kim Hương, Phạm Thị Minh Hồng.** Đặc điểm lâm sàng, vi sinh và điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2016-2017. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2018;22(1): 229-235.
3. **Đoàn Thị Thanh Mai, Ngô Anh Vinh.** Căn nguyên vi khuẩn và một số yếu tố liên quan gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện nhi Trung ương bằng kỹ thuật realtime PCR đa mồi. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;532(1). doi:10.51298/vmj.v532i1.7316
4. **Trương Thị Việt Nga, Lê Thị Hồng Hạnh, Phạm Thu Nga.** Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn Haemophilus influenzae và kết quả điều trị viêm phổi do Haemophilus influenzae ở trẻ em tại bệnh viện nhi Trung ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;517(2). doi:10.51298/vmj.v517i2.3295
5. **Wang HJ, Hua CZ, Yu H.** Antibiotic Resistance Profiles of Haemophilus influenzae Isolates from Children in 2016: A Multicenter Study in China. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2019;2019(1): 6456321. doi:10.1155/2019/6456321
6. **Su PY, Cheng WH, Ho CH.** Molecular characterization of multidrug-resistant non-typeable Haemophilus influenzae with high-level resistance to cefuroxime, levofloxacin, and trimethoprim-sulfamethoxazole. BMC Microbiol. 2023;23(1):178.doi:10.1186/s12866-023-02926-6
7. **Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses.** 2nd ed. World Health Organization; 2013. Accessed November 25, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154447/>
8. **Phạm Văn Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do vi khuẩn Haemophilus influenzae ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đề tài luận văn thạc sỹ. Đại học y Hà Nội; 2017.
9. **Lê Thanh Duyên.** Đặc điểm lâm sàng, tính nhạy cảm kháng sinh và phân bố typ huyết thanh của Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae trong viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Hải Dương. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
10. **Kiedrowska M, Kuch A, Żabicka D.** β -Lactam resistance among Haemophilus influenzae isolates in Poland. J Glob Antimicrob Resist. 2017;11:161-166. doi:10.1016/j.jgar.2017.08.005

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CÁC DÒNG TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Quốc Tuấn¹, Lê Thị Thu Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn các dòng tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt

ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan điều trị tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 03/2023 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy rối loạn huyết học rất phổ biến, trong đó 81,9% bị thiếu máu (Hb trung bình $10,1 \pm 1,8$ g/dL) và 88,9% bị giảm tiểu cầu, với 37,5% giảm nặng ($<50.000/mm^3$). Các chỉ số Hemoglobin, Hematocrit, tiểu cầu và bạch cầu giảm dần theo mức độ nặng của xơ gan (Child-Pugh A $\rightarrow$ C), có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Bệnh nhân xơ gan do rượu có các chỉ số huyết học thấp hơn rõ rệt so với nhóm do virus. **Kết luận:** Việc theo dõi các chỉ số huyết học giúp đánh giá mức độ nặng và biến chứng

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Tỉnh Phú Thọ

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

của xơ gan, hỗ trợ hiệu quả trong điều trị và quản lý bệnh. **Từ khóa:** Chỉ số huyết học, xơ gan, hồng cầu, tiểu cầu, bạch cầu

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL BLOOD CELL LINE DISORDERS IN CIRRHOTIC PATIENTS TREATED AT THE DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of peripheral blood cell line disorders in cirrhotic patients treated at the Department of Gastroenterology, Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 72 patients diagnosed with liver cirrhosis at Department of Gastroenterology in Thai Nguyen Nation Hospital from March 2023 to May 2025. **Results:** The study showed that hematological disorders were very common among the 72 cirrhotic patients. Anemia was present in 81.9% of cases (mean hemoglobin: 10.1 ± 1.8 g/dL), and thrombocytopenia was found in 88.9%, including 37.5% with severe thrombocytopenia ($<50,000/\text{mm}^3$). Hemoglobin, hematocrit, platelet count, and white blood cell count decreased progressively with increasing severity of cirrhosis (Child-Pugh A to C), with statistically significant differences ($p < 0.01$). Patients with alcohol-related cirrhosis had significantly lower hematological indices compared to those with viral etiologies. **Conclusion:** Monitoring hematological indices is important for assessing the severity and complications of cirrhosis, thereby supporting effective treatment and disease management. **Keywords:** Hematological indices, cirrhosis, red blood cells, platelets, white blood cells.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối của nhiều bệnh lý gan mạn tính, đặc trưng bởi sự thay thế nhu mô gan bằng mô xơ, dẫn đến suy giảm chức năng gan nghiêm trọng. Đây là một vấn đề y tế quan trọng với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Theo nghiên cứu của Trần Văn Hòa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, xơ gan chiếm tỷ lệ đáng kể trong các bệnh lý nội khoa, với nam giới mắc nhiều hơn nữ giới [1].

