

bệnh nhân được phát hiện tình cờ. Bướu đa nhân chiếm đa số với tỷ lệ 77%.

+ Tỷ lệ bướu đa nhân cao hơn bướu đơn nhân; nhân đặc chiếm 40,9%, đa số tế bào học ác tính là nhân đặc giảm âm. Trên siêu âm nhân đường kính nhỏ hơn 2cm chiếm đa số. Kết quả chọc hút kim nhỏ BNTG chủ yếu là lành tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Tuyên (2011)**. Nghiên Cứu Đặc Điểm Tế Bào Học và Mô Bệnh Học Ung Thư Biểu Mô Tuyến Giáp. Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học.
2. **Nguyễn Xuân Phong (2011)**. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Một Số Xét Nghiệm Trong Ung Thư Biểu Mô Tuyến Giáp. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Hải Yến (2016)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp.
4. **Gandolfi PP, Frisina A, Raffa M, et al. (2004)**. The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis. Acta Biomed. 75(2):114-117.
5. **Trịnh Văn Tuấn (2014)**. Nghiên Cứu Bướu Nhân Tuyến Giáp ở Những Người Kiểm Tra Sức Khỏe Tại Khoa Khám Bệnh Theo Yêu Cầu Bệnh Viện Bạch Mai. Trường đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sỹ Y học.
6. **Marwaha RK, Tandon N, Ganie MA, et al. (2018)**. Status of thyroid function in Indian adults: two decades after universal salt iodization. J Assoc Physicians India; 60: 32-36.
7. **Trần Xuân Bách (2006)**. Nghiên Cứu Chẩn Đoán và Bước Đầu Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật u Lành Tính Tuyến Giáp. Trường đại học Y Hà Nội: Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú.
8. **Vũ Bích Nga (2012)**. Đặc Điểm Bướu Nhân Tuyến Giáp qua Chọc Hút Tế Bào Bằng Kim Nhỏ Dưới Hướng Dẫn Siêu Âm. Trường đại học Y Hà Nội.

CHẨN ĐOÁN RÒ DƯỠNG CHẤP Ở BỆNH NHÂN CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH CỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phan Hoàng Hiệp, Phạm Tấn Đức, Trần Ngọc Lương, Trần Đoàn Kết

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các hình thái lâm sàng, cận lâm sàng rò dưỡng chấp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vết hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán rò dưỡng chấp trong hoặc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vết hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết trung ương từ tháng 3/2021 – tháng 3/2022. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp nhất là từ 30- 45 tuổi chiếm tỉ lệ 42,3%. Tỉ lệ nữ/nam là 3/1. Dịch rò trong mổ có màu trong suốt chiếm tỉ lệ 100%. Dịch rò sau mổ có màu trắng sữa là 68,9%. Thời gian phát hiện rò là ngày hậu phẫu thứ nhất chiếm đa số 64,4%. Số lượng dịch dẫn lưu 24h ngày cao nhất là 80,8 ± 76,1ml (30-300ml). Nồng độ Triglyceride trong dịch rò phát hiện trong mổ là 83 ± 28,9mg/dL, không có bệnh nhân nào có nồng độ cao hơn trong huyết thanh lúc đói. Nồng độ Triglyceride dịch rò sau mổ là 545,8 ± 489,7mg/dL. **Kết luận:** Rò dưỡng chấp là một biến chứng có thể gặp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vết hạch cổ. Biến chứng này có thể phát hiện trong hoặc sau mổ. Chẩn đoán dựa vào màu sắc, số lượng và nồng độ Triglyceride dịch rò. **Từ khóa:** rò dưỡng chấp, vết hạch cổ, ung thư tuyến giáp.

SUMMARY

DIAGNOSIS OF CHYLOUS FISTULA IN PATIENTS WITH TOTAL THYROIDECTOMY WITH CERVICAL LYMPH NODE DISSECTION FOR THYROID CANCER TREATMENT

