

thuật mắt cá chân cũng ghi nhận tỉ lệ tụt huyết áp sau gây tê ở nhóm TTS là 7.5%. Có thể giải thích do phương pháp phong bế TK ngoại biên không tác động trực tiếp lên các hạch giao cảm cạnh sống dẫn đến không gây ảnh hưởng lên huyết động như đối với phương pháp gây TTS.

Tác dụng không mong muốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số BN có triệu chứng ngứa, đau đầu, rét run, bí tiểu ở nhóm TTS. Ngứa gập tỉ lệ cao nhất với 16,7%, đau đầu 10%, rét run chiếm 13,3% cao nhất tại thời điểm T2, bí tiểu với 10% cao nhất tại thời điểm T6. Trong khi đó đối với nhóm phong bế TK ngoại biên không gặp bất kỳ triệu chứng nào kể trên. Triệu chứng ngứa liên quan đến opioid khi gây TTS [2], [7]. Opioid kích thích thụ thể μ -opioid ở hệ TK trung ương, đặc biệt là tại vùng thân não, gây ngứa, dù không có phản ứng dị ứng thật sự. Rét run là một tác dụng không mong muốn khá thường gặp khi gây TTS, do tác dụng của thuốc tê làm giãn mạch, giảm nhiệt độ của cơ thể, do đó việc ủ ấm, truyền dịch ấm cho BN trước, trong quá trình phẫu thuật hết sức cần thiết [2]. Bí tiểu liên quan nhiều đến tác dụng phụ của thuốc tê, đặc biệt là nhóm thuốc họ morphin khi gây TTS, thuốc làm tăng trương lực cơ thắt cổ bàng quang và ức chế đấm rỗi cùng gây bí tiểu[8].

V. KẾT LUẬN

Phong bế phối hợp TK đùi và TK hông to bằng Bupivacain 0,25% dưới hướng dẫn siêu âm cho phẫu thuật cẳng bàn chân có hiệu quả vô cảm tốt, thời gian giảm đau kéo dài, không gây ảnh hưởng lên hô hấp và huyết động, ít tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdel Naim, Hala E, et al.** (2016), "Systemic versus perineural dexamethasone as an adjuvant to bupivacaine in combined femoral and sciatic nerve blocks in lower-limb vascular surgeries: a prospective randomized study". 9(4).
2. **Champagne, Katelynn, Fecek, Christopher, and Goldstein, Sheldon** (2020), "Spinal opioids in anesthetic practice".
3. **Hassan, Samar Abd El-Hamid, et al.** (2020), "Combined femoral and sciatic nerve blockade for lower limb surgeries: ultrasound guidance versus nerve stimulation". 26(6), pp. 1057-1065.
4. **Yang, L. L., et al.** (2016), "[Effect comparison of ultrasound-guided lower extremity nerve block and spinal anesthesia in ankle surgery]", Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 96(41), pp. 3337-3341.
5. **Bansal, L., Attri, J. P., and Verma, P.** (2016), "Lower limb surgeries under combined femoral and sciatic nerve block", Anesth Essays Res. 10(3), pp. 432-436.
6. **Lee, M., et al.** (2023), "Comparison of a Peripheral Nerve Block versus Spinal Anesthesia in Foot or Ankle Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis with a Trial Sequential Analysis", J Pers Med. 13(7).
7. **Thụ, Nguyễn** (2015), "Bài giảng gây mê hồi sức tập II", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Tú, Nguyễn Hữu** (2014), Gây mê hồi sức, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