Một trong những biến chứng huyết học thường gặp ở bệnh nhân xơ gan là giảm tiểu cầu. Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, có 68% bệnh nhân xơ gan bị giảm số lượng tiểu cầu, và khoảng 80% bệnh nhân có bất thường về thời gian prothrombin (PT), tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế (INR) và PT% [2]. Tình trạng giảm tiểu cầu này có thể dẫn đến nguy cơ chảy máu cao, đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa.

Trên thế giới, nghiên cứu của Giannini và cộng sự cho thấy giảm tiểu cầu có độ nhạy 76,2% và độ đặc hiệu 87,8% trong chẩn đoán xơ gan qua siêu âm [3]. Ngoài ra, theo nghiên

cứu của Lisman và Leebeek, bệnh nhân xơ gan có sự mất cân bằng giữa các yếu tố đông máu và chống đông, dẫn đến nguy cơ chảy máu và huyết khối tăng cao [4].

Những rối loạn huyết học này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân xơ gan. Do đó, việc nghiên cứu và đánh giá các chỉ số huyết học ở bệnh nhân xơ gan là cần thiết để phát hiện sớm và quản lý hiệu quả các biến chứng liên quan.

Việc đánh giá các chỉ số huyết học ở bệnh nhân xơ gan có ý nghĩa trong việc chẩn đoán, phân tầng mức độ nặng, theo dõi điều trị và phòng ngừa biến chứng. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nghiên cứu về đặc điểm một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân xơ gan còn chưa nhiều. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm rối loạn các dòng tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 72 Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 03/2023 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định xơ gan theo tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng và/hoặc hình ảnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý huyết học ác tính, suy tuỷ, hoặc đang điều trị ảnh hưởng đến huyết học (như hoá trị).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 72 bệnh nhân được chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

Thu thập số liệu: các chỉ số huyết học bao gồm: Hemoglobin (Hb), số lượng bạch cầu (WBC), số lượng tiểu cầu (PLT), hematocrit (Hct), chỉ số MCV, MCH, MCHC được ghi nhận từ xét nghiệm công thức máu ngoại vi.

Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=72)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ%
Giới		
Nam	59	81,9
Nữ	13	18,1
Tuổi trung bình	$56,3 \pm 10,7$	

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình trên 56 tuổi, nam giới chiếm đa số, phù hợp với

đặc điểm dịch tễ của bệnh xơ gan.

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân xơ gan ở đối tượng nghiên cứu (n=72)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Do rượu	33	45,8
Viêm gan B	28	38,9
Viêm gan C	6	8,3
Không rõ nguyên nhân	5	7,0

Nguyên nhân phổ biến nhất gây xơ gan là do rượu và viêm gan B, chiếm gần 85% tổng số trường hợp.

Bảng 3. Tình trạng thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu (n=72)

Tình trạng thiếu máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	59	81,9
Không	13	18,1
Hemoglobin (g/dL)	10,1 ± 1,8	

Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan rất cao, lên tới hơn 80%, cho thấy đây là biến chứng huyết học thường gặp và cần được theo dõi sát.

Bảng 4. Tình trạng tiểu cầu ở đối tượng nghiên cứu (n=72)

Tình trạng tiểu cầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường ($\geq 150.000/\text{mm}^3$)	8	11,1
Giảm vừa ($50.000 < 150.000/\text{mm}^3$)	37	51,4
Giảm nặng ($< 50.000/\text{mm}^3$)	27	37,5

Hầu hết bệnh nhân bị giảm tiểu cầu, trong đó gần 40% có giảm nặng, làm tăng nguy cơ xuất huyết, đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa.