Objectives: Describe the clinical and subclinical forms of chyle leak in patients with total thyroidectomy with cervical lymph node dissection for thyroid cancer treatment. **Patients and method:** A prospective cross-sectional descriptive study on 52 patients diagnosed with chylous fistula during or after total thyroidectomy with cervical lymph node dissection for thyroid cancer treatment at the National Hospital of Endocrinology since March/March/ 2021 – March 2022. **Results:** The most common age group is from 30 to 45 years old, accounting for 42.3%. The female/male ratio is 3/1. Intraoperative fistula has a transparent color, accounting for 100%. Postoperative fistula with milky white color is 68.9%. Time to detect fistula is the first postoperative day, accounting for 64.4%. The highest number of 24-hour drainage fluid is 80.8 ± 76.1ml (30-300ml). The concentration of Triglyceride in the fluid detected intraoperatively was 83 ± 28.9 mg/dL, no patient had a higher concentration in the fasting serum. Triglyceride concentration of post-operative fistula was 545.8 ± 489.7mg/dL. **Conclusion:** Chyle leak is a possible complication in patients with total thyroidectomy with cervical lymph node dissection. This complication can be detected during or after surgery. Diagnosis is based on colour, quantity, and concentration of triglycerides in the fistula fluid. **Keywords:** chyle leak, cervical lymph node dissection, thyroid cancer.

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tấn Đức

Email: tanducbvnt82@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư.¹ Theo Hiệp hội tuyến giáp Mỹ, tỷ lệ mới mắc ung thư tuyến giáp tăng nhanh hơn bất kỳ loại ung thư nào, chủ yếu là ung thư tế bào biểu mô tuyến giáp thể nhú.²

Rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực là một tai biến không phổ biến nhưng nghiêm trọng của phẫu thuật đầu cổ, xảy ra ở 2-8% ca nạo vét hạch cổ.^{3,4} Rò dưỡng chấp dẫn đến chậm lành vết thương, mất nước, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải và ức chế miễn dịch, chính vì thế, việc phát hiện sớm và xử trí thích hợp là vô cùng quan trọng.

Mục tiêu của đề tài: *Phân tích các hình thái lâm sàng, cận lâm sàng rò dưỡng chấp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán rò dưỡng chấp trong hoặc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có nạo vét hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết trung ương từ tháng 3/2021 – tháng 3/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán rò dưỡng chấp trong hoặc sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ, không phân biệt tuổi, giới.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đầy đủ, người bệnh không khám lại sau mổ 3 tháng, người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.2.1. Đặc điểm chung. Đặc điểm tuổi, giới

2.2.2. Một số hình thái lâm sàng của rò dưỡng chấp. Số lượng và màu sắc dịch rò trong mổ và sau mổ, vị trí rò, ngày phát hiện rò, số ngày rò.

2.2.3. Các chỉ số hóa sinh dịch rò

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân trong đó 10 người phát hiện rò dưỡng chấp trong mổ, 42 chỉ phát hiện rò sau mổ. 3/10 bệnh nhân trong nhóm phát hiện trong mổ tiếp tục có rò sau mổ.

3.1. Tuổi, giới

	< 30	30-45	46-60	> 60	Tổng
Số BN	11	22	10	9	52
Tỷ lệ %	21,2	42,3	19,2	17,3	100

Tuổi TB: 42.6 ± 15 tuổi (18-80 tuổi). Giới: nam/ nữ: 1/3

3.2. vị trí rò dưỡng chấp trong mổ

Vị trí rò (n=10)	Số BN	Tỉ lệ %
Khoang trung tâm	0	0
Khoang bên phải	3	30
Khoang bên trái	7	70

3.3. Nồng độ Triglyceride dịch rò trong mổ

Nồng độ Triglyceride dịch rò (n = 8) Trung bình 83,03 ± 28,88 mg/dL		
Triglyceride DR > Triglyceride HT	0	0
Triglycerid HT > Triglyceride DR	8	100

Trong số 10 bệnh nhân phát hiện rò trong mổ, có 8 bệnh nhân được xét nghiệm dịch rò

3.4. thời gian phát hiện rò dưỡng chấp sau mổ

	Ngày phẫu thuật	Hậu phẫu ngày thứ 1	Hậu phẫu ngày thứ 2	Hậu phẫu ngày thứ 3	Hậu phẫu ngày thứ 5
Số BN	4	29	10	1	1
Tỉ lệ %	8,9	64,4	22,2	2,2	2,2

3.5. Màu sắc dịch

	Trắng sữa	Vàng sậm	Vàng trong
Số BN	31	14	0
Tỉ lệ %	68,9	31,1	0

3.6. Số lượng dịch/ 24h cao nhất

	Thấp nhất	Trung bình	Nhiều nhất
Số lượng dịch (ml)	30	80,8±76,1	300

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới của bệnh nhân. Ung thư tuyến giáp có thể gặp ở mọi lứa tuổi, Theo Thái Hồng Quang, lứa tuổi hay gặp là 40-50 tuổi⁵. Với rò dưỡng chấp, trong báo cáo của Nguyễn Ngọc Cương⁶, 16 bệnh nhân được can thiệp nút tắc ống ngực tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4/2018 đến tháng 6/2020 có độ tuổi trung bình là 46,8 ± 11,2.