LIÊN QUAN GIỮA CHỨC NĂNG GAN TRƯỚC GHÉP VÀ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU SỚM SAU GHÉP GAN

Nguyễn Thành Lâm¹, Nguyễn Quốc Kính¹, Ngô Đình Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa chức năng gan trước ghép và tình trạng rối loạn đông máu trong tuần đầu sau ghép gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu và hồi cứu, thực hiện trên 144 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2020 đến tháng 6/2025. Các chỉ số chức năng gan trước ghép bao gồm điểm MELD (Model for End-Stage Liver Disease), thang điểm Child-Pugh, thời gian prothrombin (PT), thời gian thromboplastin một phần hoạt hóa (APTT),

fibrinogen và số lượng tiểu cầu. Các chỉ số đông máu được theo dõi hằng ngày trong 7 ngày đầu sau ghép. **Kết quả:** Rối loạn đông máu nặng (RLDM) thường xảy ra trong 3 ngày đầu sau ghép, đặc biệt vào ngày đầu tiên, sau đó giảm dần. Bệnh nhân có điểm MELD, Child-Pugh cao và tiểu cầu thấp trước mổ có nguy cơ RLDM nặng cao hơn ($p < 0,05$). Điểm MELD và Child-Pugh có tương quan nghịch với PT và số lượng tiểu cầu, và tương quan thuận với APTT sau ghép. **Kết luận:** Chức năng gan trước ghép có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ và mức độ rối loạn đông máu sau mổ. Việc đánh giá các chỉ số này giúp phân tầng nguy cơ và lập kế hoạch điều trị sớm để cải thiện kết quả sau ghép. **Từ khóa:** Ghép gan; Chức năng gan; MELD; Child-Pugh; Rối loạn đông máu nặng; PT; APTT; Tiểu cầu.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung

Email: bsngotrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN PRE-TRANSPLANT LIVER FUNCTION AND

EARLY SEVERE COAGULOPATHY AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Objective: This study aimed to evaluate the correlation between pre-transplant liver function and basic coagulation parameters after liver transplantation. **Methods:** A descriptive study, combining both prospective and retrospective designs, was conducted on 144 liver transplant recipients at the 108 Military Central Hospital, from June 2020 to June 2025. Pre-transplant liver function parameters included the Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score, Child-Pugh score, prothrombin time (PT), activated partial thromboplastin time (APTT), fibrinogen level, and platelet count. Coagulation parameters were monitored daily during the first 7 postoperative days. **Results:** Coagulation disorders were common during the first postoperative week, particularly in patients with poor baseline liver function. Pre-transplant MELD and Child-Pugh scores showed a negative correlation with PT and platelet count, and a positive correlation with APTT. Patients with severe postoperative coagulopathy had significantly higher MELD and Child-Pugh scores and lower platelet counts ($p < 0.05$). **Conclusion:** Pre-transplant liver function is closely associated with the severity of postoperative coagulopathy. Assessing these parameters before transplantation may help predict outcomes and guide postoperative management planning.

Keywords: Liver transplantation; Liver function; MELD score; Child-Pugh score; Coagulopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh lý gan giai đoạn cuối như xơ gan mất bù, ung thư biểu mô tế bào gan và suy gan cấp, giúp cải thiện tiên lượng và chất lượng sống. Tại Việt Nam, ghép gan từ người hiến sống phát triển mạnh tại các trung tâm lớn. Tuy nhiên, đây là phẫu thuật lớn với nhiều nguy cơ, trong đó rối loạn đông máu sau ghép là biến chứng thường gặp, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả hồi phục. Ở bệnh nhân bệnh gan mạn, rối loạn đông máu xảy ra do giảm tổng hợp yếu tố đông máu, giảm tiểu cầu và mất cân bằng giữa hệ thống đông và chống đông [1]. Sau ghép, mặc dù chức năng gan mới cải thiện, tình trạng này có thể kéo dài do tổn thương tái tưới máu, ảnh hưởng của thuốc ức chế miễn dịch và nhiễm trùng sớm [2]. Đánh giá mối liên quan giữa chức năng gan trước ghép và diễn biến đông máu sau ghép có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, phân tầng nguy cơ và xây dựng kế hoạch theo dõi, can thiệp kịp thời, nhằm giảm biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Hồi sức Ngoại và Ghép tạng – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ

tháng 6/2020 đến tháng 6/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được ghép gan (từ người hiến sống hoặc người hiến chết não); Có đầy đủ dữ liệu về chức năng gan và các chỉ số đông máu trước ghép; Có kết quả xét nghiệm đông máu hằng ngày trong 7 ngày đầu sau mổ.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tử vong trong vòng 24 giờ đầu sau mổ; Thiếu dữ liệu xét nghiệm cần thiết; Có rối loạn đông máu bẩm sinh hoặc bệnh lý huyết học kèm theo.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp tiến cứu và hồi cứu. Phần tiến cứu bao gồm bệnh nhân ghép gan được theo dõi liên tục từ thời điểm nhập viện đến hết tuần đầu sau phẫu thuật. Phần hồi cứu khai thác dữ liệu từ hồ sơ bệnh án điện tử.

Cỡ mẫu: Phương pháp lấy mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chí trong thời gian nghiên cứu. Tổng số: 144 bệnh nhân.

Biến số: Trước ghép: Điểm MELD, Child-Pugh, PT (%), APTT (giây), fibrinogen (g/L), tiểu cầu (G/L). Sau ghép: Các chỉ số đông máu trên trong 7 ngày đầu. Rối loạn đông máu nặng được định nghĩa là PT $< 50\%$, APTT > 45 giây, fibrinogen < 1 g/L hoặc tiểu cầu < 50 G/L.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định lượng trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị (IQR) tùy phân phối; kiểm tra phân phối bằng Kolmogorov–Smirnov. So sánh giữa hai nhóm sử dụng kiểm định t Student hoặc Mann–Whitney U. Tương quan được đánh giá bằng hệ số Pearson hoặc Spearman. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và đảm bảo bảo mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm trước ghép của bệnh nhân ($n=144$)

Các giá trị định lượng trình bày dưới dạng: Trung bình \pm Độ lệch chuẩn; Định tính: n (%)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm)	51,1 \pm 11,7
Giới tính	
Nam	116 (80,6%)
Nữ	28 (19,4%)
Chẩn đoán trước ghép	
Ung thư gan	56 (38,9%)
Xơ gan mất bù	40 (27,8%)

Suy gan cấp	45 (31,3%)
Khác	3 (2,1%)
Tình trạng chức năng gan	
MELD score	17,92 ± 10,0
Phân loại Child-Pugh	
A	51 (35,4%)
B	43 (29,9%)
C	50 (34,7%)
Các chỉ số đông máu trước ghép	
PT (%)	60,8 ± 30,45
APTT (giây)	39,1 ± 20,74
Fibrinogen (g/L)	2,3 ± 1,09
Tiểu cầu (G/L)	130,7 ± 101,2

Chú thích: PT – Prothrombin Time; APTT – Activated Partial Thromboplastin Time; MELD –

Model for End-stage Liver Disease; G/L – giga/litre.

Tổng cộng 144 bệnh nhân ghép gan được đưa vào nghiên cứu, với tuổi trung bình là 51,1 ± 11,7. Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt so với nữ giới. Các chẩn đoán nền chủ yếu bao gồm ung thư gan, suy gan cấp và xơ gan mất bù. Mức độ suy gan trước ghép được đánh giá qua điểm MELD trung bình khoảng 18 và phân bố tương đối đồng đều giữa ba nhóm Child-Pugh. Trước phẫu thuật, các chỉ số đông máu có xu hướng bất thường nhẹ, với giá trị PT, APTT và tiểu cầu thay đổi đáng kể giữa các cá thể, trong khi nồng độ fibrinogen nhìn chung ở mức trung bình.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng rối loạn đông máu nặng sau phẫu thuật