Bảng 5. Tình trạng bạch cầu ở đối tượng nghiên cứu (n=72)

Tình trạng bạch cầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
WBC < 4 G/L	25	34,7
WBC ≥ 4 G/L	47	65,3
Bạch cầu trung bình (G/L)	4,3 ± 1,5	

Bảng 8. Mối liên quan giữa các chỉ số huyết học và mức độ nặng của xơ gan (n=72)

Chỉ số huyết học	Child-Pugh A (n=18)	Child-Pugh B (n=27)	Child-Pugh C (n=27)	p
Hemoglobin (g/dL)	11,2 ± 1,6	10,3 ± 1,4	9,2 ± 1,5	<0,01
Hematocrit (%)	32,1 ± 3,5	30,5 ± 3,7	28,2 ± 4,3	<0,01
Tiểu cầu (PLT/mm ³)	112.000 ± 28.500	91.000 ± 31.700	72.000 ± 30.400	<0,01
WBC (G/L)	5,0 ± 1,2	4,3 ± 1,3	3,8 ± 1,6	<0,05
MCV (fL)	88,5 ± 7,9	87,8 ± 8,2	86,6 ± 8,5	>0,05
MCH (pg)	27,6 ± 2,1	27,2 ± 2,2	26,8 ± 2,6	>0,05
MCHC (g/dL)	31,5 ± 1,4	31,3 ± 1,5	31,0 ± 1,7	>0,05

Các chỉ số Hemoglobin, Hematocrit, Tiểu cầu và Bạch cầu giảm dần theo mức độ nặng của xơ gan từ Child A đến C, cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa tình trạng suy giảm chức năng gan và rối loạn huyết học.

Bảng 9. Mối liên quan giữa các chỉ số huyết học và nguyên nhân xơ gan (n=67)

Chỉ số huyết học	Do rượu (n=33)	Viêm gan B (n=28)	Viêm gan C (n=6)	p
Hemoglobin (g/dL)	9,5 ± 1,6	10,9 ± 1,7	10,7 ± 1,4	<0,01

Khoảng 1/3 bệnh nhân có tình trạng giảm bạch cầu, có thể liên quan đến cường lách hoặc suy tủy trong bối cảnh xơ gan.

Bảng 6. Một số chỉ số huyết học khác ở đối tượng nghiên cứu (n=72)

Chỉ số	Giá trị trung bình ± SD
Hematocrit (%)	30,1 ± 4,2
MCV (fL)	87,6 ± 8,1
MCH (pg)	27,2 ± 2,4
MCHC (g/dL)	31,3 ± 1,6

Các chỉ số MCV, MCH, MCHC phần lớn nằm trong giới hạn bình thường, cho thấy không có đặc điểm thiếu máu vi thể hay đại thể rõ rệt.

Bảng 7. Mối liên quan giữa các chỉ số huyết học và mức độ tiểu cầu (n=72)

Chỉ số huyết học	Nhóm PLT $\geq 50.000/\text{mm}^3$ (n=45)	Nhóm PLT $< 50.000/\text{mm}^3$ (n=27)	p
Hemoglobi n (g/dL)	10,6 ± 1,7	9,2 ± 1,6	< 0,01
Hematocrit (%)	31,2 ± 3,9	28,4 ± 4,3	< 0,01
WBC (G/L)	4,6 ± 1,4	3,8 ± 1,5	< 0,05
MCV (fL)	88,3 ± 7,9	86,4 ± 8,5	> 0,05
MCH (pg)	27,5 ± 2,3	26,8 ± 2,5	> 0,05
MCHC (g/dL)	31,4 ± 1,5	31,1 ± 1,7	> 0,05

Bệnh nhân có giảm tiểu cầu nặng (PLT < 50.000/mm³) có Hemoglobin, Hematocrit và WBC thấp hơn rõ rệt so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt đáng kể về MCV, MCH, MCHC giữa hai nhóm loại trừ các nguyên nhân thiếu máu đặc trưng như thiếu sắt hay thiếu vitamin B12.

Các chỉ số MCV, MCH, MCHC không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm phù hợp với nhận xét trước đó là thiếu máu không thuộc dạng đặc trưng.

Hematocrit (%)	28,9 ± 4,0	31,4 ± 3,9	30,6 ± 3,7	<0,05
Tiểu cầu (PLT/mm ³)	78.000 ± 29.000	98.000 ± 33.500	93.000 ± 31.600	<0,05
WBC (G/L)	3,9 ± 1,5	4,5 ± 1,3	4,1 ± 1,1	>0,05
MCV (fL)	91,2 ± 8,3	85,6 ± 7,6	86,8 ± 7,9	<0,05
MCH (pg)	28,1 ± 2,2	26,6 ± 2,1	27,1 ± 2,0	<0,05
MCHC (g/dL)	30,9 ± 1,5	31,5 ± 1,4	31,2 ± 1,6	>0,05

Bệnh nhân xơ gan do rượu có Hemoglobin, Hematocrit và Tiểu cầu thấp hơn đáng kể so với nhóm do virus, cho thấy ảnh hưởng tiêu cực của rượu lên tủy xương và huyết học. MCV và MCH cao hơn ở nhóm do rượu, phù hợp với đặc điểm thiếu máu hồng cầu to thường gặp ở bệnh nhân nghiện rượu. Không thấy khác biệt rõ về số lượng bạch cầu và MCHC giữa các nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu và giảm tiểu cầu cao trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên Thế giới. Nguyên nhân chủ yếu là do cường lách thứ phát, suy tủy tạm thời và giảm sản xuất yếu tố tạo máu từ gan.