UTTГ là bệnh gặp nhiều ở nữ giới. Theo Hoàng Kim Ước thì tỉ lệ nữ là 74%.¹ Thái Hồng Quang lại thấy nữ hơn nam tới 5-7 lần.⁵ Nghiên cứu của Park và cộng sự thấy bệnh nhân rò dưỡng chấp chủ yếu là nữ.⁷

Kết quả của chúng tôi thì nhóm người bệnh rò dưỡng chấp ở bệnh UTTГ được phẫu thuật gặp từ 18- 80 tuổi với tuổi trung bình là 42,6 ± 15 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là từ 30- 45 tuổi chiếm tỉ lệ 42,3%. Tỉ lệ nữ/ nam là 3/1.

4.2. Đặc điểm rò dưỡng chấp và kết quả điều trị

4.2.1. Rò dưỡng chấp trong mổ. Rò dưỡng chấp trong mổ được nhận biết thông qua

dấu hiệu dịch trong suốt chảy ra từ khoang bên khi nạo vét hạch cổ. Trong số những bệnh nhân của chúng tôi, có 10 người phát hiện rò dưỡng chấp trong mỡ trong đó 7 bệnh nhân có vị trí rò bên trái và 3 bệnh nhân bên phải. Trong một nghiên cứu bao gồm 1198 ca mổ vùng cổ, có 12 trường hợp rò dưỡng chấp, trong đó 3 trường hợp rò sau những cuộc mổ cổ bên phải (Crumley RL, Smith JD).⁴

Vì các bệnh nhân của chúng tôi đều mổ theo kế hoạch và nhịn ăn từ hôm trước nên dịch rò là trong suốt, điều này là phù hợp với mô tả của Roh về 5 bệnh nhân phát hiện rò dưỡng chấp trong mỡ.⁸

Chúng tôi định lượng nồng độ Triglyceride dịch rò ở 8/10 bệnh nhân và kết quả là $83,03 \pm 28,88\text{mg/dL}$. Có 1 bệnh nhân nồng độ là $133,2\text{mg/dL}$ ($>100\text{mg/dL}$), các bệnh nhân còn lại có nồng độ $< 100\text{mg/dL}$. 8/8 bệnh nhân có nồng độ thấp hơn nồng độ trong huyết thanh.

Khi xác định có rò dưỡng chấp trong mỡ, tất cả các bệnh nhân đều được khâu thắt ống ngực bằng chỉ không tiêu Prolene 5.0. Kết thúc cuộc mổ, các bệnh nhân được kiểm tra lại bằng cách đặt ở tư thế Trendelenburg và làm nghiệm pháp Valsalva. Tất cả các bệnh nhân này đều được xét nghiệm định lượng Triglyceride dịch dẫn lưu vào ngày hậu phẫu đầu tiên. Trong số 10 bệnh nhân rò trong mỡ thì có 3 bệnh nhân tiếp tục có rò dưỡng chấp sau mổ, những bệnh nhân này được xử trí như những bệnh nhân rò sau mổ khác. M. Dhiwakar phát hiện 6 ca rò trong mỡ và khâu thành công ở 4/6 bệnh nhân, 2 bệnh nhân còn lại có rò nhẹ.³

4.2.2. Rò dưỡng chấp sau mổ

Thời gian phát hiện. Rò dưỡng chấp sau mổ là tình trạng rò dưỡng chấp xảy ra khi quá trình mổ đã kết thúc, nó thường xảy ra sau khi bệnh nhân bắt đầu ăn lại bằng đường miệng. Dhiwakar phát hiện tất cả các trường hợp trước ngày hậu phẫu thứ 3³. Chúng tôi có 45 bệnh nhân rò sau mổ (bao gồm cả 3 bệnh nhân đã được xử trí trong mổ chưa thành công), chủ yếu bệnh nhân được phát hiện vào ngày hậu phẫu đầu tiên với 29/45 trường hợp, chiếm 64,4%, ngày hậu phẫu thứ 2 là 10 trường hợp (22,2%), tiếp theo là 4 trường hợp phát hiện ngay trong ngày phẫu thuật, có 2 trường hợp phát hiện vào ngày hậu phẫu thứ 3 và thứ 5.