RLDM	N1 (%)	N2 (%)	N3 (%)	N4 (%)	N5 (%)	N6 (%)	N7 (%)
Giảm PT (<50%)	16,67%	10,41%	9,02%	6,25%	4,16%	1,38%	0,69%
Tăng APTT (>45s)	34,72%	25,70%	15,27%	6,25%	3,47%	3,47%	2,08%
Giảm Fibrinogen (<1 g/L)	6,94%	8,33%	8,33%	7,63%	5,55%	4,16%	3,47%
Giảm tiểu cầu (<50 G/L)	28,47%	30,26%	34,72%	32,63%	29,16%	24,30%	15,27%

Chú thích: RLDM – Rối loạn đông máu; PT – Prothrombin Time; APTT – Activated Partial Thromboplastin Time; G/L – giga/litre; N1–N7: ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau ghép gan.

Trong tuần đầu sau ghép gan, tỉ lệ bệnh nhân gặp rối loạn đông máu nặng có xu hướng giảm dần theo thời gian. Vào ngày đầu tiên (N1), các bất thường phổ biến nhất là tăng thời gian

APTT (34,72%) và giảm tiểu cầu dưới 50 G/L (28,47%). Tỷ lệ giảm PT dưới 50% và fibrinogen dưới 1 g/L lần lượt là 16,67% và 6,94%. Từ ngày thứ ba trở đi, các chỉ số này giảm đáng kể. Tuy nhiên, riêng giảm tiểu cầu vẫn duy trì ở mức cao đến ngày thứ tư, trước khi giảm dần vào cuối tuần. Tỷ lệ rối loạn nghiêm trọng gần như không còn sau ngày thứ bảy.

Bảng 3. Tương quan giữa điểm MELD và các chỉ số đông máu cơ bản sau ghép gan

Thời điểm	MELD và tiểu cầu r (p)	MELD và PT r (p)	MELD và APTT r (p)	MELD và Fibrinogen r (p)
N1	r = -0,448 (p<0,05)	r = -0,34 (p<0,05)	r = 0,216 (p<0,05)	r = 0,022 (p<0,05)
N2	r = -0,393 (p<0,05)	r = -0,429 (p<0,05)	r = 0,158 (p<0,05)	r = -0,556 (p<0,05)
N3	r = -0,362 (p<0,05)	r = -0,381 (p<0,05)	r = 0,030 (p<0,05)	r = -0,460 (p<0,05)
N4	r = -0,386 (p<0,05)	r = -0,134 (p<0,05)	r = 0,230 (p<0,05)	r = -0,284 (p<0,05)
N5	r = -0,353 (p<0,05)	r = -0,049 (p<0,05)	r = 0,150 (p<0,05)	r = -0,209 (p<0,05)
N6	r = -0,341 (p<0,05)	r = -0,022 (p<0,05)	r = 0,257 (p<0,05)	r = -0,136 (p<0,05)
N7	r = -0,334 (p<0,05)	r = -0,047 (p=0,66)	r = 0,177 (p<0,05)	r = 0,021 (p=0,801)

Chú thích: MELD – Model for End-stage Liver Disease; PT – Prothrombin Time; APTT – Activated Partial Thromboplastin Time; N1–N7: ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau ghép gan.

Nhìn chung, điểm MELD trước ghép có Bảng 5. So sánh các yếu tố trước ghép theo tình trạng

rối loạn đông máu sau phẫu thuật tương quan nghịch với PT và số lượng tiểu cầu trong suốt 7 ngày đầu sau ghép, trong khi tương quan với APTT là dương nhưng yếu. Tương quan với fibrinogen không rõ ràng và không đạt ý nghĩa thống kê vào ngày thứ 7.