Giảm tiểu cầu là dấu hiệu thường gặp sớm và có giá trị định hướng trong chẩn đoán xơ gan. Ngoài ra, thiếu máu mạn tính do chảy máu tiêu hóa, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tiên lượng bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan là 81,9%, trong đó nồng độ hemoglobin trung bình là 10,1 ± 1,8 g/dL. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu phương cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở 2026 bệnh nhân viêm gan B mạn tính sau 12 tuần điều trị là 9,1% với nồng độ hemoglobin trung bình là 119,3 ± 13,7 g/dL. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy cân nặng, số bệnh mắc kèm theo và xơ gan ảnh hưởng có ý nghĩa đối với sự xuất hiện thiếu máu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỷ suất chênh lần lượt bằng 0,97, 1,25, 2,07 (p < 0,05) [5]. Tương tự, nghiên cứu của Ngô Anh Duy (2025) thấy giá trị trung bình các chỉ số RBC, HGB, HCT, PLT thấp hơn bình thường. Cụ thể là số lượng hồng cầu giảm dưới 4 x10⁶/μL chiếm 79,4%, nồng độ hemoglobin ≤ 109 g/L chiếm 67,0%, giá trị hematocrit giảm dưới 34% chiếm tỷ lệ 75,7%. Đặc biệt có tới 73,8% bệnh nhân giảm số lượng tiểu cầu [6].

Về tỷ lệ giảm tiểu cầu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 88,9% bệnh nhân xơ gan có số lượng tiểu cầu dưới 150.000/mm³. Theo Seng Someth 45% số bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu giảm số lượng hồng cầu < 4,2 T/l; 16,7% bệnh nhân giảm nồng độ hemoglobin <120 g/l và 35,0% số bệnh nhân giảm số lượng tiểu cầu <140 G/l. Nồng độ Hb và số lượng tiểu cầu

tương quan nghịch với giai đoạn xơ hóa gan trên mô bệnh học. Có 6,7% bệnh nhân giảm tỷ lệ Prothrombin <70%; có 3,3% bệnh nhân tăng chỉ số INR >1,3. Có 13,3% bệnh nhân giảm nồng độ Fibrinogen <2 g/l và 1,7% bệnh nhân có thời gian APTT kéo dài >40 giây. Tỷ lệ Prothrombin (%) tương quan nghịch với giai đoạn xơ hóa gan, chỉ số INR tương quan thuận với giai đoạn xơ hóa gan trên mô bệnh học [7]. Ngoài ra, nghiên cứu của Alexopoulou A và cộng sự (2013) tại Hy Lạp cũng ghi nhận tỷ lệ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân xơ gan là 73,8% [8].

Sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu và giảm tiểu cầu giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm dân số, giai đoạn bệnh và tiêu chuẩn lựa chọn khác nhau. Tuy nhiên, nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ cao của thiếu máu và giảm tiểu cầu ở bệnh nhân xơ gan, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và quản lý các biến chứng huyết học này trong điều trị xơ gan.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy rối loạn huyết học rất phổ biến, trong đó 81,9% bị thiếu máu (Hb trung bình 10,1 ± 1,8 g/dL) và 88,9% bị giảm tiểu cầu, với 37,5% giảm nặng (<50.000/mm³). Các chỉ số Hemoglobin, Hematocrit, tiểu cầu và bạch cầu giảm dần theo mức độ nặng của xơ gan (Child-Pugh A → C), có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Bệnh nhân xơ gan do rượu có các chỉ số huyết học thấp hơn rõ rệt so với nhóm do virus. Việc theo dõi các chỉ số huyết học giúp đánh giá mức độ nặng và biến chứng của xơ gan, hỗ trợ hiệu quả trong điều trị và quản lý bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Hòa** (2008), Nghiên cứu một số yếu tố rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
2. **Trần Quang Trang** (2024), "Khảo sát đặc điểm rối loạn đông cầm máu trên bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 76, tr. 54-60.
3. **Giannini E.G., Botta F., Borro P., et al.** (2006), "Thrombocytopenia as a surrogate for cirrhosis and a marker for the severity of liver fibrosis", Cancer, vol. 107, no. 9, pp. 2212-2214.
4. **Lisman T., Leebeek F.W.G.** (2007),