Màu sắc dịch. Dịch dưỡng chấp điển hình là dịch có màu trắng đục như sữa. Nghiên cứu tổng quan của E.E. McGrath về TDDCKMP cho thấy dấu hiệu dịch đục như sữa chỉ xuất hiện ở 1/3 số trường hợp, được tác giả xếp vào nhóm

TDDCKMP thực sự (chylothorax), còn lại có thể màu sắc chỉ là huyết thanh đục, màu vàng, xanh lá cây, hay màu máu được xếp vào nhóm giả TDDCKMP (Pseudochylothorax)⁹.

Các bệnh nhân của chúng tôi có dịch rò màu trắng sữa là 31/45 (68,9%). Có 14 bệnh nhân dịch màu vàng sậm, các màu sắc khác không được ghi nhận.

Thể tích dịch. Với đa số tác giả, dịch dẫn lưu $> 500\text{ml/ 24h}$ được coi là nhiều $< 500\text{ml/ 24h}$ được coi là ít. Số lượng dịch trong nghiên cứu của Roh và Cs được ghi nhận là 152 đến 1.720 ml mỗi 24 giờ (trung bình \pm SD, $516 \pm 538\text{ml}$)⁸.

Các bệnh nhân rò dưỡng chấp sau mổ của chúng tôi có lượng dịch trung bình trong 24h ngày cao nhất là $80,8 \pm 76,1\text{ml}$ (30 – 300ml), không có bệnh nhân nào dịch dẫn lưu lớn hơn 500 ml/ ngày. Số lượng dịch này thấp hơn hầu hết các tác giả có lẽ do trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi luôn lưu tâm đến nguy cơ này và trước khi kết thúc phẫu thuật, chúng tôi luôn kiểm tra rất kỹ nguy cơ rò để có thể xử lý ngay nếu phát hiện ra, vì thế mà tránh được những rò số lượng lớn sau mổ. Mặt khác, ngay khi phát hiện rò, chúng tôi lập tức cho bệnh nhân nhịn ăn và áp dụng phương pháp dinh dưỡng toàn phần, đó cũng có thể là nguyên nhân góp phần làm dịch rò ra không nhiều.

Nồng độ Triglyceride dịch. Trong các nghiên cứu của mình, Roh và cộng sự thấy nồng độ Triglycerid trong dịch dẫn lưu là $309 \pm 246\text{mg/dL}$ (120 - 859 mg/ dl)⁸, thấp hơn của chúng tôi là $545,8 \pm 489,7\text{mg/dL}$ (88 – 2223,8 mg/dL). Sự khác biệt này có thể do cách lấy dịch làm xét nghiệm khác nhau. Chúng tôi lấy dịch còn trên dây dẫn lưu chứ không lấy dịch đã pha loãng trong chai dẫn lưu nên nồng độ có thể cao hơn. Có 1 bệnh nhân (2,2%) có mức chất béo trung tính dẫn lưu là 88 mg/ dL tuy nhiên nó vẫn cao hơn mức 64,8 mg/dL trong huyết thanh. Có 2 bệnh nhân (4,4%) có mức chất béo trung tính nhỏ hơn trong huyết thanh nhưng vẫn cao hơn mức 100mg/dL với nồng độ lần lượt là 228mg/dL và 217 mg/dL. Những bệnh nhân thỏa mãn 1 trong 2 điều kiện là có mức chất béo trung tính $> 100\text{mg/dL}$ hoặc lớn hơn trong huyết thanh lúc đó thì được chẩn đoán là rò dưỡng chấp.

Vị trí rò. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo rằng hầu hết rò dưỡng chấp phát sinh ở bên trái, gây ra bởi tổn thương ống ngực, trong khi rò bên phải là một sự kiện rất hiếm. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy rò dưỡng chấp bên phải không hề hiếm. Roger L. Crumley và Erisen ghi nhận 3/12 trường hợp (25%) và 2/6

trường hợp (33%) rò bên phải.⁴ Thậm chí Roh còn ghi nhận 5/8 (62,5%) trường hợp rò bên phải.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 bệnh nhân chỉ vết hạch bên phải. Bên cạnh đó thì trong số những bệnh nhân rò bên phải phát hiện trong mổ có 1 bệnh nhân nằm trong nhóm vết hạch cả 2 bên, như vậy rò bên phải xảy ra ít nhất là 9 bệnh nhân (17,3%). Qua kết quả nghiên cứu này cũng như của các tác giả khác thì có vẻ rò đường chấp bên phải xảy ra phổ biến hơn chúng ta vẫn nghĩ. Điều đó chỉ ra rằng biến chứng này là một mối đe dọa ở cả 2 bên và cần phải cẩn thận ở cả bên phải cũng như ở bên trái.