Bảng 4. Tương quan giữa điểm Child-Pugh và các chỉ số đông máu cơ bản sau ghép gan

Thời điểm	Child-Pugh và tiểu cầu r (p)	Child-Pugh và PT (%) r (p)	Child-Pugh và APTT r (p)	Child-Pugh và Fibrinogen r (p)
N1	r = -0,478 (p<0,05)	r = -0,438 (p<0,05)	r = 0,143 (p<0,05)	r = -0,055 (p<0,05)
N2	r = -0,438 (p<0,05)	r = -0,475 (p<0,05)	r = 0,226 (p<0,05)	r = -0,588 (p<0,05)
N3	r = -0,417 (p<0,05)	r = -0,462 (p<0,05)	r = 0,072 (p<0,05)	r = -0,462 (p<0,05)
N4	r = -0,414 (p<0,05)	r = -0,183 (p<0,05)	r = 0,194 (p<0,05)	r = -0,146 (p<0,05)
N5	r = -0,407 (p<0,05)	r = -0,185 (p<0,05)	r = 0,088 (p<0,05)	r = -0,322 (p<0,05)

N6	r = -0,385 (p<0,05)	r = -0,106 (p<0,05)	r = 0,143 (p<0,05)	r = -0,238 (p<0,05)
N7	r = -0,354 (p<0,05)	r = -0,074 (p<0,05)	r = 0,183 (p<0,05)	r = -0,108 (p<0,05)

Chú thích: PT – Prothrombin Time; APTT – Activated Partial Thromboplastin Time; N1–N7: ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau ghép gan.

Điểm Child-Pugh trước ghép cho thấy tương quan nghịch rõ rệt với PT, tiểu cầu và fibrinogen

trong suốt tuần đầu sau ghép. Tương quan với APTT có xu hướng dương nhưng yếu ($r < 0,25$) và ổn định theo thời gian. Các hệ số tương quan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. So sánh các yếu tố trước ghép theo tình trạng rối loạn đông máu sau phẫu thuật

Thông số trước ghép	Có RLĐM nặng (n=51)	Không RLĐM nặng (n=93)	p-value
Tuổi (năm)	50,9 ± 10,6	51,3 ± 12,3	0,866
Giới tính (nam, %)	72,5%	84,9%	0,072
Điểm Child-Pugh	9,39 ± 2,27	7,56 ± 2,56	0,001
Điểm MELD	21,72 ± 9,3	15,83 ± 9,8	0,001
Tiểu cầu (G/L)	90,2 ± 87,4	152,9 ± 101,8	< 0,001
PT (%)	49,8 ± 20,0	66,8 ± 33,5	0,001
APTT (giây)	44,9 ± 26,6	35,6 ± 16,0	0,011
Fibrinogen (g/L)	1,82 ± 0,81	2,56 ± 1,14	< 0,001

Chú thích: RLĐM – Rối loạn đông máu; PT – Prothrombin Time; APTT – Activated Partial Thromboplastin Time; MELD – Model for End-stage Liver Disease; G/L – giga/litre.

So với nhóm không rối loạn đông máu nặng, nhóm có RLĐM nặng sau ghép có điểm Child-Pugh và MELD cao hơn, cùng với các chỉ số đông máu xấu hơn rõ rệt (giảm tiểu cầu, giảm PT, giảm fibrinogen, kéo dài APTT), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi và giới tính giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn đông máu là một trong những biến chứng thường gặp và phức tạp sau ghép gan. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có các bất thường đông máu (giảm PT, kéo dài APTT, giảm fibrinogen, giảm tiểu cầu) vẫn duy trì ở mức cao trong suốt 7 ngày đầu sau ghép. Điều này phản ánh quá trình phục hồi chức năng gan mới sau ghép chưa hoàn toàn ổn định trong giai đoạn sớm, dẫn đến sự kéo dài tình trạng rối loạn đông máu hậu phẫu. Theo Tripodi và Mannucci (2011), phần lớn bệnh nhân xơ gan đều có biểu hiện rối loạn đông máu với nhiều mức độ khác nhau, tuy nhiên mức độ hồi phục đông máu sau ghép phụ thuộc nhiều vào chức năng gan mới và tình trạng đông máu nền trước ghép [3].

