# ĐẶC ĐIỂM XÉT NGHIỆM ĐÔNG CẦM MÁU CƠ BẢN Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT GAN MẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

**Nguyễn Thanh Bình[1], Trịnh Thị Minh Thư[2], Phạm Minh Tuệ[2], Hồ Xuân Trường[1], Đàm Thị Nguyệt[1], Chử Thị Thu Hường[1]**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh trước phẫu thuật gan mật.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, hồi cứu trên 177 người bệnh được chỉ định phẫu thuật gan mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2026. Tỷ lệ bất thường PT%, rAPTT, fibrinogen và số lượng tiểu cầu được so sánh theo tuổi, giới, nhóm bệnh và xuất huyết lâm sàng bằng kiểm định chính xác Fisher.

**Kết quả:** Nam giới chiếm 62,7%, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 49,2%, bệnh đường mật chiếm 72,9%. Giá trị trung bình của PT%, rAPTT, fibrinogen và số lượng tiểu cầu lần lượt là 105 ± 20%, 1,15 ± 0,36, 3,83 ± 1,18 g/L và 255 ± 94 G/L. Fibrinogen có tỷ lệ bất thường cao nhất (41,8%, chủ yếu là tăng – 36,2%); rAPTT kéo dài 16,4%; giảm tiểu cầu 13,5%; giảm PT% 6,8%. Có 56,5% người bệnh có ít nhất một xét nghiệm bất thường. Tỷ lệ rAPTT kéo dài, giảm fibrinogen và giảm tiểu cầu khác biệt giữa các nhóm bệnh (p < 0,001), cao nhất ở nhóm xơ gan, suy gan. Chỉ 4 người bệnh có xuất huyết lâm sàng; giảm tiểu cầu có xu hướng liên quan với xuất huyết tiêu hóa (OR 13,8; KTC 95%: 1,1 – 174; p = 0,052), trong khi giảm PT%, rAPTT kéo dài và giảm fibrinogen không liên quan với xuất huyết (p > 0,05). Tuổi và giới không liên quan với bất thường xét nghiệm.

**Kết luận:** Phần lớn người bệnh trước phẫu thuật gan mật còn bảo tồn chức năng đông cầm máu trên xét nghiệm cơ bản; bất thường tập trung ở nhóm xơ gan, suy gan. Xu hướng liên quan giữa giảm tiểu cầu và xuất huyết cần được xác nhận trên cỡ mẫu lớn hơn.

***Từ khóa:*** đông cầm máu, phẫu thuật gan mật, PT, APTT, fibrinogen, số lượng tiểu cầu.

*[1]Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
*[2]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình
Email: ntbinh108@gmail.com
**Mã bài: HHTM-44**
Ngày nhận bài: 12/9/2026
Ngày phản biện khoa học: 9/9/2026
Ngày duyệt bài: 10/10/2026

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF BASIC HEMOSTASIS AND COAGULATION TESTS IN PATIENTS BEFORE HEPATOBILIARY SURGERY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To describe basic hemostasis and coagulation test characteristics and associated factors in patients before hepatobiliary surgery.

**Subjects and methods:** A retrospective, analytical cross-sectional study of 177 patients scheduled for hepatobiliary surgery at 108 Military Central Hospital from March to May 2026. Abnormality rates of PT%, rAPTT, fibrinogen and platelet count were compared by age, sex, disease group and clinical bleeding using Fisher's exact test.

**Results:** Males accounted for 62.7%, patients aged ≥ 60 for 49.2%, and biliary tract disease for 72.9%. Mean PT%, rAPTT, fibrinogen and platelet count were 105 ± 20%, 1.15 ± 0.36, 3.83 ± 1.18 g/L and 255 ± 94 G/L, respectively. Fibrinogen had the highest abnormality rate (41.8%, predominantly elevated – 36.2%); prolonged rAPTT 16.4%; thrombocytopenia 13.5%; reduced PT% 6.8%. At least one abnormal test was found in 56.5% of patients. Prolonged rAPTT, low fibrinogen and thrombocytopenia differed across disease groups (p < 0.001), being highest in the cirrhosis/liver failure group. Only 4 patients had clinical bleeding; thrombocytopenia showed a trend towards association with gastrointestinal bleeding (OR 13.8; 95% CI 1.1 – 174; p = 0.052), whereas reduced PT%, prolonged rAPTT and low fibrinogen were not associated with bleeding (p > 0.05). Age and sex were not associated with abnormal coagulation tests.