V. KẾT LUẬN

Rò đường chấp là một biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ. Dịch rò trong mổ có màu trong suốt chiếm tỉ lệ 100%. Nồng độ Triglyceride là $83,03 \pm 28,88$ mg/dL và thấp hơn nồng độ trong huyết thanh chiếm tỉ lệ 100%.

Dịch rò sau mổ có màu trắng sữa là 68,9%, màu vàng sậm là 31,1%. Lượng dịch 24h ngày cao nhất là $80,8 \pm 76,1$ ml (30 – 300ml), Nồng độ Triglyceride dịch rò là $545,8 \pm 489,7$ mg/dL ($88 - 2223,8$ mg/dL). Có 97,8% bệnh nhân có nồng độ Triglyceride dịch rò > 100mg/dL, 95,6% có nồng độ cao hơn trong huyết thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Kim Ước (2007). Ung thư tuyến giáp.

- Trong: Bệnh học tuyến giáp. NXB Y học, 252-269.
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
 3. Dhiwakar M, Nambi GI, Ramanikanth TV. Drain removal and aspiration to treat low output chylous fistula. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014; 271(3):561-565. doi:10.1007/s00405-013-2534-9
 4. Crumley RL, Smith JD. POSTOPERATIVE CHYLOUS FISTULA PREVENTION AND MANAGEMENT: *The Laryngoscope*. 1976; 86(6): 804-813. doi:10.1288/00005537-197606000-00008
 5. Thái Hồng Quang (2008). Các U Của Tuyến Giáp. NXB Y học.
 6. Nguyễn Ngọc Cương (2020). Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật nút tắc ống ngực điều trị rò đường chấp tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 134:198-205.
 7. Park I, Her N, Choe JH, Kim JS, Kim JH. Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer. *Head & Neck*. 2018;40(1):7-15. doi:10.1002/hed.24852
 8. Roh JL, Kim DH, Park CI. Prospective Identification of Chyle Leakage in Patients Undergoing Lateral Neck Dissection for Metastatic Thyroid Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(2):424-429. doi:10.1245/s10434-007-9692-1
 9. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respiratory Medicine*. 2010;104(1):1-8. doi:10.1016/j.rmed.2009.08.010.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ GEDVI TRONG HƯỚNG DẪN HỒI SỨC THỂ DỊCH Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU

Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Trần Hồng Công¹

TÓM TẮT

Việc đánh giá huyết động có ý nghĩa quan trọng để đưa ra quyết định xử trí bệnh nhân. Chỉ số tổng thể tích cuối tâm trương (GEDVI) được đo bằng dụng cụ PiCCO có nhiều ưu điểm như không phụ thuộc vào tình trạng thở máy của bệnh nhân, áp lực ổ bụng, là được được áp dụng trong hướng dẫn bù dịch bằng PiCCO ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Chúng tôi tiến

hành nghiên cứu tiến cứu nhằm đánh giá vai trò hướng dẫn truyền dịch trong sốc nhiễm khuẩn của chỉ số GEDVI trên các bệnh nhân hồi sức cấp cứu. Kết quả cho thấy, giá trị GEDVI trước truyền dịch càng thấp thì tỉ lệ đáp ứng truyền dịch càng cao. Chỉ số GEDVI có giá trị trung bình dự đoán đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn với diện tích dưới đường cong AUC là 0.732 (95%, CI: 0.609-0.856). Với giá trị ngưỡng $GEDVI \leq 600$, dự báo bệnh nhân đáp ứng truyền dịch có độ nhạy 0.68; độ đặc hiệu 0.73; giá trị dự báo dương tính 82.1%; giá trị dự báo âm tính 55.9%. Tỉ lệ đáp ứng truyền dịch ở 3 nhóm $GEDVI < 450$; 450-600; 600-700ml/m² lần lượt là 100%; 78.8%; 45.7%. Kết luận: chỉ số GEDVI có giá trị trong dự báo đáp ứng với truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: thăm dò huyết động, sốc nhiễm khuẩn, hồi sức thể dịch

¹Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 23.12.2022