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ rối loạn đông máu nặng sau ghép gan, theo tiêu chuẩn nghiêm ngặt hơn (PT < 50%, APTT > 45s, Fibrinogen < 1 g/L, Tiểu cầu < 50 G/L), tập trung ở giai đoạn sớm sau ghép, đặc biệt 3 ngày đầu, và giảm rõ rệt vào cuối tuần đầu hậu phẫu. Điều này phù hợp với các nghiên cứu gần đây như của Wang Y và cộng sự (2023) [4] và Lee J (2021) [5], khi

ghi nhận giai đoạn tái tưới máu và những ngày đầu hậu phẫu là thời điểm rối loạn đông máu diễn biến nặng nhất do tác động cộng hưởng của suy chức năng gan tạm thời, tổn thương nội mô và ảnh hưởng của phẫu thuật kéo dài.

Tỷ lệ giảm tiểu cầu nặng (<50 G/L) dao động 15–35% trong tuần đầu, tương tự báo cáo của Kim et al. (2022) [6], nhấn mạnh vai trò của cả mất máu trong mổ và hiện tượng cường lách sau ghép. Đáng chú ý, tỷ lệ rối loạn fibrinogen nặng (<1 g/L) trong nghiên cứu này thấp (dưới 10%), tương đồng với dữ liệu của Kim J và cộng sự. (2021) [7], gợi ý rằng thiếu fibrinogen mức độ nặng ít gặp hơn so với các rối loạn đông máu khác trong bối cảnh ghép gan hiện đại, nhờ cải thiện chiến lược truyền máu và hồi sức.

Nghiên cứu cho thấy điểm MELD và Child-Pugh trước ghép có mối tương quan nghịch với số lượng tiểu cầu và PT%, và tương quan thuận với thời gian APTT sau ghép. Điều này phù hợp với nhận định rằng chức năng gan càng kém thì tình trạng rối loạn đông máu sau ghép càng nặng nề và kéo dài hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lisman và cộng sự (2017), khi cho rằng rối loạn đông máu trong bệnh gan không chỉ do thiếu yếu tố đông máu mà còn do giảm dự trữ tiểu cầu và hoạt tính yếu tố đông bị suy giảm [8]. So sánh với nghiên cứu tại Hàn Quốc của nhóm bác sĩ Han SJ (2013) [9], các bệnh nhân có điểm Child-Pugh C trước ghép có tỷ lệ rối loạn đông máu nặng sau mổ cao hơn rõ rệt so với nhóm A và B. Nhóm này cũng có thời gian nằm hồi sức lâu hơn và cần truyền các chế phẩm máu nhiều hơn. Đây là dữ liệu phù hợp với kết quả của chúng tôi.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng sau ghép

thường có điểm Child-Pugh và MELD cao hơn có ý nghĩa thống kê. Điều này có giá trị lâm sàng trong việc tiên lượng sớm bệnh nhân có nguy cơ cao gặp biến chứng đông máu, từ đó xây dựng kế hoạch theo dõi và điều trị thích hợp sau mổ.

Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả đơn trung tâm có thể hạn chế khả năng khái quát kết quả. Thứ hai, chưa có phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố độc lập liên quan đến RLDM nặng. Cuối cùng, một số biến số có độ lệch chuẩn lớn, phản ánh sự không đồng nhất trong quần thể nghiên cứu. Các yếu tố này cần được xem xét khi diễn giải và ứng dụng kết quả vào thực hành

V. KẾT LUẬN

Rối loạn đông máu sau ghép gan xảy ra phổ biến nhất trong 3 ngày đầu. Các yếu tố như MELD, Child-Pugh cao và rối loạn đông máu nền có liên quan đến mức độ rối loạn sau mổ. Đánh giá kỹ các chỉ số này trước ghép giúp tiên lượng và tối ưu hóa điều trị hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zanetto A, Rinder HM, Senzolo M, Burra P, Northup PG.** Coagulopathy in liver transplantation:

from pathophysiology to clinical management. *Liver Transplantation.* 2020;26(6): 858–872.