**Conclusion:** Most patients before hepatobiliary surgery retained preserved basic hemostasis; abnormalities concentrated in the cirrhosis/liver failure group. The trend linking thrombocytopenia with bleeding requires confirmation in larger studies.

***Keywords:*** hemostasis and coagulation, hepatobiliary surgery, PT, APTT, fibrinogen, platelet count.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan tổng hợp hầu hết các yếu tố đông máu, phần lớn các chất ức chế đông máu tự nhiên, nhiều thành phần của hệ tiêu sợi huyết và thrombopoietin, nên bệnh lý gan mật có thể làm thay đổi cả ba giai đoạn cầm máu. Do yếu tố tiền đông và yếu tố chống đông cùng giảm song song, hệ cầm máu ở người bệnh gan thường ở trạng thái "tái cân bằng" mong manh, trong đó các xét nghiệm đông máu thường quy phản ánh không đầy đủ nguy cơ chảy máu thực sự [1,2].

Phẫu thuật gan mật có nguy cơ mất máu cao trong và sau mổ. Các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản (PT, APTT, fibrinogen và số lượng tiểu cầu) được chỉ định gần như thường quy trước phẫu thuật, trong khi các hướng dẫn hiện hành nhấn mạnh đánh giá nguy cơ chảy máu trước mổ cần kết hợp tiền sử chảy máu và bối cảnh lâm sàng của từng người bệnh [3].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đông cầm máu trong bệnh gan mật phần lớn tập trung vào người bệnh nội khoa như xơ gan mất bù, ung thư gan, hoặc sử dụng ROTEM, TEG. Dữ liệu về đặc điểm đông máu cơ bản ngay trước phẫu thuật ở nhóm người bệnh gan mật đa dạng thể bệnh, phần lớn còn bảo tồn chức năng gan, còn hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh trước phẫu thuật gan mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2026.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

177 người bệnh được xét nghiệm đông cầm máu cơ bản trước phẫu thuật gan mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2026, có đầy đủ thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: tiền sử sử dụng thuốc chống đông, kháng vitamin K hoặc ức chế ngưng tập tiểu cầu trong vòng một tuần trước xét nghiệm; tiền sử rối loạn đông máu bẩm sinh; hồ sơ không đủ thông tin.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế:** nghiên cứu cắt ngang có phân tích, hồi cứu; chọn mẫu toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, không tính cỡ mẫu trước.

**Chỉ số và ngưỡng đánh giá:** PT% bình thường 70–140%, giảm khi < 70%; rAPTT bình thường 0,85–1,25, rút ngắn khi < 0,85 và kéo dài khi > 1,25; fibrinogen bình thường 2–4 g/L, giảm khi < 2 g/L và tăng khi > 4 g/L; số lượng tiểu cầu bình thường 150–450 G/L, giảm khi < 150 G/L và tăng khi > 450 G/L. Các biến số khác gồm tuổi, giới, nhóm bệnh gan mật và biểu hiện xuất huyết lâm sàng (dưới da, niêm mạc, tiêu hóa) được ghi nhận qua khám lâm sàng và hồ sơ bệnh án trước mổ.

**Kỹ thuật xét nghiệm:** PT, APTT và fibrinogen thực hiện trên máy đông máu tự động ACL TOP 700 (Instrumentation Laboratory, Hoa Kỳ); số lượng tiểu cầu đo trên máy phân tích tế bào máu XN-9100 (Sysmex, Nhật Bản), theo quy trình chuẩn bệnh viện TWQĐ 108.

**Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 20. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và giá trị nhỏ nhất – lớn nhất; biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Do nhiều ô có tần số kỳ vọng < 5, so sánh tỷ lệ bằng kiểm định chính xác Fisher (bảng 2 × 2) hoặc Fisher–Freeman–Halton (bảng 2 × k); khi khác biệt chung giữa ba nhóm bệnh có ý nghĩa, so sánh từng cặp bằng kiểm định Fisher với hiệu chỉnh Bonferroni (p hiệu chỉnh = p × 3). PT% không được kiểm định giữa các nhóm bệnh vì PT/INR là một tiêu chí đánh giá xơ gan, suy gan; nhóm "bệnh khác" (n = 2) không đưa vào so sánh. Mối liên quan giữa xét nghiệm bất thường và xuất huyết lâm sàng được biểu thị bằng tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%); khi có ô bằng 0, OR được ước lượng với hiệu chỉnh Haldane–Anscombe (cộng 0,5 vào mỗi ô). Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05 (hai phía).

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án điện tử và hệ thống thông tin xét nghiệm của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị và không phát sinh nguy cơ hay chi phí cho người bệnh. Thông tin cá nhân được mã hóa, loại bỏ dữ liệu định danh và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

*Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 177)*

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Giới tính** | | |
| Nam | 111 | 62,7 |
| Nữ | 66 | 37,3 |
| **Nhóm tuổi** | | |
| < 20 | 1 | 0,6 |
| 20–39 | 25 | 14,1 |
| 40–59 | 64 | 36,2 |
| ≥ 60 | 87 | 49,2 |
| **Nhóm bệnh** | | |
| Bệnh đường mật | 129 | 72,9 |
| Bệnh gan ác tính | 35 | 19,8 |
| Xơ gan, suy gan | 11 | 6,2 |
| Bệnh khác | 2 | 1,1 |
| **Biểu hiện xuất huyết lâm sàng** | | |
| Xuất huyết dưới da | 1 | 0,6 |
| Chảy máu niêm mạc | 0 | 0 |
| Xuất huyết tiêu hóa | 3 | 1,7 |

### 3.2. Đặc điểm các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản

*Bảng 2. Giá trị các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản (n = 177)*

| Xét nghiệm | Trung bình ± SD | Nhỏ nhất | Lớn nhất |
|---|---|---|---|
| PT (%) | 105 ± 20 | 30 | 140 |
| rAPTT | 1,15 ± 0,36 | 0,79 | 5,44 |
| Fibrinogen (g/L) | 3,83 ± 1,18 | 0,84 | 8,83 |
| Số lượng tiểu cầu (G/L) | 255 ± 94 | 46 | 562 |

Giá trị trung bình của cả bốn chỉ số đều nằm trong giới hạn tham chiếu, song dao động rộng ở cả hai phía.

*Bảng 3. Tỷ lệ kết quả bình thường và bất thường (n = 177)*

| Xét nghiệm | Bình thường | Tăng | Giảm | Bất thường* |
|---|---|---|---|---|
| PT (%) | 93,2 | 0 | 6,8 | 6,8 |
| rAPTT | 81,4 | 16,4 | 2,2 | 18,6 |
| Fibrinogen | 58,2 | 36,2 | 5,6 | 41,8 |
| Số lượng tiểu cầu | 83,1 | 3,4 | 13,5 | 16,9 |

** Tỷ lệ bất thường = tổng tỷ lệ tăng và giảm. Với rAPTT, "tăng" là kéo dài (> 1,25) và "giảm" là rút ngắn (< 0,85). Đơn vị: %.*

Fibrinogen có tỷ lệ bất thường cao nhất (41,8%), chủ yếu do tăng (36,2%); tiếp theo là rAPTT kéo dài (16,4%), giảm tiểu cầu (13,5%) và giảm PT% (6,8%).

Có 56,5% người bệnh có ít nhất một xét nghiệm bất thường (39,5% có một; 10,2% có hai; 2,8% có ba; 4,0% có bốn), nhưng chỉ 6,8% có từ ba xét nghiệm bất thường trở lên.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ bất thường các xét nghiệm đông máu không khác biệt theo giới và nhóm tuổi (p > 0,05; kiểm định Fisher), nhưng khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm bệnh gan mật (Bảng 4).