- "Hemostatic alterations in liver disease: a review on pathophysiology, clinical consequences, and treatment", *Dig Surg*, vol. 24, no. 4, pp. 250-258.
5. **Nguyễn Thị Thu phương và Trần Thị Ngân.** "Tình trạng thiếu máu của bệnh nhân viêm gan b mạn tính điều trị bởi liệu pháp tương tự nucleotide tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2020". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 510 Số 2 (2022), tr43-45.
 6. **Ngô Anh Duy, Trang Thị Hồng Nhung, Nguyễn Hoàng Huy.** "Đặc điểm một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh Viện Đa Khoa Trà Vinh". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 547 Số 1 tháng 2 (2025), tr 93-97.
 7. **Seng Someth, Trần Việt Tú, Nguyễn Tùng Linh.** "Đặc điểm một số chỉ số huyết học và đông máu ở bệnh gan do rượu". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 506 Số 1 tháng 9 (2021), tr 43-46.
 8. **Alexopoulou A, Vasilieva L, Tsochatzis EA, et al.** Changes in hematological parameters in patients with liver cirrhosis. *Clinical Liver Disease*. 2013;2(1):29-35.

ÁP DỤNG KỸ THUẬT HẠ THÂN NHIỆT BỀ MẶT TRÊN BỆNH NHÂN HÔN MÊ SAU NGỪNG TUẦN HOÀN

Phùng Hải Đăng¹, Nguyễn Hữu Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn được áp dụng kỹ thuật hạ thân nhiệt bề mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu trên 49 bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) có tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC) được áp dụng kỹ thuật hạ thân nhiệt bề mặt tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2024 tới tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ sống sót tại thời điểm ra viện của nhóm nghiên cứu là 51%, tại thời điểm 30 ngày là 49%, kết cục thần kinh tốt (CPC 1-2) của nhóm nghiên cứu tại thời điểm 30 ngày là: 44,9%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cung cấp số liệu về tỉ lệ sống và kết cục thần kinh của bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn được áp dụng phương pháp hạ thân nhiệt bề mặt, làm cơ sở để áp dụng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Hạ thân nhiệt bề mặt, ngừng tuần hoàn, thang điểm CPC, OHCA

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF SURFACE COOLING THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN POST-CARDIAC ARREST COMATOSE PATIENTS

Objective: To evaluate treatment outcomes in comatose patients following cardiac arrest who underwent surface cooling therapeutic hypothermia. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study of 49 comatose patients after out-hospital cardiac arrest (OHCA) with return of spontaneous circulation (ROSC) who underwent surface cooling therapeutic hypothermia at the A9 Emergency Center, Bach Mai Hospital from January 2024 to July 2025. **Results:** The survival rate at hospital discharge was 51%, at 30 days was 49%. Good neurological

outcomes (CPC 1-2) at 30 days were achieved in 44.9% of the study group. **Conclusion:** The study results provide data on survival rates and neurological outcomes in comatose patients following cardiac arrest treated with surface cooling therapeutic hypothermia, serving as evidence for clinical practice implementation. **Keywords:** Surface cooling therapeutic hypothermia, cardiac arrest, CPC score, Glasgow coma scale, OHCA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng đột ngột ngừng hoạt động hoặc hoạt động không hiệu quả của quả tim, thường gặp ở cả trong và ngoài bệnh viện, với tỉ lệ tử vong cao.² Sau khi hồi sinh tim phổi thành công có tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC), tổn thương não do tái tưới máu - thiếu oxy là nguyên nhân chính gây tử vong và di chứng thần kinh.

Các nghiên cứu lớn trên thế giới chứng minh hạ thân nhiệt bề mặt có hiệu trong việc giảm tỉ lệ tử vong và cải thiện kết cục thần kinh.² Tại Việt Nam, hạ thân nhiệt bề mặt đã trở thành phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn. Tuy nhiên còn có ít nghiên cứu chi tiết nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Áp dụng kỹ thuật hạ thân nhiệt bề mặt trên bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 49 những bệnh nhân hôn mê sau NTH ngoại viện được cấp cứu thành công, có tái lập tuần hoàn tự nhiên Bệnh nhân sau ROSC, hôn mê Glasgow coma scale (GCS) < 13 điểm. Các bệnh nhân này được áp dụng phương pháp hạ thân nhiệt bề mặt điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2024 tới tháng 7/2025.

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Hải Đăng

Email: phd10121995@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025