2. **Boks AL, Porte RJ, Lisman T.** Management of coagulation abnormalities during and after liver transplantation. *Transplantation Reviews.* 2023; 37(2):100717.
3. **Tripodi A, Mannucci PM.** The coagulopathy of chronic liver disease. *N Engl J Med.* 2011; 365(2):147-156.
4. **Wang Y, et al.** Perioperative coagulation disorders in liver transplantation: Incidence and clinical significance. *Liver Transpl.* 2023;29(2): 189-200.
5. **Lee J, et al.** Early postoperative coagulopathy in liver transplant recipients: Predictive factors and outcomes. *Transplant Proc.* 2021;53(1):62-69.
6. **Kim H, et al.** Severe thrombocytopenia after liver transplantation: Risk factors and clinical impact. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2022;26(1):63-72.
7. **Kim J, et al.** Fibrinogen deficiency and clinical outcomes in living donor liver transplantation. *J Clin Med.* 2021;10(14):3071.
8. **Lisman T, Leebeek FWG.** Hemostatic alterations in liver disease: a review on pathophysiology, clinical consequences, and treatment. *Dig Surg.* 2007;24(4):250-258.
9. **Han SJ, Kim GS, Ko JS, Gwak MS, Choi SJ, Kim MH, et al.** Predictors of early coagulopathy after liver transplantation in patients with chronic liver disease. *Korean J Anesthesiol.* 2013;65(5): 429-436.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH U THẦN KINH NỘI TIẾT ỚNG TIÊU HÓA THEO PHÂN LOẠI TCYTTG 2022 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Yến¹, Lê Trung Thọ¹,
Phạm Văn Tuyền¹, Hoàng Thị Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch của bệnh u thần kinh nội tiết (UTKNT) theo TCYTTG năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh nội tiết đường tiêu hóa tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2020 đến năm 2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là 52,99±15,7. U thần kinh nội tiết chủ yếu gặp ở trực tràng chiếm 46,3%. Cấu trúc mô u gặp nhiều nhất là hỗn hợp bè và ổ đặc. Độ mô học chủ yếu gặp là độ 1. Tỷ lệ bộc lộ hóa mô miễn dịch cao Synaptophysin gần như bộc lộ hoàn toàn với tỷ lệ là 98,5% sau đó là Chromogranin A với tỷ lệ 77,6%, CD56 dương tính 43,3%. Tỷ lệ Ki67 dương tính thay đổi và Ki67 dương

tính với tỷ lệ <3% là cao nhất chiếm 82,1%. **Kết luận:** Trong 67 trường hợp nghiên cứu thì u thần kinh nội tiết độ 1 là chủ yếu chiếm 83,66%. Khởi u xuất hiện nhiều nhất ở trực tràng. Tuổi trung bình phát hiện bệnh là 52,99. Trong u thần kinh nội tiết các dấu ấn hóa mô miễn dịch dùng để chẩn đoán xác và chẩn đoán độ mô học trong u thần kinh nội tiết. Sự bộc lộ Synaptophysin, Chromogranin A và CD56 có ý nghĩa trong chẩn đoán xác định trong khi đó tỷ lệ Ki 67 cao có ý nghĩa chẩn đoán độ mô học trong u thần kinh nội tiết. Độ mô học cao là một yếu tố tiên lượng xấu, tăng tỷ lệ di căn trong u thần kinh nội tiết. **Từ khóa:** u thần kinh nội tiết đường tiêu hóa, u thần kinh nội tiết dạ dày, u thần kinh nội tiết ruột non, u thần kinh nội tiết đại tràng, u thần kinh nội tiết trực tràng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL NEUROENDOCRINOMA ACCORDING TO THE 2022 WHO CLASSIFICATION AT BACH MAI HOSPITAL

Purpose: Determine the rate of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Yến

Email: yentranbeo@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025