*Bảng 4. Bất thường xét nghiệm theo nhóm bệnh gan mật (n = 175)*

| Bất thường, n (%) | Bệnh gan ác tính (n = 35) | Xơ gan, suy gan (n = 11) | Bệnh đường mật (n = 129) | p* |
|---|---|---|---|---|
| Giảm PT% | 1 (2,9) | 8 (72,7) | 3 (2,3) | –‡ |
| rAPTT kéo dài | 6 (17,1)[b] | 9 (81,8)[a,c] | 14 (10,9)[b] | < 0,001 |
| Giảm fibrinogen | 2 (5,7)[b] | 8 (72,7)[a,c] | 0 (0)[b] | < 0,001 |
| Tăng fibrinogen | 12 (34,3) | 0 (0)[c] | 51 (39,5)[b] | 0,019 |
| Giảm tiểu cầu | 8 (22,9)[b,c] | 9 (81,8)[a,c] | 7 (5,4)[a,b] | < 0,001 |

** Kiểm định Fisher–Freeman–Halton. [a,b,c] Khác biệt có ý nghĩa (kiểm định Fisher từng cặp, p hiệu chỉnh Bonferroni < 0,05) so với nhóm bệnh gan ác tính (a), nhóm xơ gan, suy gan (b), nhóm bệnh đường mật (c). ‡ Không kiểm định vì PT/INR là một tiêu chí đánh giá xơ gan, suy gan.*

Nhóm xơ gan, suy gan có tỷ lệ rAPTT kéo dài, giảm fibrinogen và giảm tiểu cầu cao hơn có ý nghĩa so với cả hai nhóm còn lại (p hiệu chỉnh < 0,01); giảm PT% cũng gặp chủ yếu ở nhóm này (72,7%). Tăng fibrinogen không gặp ở nhóm xơ gan, suy gan, khác biệt có ý nghĩa so với nhóm bệnh đường mật (39,5%; p hiệu chỉnh = 0,022). Nhóm bệnh gan ác tính có tỷ lệ giảm tiểu cầu cao hơn nhóm bệnh đường mật (22,9% so với 5,4%; p hiệu chỉnh = 0,013), còn rAPTT kéo dài không khác biệt (p hiệu chỉnh = 1,0).

Có 4 người bệnh có biểu hiện xuất huyết lâm sàng trước phẫu thuật (1 xuất huyết dưới da, 3 xuất huyết tiêu hóa) (Bảng 5).

*Bảng 5. Liên quan giữa xét nghiệm bất thường và biểu hiện xuất huyết lâm sàng (n = 177)*

| Xét nghiệm bất thường | Có xuất huyết, n/N (%) | Không xuất huyết, n/N (%) | OR (KTC 95%)* | p‡ |
|---|---|---|---|---|
| **Xuất huyết dưới da (N = 1)** | | | | |
| Giảm tiểu cầu | 1/1 (100) | 23/176 (13,1) | 19,6 (0,8 – 495) | 0,136 |
| Giảm PT% | 0/1 (0) | 12/176 (6,8) | 4,8 (0,2–122) | 1,00 |
| rAPTT kéo dài | 0/1 (0) | 29/176 (16,5) | 1,7 (0,07–43,8) | 1,00 |
| Giảm fibrinogen | 0/1 (0) | 10/176 (5,7) | 5,6 (0,2–143) | 1,00 |
| **Xuất huyết tiêu hóa (N = 3)** | | | | |
| Giảm tiểu cầu | 2/3 (66,7) | 22/174 (12,6) | 13,8 (1,1–174) | 0,052 |
| Giảm PT% | 1/3 (33,3) | 11/174 (6,3) | 7,4 (0,6–92,3) | 0,182 |
| rAPTT kéo dài | 1/3 (33,3) | 28/174 (16,1) | 2,6 (0,2–31,2) | 0,475 |
| Giảm fibrinogen | 1/3 (33,3) | 9/174 (5,2) | 9,2 (0,7–116) | 0,147 |

** OR ước lượng với hiệu chỉnh Haldane–Anscombe (cộng 0,5 vào mỗi ô) khi có ô bằng 0. ‡ Kiểm định chính xác Fisher (hai phía).*

Trường hợp xuất huyết dưới da duy nhất có giảm tiểu cầu (OR 19,6; KTC 95%: 0,8 – 495; p = 0,136). Ở nhóm xuất huyết tiêu hóa, 2/3 trường hợp có giảm tiểu cầu so với 12,6% ở người bệnh không xuất huyết (OR 13,8; KTC 95%: 1,1 – 174; p = 0,052), sát ngưỡng nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Giảm PT%, rAPTT kéo dài và giảm fibrinogen không liên quan với cả hai hình thái xuất huyết (p > 0,05).

## IV. BÀN LUẬN

Giá trị trung bình của bốn xét nghiệm đều nằm trong giới hạn tham chiếu và tỷ lệ xuất huyết lâm sàng rất thấp, phù hợp với việc phần lớn người bệnh được chọn mổ khi tình trạng toàn thân còn ổn định. Đáng chú ý, fibrinogen – chỉ số bất thường thường gặp nhất – chủ yếu tăng chứ không giảm. Fibrinogen là protein pha cấp, nên xu hướng tăng có thể phản ánh đáp ứng viêm hệ thống trong viêm đường mật, tắc mật do sỏi hoặc khối u gan mật, vốn chiếm phần lớn mẫu nghiên cứu; tuy nhiên, nghiên cứu không đo các chỉ điểm viêm để khẳng định.

Tỷ lệ bất thường trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước trên bệnh gan giai đoạn nặng. Nguyễn Thị Vân Anh và cộng sự trên người bệnh ghép gan từ người cho sống tại cùng bệnh viện ghi nhận 69,4% giảm PT%, 55,3% rAPTT kéo dài, 53,7% giảm fibrinogen và 70,2% giảm tiểu cầu [4], so với 6,8%, 16,4%, 5,6% và 13,5% trong nghiên cứu của chúng tôi. Trần Thanh Tòng và cộng sự trên người bệnh xơ gan ghi nhận khoảng 80% bất thường PT, 71% APTT kéo dài và 57% giảm fibrinogen [5]; Đinh Thị Thu Trang và cộng sự trên người bệnh ung thư gan ghi nhận 57,6% giảm PT% [6]. Khác biệt này phần lớn do đặc điểm đối tượng: các nghiên cứu trên tập trung vào bệnh gan giai đoạn cuối hoặc ung thư gan trên nền xơ gan, trong khi mẫu của chúng tôi đa dạng thể bệnh và phần lớn còn đủ điều kiện phẫu thuật. Chiều biến đổi ngược nhau của fibrinogen (tăng trong nghiên cứu này, giảm ở nhóm ghép gan) phù hợp với khác biệt về cơ chế chi phối: đáp ứng viêm so với suy giảm tổng hợp.

Khác biệt theo nhóm bệnh là kết quả nhất quán nhất về mặt sinh lý bệnh. Nhóm xơ gan, suy gan có tỷ lệ rAPTT kéo dài, giảm fibrinogen và giảm tiểu cầu cao hơn có ý nghĩa sau hiệu chỉnh so sánh bội, phù hợp với cơ chế giảm tổng hợp yếu tố đông máu và giảm tiểu cầu do cường lách trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa [1]. Giảm PT% cũng cao nhất ở nhóm này nhưng không được kiểm định, vì PT/INR là một tiêu chí đánh giá xơ gan, suy gan nên so sánh sẽ mang tính vòng lặp. Tỷ lệ giảm tiểu cầu cao hơn ở nhóm bệnh gan ác tính so với nhóm bệnh đường mật có thể liên quan đến nền xơ gan đi kèm, nhưng nghiên cứu không thu thập thông tin này. Nhóm xơ gan, suy gan chỉ gồm 11 người bệnh nên các tỷ lệ cần được diễn giải thận trọng.

Trong bốn xét nghiệm, chỉ số lượng tiểu cầu cho thấy xu hướng liên quan với xuất huyết (xuất huyết dưới da: p = 0,136; xuất huyết tiêu hóa: OR 13,8, p = 0,052), trong khi PT%, rAPTT và fibrinogen không liên quan. Với chỉ 4 biến cố, nghiên cứu không đủ lực thống kê; khoảng tin cậy rất rộng và hai cách ước lượng không hoàn toàn đồng hướng (KTC 95% của OR không chứa 1 trong khi p của kiểm định Fisher > 0,05), nên kết quả chỉ mang tính gợi ý. Xu hướng này tương đồng với Trần Thị Kiều My và cộng sự, khi số lượng tiểu cầu khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có và không xuất huyết, còn PT%, rAPTT và fibrinogen thì không [7], và phù hợp với khái niệm "tái cân bằng đông máu" cũng như một tổng quan hệ thống cho thấy INR, APTT có giá trị hạn chế trong tiên lượng chảy máu trước phẫu thuật [1,8]. Tuy nhiên, ở người bệnh xơ gan, giảm tiểu cầu và xuất huyết tiêu hóa (thường do tăng áp lực tĩnh mạch cửa) cùng là hệ quả của bệnh gan tiến triển, nên mối liên quan này có thể bị nhiễu bởi mức độ nặng của bệnh gan hơn là phản ánh trực tiếp vai trò cầm máu của tiểu cầu.

Nghiên cứu có một số hạn chế: thiết kế cắt ngang tại một trung tâm trong thời gian ngắn, cỡ mẫu các phân nhóm bệnh không đồng đều; số biến cố xuất huyết rất ít (n = 4) nên không đủ lực thống kê và không thể phân tích đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu; không thu thập phân loại Child-Pugh và các chỉ số chức năng gan; các xét nghiệm đông máu cơ bản không phản ánh sự thay đổi đồng thời của các yếu tố chống đông và độ bền cục máu; và không theo dõi kết cục chảy máu trong, sau mổ nên chưa thể kết luận về giá trị tiên lượng của các xét nghiệm. Mối liên quan với số lượng tiểu cầu cần được xác nhận trên cỡ mẫu lớn hơn, tốt nhất là với kết cục chảy máu chu phẫu.

## V. KẾT LUẬN

Trên 177 người bệnh trước phẫu thuật gan mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, giá trị trung bình các xét nghiệm đông cầm máu cơ bản nằm trong giới hạn tham chiếu. Fibrinogen là chỉ số bất thường thường gặp nhất (41,8%, chủ yếu là tăng); 56,5% người bệnh có ít nhất một xét nghiệm bất thường, phần lớn chỉ có một. Tỷ lệ rAPTT kéo dài, giảm fibrinogen và giảm tiểu cầu cao nhất ở nhóm xơ gan, suy gan. Số lượng tiểu cầu cho thấy xu hướng liên quan với xuất huyết lâm sàng, song do số ca xuất huyết rất ít nên chưa đủ cơ sở kết luận.

Nên đánh giá đông cầm máu trước phẫu thuật gan mật theo từng nhóm bệnh, lưu ý số lượng tiểu cầu và kết hợp xét nghiệm với tiền sử, biểu hiện chảy máu lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Lisman T, Caldwell SH, Intagliata NM** (2022). Haemostatic alterations and management of haemostasis in patients with cirrhosis. J Hepatol, 76(6), 1291-1305.
2. **Kujovich JL** (2015). Coagulopathy in liver disease: a balancing act. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2015(1), 243-249.
3. **Kietaibl S, Ahmed A, Afshari A, et al** (2023). Management of severe peri-operative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care: Second update 2022. Eur J Anaesthesiol, 40(4), 226-304.
4. **Nguyễn Thị Vân Anh và cộng sự** (2024). Sự thay đổi của một số chỉ số đông cầm máu ở người bệnh ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 19(1), 109-116.
5. **Trần Thanh Tòng và cộng sự** (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, 76, 14-20.
6. **Đinh Thị Thu Trang và cộng sự** (2024). Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và đông máu cơ bản trên bệnh nhân ung thư gan. Tạp chí Y học Việt Nam, 537, 97-101.
7. **Trần Thị Kiều My và cộng sự** (2024). Giá trị của một số chỉ số đông cầm máu và xét nghiệm ROTEM ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết. Tạp chí Y học Việt Nam, 545(3), 266-270.
8. **Rahhal H, Sampat R, Tse B, et al** (2026). Assessing preoperative bleeding risk using international normalized ratio and activated partial thromboplastin time: a systematic review. J Thromb Haemost, 24(5), 1627-1642.